



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

MULTI-INTERVENCIÓN DE APOYO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS AGUDO DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

MAESTRO EN ENFERMERÍA (ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA:

L.E. ZEPEDA LEÓN JONATHAN

TUTORES PRINCIPALES

DRA. MAITE VALLEJO ALLENDE

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

MTRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D. F. MAYO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

Ciudad Universitaria, D. F. a 05 de marzo del 2014.

LIC. EN ENF. JONATHAN ZEPEDA LEÓN
No. de Cuenta 20423729-5

PRESENTE:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 05 de marzo del 2014, aprobó el jurado para la presentación de su examen para obtener el grado de **Maestro(a) en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería)** del Posgrado en Enfermería, con la tesis titulada:

"MULTI INTERVENCIÓN DE APOYO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS AGUDO DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI"

Integrado de la siguiente manera:

Presidente : Doctor Marco Antonio Cardoso Gómez
 Vocal : Doctora Maite Vallejo Allende
 Secretario : Doctora Ana María Lara Barrón
 Suplente : Doctora Silvia Crespo Knopfler
 Suplente : Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez

Sin mas por el momento, me despido.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Rosa María Ostiguín Meléndez
MTRA. ROSA MARIA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

C.c.p. Expediente alumno.

AJ-F3

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradezco a mi directora de tesis la Dra. Maite Vallejo Allende y a mi asesora temática la Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez por su tiempo y paciencia durante la elaboración de ésta tesis.

Agradezco a CONACYT por el apoyo económico otorgado para realizar los estudios de maestría pero sobre todo por creer en los universitarios de México

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa de Maestría en Enfermería pero sobre todo a la coordinadora del programa quien siempre nos ha impulsado a salir adelante con su ejemplo, entusiasmo y su tan ejemplar comportamiento profesional.

También agradezco a mis amigos de la UCI del INCMNSZ y a los que definitivamente y sin dudarlo creyeron en mi y nunca dejaron de apoyarme al Dr. Alfredo Bermúdez González, al E.E.S.M. David Ojeda Herrera y a la Lic. Enf. Lisette Martínez F.

Agradezco a la Lic. Enf. María N. Mercado M. por toda la paciencia y dedicación que ha tenido para realizar esta tesis pero sobre todo por ser un gran humano de quien he aprendido tantas cosas y que siempre estarán presentes en mi formación y vida personal.

Y finalmente agradezco a Dios que me ha protegido y brindado la oportunidad de regresar un poco más sabio a casa.

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a mi familia, padres y hermanos quienes a pesar de las distancias siempre me hicieron ver su presencia brindandome su apoyo y amor. De tal forma que me han heredado, su experiencia a partir de su sufrimiento pero sobre todo ese gran deseo de luchar para salir adelante con humildad y humanidad, siempre cerca de tu seres queridos.

Esta tesis tiene especial dedicación a mi hija Yaretzi Evolet Zepeda G. quien ha llegado a mi vida en el momento que Dios así lo destino y que hoy por hoy es el motor que me incita a seguir adelante, por quien me levanto día a día y que apartir de su llegada he comprendido que sin su existencia la vida no tendría sentido, a tí hija amada.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: EL ESTRÉS

1. <u>Acepciones del estrés</u>	14
2. <u>Modelo conceptual del estrés de Lazarus y Folkman</u>	16
3. <u>Valoración cognitiva (appraisal- evaluación)</u>	17
4. <u>Afrontamiento (Coping)</u>	20
5. <u>Situaciones potencialmente estresantes</u>	21
6. <u>Respuesta ante el estrés</u>	22
6.1 <u>Nivel fisiológico</u>	23
6.2 <u>Nivel emocional</u>	24
6.3 <u>Nivel cognitivo</u>	24
6.4 <u>Nivel motor</u>	25

CAPÍTULO II: CUIDADOR FAMILIAR

1. <u>Conceptos de cuidador</u>	27
2. <u>La familia de los pacientes en la UCI</u>	27
3. <u>El estrés agudo y la UCI</u>	29

CAPÍTULO III: MÉTODOS, TÉCNICAS E INTERVENCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL APOYO DEL CUIDADOR FAMILIAR

1. <u>Conceptos</u>	31
2. <u>Métodos de educación</u>	32
3. <u>Técnicas de apoyo en los métodos directos e indirectos</u>	32
4. <u>Intervenciones de apoyo al Cuidador Familiar</u>	33
4.1 <u>Apoyo formal</u>	33
4.2 <u>Programas psicoeducativos</u>	36
4.3 <u>Asesoría (Counseling)</u>	38
4.4 <u>Intervenciones multicomponentes</u>	40
5. <u>Intervenciones de apoyo al Cuidador Familiar en el contexto de la UCI.</u>	42

5.1 Apoyo formal	42
5.2 Intervenciones Psicoeducativas	42
5.3 Asesoramiento	43
5.4 Intervenciones multicomponentes	43
6. Pregunta de investigación	45
7. Hipótesis	45
8. Objetivos	46
8.1 Objetivo general	46
8.2 Objetivos específicos	46

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

1. Planteamiento del problema	48
2. Material y Métodos	49
3. Metodología de búsqueda	50
4. Técnica para el análisis de artículos científicos	51
5. Validación del material educativo	52
5.1 Validez con población	52
5.2 Validez de expertos	53

CAPÍTULO V: RESULTADOS

1. Resultados	58
2. Conclusiones	61

ANEXOS

1. Consentimiento informado.	66
2. Cédula de datos demográficos.	72
3. IDARE Inventario de autoevaluación Rasgo-Estado.	73

4. Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI), versión breve.	75
5. Manual para el Cuidador Familiar del paciente Hospitalizado en la UCI	76

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Conceptualización de Lazarus del estrés como proceso	16
Figura 2. Proceso de validación con población	54
Figura 3. Proceso de validación de expertos	55
Figura 4. Resultados de la búsqueda en las tres bases de datos	58
Figura 5. Análisis de las referencia utilizadas	59
Figura 6. Componentes claves para el diseño de la intervención	61

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Inconsistencias en el uso de la información sobre los efectos de la ansiedad y depresión.	29
Cuadro 2. Técnicas de apoyo en los métodos directos e indirectos	32
Cuadro 3. Variables para la revisión sistemática de la información sobre intervenciones para reducir el estrés del CF de pacientes en la UCI.	50
Cuadro 4. Recomendaciones del proceso de validación	56
Cuadro 5. Propuesta del diseño de intervención	62

RESUMEN

El ingreso de un ser querido a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es para la familia un acontecimiento vital, donde el Cuidador Familiar (CF) o principal, se enfrenta a una serie de factores como: diversidad del equipo biomédico y del personal de salud, así el mismo impacto visual y auditivo, situaciones que generan altos grados de estrés.

De ahí la relevancia de explorar el desarrollo de intervenciones que apoyen en la disminución del estrés del CF que se ubica en áreas críticas como la UCI.

La revisión sistemática de la literatura en relación con el tema permitió identificar de manera válida y confiable las intervenciones relativas a la comunicación que tienen mayor efecto para reducir el grado de estrés del CF del paciente en la UCI, para elaborar una intervención multicomponente y multidisciplinaria para el apoyo del CF que incluye un manual de recomendaciones para la familia de estos pacientes, con base en la mejor evidencia disponible.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
CF	Cuidador familiar
RG ₁	Grupo experimental (RG ₁)
RG ₂	Grupo control
IDARE	Inventario de autoevaluación rasgo – estado
AXE	Ansiedad – estado
AXR	Ansiedad – rasgo
SNA	Sistema Nervioso Autónomo
SNP	Sistema Nervioso Parasimpático
HHA	Hipotalámico-hipofisario-adrenal
CCFNI	Critical Care Family Needs Inventory
CRH	Corticotropina
ACRH	Adrenocorticotropa
CA	Cuidador agudo
ECP	Enfoque centrado en la persona
EIE	Entrenamiento en inoculación de estrés

INTRODUCCIÓN

Los aspectos emocionales que forman parte de las experiencias de pacientes y sus familias cuando estos son internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), son fenómenos que recientemente se han empezado a estudiar con la premisa que deben formar parte de un tratamiento integral ajustado a estándares de calidad en la oferta de los servicios de salud.

Esta tesis responde a los estándares para la certificación de hospitales, en su sección II sobre estándares centrados en la gestión, específicamente al denominado, Manejo de la Comunicación e Información (MCI, Management of Communication and Information), números 2 y 3 referentes a la comunicación con los pacientes y familiares.

En este contexto nos permite atender una de las principales necesidades de los familiares de pacientes internados en la UCI, la Información y su comprensión en cuanto a éste, así como, su organización y su forma de trabajo de la cual depende que los pacientes y familiares puedan tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención.

También nos hemos dado a la tarea de estudiar las diversas intervenciones de apoyo dirigidas a familiares de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos en lo referente al manejo y uso de la comunicación e información que puede tener efectos psicológicos o sociales, con el fin de guiar al equipo multidisciplinario de salud sobre las de mayor eficacia y eficiencia en la prevención y manejo de dichas alteraciones y así poder definir una posible combinación de ellas.

Generalmente, el ingreso en un hospital suele causar un aumento del nivel de estrés tanto para la persona ingresada como para sus familiares. Este estrés es especialmente importante cuando los pacientes son atendidos en una UCI, dadas las connotaciones negativas que supone el ingreso en esta unidad, en la que se presupone la gravedad del paciente, con todos los temores que éste hecho puede conllevar.¹

Es importante considerar a la familia como parte importante del entorno del paciente, ya que la complejidad y gravedad en los servicios de UCI cobran

mayor trascendencia y provocan situaciones de angustia y grados de estrés elevados.² Existen estudios que demuestran un aumento de los niveles de estrés de los familiares en las unidades donde existe más tecnología médica y más vigilancia por parte del equipo sanitario³, y otros que refuerzan la idea de que los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización, necesidad de ayuda, cambio de roles entre otras, por lo que en muchos casos es más estresante para la familia que para el propio paciente, la experiencia del ingreso a la UCI.⁴

Este cúmulo de circunstancias, y la respuesta de estrés asociada, pueden sobrepasar la capacidad para movilizar los recursos adecuados de afrontamiento. Esto ocasiona, además de numerosos síntomas, que los familiares de los ingresados en UCI, experimentan y desatendan sus necesidades básicas como: descanso inadecuado, falta de ejercicio, dieta pobre, relaciones interpersonales o el trabajo. Todo ello, a su vez, retroalimenta la respuesta de estrés provocando un ciclo de consecuencias negativas, sobre todo las primeras 18-24 hrs. de su ingreso en este tipo de unidades.⁵

Los familiares son una parte importante en el proceso de la enfermedad y el cuidado de los pacientes críticos. Ellos contribuyen de manera muy significativa a la consecución de una buena evolución de la enfermedad ya que participan de manera activa en la toma de decisiones junto al equipo médico e incluso, cuando el paciente está consciente, son la fuente más importante de apoyo y conexión entre el paciente y el equipo médico.⁶

La desorientación de los familiares no es sólo psicológica, sino también física. Estos se encuentran, de repente, en un lugar impersonal, extraño y desconocido en el que no saben qué hacer, a quién preguntar, cuándo verán a su familiar e incluso en qué estado lo encontrarán. Además, en esta situación, los profesionales sanitarios pueden desatender las necesidades de los familiares, pues utilizan todos sus recursos para estabilizar al paciente.⁷

Durante la gestión asistencial del paciente críticamente enfermo es útil conocer la distancia que media entre las expectativas generadas por el personal de la UCI en la familia del paciente y el cumplimiento efectivo de esas expectativas. Cuanto mayor sea la distancia entre las aspiraciones y la realidad, mayor será

el estrés emocional de los pacientes y sus familias, mayor será la sensación de insatisfacción y menor el grado de comunicación. Sin embargo, aun cuando el desenlace del paciente crítico sea la muerte, el ajuste progresivo de las expectativas de la familia a lo largo del proceso de atención y cuidados permite redefinir esas expectativas y ajustar la distancia entre lo superado y lo logrado. Este entendimiento es posible sólo a través de una eficaz comunicación.^{8,9}

En este sentido, la bibliografía nos indican que reducir los niveles de estrés de los familiares podría repercutir en primera instancia en el mismo y en una mejora de los resultados del paciente, puesto que mantener unos niveles elevados de estrés, podría incidir negativamente sobre el estado del paciente y dificultar de este modo el proceso de recuperación.

Así pues, una familia que se enfrenta directa y saludablemente al trauma de tener un familiar internado en la UCI puede adaptarse, aprender y crecer. Pero para llevarlo a cabo debe actuar positivamente con la ayuda de una correcta información por parte de los profesionales de la salud, la cual proporciona seguridad a la familia.¹⁰

De tal manera que la falta de consideración de la familia del paciente crítico como objeto de cuidado actualmente está cambiando, puesto que es visible una mayor preocupación del profesional de enfermería hacia las necesidades y situaciones de estrés que viven los familiares del paciente internado en al UCI, en especial en los primeros momentos de contacto con el medio hospitalario.¹¹

CAPÍTULO I: EL ESTRÉS

1. ACEPCIONES DEL ESTRÉS

En este apartado se describen las diferentes acepciones del estrés, para finalmente enfocarnos a la que tiene mayor representatividad para nuestro estudio.

El estrés según la OMS es el conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que preparan el organismo para la acción, ante determinada demanda del ambiente interno o externo.¹²

El estrés no es ni una emoción ni un motivo, no obstante para que ocurran ambos aspectos deben estar presentes, por lo que se puede asociar como un proceso de emergencia y como el principal generador de emociones de toda la actividad humana.¹³

El estrés es la respuesta a la tensión que soportamos habitualmente en nuestras actividades.¹⁴

El término estrés acuñado por primera vez en 1956 por Hans Selye, lo define como un conjunto de respuestas somáticas, autónomas y conductuales inespecíficas, frente a agresiones procedentes del ambiente que impliquen una demanda psicofísica aumentada o un riesgo para el organismo en su conjunto.¹⁵

En cualquier caso, desde ese momento el término estrés ha sido utilizado con diversos significados aludiendo a diferentes dimensiones del proceso tales como:

1. Circunstancias ambientales que interfieren la actividad normal del organismo.¹⁶
2. Respuesta fisiológica, psicológica o ambas del organismo ante sucesos particulares.¹⁷
3. Como denominación global del campo de estudio que examina los procesos por medio de los que se adaptan los organismos a los sucesos perturbadores.^{18, 19}

Pero no fue hasta que Lazarus y Folkman en 1984 popularizan y avanzan un poco más en esta conceptualización, agregando que el resultado de enfrentarse a un evento estresante depende tanto de las demandas del medio como de los propios recursos de cada persona y que el mejor modo de considerarlo consiste en contemplarlo como un conjunto de variables y procesos interrelacionados, más que como una simple variable factible de ser medida.

En este contexto, y con el fin de resolver la confusión de términos, algunos autores han sugerido que se reserve el de estrés para denominar un área o campo de estudio que abarca temas y problemas muy relacionados entre sí, y que dentro de dicha área se manejan preferentemente otros conceptos, como los de “estimulo estresor”, “respuesta fisiológica del estrés”, “efectos del estrés”, etc., que delimitan mejor los distintos factores o variables que intervienen en el fenómeno.²⁰

No cabe duda que el término estrés tiene diversas acepciones para la ciencia, sin embargo para los fines de este trabajo utilizaremos el propuesto por Lazarus y Folkman quienes desde la teoría transaccional define al estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.²¹

De esta forma podemos abarcar de manera general las variables que intervienen en la relación entre el estrés y el individuo y de cómo éste percibe e interpreta los acontecimientos que ocurren en el ambiente que rodea a su paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI.

La siguiente figura es un resumen conceptual del proceso del estrés propuesto por Lazarus, 1994.

2. MODELO CONCEPTUAL DE LAZARUS Y FOLKMAN.

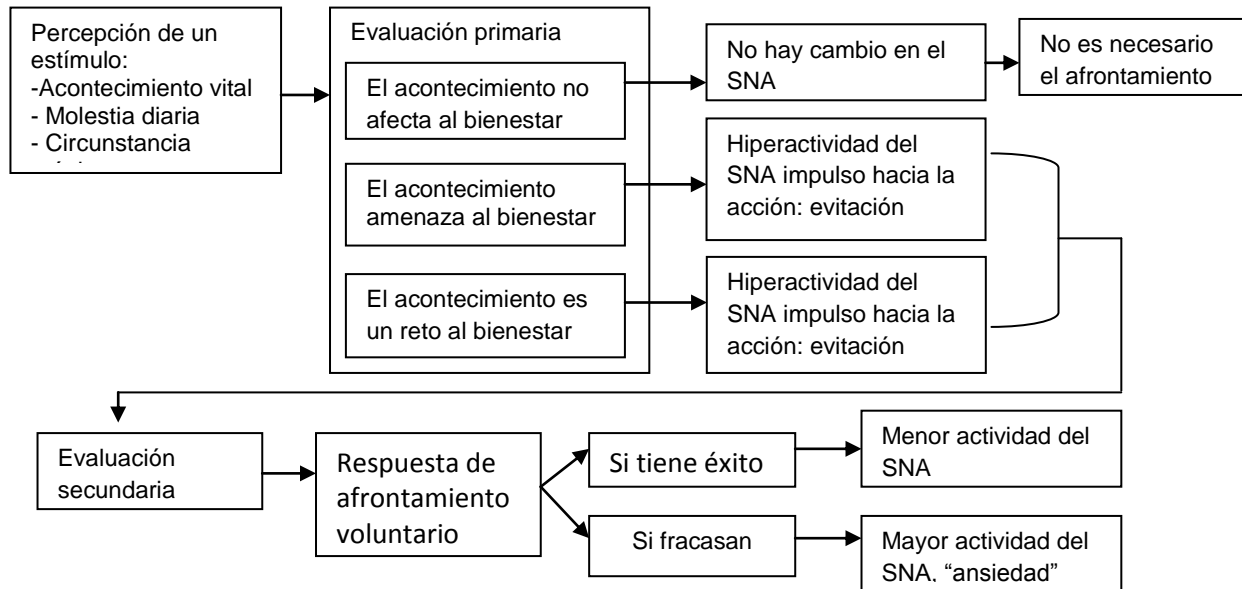


Figura 1. Conceptualización de Lazarus del estrés como proceso

El estrés comienza con la percepción del acontecimiento-estímulo, que puede manifestarse de diversos modos: un acontecimiento vital importante como tener a su familiar hospitalizado en la UCI. Tras recibir la noticia, el individuo hace una evaluación primaria del sentido y significado personal del acontecimiento, que puede resultar relevante o irrelevante para el propio bienestar psíquico o físico.

Cuando la evaluación es relevante, puede interpretarse como: reto o amenaza, ambas respuestas provocan un aumento en la secreción de catecolaminas con el consecuente efecto simpático sobre el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) lo que hace que el individuo se prepare para el reto o la amenaza que se avecina. La activación provoca a su vez una evaluación secundaria: El individuo se pregunta si dispone o no de información, estrategias, recursos y habilidades para afrontar con éxito el reto o amenaza. Esta evaluación secundaria va seguida de una respuesta de afrontamiento voluntaria estratégica. Si conducen al éxito, entonces el agente estresante en potencia, disminuye de modo que deja de ser una amenaza o un reto. Si fracasan, la activación autónoma continúa hasta que se ponga fin al evento

estresantes, y las respuestas de afrontamiento tengan éxito, o el SNA decae por agotamiento.

El modelo de Lazarus y Folkman, ha sido denominado, en sus versiones más recientes, aproximación mediacional cognitiva, enfatizando así el aspecto cognitivo de evaluación, conocido de manera general como evaluación (appraisal), que va a medir las reacciones de estrés y que se considera, en gran parte, el factor determinante para que una situación potencialmente estresante llegue o no a producir estrés.

El proceso de estrés no puede entenderse sin hacer referencia al proceso de afrontamiento (coping), definido como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las personas que cuidan.²¹

En resumen, para Lazarus y Folkman, el carácter estresante o no de la relación entre el individuo y su ambiente depende fundamentalmente de dos procesos mediadores, dinámicos e interrelacionados: la evaluación que hace el individuo de la situación y el modo en que la afronta.²¹

3. VALORACIÓN COGNITIVA (APPRAISAL - EVALUACIÓN)

Lazarus propuso que la comprensión de las diferencias observadas en la respuesta que tienen los individuos ante situaciones similares sucede como resultado de los procesos cognitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción, así como los factores que afectan a la naturaleza de tal mediación.

Éstos autores sostienen que el proceso cognitivo básico entre el acontecimiento y la reacción es la valoración cognitiva (appraisal), que se lleva a cabo de manera central y controlada, y que adopta dos formas básicas: la evaluación primaria y la evaluación secundaria.²¹

La primera valoración de las demandas de la situación es un proceso mediante el cual el individuo evalúa las demandas de la situación y realiza cambios en su

forma de actuar en función de cómo la valora (Lazarus y Folkman, 1986). Esta evaluación implica un proceso controlado de identificación, valoración y su consiguiente aceptación o rechazo de la información que proviene del medio externo e interno.¹³

Las situaciones estresantes pueden ser interpretadas de tres formas distintas:

- 1) La valoración estresante que implica daño o pérdida se produce cuando la persona tiene alguna experiencia por haber sufrido anteriormente algún tipo de lesión física, daño social o deterioro en su autoestima. Una valoración dentro de esta categoría supone la movilización inmediata del patrón de respuesta de estrés, sin que tenga que mediar ningún otro proceso cognitivo-emocional.¹³

- 2) La valoración de una situación como generadora de amenaza se produce por la anticipación de daños o pérdidas que aún no le han ocurrido a la persona, pero que ésta prevé que pueden suceder si no hace algo para evitarlo¹³. Sostiene que este tipo de interpretación supone la valoración del potencial lesivo del estresor, al tiempo que moviliza emociones negativas y la segunda valoración para buscar un afrontamiento anticipativo.

- 3) Por último, la valoración de una situación como desafío supone, como en el caso anterior, una anticipación de daños o pérdidas, pero aquí valorando los recursos necesarios para dominar la situación, lo que se caracteriza por la movilización de emociones positivas y la segunda valoración. Lazarus y Folkman, en 1986 señalan que la apreciación de amenaza y desafío, así como la respuesta emocional que cada una propicia, no son mutuamente excluyentes, sino que pueden ser experimentadas por el individuo de forma simultánea ante una misma situación.

Resulta relevante destacar que el desafío, como opuesto a la amenaza, tiene importantes implicaciones. Así, aquellas personas para quienes los acontecimientos significan un reto tienen, con mayor probabilidad, un buen estado de ánimo, dadas las emociones positivas que el desafío lleva consigo. Igualmente, la calidad de su funcionamiento se ve beneficiada al sentirse más confiadas, emocionalmente menos abrumadas y más capaces de desarrollar recursos adecuados.

La segunda valoración o valoración de recursos corresponde con la apreciación del repertorio de comportamientos o habilidades necesarias para hacer frente a la situación estresante. En esta fase el proceso se moviliza cuando se ha producido una valoración estresante como amenazante o desafiante, es decir, una valoración de que hay que actuar sobre el medio para evitar el daño.

La valoración se centra en considerar si es posible hacer algo para enfrentarse con éxito a la situación, es decir, se anticipa la capacidad de los recursos de afrontamiento: “¿Qué puedo hacer, si es que puedo hacer algo?”. Como se puede deducir, la respuesta a esta pregunta se dará condicionada por la percepción que el individuo tiene sobre sus propias capacidades y recursos, al tiempo que por la valoración primaria, pues el que la persona valore que puede controlar o no una situación de estrés depende directamente de las demandas percibidas en ésta.²²

Las evaluaciones primarias y secundarias interaccionan determinando el grado de estrés y la magnitud y calidad de la reacción emocional, lo que puede dar lugar a una reevaluación de la situación en función de la información que el individuo va recibiendo de su entorno o en función de la información que se desprende de sus propias reacciones. Los cambios introducidos en la evaluación inicial a mediante este nuevo proceso de evaluación pueden reducir o aumentar la tensión del individuo. Existe una forma de reevaluación, a la que Lazarus y Folkman (1986) se refieren como “reevaluación defensiva” que aludiría a los esfuerzos por reinterpretar una situación del pasado de forma más positiva, o bien afrontar los daños y amenazas del presente mirándolos de forma menos negativa. Sin embargo, este tipo de valoración podría considerarse más propiamente una estrategia de afrontamiento cognitivo.²²

Diversos estudios se han ocupado de comprobar en qué medida cada una de las valoraciones mencionadas predice el nivel real de estrés. En éste sentido, se ha observado que cuanto más elevada sea la tensión, real o percibida, de la situación, mayor es el nivel de estrés^{23, 24, 25} y que la relación entre los recursos

de afrontamiento, reales o percibidos, y el nivel de estrés experimentado por los individuos es de signo negativo.²⁶

Además se han examinado el modo en que los efectos de la valoración primaria y secundaria se combinan llegando a la conclusión que la naturaleza de dicha combinación no es aditiva, sino que varía en función del nivel de tensión asociada a la situación. Cuando éste es bajo, el nivel de estrés depende ampliamente de los recursos personales del individuo. Pero en situaciones extremas en las que el nivel de tensión es alto, el peso de los recursos personales disminuye o, incluso, llega a resultar irrelevante.²⁷

4. AFRONTAMIENTO (COPING)

Lazarus y Folkman consideran al afrontamiento como un proceso dinámico, dependiente del contexto y del modo concreto en que el CF evalúa en cada momento lo que ocurre. Así, definen el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

Ellos distinguen dos tipos generales de afrontamiento, según la función a la que se orientan: el dirigido al problema o la emoción. Dentro de la categoría de afrontamiento dirigido al problema se agrupan todas aquellas conductas cognitivas con las que el individuo trata de modificar, resolver o ambas la situación estresante, tales como definir y delimitar el problema, buscar información, plantear y planificar distintas soluciones, modificar las presiones y obstáculos ambientales, cambiar el nivel de aspiración, buscar metas alternativas, etc.

Por su parte, el afrontamiento dirigido a la emoción, cuyo objetivo es la regulación de la respuesta emocional que produce en el individuo la situación estresante, englobaría estrategias como las siguientes: culpar a otros o a uno mismo del problema, tratar de reprimir las propias emociones, intentar escapar u olvidar la situación, desear o imaginar que las cosas son de otro modo, etc.

La búsqueda de apoyo social se considera como un estrategia mixta de afrontamiento del estrés, puesto que podemos recurrir a nuestra red social con distintos objetivos: encontrar en ella apoyo afectivo (estrategia centrada en las emociones), apoyo informativo o apoyo instrumental (estrategias centradas en el problema).

5. SITUACIONES POTENCIALMENTE ESTRESANTES

Aun teniendo en cuenta la idiosincrasia individual en la respuesta al estrés, se han identificado una serie de características comunes a las situaciones potencialmente estresantes:

- a) Incertidumbre. La incapacidad para predecir los hechos estresantes hace que dichos estresores lo sean aún más. El no saber qué pasará provoca una sospecha de que la situación puede implicar cierto peligro.
- b) Cambio. En muchas ocasiones, las situaciones que implican cierto cambio en nuestros hábitos o la necesidad de adaptación a situaciones nuevas, pueden desencadenar estrés.
- c) Falta de información. En situaciones desconocidas para el individuo, provoca sentimientos de indefensa, ya que el sujeto no sabe cómo actuar.
- d) Sobrecarga en los canales de procesamiento. La persona siente que no puede manejar e integrar la gran cantidad de información que le llega, lo que le provoca estrés.
- e) Falta de conductas para hacer frente y manejar la situación que se le presenta.
- f) Falta de apoyo familiar y social.

6. RESPUESTAS ANTE EL ESTRÉS

El estrés provoca alteraciones a nivel fisiológico, emocional y cognitivo, tal y como se resume a continuación:

Consecuencias a nivel fisiológico

- Aumento en niveles de catecolaminas en sangre y orina
- Aumento en corticosteroide en sangre y orina
- Incremento de niveles de azúcar en sangre
- Aumento del ritmo cardiaco
- Elevación de presión arterial
- Sequedad de boca
- Sudoración intensa
- Dilatación de pupilas
- Dificultada para respirar
- Periodos de calor y frío
- Adormecimiento y hormigueo en los miembros torácicos y pélvicos

Consecuencias a nivel emocional

- Ansiedad
- Depresión
- Frustración
- Sentimientos de culpa
- Irritabilidad
- Baja autoestima
- Nerviosismo
- Tristeza

Consecuencias a nivel cognitivo

- Incapacidad de tomar de decisiones
- Incapacidad de concentrarse
- Olvidos frecuentes
- Bloqueos mentales

- Hipersensibilidad a la crítica

A continuación, para comprender mejor los mecanismos y las consecuencias que conlleva el estrés. Se expone a detalle las alteraciones ya mencionadas

6.1 Nivel fisiológico

El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) mantiene el control de la actividad de órganos internos responsables de mantener condiciones vitales óptimas (tasa cardiaca, contracciones del intestino, riego sanguíneo de riñones, etc.), que están fuera del control consciente del individuo (de ahí su nombre: “autónomo”). Dentro del SNA se diferencia el Sistema Nervioso Simpático (SNS) y el Sistema Nervioso Parasimpático (SNP). Ambos se complementan, ya que mientras el primero, el SNS, se encarga de activar los niveles basales o de reposo del organismo para poder actuar en situaciones que así lo requieren (para estar preparado para correr, defenderse, actuar, etc., aumentando la tasa cardiaca y la presión arterial), el SNP se encargará de reducir la actividad simpática y volver al nivel basal (disminuyendo el ritmo cardíaco y la presión arterial, enviando sangre al aparato digestivo, etc.). Un aspecto a destacar en relación con el estrés, es que el SNS también actúa sobre las glándulas adrenales (situadas sobre cada uno de los riñones), que liberarán dos hormonas: la adrenalina y la noradrenalina, al torrente sanguíneo por lo que llegan a todo el organismo.

Del mismo modo, el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) ejerce un importante papel en la respuesta fisiológica al estrés. En primer lugar, en el hipotálamo, desde un grupo de neuronas del núcleo paraventricular, se sintetizarán las hormonas liberadoras de corticotropina (CRH), que son transportadas a la hipófisis. En la hipófisis, la CRH estimulan la secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH), la cual se distribuye a todo el cuerpo, alcanzando su lugar de acción específico en la corteza adrenal, donde promueve la liberación al torrente sanguíneo de glucocorticoides, cuyos efectos en el organismo son muy variados, aunque se podría destacar su papel como

favorecedor de la formación de glucosa y los efectos antiinflamatorios e inmunosupresores de ahí, su importancia en situaciones de estrés.²⁸

6.2 Nivel emocional

Las alteraciones emocionales se manifiestan mediante ansiedad, miedo, irritabilidad, excitación, ira, resignación, depresión y culpabilidad²⁹; las más prevalentes son la ansiedad que es una emoción anticipatoria y la depresión, que se da como resultado del esfuerzo de afrontamiento.

6.3 Nivel cognitivo

A nivel cognitivo se pueden presentar problemas de memoria, concentración y pensamiento³⁰; asimismo, disminuyendo la atención en las tareas, al mismo tiempo que aumenta auto-dirigida y dirigida a aspectos del ambiente no relacionados con la tarea³¹; también afecta la toma de decisiones, en el sentido de que se toman de manera apresurada sin considerar todas las alternativas posibles y la organización de la información relevante es pobre.³² Por otro lado, el estrés también afecta el pensamiento, impregnándolo con preocupación y auto-evaluaciones negativas. Sin embargo, no todas las personas se ven afectadas del mismo modo a nivel cognitivo.

En éste sentido, se ha realizado una distinción entre sujetos autorreferentes que son aquellos que en lugar de centrarse en las demandas de la situación, lo hacen en sí mismos, piensan cómo les puede afectar la situación, cómo la sienten, sin buscar posibles conductas eficaces. Se preocuparían excesivamente por las respuestas corporales asociadas a la activación fisiológica, y frecuentemente sus pensamientos y sentimientos están orientados a la propia inutilidad (autocrítica, auto condenas, etc.), los auto eficaces se centran en analizar la situación y buscar la respuesta más adecuada, prestan atención a la identificación de los posibles obstáculos. En general, son personas con un alto concepto de la propia eficacia, que han aprendido a desarrollar habilidades de manera competente, por último, los sujetos negativistas son los que niegan el problema, no prestan atención a las

demandas del medio, ni a sus respuestas, ni a las posibles soluciones. Al negar el problema, tampoco sienten estrés ni se angustian: prefieren “no ver” la realidad.³³

6.4 Nivel motor

Ante una situación de estrés la respuesta motora puede ser de huida, enfrentamiento o evasión, y menos frecuente, de pasividad (quedarse colapsado). Como se ha descrito anteriormente, el cuerpo ya está preparado a nivel fisiológico para dar una o varias respuestas motoras. Sin embargo, a nivel cognitivo tal vez no permita dar este tipo de respuestas. Por ejemplo, aunque en ciertas ocasiones el deseo ser salir corriendo de una situación estresante determinada (por ejemplo, un examen), ésta puede no ser una respuesta socialmente aceptada. Así pues, todo el incremento de energía movilizado no se utiliza, lo que implica no sólo un desgaste por la puesta en marcha de esos recursos, sino también una acumulación excesiva de productos no utilizados, lo que puede favorecer el desarrollo de trastornos fisiológicos y psicológicos.³⁴

CAPÍTULO II: CUIDADOR

FAMILIAR

1. CONCEPTOS DE CUIDADOR

Cuando alguien enferma dentro de un círculo familiar o tiene algún tipo de dependencia, hay una persona llamada cuidador que asume las tareas del cuidado básico con las responsabilidades que ello acarrearán.

El cuidador definido como, quien dedica una gran parte de su tiempo medido en número de horas al día al cuidado de un enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas^{35, 36} suele ser percibido por el resto de los miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que necesariamente haya llegado a desempeñar ese papel antes, sin embargo tiene un rol importante en la recuperación.³⁷

Al término cuidador se han asociado diferentes conceptos, haciendo referencia a la función de cuidado que desarrolla: el cuidador familiar de niños, y el cuidador familiar de personas adultas con enfermedades crónicas, de acuerdo al escenario: cuidador en un hospital y cuidador en el hogar. Lo anterior deja clara la multiplicidad de acepciones del cuidador⁴, pero más allá de ello, el cuidador cumple funciones sustantivas que tienen un efecto en la vida de la persona motivo del cuidado.

En la literatura existe información del cuidador desde distintas perspectivas: el perfil, el desgaste, las habilidades que desarrolla, conocimientos, destrezas, funciones que realiza, etc., generalmente en áreas hospitalarias.^{38,39,40} Sin embargo poco se sabe de esta figura en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

2. LA FAMILIA DE PACIENTES EN LA UCI

La primera vez que se comenzó a hablar de la atención de la familia de pacientes críticos y sus necesidades fue en el decenio de los setentas.⁴¹ Las pioneras fueron dos enfermeras inglesas, Molter y Leske (1979), quienes crearon el cuestionario CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory), e identifican y enlistan las principales necesidades de estos cuidadores y a partir

de esto se desprenden infinidad de de investigaciones en donde tiene poca cavidad la definición de cuidador familiar (CF) de áreas críticas o enfermedades agudas.

La UCI aparece ante los ojos de los familiares como un servicio extraño y amenazante ya que son espacios donde la tecnología, la ciencia, la efectividad práctica y la vigilancia constante del equipo de salud, predominan.⁴²

Por lo anterior se conceptualiza al cuidador de áreas críticas como el cuidador agudo (CA), entendiéndose éste como aquella figura que desde la práctica toma decisiones trascendentales para la vida-salud de la persona que cuida en periodos de tiempo extremadamente cortos y que generalmente asume la carga moral ante la familia. Muchas veces actúa como juez con respecto al que se hace y las consecuencias de los procedimientos clínicos hacia la persona cuidada. Esto genera un estrés excesivo por la envergadura de los acontecimientos de incertidumbre por la tecnología biomédica y la gran variedad de proveedores de la salud involucrados en un área crítica.

Las investigaciones al respecto del CF en la UCI se han centrado en las principales necesidades que hacen referencia a los cuidadores de áreas críticas:⁴³ Necesidad de seguridad, apoyo, confort, información y cercanía, particularmente la necesidad de seguridad es la que ha sido más estudiada, seguida de la información y el apoyo.⁴⁴

Una gran cantidad de estudios destacan la importancia de la información como una de las principales necesidades del CF, otros concluyen que el ingreso del enfermo no determina el grado de importancia que se le da a la necesidad de información.⁴⁵

Por otro lado, algunos estudios han sugerido que enfermería juega un papel crucial en la atención del CA, atendiendo sus principales necesidades e incorporándolo en la participación del cuidado básico de la persona enferma, por ejemplo el aseo, la alimentación, la contextualización del tiempo y espacio así como poder realizar ejercicios de movilidad, si su estado lo permite, o

simplemente poder tocarlo⁴⁶ Esta implicación beneficia la evolución del paciente y el bienestar emocional de los familiares.^{47, 48}

3. EL ESTRÉS AGUDO Y LA UCI

El estrés agudo es secundario a la ansiedad de acuerdo al DSM-V., el estrés agudo incrementa el riesgo de que el CF no atienda sus propias necesidades manifestando comportamientos no saludables como descanso inadecuado, falta de ejercicio, dieta pobre⁴⁹ etc. Reducir los niveles de estrés de los familiares podría incidir en una mejora de los resultados del paciente.⁵⁰

En ésta línea de investigación, se ha encontrado que la satisfacción de los familiares se relaciona con la comunicación del equipo sanitario y con la toma de decisiones, por lo que una información adecuada y honesta resulta vital para la salud psicosocial y la satisfacción de la familia del paciente crítico.⁵¹

Sin embargo al revisar la literatura se encuentran varias inconsistencias en el uso de la información sobre los efectos de la ansiedad y depresión, en el cuadro 1 se muestra los dos estudios de mayor importancia a nivel mundial sobre el uso de la información en CF de pacientes internados en la UCI.

Cuadro 1. Inconsistencias en el uso de la información sobre los efectos de la ansiedad y depresión.

Autor	Tipo de intervención	Diseño del estudio	No. Grupo Intervención (Grupo control)	Resultados de familiares y pacientes	
				Positivos	Negativos o neutrales
Azoulay et al.	Información impresa	Ensayo controlado y aleatorizado (cegado)	87 (88)	Comprensión familiar del pronóstico o diagnóstico (P<.0001)	Depresión, ansiedad o satisfacción familiar
Lautrette et al.	Platica estructurada más información impresa	Ensayo controlado y aleatorizado	63 (63)	Síndrome de estrés postraumático familiar, depresión y ansiedad (P<.02)	-----

CAPÍTULO III: MÉTODOS,
TÉCNICAS E INTERVENCIONES
DE EDUCACIÓN PARA EL
APOYO DEL CUIDADOR

1. CONCEPTOS DE MÉTODOS, TÉCNICAS E INTERVENCIONES DE EDUCACIÓN PARA EL APOYO DEL CUIDADOR FAMILIAR

En éste apartado se describirán los métodos, las técnicas y las intervenciones para a la educación en el ámbito de la salud para el CF, por lo que conviene comenzar por definir cada una de ellas.

El método es un término griego “methodos” (“camino” o “vía”) que se refiere al medio utilizado para llegar a un fin.⁵² En él se organizan y estructuran las técnicas concretas que servirán para conseguir un objetivo determinado.

Una técnica es un procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos que tiene como objetivo obtener un resultado determinado en cualquier campo de la ciencia o una actividad. Requiere tanto destrezas manuales como intelectuales, frecuentemente el uso de herramientas y siempre de saberes muy variados. La técnica consiste en las acciones precisas para llevar a cabo un método.⁵³

La intervención, que es la que nos ocupa, se define como una acción programada y justificada que se lleva a cabo sobre un individuo o grupo, haciendo especial hincapié en sus perfiles psicoevolutivos con el objetivo de mejorar su situación social.⁵⁴

En nuestro estudio se utilizaran varias intervenciones cada una con diversas técnicas para apoyar al CF del paciente en la UCI en el proceso de educación para la salud definido como un proceso dirigido a promover estilos de vida saludables (hábitos, costumbres, comportamientos) a partir de las necesidades específicas del individuo, familia o sociedad; comprende un conjunto de actividades educativas desarrolladas mediante procesos formales, informales o ambos, que ejecutan continuamente proveedores de salud, como parte de las actividades institucionales.⁵⁵

Según la OMS las actividades de información y educación para la salud deben encaminarse a aumentar la capacidad de los individuos y comunidad para

participar en la acción sanitaria de la auto-responsabilidad en materia de salud y fomentar un comportamiento saludable.⁵⁵

2. MÉTODOS DE EDUCACIÓN

El comité de expertos de la OMS⁵⁵ clasifica los métodos de educación en dos grandes grupos según el tipo de relación que se establece entre el educador, la fuente del mensaje, los educandos y la población que lo recibe, cada método tiene diferentes técnicas.

Métodos bidireccionales o directos: Existe contacto directo entre el educador y el educando. Se utiliza la palabra hablada como medio de comunicación. Como complemento de la palabra hablada pueden utilizarse algunas técnicas como el pizarrón, diapositivas, video, etc. Se puede utilizar en la educación de individuos y grupos.

Métodos unidireccionales o indirectos: Existe una lejanía en el espacio, en el tiempo o en ambos, entre el educador y el educando. Se utiliza la palabra hablada o escrita y la imagen, pero interponiendo entre ello los medios de comunicación. Este tipo de métodos se utilizan para la educación de grupos. Los métodos directos suelen ser más eficaces que los indirectos debido a la estrecha interacción entre el educador y el educando.

3. TÉCNICAS DE APOYO EN LOS MÉTODOS

Cuadro 2. Técnicas de apoyo en los métodos directos e indirectos

Métodos	Técnicas de apoyo
Directos	1. El dialogo, la clase, la charla, la discusión en grupo, la enseñanza práctica, los seminarios, etc. 1.1 Técnicas en las que intervienen fundamentalmente. 1.2 Expertos. 1.3 Simposio. 1.4 Mesa redonda.

- 1.5 Panel de expertos.
- 1.6 Técnica Delphi.
- 1.7 Debate público.
- 2. Técnicas en las que interviene todo el grupo.
 - 2.1 Grupo de discusión.
 - 2.2 Seminarios.
 - 2.3 Rol playing o desempeño de papeles.
 - 2.4 Brainstorming o tormenta de ideas.

Indirectos

- 3. Estos son de tres órdenes.
 - 3.1 Visuales: Carteles, folletos, cartas circulares, periódicos.
 - 3.2 Sonoros: Radio.
 - 3.3 Mixtos audiovisuales: Cine, video, TV, internet.
-

En los últimos años se han creado programas con diferentes intervenciones para ayudar al CF los cuales han sido heterogéneos tanto en objetivos, diseño como en contenido por lo que se ha clasificado en cuatro bloques para facilitar su análisis y estudio.

4. INTERVENCIONES DE APOYO AL CUIDADOR FAMILIAR⁵⁶

- 1. El apoyo formal.
- 2. Programas psicoeducativos
- 3. Asesoramiento o (*counseling*)
- 4. Una combinación de algunas de las anteriores (intervenciones multicomponentes)

4.1 Apoyo formal

Las intervenciones de apoyo formal conocidas también como de respiro o descanso son servicios que proporcionan de forma programada un descanso al

cuidador familiar que tiene una persona mayor, discapacitada o enferma a su cargo.⁵⁷

Consiste en la prestación de servicios comunitarios para suplir temporalmente las funciones de los CF. Por un lado, se ofrecen servicios especializados a la persona enferma que atiendan sus necesidades y, por otro, facilitan que los cuidadores no tengan que estar “ni las veinticuatro horas del día, ni los trescientos sesenta y cinco días al año” atendiendo al familiar y que tengan tiempo para descansar o para hacer otras tareas distintas de las de cuidar.

Las intervenciones de apoyo formal se pueden ofrecer en un formato individual o en grupo dirigido por cualquier profesional.^{71,72} Estas se centran en la construcción de oportunidades de relación y recreación en el que se discuten los problemas, así como los éxitos y sentimientos con respecto a los cuidados. Los resultados de un meta análisis indican que las intervenciones de apoyo pueden ser eficaces en la reducción de la carga de los cuidadores.⁷²

Desde la perspectiva de la organización de servicios de respiro o descanso se han descrito los siguientes tipos.⁵⁸

En el hogar (*in home respite*). Estos programas son los más utilizados y consisten básicamente en que un voluntario o profesional (asistente, cuidador, enfermera, etc.) acude a la casa para atender a la persona necesitada de cuidados, con lo que se libera temporalmente al cuidador familiar de estas tareas. Los servicios son muy variados en función de las necesidades de cada caso y abarcan desde la realización de las tareas domésticas y atención a las necesidades físicas del sujeto dependiente, hasta hacer turno de noche. El formato temporal también puede ser muy variado y oscilar desde una vez a la semana para una tarea concreta, a todos los días para atender el aseo diario; igualmente este servicio puede ser puntual durante un breve período de tiempo o extenderse en el caso de atención a personas con enfermedades crónicas.

En instituciones (*residential/hospital respite care*): definidos como la admisión durante un período de tiempo desde unos pocos días a varias semanas en una

institución con una fecha prefijada para el retorno a la comunidad.⁵⁹ Este servicio es menos utilizado. Son menos flexibles en su programación porque dependen muchas veces de la disponibilidad de camas en la institución, que suele ser un hospital o una residencia de ancianos o de minusválidos. Los procedimientos para acceder a estos servicios son más engorrosos ya que generalmente requieren un chequeo médico previo así como otras evaluaciones complementarias antes de la admisión. El objetivo central de estos servicios es liberar al cuidador familiar. Son programas potencialmente útiles si son correcta y selectivamente elegidos después de una planificación apropiada, debiéndose complementar con otras actividades como el respiro en el hogar, ayuda domiciliaria, etc.

Recepción familiar (*family based respite care*). Es una variante de los anteriores se da cuando el internamiento no se hace en una institución sino que se utilizan familias previamente preparadas para el acogimiento. En el programa familias que ayudan a familias⁶⁰ se conectan familias que tienen niños con minusvalías severas con familias que han sido entrenadas en el cuidado de estos niños, proporcionando respiro a las primeras de manera regular. La evaluación después de un período de 6 meses constató una disminución en la frecuencia de hospitalización, de consultas médicas y la necesidad de tomar medicamentos.

En general, los servicios de respiro, en sus diversas opciones, son muy apreciados por los cuidadores familiares, que cuando los disfrutan están bastante satisfechos con ellos, percibiendo además que les ayuda a tener un mayor control sobre sus vidas.⁶¹ Sin embargo los estudios publicados⁶², coinciden en que la reducción del malestar emocional de los cuidadores es parcial.^{63, 64, 65, 66} Esto puede relacionarse con el hecho de que su utilización se produzca tan sólo en ocasiones extremas, cuando la situación se hace casi insostenible.⁶⁷ Además cualquier cambio en la rutina puede suponer una situación potencialmente estresante que empeora el estado del cuidador o sumar problemas a los muchos que ya tiene; y paradójicamente aunque los servicios de respiro deberían ayudar a reducir la sobrecarga de trabajo del

cuidador, algunas investigaciones encontraron que la cantidad de trabajo aumentaba.^{68, 69, 70}

4.2 Programas psicoeducativos

Son intervenciones que proporcionan información sobre la enfermedad, sus consecuencias y el manejo de los diversos problemas, la impartición de información es de forma progresiva y estructurada. Tienen por objetivo conseguir la mejor adaptación posible del cuidador a la situación, dotándole de estrategias para manejar adecuadamente la situación de estrés con la que han de enfrentarse.

En general consisten en una relación terapéutica entre el cuidador y un profesional de la salud mental y tienen una orientación cognitivo-conductual. El terapeuta habitualmente ayuda al cuidador a ser consciente de su situación, a reestructurar los pensamientos que mantienen conductas problemáticas, ayuda a desarrollar habilidades de solución a problemas, a organizar el tiempo, así como a llevar a cabo, en la medida de lo posible, actividades gratificantes.

Estas intervenciones incluyen programas estructurados que proporcionan educación a los cuidadores familiares ya sea de forma individual⁷¹ o grupal⁷² dentro de este, un líder entrenado puede dar conferencias, fomentar las discusiones de grupo, o proporcionar materiales escritos sobre el proceso de la enfermedad, indicar recursos disponibles, servicios y capacitación que pueden ayudar a los cuidadores, enfatizan la adquisición de destrezas para resolver los problemas derivados del cuidado diario de la persona dependiente, se trabaja también los problemas conductuales del enfermo y las reacciones que ello provoca en los cuidadores.

La psicoeducación, es la intervención que se recomienda ya que su eficacia ha sido demostrada en ensayos controlados rigurosamente realizados en muestras pequeñas con el apoyo por la opinión de expertos.⁷³

Existen muchos programas educativos desarrollados con cuidadores, sin embargo los estudios publicados de este tipo de intervenciones son escasos y en general las mejorías que producen son pequeñas.⁷⁴ Pero más allá de si los resultados de las intervenciones educativas son estadísticamente significativas o no, la magnitud de los cambios conseguidos son clínicamente modestos frente a las grandes expectativas despertadas por ellas y a su amplia proliferación,⁷⁵ se piensa, que ofrecer información es esencial para que los cuidadores reduzcan su problemática emocional, esto ha contribuido a que gran cantidad de las intervenciones con cuidadores tengan una cualidad psicoeducativa, pero lo cierto es que hoy por hoy no se ha comprobado su eficacia.

Se ha considerado que, siguiendo la diferenciación de la Asociación de Psicólogos Americanos entre tratamientos bien establecidos y probablemente eficaces, los tratamientos con cuidadores que incluyen elementos educativos son probablemente eficaces para mejorar su malestar emocional.⁷⁶ Pero lo cierto es que, en ocasiones, generan tensiones en lugar de reducirlas, pues se abordan problemáticas que no atañen todavía a la persona a la que se cuida, anticipando problemas que pueden no llegarse a producir nunca, se ofrece una visión muy negativa de la evolución de la enfermedad y se agravia en exceso la condición de cuidador, informando únicamente de los problemas que parece que necesariamente van a experimentar: aislamiento, depresión, ansiedad.^{77, 78}

Ciertamente, las intervenciones informativas incrementan el conocimiento sobre el desarrollo de la enfermedad del familiar y el sentimiento de competencia en el cuidador, no obstante también se ha señalado que el mejor conocimiento de la enfermedad y sus problemas no correlaciona con el estado emocional del cuidador.⁷⁹ Incluso otro estudio encontró que se incrementa los niveles de ansiedad de los cuidadores cuanto mayor era el conocimiento que éstos tenían de la enfermedad de la persona que atendían,⁸⁰ también se muestra que se deterioran incluso en el sistema inmune y el estado de ánimo de los cuidadores que participan en una intervención psicoeducativa, aun cuando percibían que el tratamiento había sido beneficioso para ellos.⁸¹ De hecho, cuando se revisan estas intervenciones se encuentran resultados

contradictorios, pues algunas revisiones no muestran mejoras significativas en los problemas emocionales entre los participantes en grupos informativos.^{82, 83} Mientras que otras sí que lo hacen.⁸⁴

Los estudios más recientes sobre eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores familiares parecen indicar que las intervenciones psicoterapéuticas, donde se facilita el aprendizaje de habilidades para afrontar el estrés, son las que consiguen mayores mejorías en éste, pues reducen el grado de malestar emocional (depresión y ansiedad), así como aumentan el bienestar general del cuidador. Además, son las que provocan un porcentaje menor de abandono e incluso en ocasiones tienen un efecto positivo en la sintomatología de las personas mayores.⁸⁴

Algunos datos no son concluyentes, en cuanto a los efectos obtenidos por los distintos tipos de intervenciones, aunque apuntan a la superioridad las intervenciones psicoterapéuticas sobre otras modalidades de intervención.⁸⁵

Es probable que las intervenciones psicoeducativas sean eficaces en la reducción del agotamiento del cuidador y de la carga, sobre todo cuando:

- Se llevan a cabo en varias sesiones
- Se enseñan habilidades para la resolución de problemas
- Se incluye la evaluación de los síntomas del paciente
- Están dirigidos a los cuidadores con mayor carga de trabajo.

4.3 Asesoría (Counseling)

La asesoría es una intervención que combina aspectos formativos para el cuidador y además proporciona apoyo cuando se realiza en grupo. Consiste en una relación de ayuda entre un profesional sanitario o asesor y el cuidador familiar, ante una situación del presente difícil de resolver por sí mismo. Su objetivo final es mejorar la salud del paciente. El logro de los objetivos propuestos pasa por la adquisición y mejora de una serie de conocimientos, actitudes y habilidades para la relación profesional-usuario, en especial en

aquellas situaciones donde puedan producirse alteraciones emocionales en alguno de los protagonistas implicados o cuando se desea promover cambios en las conductas de los pacientes.

El asesor como profesional de la salud entiende que ciertas dificultades psicológicas de las personas, incluyendo los conflictos interpersonales, forman parte del proceso normal de la vida y no constituyen una enfermedad. En este sentido la asesoría se diferencia de la psicología clínica y de su modelo de relación inspirado en el modelo de un médico con el enfermo que trata, y en el cual una persona acude en la búsqueda de un proceso curativo que finaliza cuando el profesional le da el alta, en cambio los encuentros con un asesor no persigue la curación ni suele referirse a sus consultantes como pacientes; en la asesoría se trata con la persona de manera integral abordando los distintos aspectos de la personalidad, potenciando el autodesarrollo con base en el enfoque centrado en la persona (ECP) que dado que los individuos tenemos la capacidad innata de autorregulación, lo que C. Rogers llama “tendencia actualizante” y que es una motivación presente en toda forma de vida dirigida al desarrollo de potenciales hasta el mayor límite posible; es ésta corriente la que guía a la persona y sobre ella trabajara el asesor. Esta diferencia esencial de paradigma es la forma de trabajo de un consultor psicológico de un psicólogo clínico.

Es fundamental para el asesor establecer una relación de ayuda con su consultante, generalmente utiliza en sus entrevistas distintos tipos de técnicas psicológicas, o una combinación de éstas, ya que la asesoría es una forma de abordaje particular basado en:

- Congruencia, ser genuino y honesto con la persona.
- Empatía. La habilidad de sentir lo que siente el consultante.
- Respeto. Aceptación positiva incondicional hacia el consultante.

Los servicios de asesoría generan una mayor satisfacción que una intervención de respiro individual o grupal. Además se ha informado que retrasan el ingreso

a una institución de atención para pacientes adultos mayores y mejora significativamente algunos factores emocionales.^{86, 87, 88}

4.4 Intervenciones multicomponentes

Son intervenciones de orientación cognitivo-conductual, que incluye entrenamiento en el control de la activación, reestructuración cognitiva, solución de problemas e incremento de actividades gratificantes, a los que puede añadirse otros elementos, (autoinstrucciones, entrenamiento en asertividad), para su aplicación se utilizan diversas técnicas (discusión en grupo, roleplaying, lecturas, materiales audiovisuales, etc.,) sin que exista homogeneidad entre las distintas intervenciones.

No hay una base sólida para confirmar que una intervención o paquete de intervenciones va a conseguir mejores resultados que otra, los efectos de las diferentes intervenciones varían considerablemente, y suelen ser de pequeños a moderados. Adaptar las intervenciones a las barreras específicas¹ para el cambio parece ser importante, y por eso las intervenciones multicomponentes que dirigidas a diversas barreras son más efectivas que las intervenciones simples.^{89, 90, 91}

Los programas multicomponentes, que incorporan diversas estrategias de intervención (servicios de respiro, grupo de ayuda y psicoeducación o psicoterapia) no consiguen necesariamente mejores resultados que las intervenciones centradas en alguno de estos elementos. Con excepción de los programas de respiro, que obtienen mejores resultados en combinación con otras modalidades terapéuticas.

Otra combinación de intervenciones multicomponentes por ejemplo son: Apoyo, psicoterapia, descanso o cuidado diurno para adultos, etc.,⁷² estas

¹Las barreras se definen en tres categorías, las que se relacionan con el paciente (falta de adherencia al tratamiento, falta de conocimientos, falta de apoyo social, cambio de roles en el seno familiar, etc.) con los proveedores de salud (alta carga de trabajo, falta de liderazgo en gestión, falta de la divulgación de la Evidencia sobre las intervenciones etc.) y con el sistema de salud (falta de interés por las autoridades, ausencia de normatividad, falta de tiempo, etc.).

intervenciones suelen ser eficaces porque pueden usar una variedad de técnicas para reducir la carga y son capaces de hacer frente a una variedad de necesidades de los cuidadores. Las intervenciones multicomponentes también tienen un efecto moderado en la reducción de la carga del cuidador familiar, mientras que las intervenciones centradas en una sola actividad terapéutica, como las intervenciones de apoyo (por ejemplo, grupos de apoyo) y las intervenciones psicoeducativas, es pequeño.^{92, 93} Las intervenciones en su formato individual que logran menor efectividad son los programas de respiro, los grupos de ayuda mutua y los programas educativos.

Las intervenciones multicomponentes grupales,⁹⁴ al igual que las centradas en la adquisición de habilidades del cuidado⁹⁵ y modificación del entorno, mostraron resultados significativos en relación con la sobrecarga de actividades del CF.

La eficacia de las intervenciones que proporcionan estrategias de apoyo social sobre la sintomatología negativa que presentan los CF, constituye una variable protectora frente a la depresión que provoca el cuidado.⁹⁶

Se puede lograr una mayor reducción de la carga cuando la intervención se dirige a:

- Personas mayores que son los cuidadores
- Mujeres cuidadoras
- Los cuidadores que reportan mayor carga subjetiva
- Los cuidadores individuales y no en grupo
- Los cónyuges solos o en una combinación de miembros familiares
- Los pacientes y miembros de las familias
- Abordar problemas de relación entre los pacientes y los cuidadores.

Por lo anterior, parece esencial adecuar las intervenciones a las necesidades y características específicas de los CF, especialmente por su escasa disponibilidad de tiempo y su sobrecarga de tareas. En este sentido los datos indican que aquellas intervenciones en las que el contacto con el cuidador es

escaso, resultan largas o tienen numerosos momentos de medida, generan un mayor número de abandonos. Parece ser importante ofrecer programas con intervenciones multicomponentes breves, que no supongan un factor de estrés añadido. Por otra parte es necesario que las intervenciones se lleven a cabo por personal multidisciplinar bien formado, que pueda ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y solución de problemas emocionales.⁹⁷

5. INTERVENCIONES DE APOYO AL CF EN EL CONTEXTO DE LA UCI

La situación de la familia del paciente crítico cambia, ya que existe una mayor preocupación en relación con la situación de angustia e incertidumbre que viven, en especial durante los primeros momentos de contacto con el medio hospitalario,⁹⁸ con respecto a el conocimiento de los procesos de información dentro de las unidades y sus dificultades^{99, 100} la transformación de prácticas de cuidado que no dan respuesta a las necesidades del familiar, una incorporación de los familiares a los procesos de la unidad como una cuestión terapéutica que beneficie tanto al familiar como al propio paciente y, finalmente, la reflexión acerca de las normas de visita en las UCI y su posible flexibilidad.

5.1 Apoyo formal

Las intervenciones de apoyo formal de respiro o descanso en el escenario de cuidados críticos no es una opción a elegir ya que los pacientes se encuentran ahí por que requieren una atención especializada y no para ofrecer un tiempo de respiro para los cuidadores, esta técnica de educación sanitaria no es opción para el CF que tiene un ser querido en la UCI.

5.2 Las intervenciones psicoeducativas

Estas intervenciones se han utilizado por largo tiempo para el apoyo de familiares y pacientes de la UCI. Un estudio destaca que las familias refuerzan su rol de cuidador disminuyendo conflictos con la UCI, por lo que los resultados en los aspectos emocionales son mejores al favorecer una buena comunicación.¹⁰¹

Un estudio multicéntricos en Francia concluye que el método indirecto con la técnica de información impresa (folleto informativo) mejora significativamente la comprensión de los familiares, en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión de éstos, el análisis de los datos reveló que el 60% de una población sufría ansiedad, y el 39% depresión. Además, la ansiedad y la depresión no fueron significativamente menos prevalentes en el grupo que había recibido el folleto, por lo que los autores sugieren que estos síntomas son independientes de la comprensión y la satisfacción, y que los familiares los experimentan debido a que el paciente se encuentra ingresado en la UCI, no como una respuesta ante una información si no a la situación dolorosa que no pueden afrontar.¹⁰² Por lo anterior la información sigue siendo el primer elemento de importancia que se necesita para comprender los fenómenos que sucede a nuestro alrededor.

5.3 Asesoramiento

Un estudio en Estados Unidos de Norte América afirma que la asesoría con los familiares puede reducir su agitación y ayudar a minimizar el posible conflicto entre el equipo salud de la UCI y los familiares, además de proporcionar un formato para educar al equipo de salud de la UCI acerca de las respuestas psicológicas de los familiares ante una enfermedad amenazante para la vida.¹⁰³

5.4 Intervenciones multicomponentes

Estas intervenciones han mejorado la experiencia del CF acerca de la estancia de su ser querido en la UCI. Las combinaciones que se han usado son: la psicoeducación y la asesoría en la que se utiliza diversas técnicas de educación entre ellas la información impresa y las platicas estructuradas entre otras.^{104, 105,106, 107,108}

La evidencia apoya el uso de la técnica de información impresa y la comunicación estructurada por parte del equipo de la UCI para mejorar los resultados emocionales y familiares y para reducir el tiempo de internamiento del paciente en la UCI y la intensidad del tratamiento. La evidencia de que estas intervenciones reducen los costos totales del tratamiento no es concluyente.¹⁰⁹

La investigación sobre cómo fomentar los procesos de cambio en entorno de salud no ofrece resultados concluyentes acerca de cuál es la mejor estrategia (cognitiva, motivacional, liderazgo, organizacional o sobre los recursos), aunque se apunta a que la aplicación de múltiples intervenciones de diferente naturaleza, cercanas al contexto donde se va a conducir el cambio, puede ser la clave del éxito.^{110, 111}

Un estudio en Hong Kong, basado en un programa de educación multicomponentes utilizó las técnicas de folleto informativo y asesoramiento individual y mostró que los familiares del grupo experimental estuvieron más satisfechos en cuanto a sus necesidades psicosociales e informaron de unos niveles inferiores de ansiedad en comparación con el grupo control. Estos autores apoyan la importancia de proporcionar un programa de educación apropiado y bien estructurado a los familiares de pacientes ingresados en UCI, así como de reducir su ansiedad y ayudarles a satisfacer sus inmediatas necesidades psicosociales con el objetivo de alcanzar una mayor calidad en el cuidado destinado a los familiares.¹¹²

Otro estudio multicomponentes pone en práctica tres técnicas de educación sanitaria: la plática estructurada, la información impresa y las actualizaciones telefónicas, con el objetivo de mejorar la satisfacción de necesidades de información de la familia y reducir la alteración del personal de enfermería en la UCI causada por las llamadas telefónicas entrantes de los familiares de pacientes, resultado de la angustia, la ansiedad y la depresión de éstos, variables que no fueron analizadas en el estudio, por otro lado, cuando se atendió la necesidad de información correlacionando las tres técnicas de educación, el número de llamadas entrantes de los miembros de la familia fue significativamente menor en el grupo experimental que en el grupo de control. En el grupo experimental, la satisfacción aumentó significativamente, al igual que la percepción de qué tan bien se están satisfaciendo sus necesidades de información.¹¹³

Otras intervenciones menos utilizadas en familiares de pacientes en UCI son la **consulta ética y la consulta de cuidados paliativos**. Un estudio clínico aleatorizado y controlado evaluó la intervención de la consulta ética utilizando

el diálogo para CF con conflictos en el tratamiento de su paciente y mostro resultados significativos en el grupo de la consulta en relación a los días estancia en la UCI, uso de ventilación mecánica y alimentación e hidratación artificial.¹¹⁴

Tres estudios mostraron que las intervenciones de cuidados paliativos disminuyen los días estancia en la UCI y mejora la satisfacción de las familias.^{115, 116, 117}

En México debe ampliarse los estudios que busquen una coyuntura entre las intervenciones y las técnicas de apoyo relacionadas con la comunicación dirigidas al CF de áreas críticas y su relación con la reducción de la ansiedad y la depresión que pueda beneficiar al paciente y a la familia, a la persona enferma, al equipo de salud y que tengan un impacto en el uso de recursos sanitarios. Lo anterior permite plantear la siguiente pregunta de investigación.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las intervenciones que tienen mayor efectividad para reducir el grado de estrés agudo del CF del paciente en la UCI?

7. HIPÓTESIS

Tomando la evidencia científica respecto a las intervenciones de apoyo para mejorar la comunicación con el CF de pacientes internados en la UCI, encaminados a optimar los resultados de ansiedad y depresión, es posible suponer que, al aplicar una multi intervención podría reducir los niveles de estrés agudo del CF y mejorar los resultados de la persona enferma y la familia e incluso tener un impacto positivo en la utilidad de recursos sanitarios que una sola intervención.

8. OBJETIVOS

8.1 Objetivo general

- Proponer un programa multidisciplinar que contenga varias intervenciones validadas con la mejor evidencia disponible para el apoyo de familiares con pacientes en la UCI, que responda a una mejora de la comunicación para disminuir el estrés agudo.

8.2 Objetivos específicos

- Identificar la evidencia científica sobre las intervenciones de apoyo respecto a la comunicación que tienen mayor efectividad para reducir el grado de estrés agudo del CF del paciente en la UCI
- Proponer intervenciones de apoyo de alto nivel de evidencia científica para el CF del paciente en la UCI
- Validar el material educativo

CAPÍTULO IV: **METODOLOGÍA**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo al DSM-V, el estrés agudo es secundario a la ansiedad he incrementa el riesgo de que el CF no atienda sus propias necesidades manifestando comportamientos no saludables como descanso inadecuado, falta de ejercicio, dieta pobre¹¹⁸ etc. Lo que puede dificultar su participación con el paciente hospitalizado en la UCI, mermando funciones sustantivas que impactan en la vida de la persona motivo del cuidado y que tienen un mínimo riesgo, por ejemplo: el aseo dental si el paciente está consciente, la alimentación si tolera la vía oral, la ubicación en tiempo y realizar ejercicios si su estado lo permite o simplemente poder tocarlo¹¹⁹ que suele ser la acción más económica, sencilla y útil que, beneficia la evolución del paciente y el bienestar emocional de los familiares^{120, 121} pero que con frecuencia se ve abolida por el estrés del cuidador .

Se revisaron diferentes programas de apoyo al CF que implicaban alguna intervención relacionada con la comunicación, cada una de sus combinaciones para después hacer una discriminación de aquellas que abordan problemas psicológicos de la familia de pacientes internados en la UCI. En general los resultados obtenidos son contradictorios o clínicamente modestos frente a las grandes expectativas despertadas por ellos y su amplia proliferación. Este hecho ha generado diversos cuestionamientos sobre la relación, intervenciones- CF y los efectos sobre el estrés. Así se ha considerado trascendente llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura en relación con este tema que permitió **identificar de manera valida y confiable las intervenciones relativas a la comunicación que tienen mayor efecto para reducir el grado de estrés del CF del paciente en la UCI, para después elaborar un programa de intervenciones que incluye un manual de recomendaciones para la familia de estos pacientes, que con base en la mejor evidencia disponible propone una intervención multicomponente y multidisciplinar para el apoyo del CF.**

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Preparar una revisión de la literatura es complejo e implica muchos juicios. La literatura biomédica se multiplica a un ritmo compuesto del 6 al 7% anual, y por lo tanto su número se duplica cada 10 a 15 años y se incrementa diez veces cada 35 a 50 años por el contrario el tiempo disponible para que un profesional revise la literatura clínica se ha ido recortando cada vez más por otras necesidades¹²². Ante esta situación y con el fin de disminuir el riesgo potencial de sesgos en el proceso de revisión los juicios que preceden a esta revisión son: Planteamiento de un problema a investigar, seleccionar la mejor base de datos disponible, definir los descriptores y una metodología explícita sobre límites de búsqueda: Tipo de estudio, disponibilidad de texto, fecha de publicación, especie, idioma, sexo, edad, etc. (ver cuadro 3).

3. METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA

Cuadro 3. Variables para la revisión sistemática de la información sobre intervenciones para reducir el estrés del CF de pacientes en la UCI

Problema a investigar: Cuáles son las intervenciones utilizadas para disminuir el estrés del CF de pacientes en la UCI		
Base de datos	Descriptores	Límites de Búsqueda
Pubmed	Family care givers, critical care, interventions.	<p>Tipo de texto: Estudios clínicos, ensayos clínicos controlados, estudios multicéntricos, guías de práctica clínica, estudios clínicos aleatorizados, revisiones, revisiones sistemáticas.</p> <p>Disponibilidad de texto: Resumen y texto completo</p> <p>Fecha de publicación: 1965 a 2013</p> <p>Especie: Humana</p> <p>Idioma: Ingles y español</p> <p>Sexo: Femenino y masculino</p> <p>Edad: Mayor de 19 años.</p>
Cochrane	Family care givers, critical care, interventions.	<p>Revisiones: Nuevas, actualizadas, comentadas, actualizada y comentada, retiradas</p> <p>Campo de búsqueda: Por palabra.</p>
Redalyc	Cuidador familiar, cuidados críticos, intervenciones.	<p>Disponibilidad de texto: Resumen y texto completo</p> <p>Fecha de publicación: 1969 a 2013</p> <p>Especie: humana</p> <p>Idioma: Ingles y español y portugués</p> <p>Sexo: Femenino y masculino</p> <p>Edad: Mayor de 19 años.</p>

4. TÉCNICA PARA EL ANÁLISIS DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Posteriormente se redujo la búsqueda de artículos aplicando los siguientes filtros:

- Leer el título realizando la pregunta ¿Es el artículo potencialmente interesante o útil para nuestra práctica? Si fue así pasamos a la siguiente consideración.
- Revisar la lista de autores, donde se reconoce a los expertos en el tema y su trayectoria. Sin embargo, se encontraron autores nuevos o desconocidos que merecieron al menos un vistazo a las siguientes consideraciones.
- Leer el resumen, aquí el objetivo fue simplemente decidir si la conclusión, en caso de ser válida, es importante para nosotros. El punto no es si los resultados son verdaderos (puesto que esto es difícil hacerlo con solo leer el resumen), sino determinar si los resultados, de ser válidos, nos son útiles.
- Obviamente, algunas veces uno no puede decidir que los resultados son veraces aún después de haber leído todo el artículo.
- El siguiente paso es reflexionar sobre el sitio donde se llevó a cabo el estudio de manera que los resultados, de ser válidos, sean aplicables a nuestro entorno, para esto se consideró dos puntos:

1º) ¿Se cuenta con los recursos requeridos, o son suficientes la experiencia y tecnología que está a nuestro alcance, para permitir poner en práctica la intervención descrita en el artículo?

2º) ¿Son los pacientes del lugar donde se originó el artículo similares a nuestra población, con respecto a la enfermedad, edad, género o en alguna otra característica que determine el evento?

Aplicando los filtros anteriores se decidió obtener el artículo para analizarlo a profundidad.

Después de obtener y analizar los artículos se identificaron los componentes claves de las intervenciones descritas mismas que permitieron diseñar una propuesta de intervención cuyo recurso consistió en elaborar un manual de recomendaciones para las familias con pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, el cual se sometió a un proceso de validación.

5. VALIDACIÓN DEL MATERIAL EDUCATIVO

Para garantizar que el manual del Cuidador Familiar fuera adecuado y efectivo se sometió a un proceso de validación² cualitativa, que consistió en: A) Validación externa que corresponde a la **validación con la población** B) Validez interna en relación a la **validez por expertos**.

5.1 Validez con población

La primera, consistió en buscar en la literatura las necesidades relacionadas con la información y comunicación de las familias con paciente internados en la UCI posterior a esto se ratificó por medio de una entrevista semiestructurada con ocho cuidadores familiares de características similares seleccionados de manera aleatoria, de esta manera se estructuró la primera versión del Manual del Cuidador Familiar del paciente en la UCI. (Ver figura 2)

Posteriormente, se busco la opinión del grupo de estudio con dos estrategias de organización: 1) Concentrada del grupo utilizando técnicas de grupo focal 2) Opinión personal con apoyo de técnicas de validez por escrito y entrevista semiestructurada.

Para el análisis de resultados se tomaron en consideración los componentes de la eficacia:

1. Atracción: Consiste en averiguar si nuestro material llama la atención de la población a la cual esta dirigido. Esto es, si le gusta o no los colores, el diseño, el formato, etc. Si el material es afín con la gente.
2. Entendimiento: Los contenidos y mensajes son comprensibles para todo tipo de personas.

²Entiéndase como validación: la investigación que se realiza con expertos y representantes de un grupo de personas a los cuales va dirigido un material específico, la finalidad es que ellos opinen sobre los instrumentos antes de que éstos ingresen a la etapa de manufactura.

3. Identificación: Este componente averigua si nuestra población siente que el material que se valida es para personas como ellas, se sienten identificados con lo que propone el contenido y mensajes.
4. Aceptación: Este componente permite confirmar que nada incomode o genere alguna indisposición. Indica si acepta plenamente el enfoque, los contenidos y el medio utilizado.
5. Inducción a la acción: Mediante este componente buscamos comprobar si el cambio de comportamiento o actitud es identificado y posible de lograr.¹²³

Se tomó como base el criterio establecido por la OMS que propone que la validación cuantificada de materiales debe ajustarse a respuestas favorables en los cinco criterios anteriormente descritos en un porcentaje $\geq 70\%$.¹²⁴

Posterior a esto se reestructura la 1era versión del manual del CF de pacientes en la UCI y se sometió a la validez técnica. (Ver figura 3).

5.2 Validez de expertos

consistió en que siete investigadores, dos con estudios de doctorado, dos con estudio de maestría, un académico de la UNAM, un especialista en salud mental y un estudiante de licenciatura realizaran: a) Una validez de contenido referente a la comunicación y logística de la UCI b) validez de criterio en relación a la relevancia suficiencia y coherencia c) validez de constructo a través de tres pasos 1) Relación del manual sobre la base del marco empírico 2) Lo antes descrito se analiza cuidadosamente 3) Interpretación empírica de que tanto clarifica o satisface las necesidades de información de la familia con un paciente en la UCI. La estrategia de organización fue buscar su opinión de forma individual con técnicas como validez por rescrito para lo cual se les entrego el Manual del Cuidador Familiar de manera impresa y en un periodo de cuatro meses se realizó 5 revisiones apoyadas de la entrevista semiestructurada, regresando observaciones y recomendaciones al investigador mismas que se atendieron. Para el análisis de resultados nos apoyamos de los criterios de eficacia que ya se han descrito anteriormente y considerando las aportaciones de los expertos se realizaron los cambios en al

tercera versión del manual, principalmente en la cantidad de texto, imágenes, tipo de fuente y colores. También se incluyó una presentación del manual que hace referencia a los estándares para la certificación de hospitales, sección II: Estándares centrados en la gestión específicamente sobre Manejo de la Comunicación e Información (MCI).

La validación tuvo la aprobación del departamento de educación y enseñanza y la subdirección de enfermería del INCMNSZ, el consentimiento de los participantes y la autorización de autoridades pertinentes del instituto.

Figura 2. Proceso de validación con población.

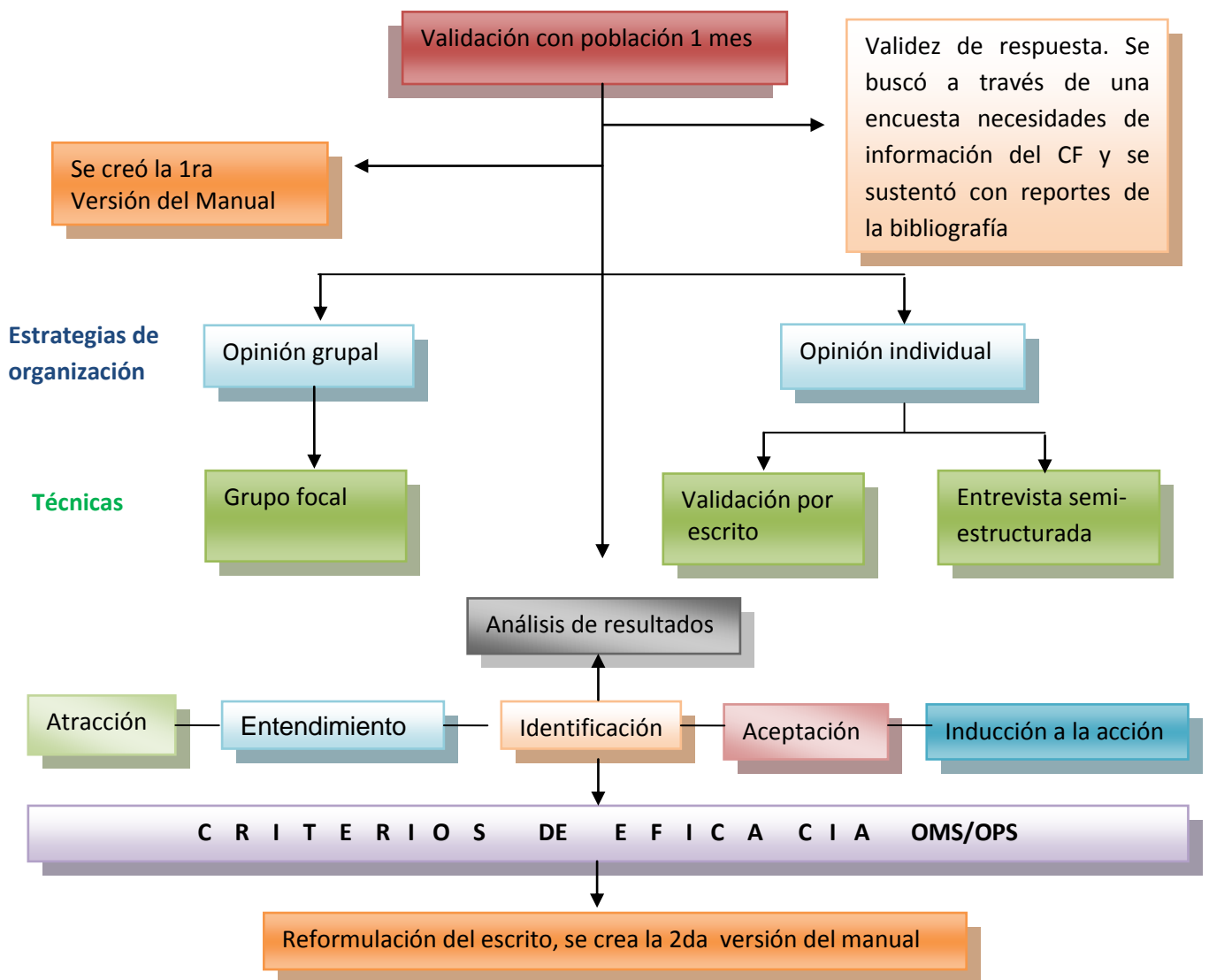
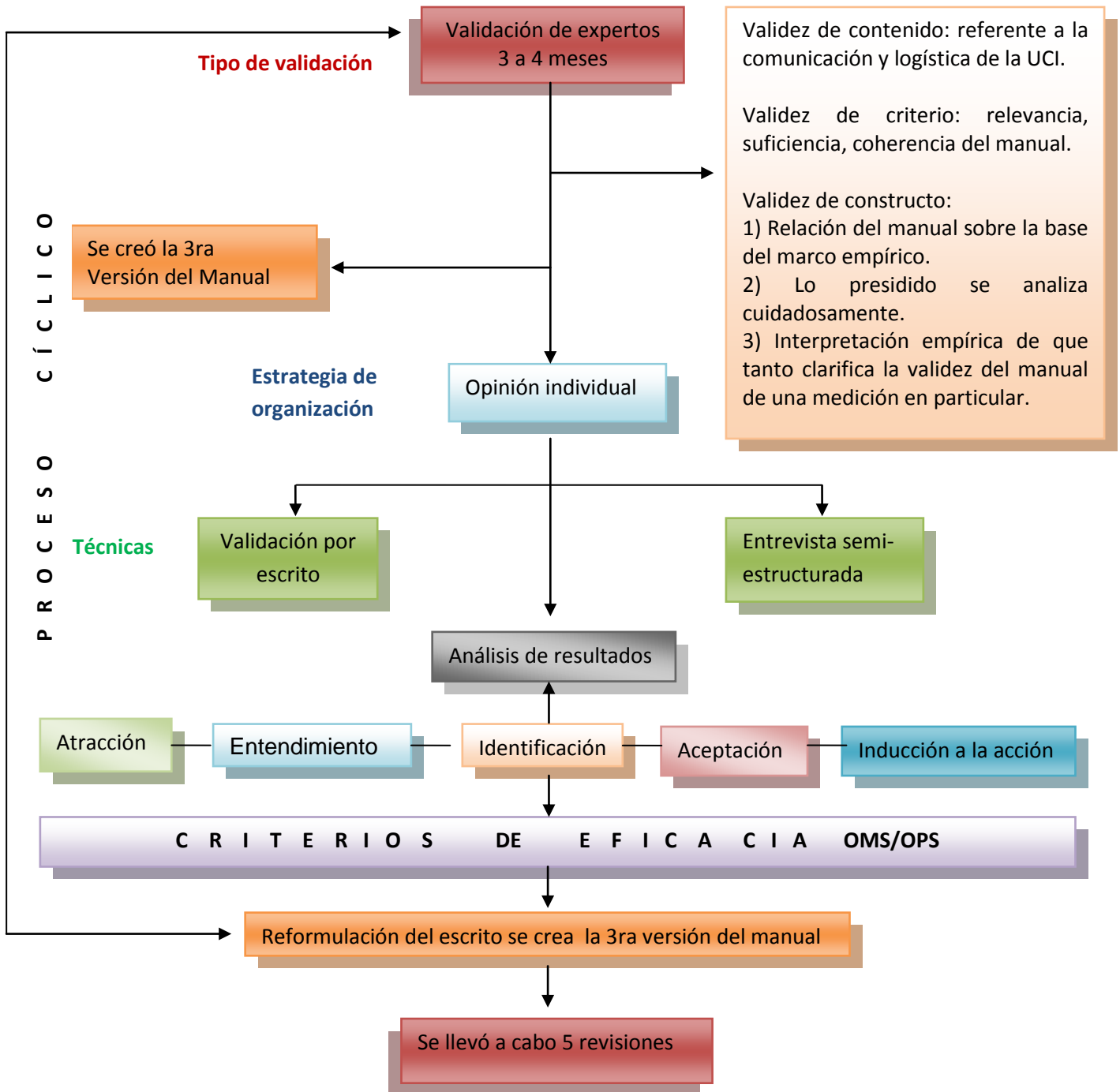


Figura 3. Proceso de validación de expertos.



Cuadro 4. Recomendaciones del proceso de validación

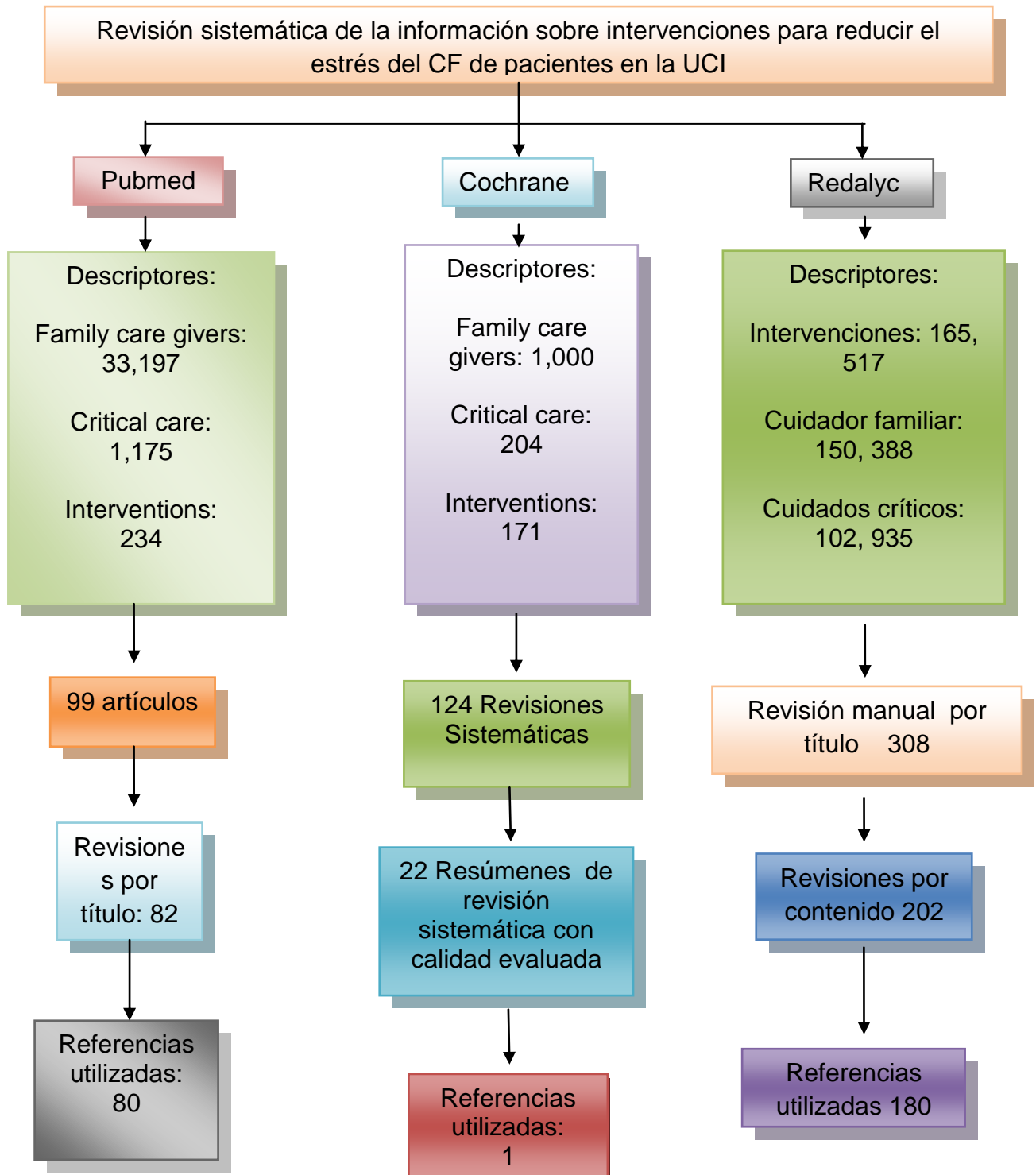
RECOMENDACIONES DEL PROCESO DE VALIDACIÓN	
VALÍDEZ DE EXPERTOS	VALÍDEZ DE POBLACIÓN
ATRACCIÓN .Cambiar el logotipo del Instituto. . Incluir una introducción referente a certificación de hospitales.	ATRACCIÓN Les gustó.
ENTENDIMIENTO .No colocar información al respecto de la opción del familiar para NO intento de reanimación. .Eliminar la connotación de “Muy importante”.	ENTENDIMIENTO .Es conveniente conocer que podemos decidir no reanimar a mi paciente. .“Muy importante” Nos hace poner más atención a la lectura.
IDENTIFICACIÓN .Unificar cuidador familiar o familiar responsable. .Cambiar la palabra “ser querido” por paciente.	IDENTIFICACIÓN .Nos identificamos con los dos términos cuidador familiar y familiar responsable. .“Ser querido” lo identificamos mejor que paciente.
ACEPTACIÓN .Enfoque y contenidos adecuados. .Utilizar un lenguaje más técnico.	ACEPTACIÓN .Nos gusta el enfoque y contenidos. .Preferimos un lenguaje más coloquial.
INDUCCIÓN A LA ACCIÓN .El texto es correcto para la inducción al cambio de comportamiento.	INDUCCIÓN A LA ACCIÓN .Se observan cambios al terminar el texto. .Aprovechan mejor el tiempo de visita. .Tienen seguridad al realizar preguntas.

CAPÍTULO V: **RESULTADOS**

1. RESULTADOS

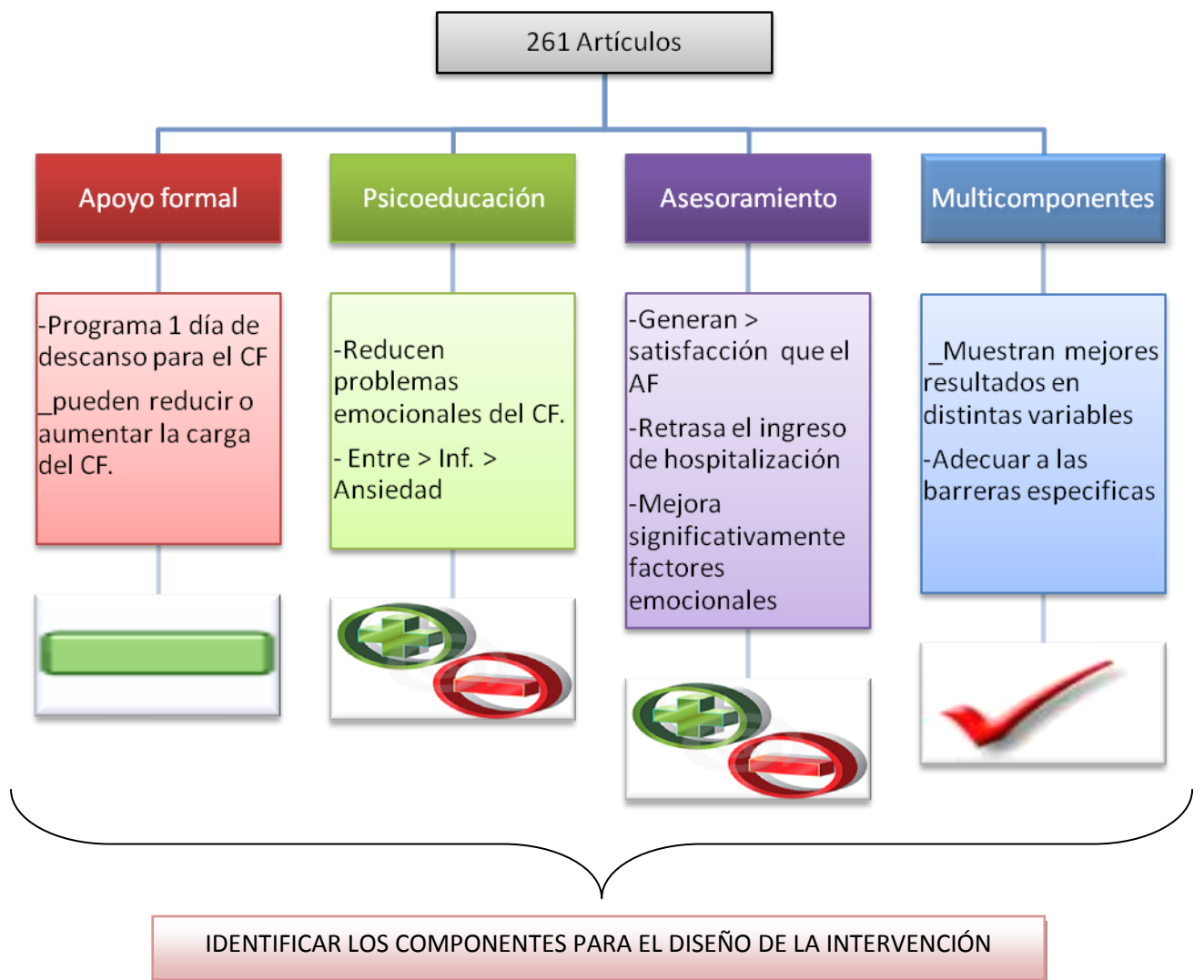
Los resultados de la búsqueda en pubmed, Cochrane y redalyc utilizando descriptores como family care givers, critical care e interventions se resumen en la siguiente figura.

Figura 4. Resultados de la búsqueda en las tres bases de datos.



De los 261 artículos recuperados y revisados se concluyó que la mayoría de las intervenciones tienden a ser unificadas y se centran en cuatro tipos Figura 10. Teniendo resultados negativos, no concluyentes y positivos, lo que nos llevo a identificar los componentes claves para la propuesta de intervención.

Figura 5. Análisis de las referencias utilizadas.



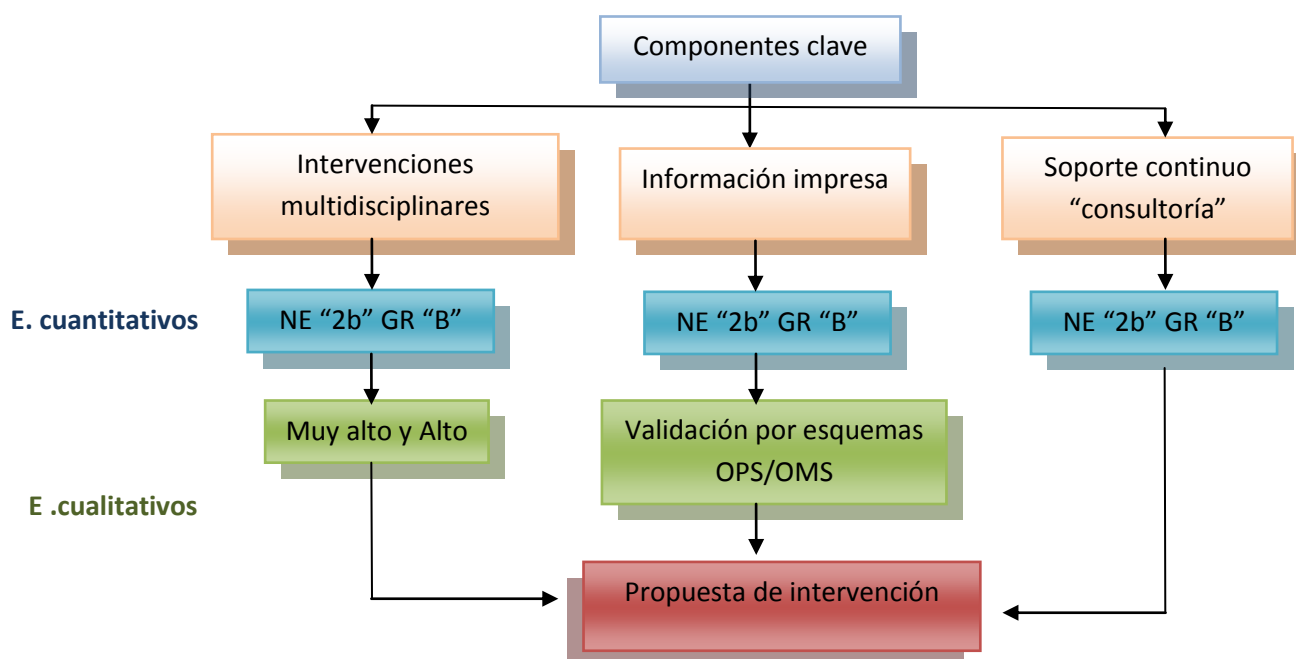
CONCLUSIONES

2. CONCLUSIONES

- ▶ Las intervenciones de mayor efectividad son las que se apoyan de:
 - a) Varias disciplinas y multicomponentes
 - b) Material educativo impreso (validado con criterios internacionales)
 - c) Apoyo continuo (consultoría)
- ▶ La medicina basada en evidencia es un marco para el diseño de las intervenciones. Para incrementar su éxito los materiales educativos se deben someter a un proceso de validación con criterios internacionales.
- ▶ Los cuidadores familiares son actores importantes en los procesos de validación.

LOS COMPONENTES CLAVES SELECCIONADOS DESDE LA REVISIÓN PARA EL DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN SON³:

Figura 6. Componentes claves para el diseño de la intervención.



³-Estudios cuantitativos. Centro de medicina basada en evidencia de Oxford
-Estudios cualitativos: Critical Appraisal Skills programme.

Con lo anterior se elabora la intervención que se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Propuesta del diseño de intervención

		1era FASE PRETEST	2da. FASE INTERVENCIONES		3ra. FASE POST INTERVENCIÓN
GRUPO EXPERIMENTAL	ACTIVIDAD	1er Día se identifica el CF Consentimiento informado AXE AXR CCFNI	2do. Día EDUCACIÓN Sesión informativa sobre el contenido y la utilidad del manual	3er. Día PSICO EDUCACIÓN Y PSICOINTERVENCIÓN Intervención Multidisciplinar	4to - 5to Día Evaluación de AXE CCFNI
	DESARROLLO	-Proveedor: Personal capacitado -Lugar: Aula a un costado de la UCI -Tiempo: Sin límite para resolverlo	-Duración: 30 minutos -Lugar: Aula a un costado de la UCI	-Duración: 45 a 60 minutos - Lugar: Aula a un costado de la UCI CONSULTORIA ABIERTA -Duración: 2 a 3 hrs. Lunes de 17:30 a 19:30 hrs. Martes de 8:00 a 11:00 hrs. Miércoles 8:00 a 11:00 hrs. Jueves 17:30 a 19:30 hrs. Viernes 8:00 a 11:00 hrs.	-Proveedor: Personal capacitado -Lugar: Aula a un costado de la UCI -Tiempo: Sin límite para resolverlo -Recolección y análisis de datos
GRUPO CONTROL	ACTIVIDAD	Se identifica el CF Consentimiento informado AXE AXR CCFNI	INFORMACIÓN DE RUTINA		Evaluación de AXE CCFNI
	DESARROLLO	-Proveedor: Personal capacitado -Lugar: Aula a un costado de la UCI -Tiempo: Sin límite para resolverlo	La información es proporcionada de manera verbal sin orden ni estructura por diversos proveedores de salud		-Proveedor: Personal capacitado -Lugar: Aula a un costado de la UCI -Tiempo: Sin límite para resolverlo -Recolección y análisis de datos

Proponemos un estudio de tipo cuasi-experimental pre y post-test con CF de la UCI del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Salvador Zubirán, de los cuales uno se someterá a una multi-intervención.

A los dos grupos se les aplicará tres cuestionarios uno relacionado con la satisfacción de la información y otro que se utiliza para medir dos dimensiones distintas de ansiedad. 1) Ansiedad Estado (AXE) y 2) Ansiedad Rasgo (AXR).

Los cuestionarios se aplicarán a partir de las 24hrs de haber ingresado a la UCI (medición basal) y la segunda medición será con un intervalo de mínimo tres días, sin existir tiempo límite para resolverlo.

Primero se trabajara con el grupo control (RG₁), con la finalidad de evitar contaminar el grupo experimental.

El 1er día; se identifica el CF del paciente internado en la UCI que lleve un ingreso por más de 24hrs. Se le hará la invitación por escrito mediante de un consentimiento informado. (Ver anexo)

Si acepta el CF se le aplicaran el cuestionario de satisfacción de necesidades de familiares de pacientes en la UCI (CCFNI) versión breve y las autoevaluaciones del IDARE, el primero en aplicarse será el AXE, y el segundo será el EXR esto por porque A- Estado, fue diseñada con el fin de que fuese sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional que se puede crear si se aplica primera la escala A-Rasgo. En contraste la A-Rasgo son relativamente inmunes al efecto de las condiciones bajo las cuales son aplicadas.

El 2do. día se le entregará el manual de recomendaciones para el CF referente a la forma de trabajo de la UCI, estructura de una habitación, teléfonos, horarios, personal de enfermería y médicos, etc., tiempo aproximado de 30 a 45 minutos. Con la finalidad de mejorar el ambiente donde se desarrolla el fenómeno que causa el estrés, ya que el ambiente social y entender los estilos de vida forman parte de los mediadores en salud mental del individuo.

El 3er. día se realizará una técnica grupal referente a dudas sobre el manual, con tiempo aproximado de 30- 60 minutos.

El 4to. día solo se aplicará el cuestionario referente a AXE y el (CCFNI) versión breve.

Se obtienen grados de estrés y la satisfacción con la información.

Todos lo anterior estará siempre respaldado por consultorías sobre la seguridad del CF de 2 a 3 hrs.

Lunes de 17:30 a 19:30 hrs.

Martes de 8:00 a 11:00 hrs.

Miércoles 17 a 18:30 hrs.

Jueves 17:00 a 18:30 hrs.

Viernes 17:00 a 18:30 hrs.

Posteriormente se obtendrán datos del grupo control.

El 1er día; se identifica el CF del paciente internado en la UCI que lleve un ingreso por más de 24hrs. Se le hará la invitación por escrito a través de un consentimiento informado (Ver anexo).

Si acepta el CF se le aplicarán el cuestionario de satisfacción de necesidades de familiares de pacientes en la UCI (CCFNI) versión breve y las autoevaluaciones del IDARE, el primero en aplicarse será el AXE, y el segundo será el EXR esto por recomendaciones que se encuentran en el manual.

El 2do. día solo se realizará la rutina sobre la información que se les da a los familiares de nuevo ingreso por parte de todo el equipo de enfermería, esta información solo es verbal sin monitorización.

El 4to. día solo se aplicará el cuestionario referente a AXE y el (CCFNI) versión breve.

Se obtienen grados de estrés y satisfacción con la información

ANEXOS



CONSENTIMIENTO GRUPO INTERVENCIÓN

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

FOLIO: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO. INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

Título: **INTERVENCIONES DE APOYO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI**

Investigadores responsables: Lic. Enf. Zepeda León Jonathan. Dra. Maite Vallejo Allende. Mtra. Ostiguín Meléndez Rosa María.

Colaboradores: E.E. Ojeda Herrera David. Lic. Enf. López Pérez Porfirio Fernando

Estimado Señor(a): Se le está invitando a participar en este estudio de investigación debido a que usted tiene un familiar internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Antes de que decida participar, es importante que sepa por qué se está haciendo esta investigación y lo que implica. Por favor tómese el tiempo necesario para leer la siguiente información y pregunte cualquier cosa que no le haya quedado clara.

El proyecto tiene como propósito **identificar de manera valida y confiable las intervenciones relativas a la comunicación que tienen mayor efecto para reducir el grado de estrés del Cuidador Familiar del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).**

Al comienzo del proyecto se le aplicaran unos cuestionarios para identificar síntomas relacionados con el estrés y el grado de satisfacción con la información sobre la UCI, en un segundo tiempo recibirá un conjunto de intervenciones: platicas estructuradas, un manual del Cuidador Familiar referente a la forma de trabajo de la UCI, estructura de un a habitación, teléfonos, horarios, personal de enfermería y médicos, etc., con la finalidad de mejorar el ambiente donde se desarrolla el fenómeno que causa el estrés dentro de este ambiente social y entender que los estilos de vida forman parte de los mediadores en salud mental del individuo, otra intervención son las sesiones psicológicas por un especialista (relajación muscular profunda y control de la respiración) que forman parte del programa denominado entrenamiento en inoculación del estrés (EIE) ha sido el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en el estrés post-traumático. Estas actividades estarán apoyadas por una consultoría programada de manera individual que será grabada con el objeto de protegerlo a usted y al investigador para responder a todas las dudas, solo se llevará a cabo si usted considera que la necesita y lo desea; por ultimo en un tercer tiempo se le aplicarán dos cuestionarios con la finalidad de evaluar la efectividad de la intervención.

Sólo los investigadores involucrados en el proyecto tendrán acceso a estos materiales y la información que se genere en los estudios únicamente será para fines académicos o de investigación. El manejo de los datos, en todo momento será confidencial (es decir protegiendo en todo momento su identidad) y manejado con códigos especiales.

Un posible **riesgo** emocional de este proyecto es que se incrementen los síntomas relacionados con el estrés, pero desaparecerán a medida que la situación de su paciente mejore.

Los **beneficios** que obtendrá al participar en este proyecto son la detección temprana y oportuna de síntomas de estrés, su participación no tendrá costo económico, además de recibir una atención protocolizada relacionada con la información, que le permitirá comprender lo que pasa con su ser querido en la UCI, e implementar estrategias que ayuden a lidiar con algunos estresores en el tiempo de visita y fuera de la UCI.

Es importante que sepa que no recibirá pago alguno por su participación y que recibirá los cuidados que se requiera relacionada con el objeto del proyecto de investigación.

Su participación en este estudio es voluntaria. Declaro que se me ha informado claramente que tengo derecho a retirarse del estudio cuando lo considere conveniente sin tener ninguna consecuencia personal o en el servicio médico que se le está otorgando a mi familiar en la UCI.

Si tiene cualquier duda sobre el estudio, puede dirigirse a:

Lic. Enf. Zepeda León Jonathan: Unidad de Cuidados Intensivos del INCMNSZ Tel cel. 55 34 73 46 46 o al Lic. Enf. López Pérez Porfirio Fernando. Tel cel. 55 38 87 55 68.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO

He leído la hoja de información que se me ha entregado acerca del estudio de **INTERVENCIONES DE APOYO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI**

- He podido hacer preguntas sobre el proyecto y he recibido suficiente información acerca del mismo de parte de los responsables.

- Comprendo que mi participación es voluntaria.

- Los procedimientos del estudio no son de riesgo para mi salud ni para aquellos que me rodean.

- Comprendo que puedo retirarme del programa:
 1. Cuando lo decida, previo aviso a la(s) persona(s) responsable(s) del proyecto.
 2. Sin que esto tenga para mí repercusiones de ninguna índole y sin afectar de ninguna forma la atención que recibe mi familiar en la UCI del INCMNSZ.

- He leído y comprendido el presente documento, que firmo libre y voluntariamente y con ello me comprometo a participar activamente en cada una de las actividades que éste proyecto implica.

Fecha

 Firma o huella digital de la
 paciente

 Nombre del investigador

 Testigo

 Testigo

 Parentesco

 Parentesco



CONSENTIMIENTO GRUPO CONTROL

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

FOLIO: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO. INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES

Título: **INTERVENCIONES DE APOYO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI**

Investigadores responsables: Lic. Enf. Zepeda León Jonathan. Dra. Maite Vallejo Allende. Mtra. Ostiguín Meléndez Rosa María.

Colaboradores: E.E. Ojeda Herrera David. Lic. Enf. López Pérez Porfirio Fernando.

Estimado Señor(a): Se le está invitando a participar en este estudio de investigación debido a que usted tiene un familiar internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Antes de que decida participar, es importante que sepa por qué se está haciendo esta investigación y lo que implica. Por favor tómese el tiempo necesario para leer la siguiente información y pregunte cualquier cosa que no le haya quedado clara.

El proyecto tiene como propósito **identificar de manera válida y confiable las intervenciones relativas a la comunicación que tienen mayor efecto para reducir el grado de estrés del Cuidador Familiar del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).**

Al comienzo del proyecto se le aplicarán unos cuestionarios para identificar síntomas relacionados con el estrés y el grado de satisfacción con la información sobre la UCI, en un segundo tiempo recibirá si no es que ya lo hizo, la información que rutinariamente ofrece el equipo de la UCI, sobre la forma de trabajo en la Unidad, los horarios de visita, el informe médico entre otras. Por último en un tercer tiempo se le aplicarán dos cuestionarios con la finalidad de evaluar la información que recibió y los síntomas de estrés.

Sólo los investigadores involucrados en el proyecto tendrán acceso a estos materiales y la información que se genere en los estudios únicamente será para fines académicos o de investigación. El manejo de los datos, en todo momento será confidencial (es decir protegiendo en todo momento su identidad) y manejado con códigos especiales.

Un posible **riesgo mínimo** de este proyecto es que se incrementen los síntomas relacionados con el estrés, pero desaparecerán a medida que la situación de su paciente mejore.

Los **beneficios** que obtendrá al participar en este proyecto son la detección temprana y oportuna de síntomas de estrés, su participación no tendrá costo económico.

Es importante que sepa que no recibirá pago alguno por su participación y que recibirá los cuidados que se requiera relacionada con el objeto del proyecto de investigación.

Su participación en este estudio es voluntaria. Declaro que se me ha informado claramente que tengo derecho a retirarse del estudio cuando lo considere conveniente sin tener ninguna consecuencia personal o en el servicio médico que se le está otorgando a mi familiar en la UCI.

Si tiene cualquier duda sobre el estudio, puede dirigirse a:

Lic. Enf. Zepeda León Jonathan: Unidad de Cuidados Intensivos del INCMNSZ Tel cel. 55 34 73 46 46 o al Lic. Enf. López Pérez Porfirio Fernando. Tel cel. 55 38 87 55 68.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO

He leído la hoja de información que se me ha entregado acerca del estudio de **INTERVENCIONES DE APOYO PARA DISMINUIR EL ESTRÉS DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI**

- He podido hacer preguntas sobre el proyecto y he recibido suficiente información acerca del mismo de parte de los responsables.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Los procedimientos del estudio no son de riesgo para mi salud ni para aquellos que me rodean.
- Comprendo que puedo retirarme del programa:
 1. Cuando lo decida, previo aviso a la(s) persona(s) responsable(s) del proyecto.
 2. Sin que esto tenga para mí repercusiones de ninguna índole y sin afectar de ninguna forma la atención que recibe mi familiar en la UCI del INCMNSZ.

- He leído y comprendido el presente documento, que firmo libre y voluntariamente y con ello me comprometo a participar activamente en cada una de las actividades que éste proyecto implica.

Fecha

Firma o huella digital de la
paciente

Nombre del investigador

Testigo

Testigo

Parentesco

Parentesco



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

DATOS DEL FAMILIAR INTERNADO EN LA UCI fecha _____ folio _____

Registro _____ Edad _____ Genero 1 Femenino Estado 1 Soltero
2 Masculino civil 2 Casado
3 Divorciado
4 Viudo
5 Unión libre
6 Otro Especifique _____

Fecha de ingreso a la UCI _____ Jefe de familia 0 No
1 Si Antes de pasar 1 Urgencias
a la UCI dónde 2 1er. Piso
estaba su familiar 3 2do. Piso
4 3er Piso
5 4to. Piso
6 Cirugía
7 Otro hospital
8 Otro especifique _____

DATOS DEL CUIDADOR FAMILIAR O FAMILIAR RESPONSABLE

Edad _____ Genero 1 Femenino Estado 1 Soltero
2 Masculino civil 2 Casado
3 Divorciado
4 Viudo
5 Unión libre
6 Otro Especifique _____

Jefe de familia 0 No Relación con el 1 Cónyuge/Pareja
1 Si familiar en la UCI 2 Hijo (a)
3 Padres
4 Hermano(a)
5 Abuelo (a)
6 Primo (a)
7 Tío (a)
8 Amigo
9 Otro

Grado de 1 Primaria
estudios 2 Secundaria
3 Preparatoria
4 Licenciatura
5 Posgrado
6 Doctorado

Situación Laboral 1 Activo Vive con el 0 No Percepción de la Satisfactorio
2 Baja temporal paciente 1 Si relación con el Insatisfactorio
3 Jubilado
4 Desempleado
5 Actividades del hogar
6 Otro familiar internado

Usted participa en Si Reacción de la Familia Preocupación
actividades culturales No a la enfermedad y equipo Apoyo
de la UCI Tranquilidad
 Culpa
 Desinterés
 Ansiedad
 Otros especifique _____

Sentimientos con el Ansiedad
ser querido internado Miedo
en la UCI Culpabilidad
 Tristeza
 Impotencia
 Rabia
 Superioridad
 Inferioridad
 Seguridad
 Otros especifique _____

Vive del hospital a ½ hora
 1 hra.
 1 ½ hrs.
 2 hrs.
 2 1/2
 3 hrs. O más

IDARE INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN (SXE) folio: _____

INSTRUCCIONES: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo **se siente ahora mismo**, o sea, **en este momento**. No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Genero: 1) Femenino 2) Masculino Edad _____ Fecha _____

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado _____	①	②	③	④
2. Me siento seguro _____	①	②	③	④
3. Estoy tenso _____	①	②	③	④
4. Estoy contrariado _____	①	②	③	④
5. Estoy a gusto _____	①	②	③	④
6. Me siento alterado _____	①	②	③	④
7. Estoy preocupado _____	①	②	③	④
8. Me siento descansado _____	①	②	③	④
9. Me siento ansioso _____	①	②	③	④
10. Me siento cómodo _____	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mi mismo_	①	②	③	④
12. Me siento nervioso _____	①	②	③	④
13. Me siento agitado _____	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" _____	①	②	③	④
15. Me siento reposado _____	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho _____	①	②	③	④
17. Estoy preocupado _____	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido__	①	②	③	④
19. Me siento alegre _____	①	②	③	④
20. Me siento bien _____	①	②	③	④

IDARE INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN (SXR)

folio: _____

INSTRUCCIONES: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo **se siente ahora mismo**, o sea, **en este momento**. No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Genero: 1) Femenino 2) Masculino

Edad _____ Fecha _____

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
21. Me siento bien _____	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente _____	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar _____	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado _____	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz _____	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho _____	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mi mismo _____	1	2	3	4
33. Me siento seguro _____	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico _____	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho _____	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable. _____	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS (CCFNI)

Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI), versión breve¹²⁵. Adaptado para población española¹²⁶.

INSTRUCCIONES: Lea cada pregunta y tache el número que indique lo mas cercano a su respuesta. Recuerde que No hay contestaciones buenas ni malas, solo su sentir.

1. ¿Usted siente que le están brindando los mejores cuidados posibles a su familiar?

1.Casi todas la veces	2.La mayoría de las veces	3.Solo algunas veces	4.Nunca
-----------------------	---------------------------	----------------------	---------

2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por su familiar?

1.Casi todas la veces 2.La mayoría de las veces 3.Solo algunas veces 4.Nunca

3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado de su familiar en palabras que usted comprenda?

1.Casi todas la veces	2.La mayoría de las veces	3.Solo algunas veces	4.Nunca
-----------------------	---------------------------	----------------------	---------

4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado de su familiar?

1.Casi todas la veces 2.La mayoría de las veces 3.Solo algunas veces 4.Nunca

5. ¿Usted entiende lo que esta pasando con su familiar y por qué motivos le hacen las cosas (pruebas, técnicas, etc.)?

1.Casi todas la veces	2.La mayoría de las veces	3.Solo algunas veces	4.Nunca
-----------------------	---------------------------	----------------------	---------

6. ¿Los miembros de la UCI están siendo atentos con usted?

1.Casi todas la veces 2.La mayoría de las veces 3.Solo algunas veces 4.Nunca

7. ¿Algún miembro del equipo de la UCI muestra interés por cómo esta usted?

1.Casi todas la veces	2.La mayoría de las veces	3.Solo algunas veces	4.Nunca
-----------------------	---------------------------	----------------------	---------

8. ¿El personal de la UCI le ha explicado el equipamiento que se esta utilizando con su familiar?

1.Casi todas la veces 2.La mayoría de las veces 3.Solo algunas veces 4.Nunca

9. ¿Esta satisfecho con las atenciones médicas recibida con su familiar?

1.Casi todas la veces	2.La mayoría de las veces	3.Solo algunas veces	4.Nunca
-----------------------	---------------------------	----------------------	---------

10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?

1.Casi todas la veces 2.La mayoría de las veces 3.Solo algunas veces 4.Nunca

11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados recibidos hacia el paciente que podrían mejorar?

1.Casi todas la veces	2.La mayoría de las veces	3.Solo algunas veces	4.Nunca
-----------------------	---------------------------	----------------------	---------

REFERENCIAS **BIBLIOGRÁFICAS**

Referencias Bibliográficas

- ¹ Koenig HG, George LK, Stangl D, Tweed DL. Hospital stressors experienced by elderly medical patients: developing a Hospital Stress Index. *Int J Psychiatry Med* 1995; 25: 103-122.
- ² Bernat R, López J, Fontesca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* 1999;10(1):19-27.
- ³ Family conferences: A method to diminish transfer anxiety. *J Neurosci Nur* 1992; 24 (3): 129-33.
- ⁴ Jameson PA, Scheibmer M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK, et al. The experiences of families with a relative in the intensive care unit (review). *Heart Lung* 1996; 25 (6): 467-74.
- ⁵ Martín A, Pérez MA. Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *Span J Psychol* 2005; 8: 36-44
- ⁶ Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care* 2005; 14: 202-210.
- ⁷ Mendoca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nurs Q* 1998; 21: 58-67
- ⁸ Suñol R, Delgado R, Net A et al. El programa de Control de Calidad en el Hospital de la Santa Creu I sant Pau. *Rev Control Calidad Asist (Barcelona)* 1987; 3(3): 185-92.
- ⁹ Sanazaro P. Autoevaluación profesional y Calidad de la asistencia médica (Editorial). *Rev Control Calidad Asist (Barcelona)* 1987; 2(4): 99-104.
- ¹⁰ Matthew Simonton S. Familia contra enfermedad. Madrid: Ed. Racices, 1989.
- ¹¹ Redley B, Beanland C. Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *J Adv Nurs* 2003;44:88-98.
- ¹² Organización Mundial de la Salud, 1994.
- ¹³ Fernández AE, et al. El estrés. En E. G. Fernández Abascal, M.P. Emoción y Motivación. La adaptación humana. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces. 1995. p. 963-1018.
- ¹⁴ Palmero F. Correlatos fisiológicos de una situación de motivación de logro (examen real) en sujetos Tipo A y Tipo B. *Análisis y Modificación de Conducta* 1992; (18): 861-881.
- ¹⁵ Seyle H. The evolution of the estress concept. *American Scientist* 1973; (61): 692-9.

-
- ¹⁶ Appley MH, Trumbull R. On the concept of psychological stress. En M. H. Appley y T. Trumbull (eds.), *Psychological stress: Issues in research*. New York: Appleton-Century-Crofts. 1967.
- ¹⁷ Masson JW. A re-evaluation of the concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research* 1971;(8): 323-353.
- ¹⁸ Mechanic D. Social structure and personal adaptation: Some neglected dimensions. En G.V. Coelho, D. A. Hamburg y J. E. Adams (Eds.) *Doping and adaptation*. Nueva York : Basic Books. 1974.
- ¹⁹ Averill JR. A selective view of cognitive and behavioral factors involved in the regulation of stress. En R. A. Dpue (Ed.), *The Psychobiology of stress*. Nueva York: academic Press. 1979.
- ²⁰ Labrador FJ, Crespo. *Estrés y trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudena. 1993.
- ²¹ Lazarus RS, Folkman. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. 1986.
- ²² Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill. 1996.
- ²³ Bourbonnais R. Job strain and psychological distress in white-collar workers. *Scandinavian Journal of Work Environment and health* 1998;(22): 123-145.
- ²⁴ Folkman S. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology* 2000;(55): 745-774.
- ²⁵ Lazarus RS. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. 1984.
- ²⁶ Carver CS, et al. Optimism. En C.R. Snyder (Ed.), *coping: the psychology of what works* (pp. 182-204) New York: Oxford University Press. 1999.
- ²⁷ Guillet L, et al. Cognitive process involved in the appraisal of stress . *Stress and Health* 2002; (18): 91-102.
- ²⁸ Sandi C, et al. Estrés: aspectos psicobiológicos y significado funcional. En: C. Sandi, J.M. Calés (eds.), *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Madrid: Sanz y Torres. (pp. 13-45). 2000.
- ²⁹ Hong L. Lin C, Bray MA, Kehle TJ. The measurement of stressful events in Chinese college students. *Psychology in the Schools*, 42; (3): 315-323.
- ³⁰ Cohen S, et al. After effects of stress on human performance and social behavior: a review of research and theory. *Psychological Bulletin* 1980; (88): 81-108.
- ³¹ Easterbrook JA. The effects of emotion on cue utilisation and the organisation of behaviour. *Psychological Review* 1959; (46): 183-207.
- ³² Keinan G. Decision-making under stress: scanning of alternatives under controllable and uncontrollable threats. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52: 639-44.

-
- ³³ Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification: An integrative approach. Nueva York: Plenum. 1983.
- ³⁴ Labrador FJ. et al. Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En Buceta y Bueno (eds.), Control del estrés y trastornos asociados. Pp. 75-127. Madrid: Dykinson. 1988
- ³⁵ Dwyer JW, Lee GR. y Jankowski TB. Reciprocity, elder satisfaction and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving relationship. Journal of Marriage and the Family 1994; 56: 35-43.
- ³⁶ Roig MV, Abengózar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. Anales de Psicología 1980; 14: 215-227.
- ³⁷ Rivas HJ y Ostiguín M. Rosa M. Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM 2011; 8(1).
- ³⁸ Lucy BO. et al. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. Revista de salud Pública 2008; 8 (2): 141-152.
- ³⁹ Galvis CR, et al. Comparación entre la habilidad del cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en Villavicencio Meta. Avances de enfermería 2004; (22) 1:4-26.
- ⁴⁰ Adelaida Zabalegui Y, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008;43(3): 157-66
- ⁴¹ Berna R, López J, Fontseca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. Enferm Clínica 2000;10(1):19-28.
- ⁴² Wilkinson P. A qualitative study to establish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit Intensive Crit Care Nurs 1995;11:77-86.
- ⁴³ Molter N. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. Heart & Lung 1979; 8(2): 332-339.
- ⁴⁴ Margall MA, Zarpe C, Perochena MP, et al. Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos. Enfermería Intensiva 1993;4(2):40-5.
- ⁴⁵ Hidalgo FI, Vélez PY, Puello RE. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva 2007; 18: 106-114.
- ⁴⁶ Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family member of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. Heart Lung 2007;36(5):367-76.
- ⁴⁷ Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Enferm Intensiva 2003;14(3):96-108.
- ⁴⁸ Torres PL, Morales AJ. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Tempus Vitalis 2004;4.

-
- ⁴⁹ Martín A, Pérez MA. Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish journal of psychology* 2005; 8(1): 36-44.
- ⁵⁰ Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives experiences of critical care. *Nurs Crit Care* 2005;10(1): 23-30.
- ⁵¹ Kirchhoff KT, Song MK, Kehl K. Caring for the family of the critically ill patient. *Crit Care Clin* 2004; 20(3): 453-466.
- ⁵² DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - Vigésima segunda edición.
- ⁵³ Soldevilla Pérez C. *Psicosociogénesis de la técnica. Nómadas*; 2001, Universidad Complutense de Madrid España.
- ⁵⁴ Rodríguez M. La intervención social como objeto de análisis clínico. *Portularia*, 2010; 10: 73 84.
- ⁵⁵ OMS. Informe de un comité de expertos de la OMS: Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en Atención Primaria de Salud. Ginebra 1983. OMS
- ⁵⁶ Zabalegui Yarnoz, et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Rev Esp Gerontol* 2008; 43(3): 157-66.
- ⁵⁷ Gouveia JR. The New Mexico behavioral respite care project. *Dissertation Abstracts International* 1997; 57(10-A): 4543.
- ⁵⁸ Zarit S, Glauger J, Jarrot S. Useful Services for Families: Research Findings and Directions. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999; 14: 165-181.
- ⁵⁹ Brodaty H, Gresham M. Prescribing residential respite care for dementia: Effects, side-effects, indications and dosage. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1992; 7(5): 357-362.
- ⁶⁰ Mausner S. Families helping families: an innovative approach to the provision of respite care for families of children with complex medical needs. *Social Work Health Care* 1995; 21(1): 95-106.
- ⁶¹ Scharlach A, Frenzel C. An evaluation of institution-based respite care. *Gerontologist* 1986; 26: 77-82.
- ⁶² Montgomery RJ, Borgatta EF. The effects of alternative support strategies on family caregiving. *Gerontologist* 1989; 29: 457-464.
- ⁶³ Artaso B, Goñi A, Gómez AR. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia: demanda en un Centro de Día Psicogeriátrico en Navarra. *Geriatría* 2001; 17: 39 43.
- ⁶⁴ Bourgeois MS, Schulz R, Burgio LD, Beach S. Skills training for spouses of patients with Alzheimer's disease: Outcomes of an Intervention study. *Journal of Clinical Geropsychology* 2002; 8: 53-73.

-
- ⁶⁵ Lorensini S, Bates GW. The health, psychological and social consequences of caring for a person with dementia. *Australian Journal on Aging* 1997; 16: 198-202.
- ⁶⁶ Nobili A, Riva E, Tettamanti M, Lucca U, Liscio M, Petrucci B, Porro GS. The effect of a structured intervention on caregivers of patients with dementia and problem behaviors: A randomized controlled pilot study. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2004; 18: 75-82.
- ⁶⁷ Gaugler JE, Zarit SH. The effectiveness of adult day services for disabled older people. *Journal of Aging and Social Policy* 2001; 12: 23-47.
- ⁶⁸ Yordi C, Du Nah R, Bostrom A, Fox P, Wilkinson A, Newcomer. Caregiver supports: outcomes from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration. *Health Care Financing Review* 1997; 19: 97-117.
- ⁶⁹ Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, Pedreny R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria* 2000; 26: 53-67.
- ⁷⁰ Berry GL, Zarit SH, Rabatin. Caregiver activity on respite and nonrespite days: A comparison of two service approaches. *Gerontologist* 1991; 31: 830-835.
- ⁷¹ Martire LM, Lustig AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology* 2004; 23(6): 599-611.
- ⁷² Sorenson S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42(3): 356-372.
- ⁷³ McMillan S, Small B, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. *Cancer* 106(1): 214-22.
- ⁷⁴ Gallagher DE. Intervention strategies to assist caregivers of frail elders: Current research status and future directions. En M. P. Lawton y G. Maddox (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 1985 ; 5, pp. 249-282. Nueva York: Springer Publishing Company.
- ⁷⁵ Zarit SH, Femia EE, Watson J, Rice OL, Kakos B. Memory Club: a group intervention for people with early-stage dementia and their care partners. *Gerontologist* 2004; 44: 262-269.
- ⁷⁶ Gatz M, Fiske A, Fox LS, Kaskie B, Kasl GE, McCallum TJ, Wetherell JL. Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging* 1998; 4: 9-46.
- ⁷⁷ Chiverton P, Caine ED. Education to assist spouses in coping with Alzheimer Disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 1989;37: 593-598.
- ⁷⁸ Graham C, Ballard C, Sham P. Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1997;12: 931-936.

-
- ⁷⁹ Knight BG, Silverstein M, McCallum TJ, Fox LS. A sociocultural stress and coping model for mental health outcomes among african American caregivers in southern California. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2000; 55: 142-150.
- ⁸⁰ Graham C, Ballard C, Sham P. Carers' knowledge of dementia, their coping strategies and morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997;12: 931-936.
- ⁸¹ Wilkins SS, Castle S, Heck E, Tanzy K, Fahey J. Immune function, mood and perceived burden among caregivers participating in a psychoeducational intervention. *Psychiatric Services* 1999;50: 747-749.
- ⁸² Green A, Brodaty H. Care-giver interventions. En N. Qizilbash (Ed.), *Evidence-based dementia practice*. 2002; 796-794. Oxford: Blackwell Publishing.
- ⁸³ Kennet J, Burgio L, Schulz R. Interventions for in-home caregivers: A review of research 1990 to present. En R. Schulz (Ed.), *Handbook on dementia caregiving. Evidence-based interventions for family caregivers* 2000;61-126. Nueva York: Springer Publishing Company.
- ⁸⁴ Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356-372
- ⁸⁵ Logiudice D, Waltrowicz W, Brown K, Burows C, Ames D, Flicker L. Do memory clinics improve the quality of life of carers? A randomized pilot trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1999;14: 626-632.
- ⁸⁶ Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 657–664.
- ⁸⁷ Belle SH, Burgio L, Burns R, Coon D, Czaja SJ, et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 727–738.
- ⁸⁸ Olazaran J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Pena-Casanova J, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30: 161–178.
- ⁸⁹ Hulscher MEJL, Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care [Cochrane review]. En: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update Software, 2003.
- ⁹⁰ Grol R. et al. from the best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- ⁹¹ Simpson F. et al. The relative effectiveness of practice change interventions in overcoming common barriers to change: A survey of 14 hospitals with experience implementing evidence- based guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007;13: 709-15.

-
- ⁹² McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: A randomized clinical trial. *Cancer* 2006; 106(1): 214–222.
- ⁹³ Toseland RW, Blanchard CG, McCallion P. A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Social Science and Medicine* 1995; 40(4): 517–528.
- ⁹⁴ Toseland RW, et al. Health education groups in an HMO. *J Clin Psychol* 2001;57:551-70.
- ⁹⁵ Teri L, et al. Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. *Gerontologist* 2005;45:802-11.
- ⁹⁶ Marriott A, et al. Effectiveness of cognitive behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimers disease. *Br J Psychiatr* 2000; 176:557-62.
- ⁹⁷ Sorensen S, et al. How effective are interventions with caregives? A update meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356-72.
- ⁹⁸ Redley B, Beanland C. Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *J A Nurs* 2003; 44: 88-89.
- ⁹⁹ Zaforteza C, et al. ¿Qué perspectiva tiene las enfermeras de cuidados intensivos de su relación con el familiar del paciente crítico? *Enferm Intensiva* 2003;14:109-19.
- ¹⁰⁰ Zaforteza C, Gastaldo D, de Pedro JE, Sánchez CP, Lastra P. The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension. *Int J Nurs Stud* 2005;42:135-45.
- ¹⁰¹ Sic. María Cristina de Albístur, Dr. Juan Carlos Bacigalupo. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Med Uruguay* 2000; 16: 243-25.
- ¹⁰² Azoulay E, et al. Impact of family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165(4): 438-442.
- ¹⁰³ Atkinson JH, et al. The family meeting in critical care settings. *J Trauma* 1980; 20(1):43-46.
- ¹⁰⁴ Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Critical Care Medicine* 2007;35:605-22.
- ¹⁰⁵ Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global* 2008;12:1-14.
- ¹⁰⁶ Johansson I, Fridlund B, Hildingh C. What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care?. *Nursing in Critical Care* 2005;10:289-98.

-
- ¹⁰⁷ Torres L, Morales J.M. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis* 2004;4:18-25.
- ¹⁰⁸ Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero A, Morgado MI, Bannik JT, Flores LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva* 2003; 14: 96-108.
- ¹⁰⁹ Scheunemann PL, et al. Randomized, Controlled Trials of Interventions to Improve Communication in Intensive Care. *CHEST* 2011; 139(3).
- ¹¹⁰ Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *The Lancet* 2003;362:1225-30.
- ¹¹¹ Simpson F, Doig G.S. The relative effectiveness of practice change interventions in overcoming common barriers to change: A survey of 14 hospitals with experience implementing evidence-based guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007;13:709-15.
- ¹¹² Chien WT, et al. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: A quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(1): 39-50.
- ¹¹³ Mendland JJ. et al. Effectiveness of a Structured Communication Program for Family Members of Patients in an ICU, *American Journal of Critical care* 1998;7: 24-9.
- ¹¹⁴ Schneiderman LI, Gilmer T, Teetzel HD; Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial, *Crit Care Med* 2000;2812:3920-24.
- ¹¹⁵ Mosenthal AC, Murphy PA, Barker LK, Lavery R, Retano A, Livingston DH; Changing the culture around end-of-life care in the trauma intensive care unit, *J Trauma* 2008; 646: 1587-1593.
- ¹¹⁶ Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE; Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients, *Crit Care Med* 2007; 356: 1530-1535.
- ¹¹⁷ Kaufer M, Murphy P, Barker K, Mosenthal A; Family satisfaction following the death of a loved one in an inner city MICU, *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 254: 318-325.
- ¹¹⁸ Martín A, Pérez MA. Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *The Spanish journal of psychology* 2005; 8(1): 36-44.
- ¹¹⁹ Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family member of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart Lung* 2007; 36(5): 367-76.
- ¹²⁰ Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva* 2003; 14(3): 96-108.

¹²¹ Torres PL, Morales AJ. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis* 2004; 4.

¹²² Ponce L S, Como leer revistas médicas, *La Rev. Invest. Clín. Mex.* 1998; 40:67-71.

¹²³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Guía Metodológica y video de Validación de materiales. Perú: UNICEF, 2003.

¹²⁴ Organización Panamericana Salud. Herramientas de la comunicación para el desarrollo de entornos saludables: Medios y materiales para la comunicación en la construcción de entornos saludables. Washington (DC): OPS/OMS. 2006.

¹²⁵ Harvey M. Volunteers in the critical care waiting room. Anaheim, CA: Society of Critical Care Medicine 1993; 79-80.

¹²⁶ Gómez MS, Ballester AR, Gil JB. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales Sis San Navarra* 2011; 34(3): 349-361.

Cohen S, et al. Psychological models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology* 1998; (7): 269-97.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.

Seyle, H. (1960) *La tensión en la vida*. Buenos Aires. Compañía General Fabril. Editora. S.A.

Patterson, R.J., y Neufeld, R.W. 1989, The stress response and Parameters of Stressful situations. En R. W. Neufeld (Ed.), *Avances in the investigations of psychological stress*. New York: John Wiley.

Lazarus, R. S. (1988) "Vulnerabilidad y resistencias individuales al estrés psíquico". En Kalimo, R. et al. *Los Factores Psicosociales en el Trabajo*. Organización Mundial de la Salud.

Everly, G. S. 1989. *A Clinical Guide to the treatment of the Human stress Response*. Nueva York: Plenum.

Lazarus, R.S. Coping Theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 1993; 55: 234-247.

Taché J, Taché I, Seyle H. (1977). Integración del estrés en el trabajo individual diario. En Instituto de Ciencias del Hombre (Ed.), *Trabajo y estrés* (pp. 45-69). Madrid: Karpos.

Maier SF, Watkins LR. Cytokines for psychologists : Implications of bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood and cognition. *Psychological Review* 1998; 105: 83-107.

Ballesteros, S. (1995). *Psicología general: un enfoque cognitivo*. Madrid: Universitas.

Staton AL, Dunkel-Schetter C. infertility. Perspectives from Stress and coping research . New York: Plenum, 1991.

Broadbent DE, Cooper PF, Fitzgerald P, Parkes KR. The cognitive failures questionnaire (CFQ). British Journal of Clinical Psychology 1982; 21: 1-16.

Crespo M, Labrador FJ. Evaluación y tratamiento del estrés. En: J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas, (eds.), Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo. Madrid, Dykinson 2001; (pp. 57-104).

Reeve J. Motivación y emoción. Madrid 994 McGraw Hill.

Margall MA, Zazpe C, Perochena P, Labiano J, Otano C, Asiain MC. Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos. Enferm Intensiva 1993; 4: 33-34.

Omari FH. Perceived and unmet needs of adult jordanian family members of patients in ICUs. J Nurs Scholarsh 2009; 41: 28-34.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar 2011; 34: 63-72.

Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med 2001; 29: 1893-1897.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN MOVIMIENTO PARA USTED



Con seguridad después de haber leído este manual, tendrá muchas dudas, o tal vez se haya identificado con algunas situaciones, piense que es posible cambiar su forma de pensar con respecto a la UCI y el estrés que esto ocasiona, recuerde:

¡Siempre hay un profesional de enfermería cerca de usted y su paciente para orientarle... no dude en acercarse...!



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán

Vasco de Quiroga No. 15 Col. Sección
XVI, Del. Tlalpan, México D.F., C.P.
14000

Teléfono: 54 87 09 00



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán

INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

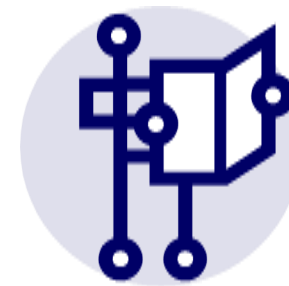


Recomendaciones para el familiar del paciente
hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos



OBJETIVO:

Favorecer la comunicación efectiva entre el equipo de salud y la familia del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, aportando información de posibles escenarios en los que puedan estar involucrados, a fin de proporcionar estrategias que ayuden a superara algunos estresores dentro y fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos





DIRECTORIO INCMNSZ

DIRECCIÓN GENERAL

DR. DAVID KERSHENOBICH STALNIKOWITZ

DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL

DR. EZEQUIEL LÓPEZ AMOR

DIRECCIÓN DE CIRUGÍA

DR. MIGUEL ÁNGEL MERCADO DÍAZ

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

DR. SERGIO PONCE DE LEÓN ROSALES

DIRECCIÓN DE NUTRICIÓN

DR. HÉCTOR G. N. BOURGES RODRÍGUEZ

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

DR. RUBÉN LISKER YOURKOWIZKY

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

DRA. ODET SARABIA GONZÁLEZ

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

LIC. MARIO F. MÁRQUEZ ALBO

DIRECCIÓN DE MEDICINA

DR. JOSÉ SIFUENTES OSORNIO

SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA CRÍTICA

DR. GUILLERMO DOMÍNGUEZ CHERIT

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

LIC. MARINA MARTÍNEZ BECERRIL

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

LIC. MA. PAULA NÁJERA ORTÍZ

DEPARTAMENTO DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

MTRA. ARACELI JIMÉNEZ MÉNDEZ

DEPARTAMENTO EN ENSEÑANZA DE POSGRADO EN ENFERMERÍA

MTRO. SILVINO ARROYO LUCAS

DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA

DR. EDUARDO RIVERO SIGARROA

ENFERMERA JEFE DE SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

ENF. GUADALUPE MORALES GARCIA

PRESENTA: **LIC. ENF. ZEPEDAN LEÓN JONATHAN**

TESISTA DE MAESTRÍA, ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



NOTAS



NOTAS



Presentación

En la actualidad en México, existen esfuerzos coordinados en trabajar hacia la mejora de la calidad dentro de los servicios de salud. Así, desde la vinculación docencia-asistencia, como integrante del equipo de trabajo de la Subdirección de Enfermería y del equipo de salud, se realiza el siguiente manual, que responde de lo macro a lo micro, desde el Plan Nacional de Desarrollo, Estándares del Consejo de Salubridad General, Misión, Visión y Objetivos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, así como de la subdirección de Enfermería “María Dolores Rodríguez Ramírez”, entre otros aspectos éticos-legales, relacionados al fortalecimiento de la calidad.

Cabe comentar que este manual, es parte de un paquete de intervenciones dirigidas a la familia del paciente que se encuentra hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos y que responde al estándar de calidad centrado en la gestión, relacionado con el uso de la comunicación e información (MCI), que tiene como finalidad que la familia “... que se enfrenta directa y saludablemente al trauma de tener un familiar internado en la UCI puede adaptarse, aprender y crecer. Pero para llevarlo a cabo debe actuar positivamente con la ayuda de información por parte de los profesionales de salud, la cual proporcionará seguridad a la familia.

La información contenida en el manual, es construida desde una experiencia de los principales aspectos que **generan estrés** a la familia, bajo la aclaración que estas situaciones no necesariamente le suceden a todos los pacientes, simplemente es un contexto de una enfermedad crítica que se vive en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, considerando que se atienden pacientes con diversas enfermedades.



CONTENIDO

1 Estructura de la UCI	
1.1. ¿Qué es la Unidad de Cuidados Intensivos?	6
1.2. Estructura de un cubículo en la UCI	7
2. ¿Cómo ubicar un cubículo dentro de la UCI?	8
2.1. La visita dentro de la UCI	
2.2. Reglas generales para la visita	
2.3. ¿Cuánto tiempo tiene para la visita?	
2.4. Ubique el número de cubículo	9
2.5. ¿Qué debo hacer antes de entrar al cubículo de la UCI?	
2.6. ¿Qué debo hacer estando dentro del cubículo?	10
2.6.1. Ponerse cubre bocas	
2.6.2. Ponerse bata	
2.6.3. Ponerse guantes	
2.7. ¿Qué debo hacer al finalizar la visita de mi familiar?	12
3. Informe médico	12
3.1. ¿Cuándo dan el informe médico?	
4. La familia en la UCI	13
4.1. Cuidar de sí mismo	
4.2. Preparación diaria	14
4.3. Identifique un porta voz de la familia	15
4.4. Apoyo en el hogar	
4.5. Información	16
4.5.1. ¿Con qué frecuencia debo solicitar información?	
4.5.2. ¿Cuál es la mejor manera de compartir información con amigos y familiares?	
4.6. Participación de la familia en la atención	18
4.6.1. ¿Tengo que traer algo de casa?	
4.6.1.1. Cosas de higiene personal	
4.6.2. ¿Puedo tocar a mí paciente?	
4.6.3. ¿Cuándo no mover a mí paciente?	
4.6.4. ¿Puedo poner algún amuleto o imagen a mí paciente?	



NOTAS



8.2. Sala de meditación abierta las 24 hrs.



8.3. Cafetería ubicada a un costado de la biblioteca

Horario de 8:00 a 16:00 horas.



8.4. La sala de espera de la UCI esta ubicada a un costado de la caja de Cuentas Corrientes y estará abierta de 6:30 a 20:00 hrs, después de este tiempo deberá permanecer en la sala cerca de urgencias o la que está en la entrada principal.

CONTENIDO

5. El paciente en la UCI	20
5.1. ¿Por qué le pasa eso a mí paciente?	22
5.1.1. Hematomas	
5.1.2. Exudación	
5.1.3. Sujeción gentil	
5.1.4. Colostomías	
5.1.5. Fracturas	
5.1.6. Inflamación	
5.2. ¿Por qué actúa de esa manera?	25
5.3. ¿Por qué no puede hablar?	26
5.4. Formas de comunicación con su paciente	
6. Acciones para preservar la vida en la UCI	28
6.1. Toma de decisiones	
6.2. Tipos de decisiones	
6.3. Opciones de soporte vital	33
6.3.1. Comprender las medidas de soporte vital	35
6.3.2. Términos de soporte vital de uso común	
6.4. Encontrar consuelo en su decisión	39
7. Comunicación con el equipo de salud	40
7.1. ¿Cómo comunicarse con el equipo de salud?	
7.2. ¿Qué le puedo preguntar al médico?	
7.3. ¿Qué le puedo preguntar a enfermería?	
8. Servicios de apoyo dentro del Instituto	44
8.1. Trabajo social y admisión de enfermos	
8.2. Sala de meditación	
8.3. Cafetería	
8.4. Sala de espera	



I. ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

1.1. ¿QUÉ ES LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona cuidados especiales. Las personas que ingresan a la UCI son aquellas que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización de sus signos vitales y otros parámetros, así como una observación más cercana y constante.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un entorno ocupado y ruidoso. Hay muchas alarmas, monitores y dispositivos. Ver todo lo que sucede aquí, puede plantear muchas preguntas, de las cuales algunas se responderán al finalizar la lectura de éste escrito.



Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)



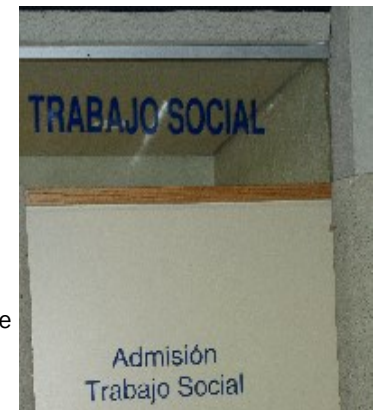
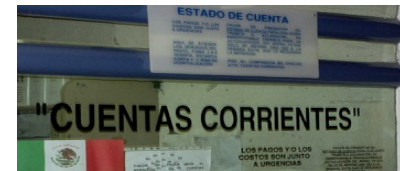
8. SERVICIOS DE APOYO DENTRO DEL HOSPITAL



8.1. Trabajo social y admisión de enfermos

Un trabajador social puede ayudar mientras su paciente está en la Unidad de Cuidados Intensivos. Ellos pueden ayudarle en diferentes aspectos. También le pueden dar servicios de apoyo emocional o ayuda espiritual para su familia o el paciente. No dude en ponerse en contacto con ellos y solicitar diversos recursos.

La oficina de trabajo social y admisión de enfermos se encuentra frente a la caja de cuentas corrientes o aun costado de la sala de meditación.



Con un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 hrs.





7.3. ¿QUÉ LE PUEDO PREGUNTAR A ENFERMERÍA?



El personal de enfermería tiene conocimiento cercano de la condición de su paciente ya que ellos son los profesionales que otorgan los cuidados derivados de los tratamientos y tiene la ventaja de estar a lado de la cama por un período prolongado de tiempo.

Aquí hay algunas preguntas que por lo general deben ser hechas a enfermería:

¿Quiénes son los médicos que cuidan de mí paciente?

¿Hay algo en el plan de tratamiento para el día que puede ser doloroso o incómodo?

¿Qué tan rápido puedo esperar a alguien para responder a la llamada?

¿Cómo puede mi paciente ir al baño?

¿Puede explicarme para qué son los equipos y líneas de mi paciente?

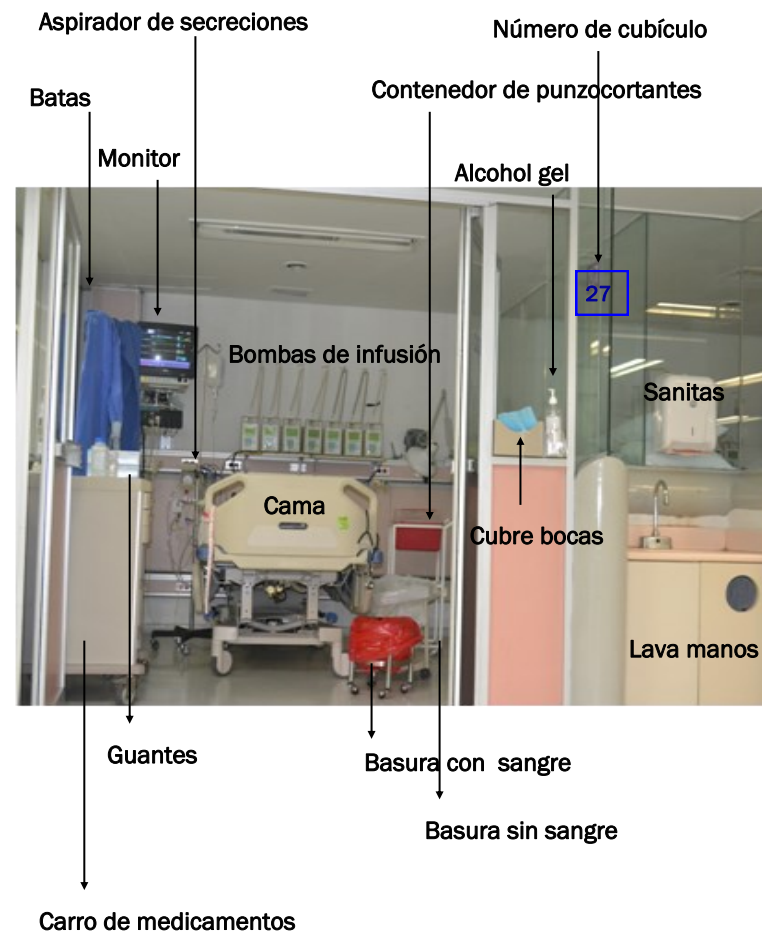
¿Qué puedo hacer para ayudar?

¿Qué puedo hacer para ayudar a mi familia y a mí mismo?

¿Quién puede visitar a mi paciente?



1.2. ESTRUCTURA DE UN CUBÍCULO EN LA UCI





2. ¿CÓMO UBICAR UN CUBÍCULO DENTRO DE LA UCI?

Con el fin de brindar una mejor atención y aprovechar al máximo el tiempo de visita, en este apartado enlistamos algunas cosas que siempre debe tener en cuenta.

2.1. LA VISITA DENTRO DE LA UCI

2.1.1. Reglas generales para la visita.

Procure:

1. No llevar cosas de valor.
2. No pasar con bolsas o mochilas.

Cerca de la puerta de visita, al entrar encontrara percheros numerados que corresponde al número de cubículo del 21 al 34, ahí puede dejar abrigos o bolsas si fuera el caso, con el fin de aligerar y agilizar su visita. Recuerde que el Instituto no se hace responsable de cualquier perdida.



2.1.2. ¿Cuánto tiempo tiene para la visita?

Tiene media hora en tres períodos, en cada espacio podrán pasar **dos personas 15 minutos para cada una**.

De 6:30 a 7:00 am

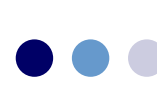
De 13:30 a 14:00 pm

De 19:30 a 20:00 pm



Es importante familiarizarse con las políticas de horas de visita de la Unidad de Cuidados Intensivos. El personal de enfermería a menudo puede ayudar con la decisión relacionada a necesitar su presencia fuera del horario de visita.

Nota: Considere que la visita se podrá suspender por alguna emergencia con algún paciente de la UCI y se pospondrá hasta el momento más oportuno o al día siguiente.



7.2. ¿QUE LE PUEDO PREGUNTAR AL MÉDICO?

Cuando usted habla con el médico, a menudo es difícil recordar todas sus preguntas. Por lo tanto, escribir las preguntas e inquietudes que puedan surgir puede ser útil.



Estas son algunas de las preguntas más frecuentes:

¿Qué está mal con mí paciente?

¿Se puede curar?

¿Cómo puede este problema afectar su calidad de vida?

¿Cuál es el plan de tratamiento?

¿Cuándo se suele ver una respuesta?

¿Cuáles son los riesgos de la terapia y / o medicamentos?

¿Mí paciente tiene dolor?

¿Qué se está haciendo para aliviar el dolor y el miedo?

¿Cómo se proporciona la nutrición?

¿El paciente está recibiendo los medicamentos que tomaba en casa?





Se puede organizar una reunión familiar con el médico y otros miembros del equipo a petición de usted. También pueden proporcionar acceso a otras personas con quién decida compartir información tales como trabajadores sociales u otros expertos. El equipo puede ayudar a identificar las necesidades relativas a la visita y al tiempo con el paciente, otras maneras de cuidar, recogiendo otras opiniones y la resolución de conflictos entre los miembros de la familia.



Preguntas que Usted puede hacer :

¿Cuáles son los objetivos de cuidado para mi paciente?

¿Este tratamiento causa dolor?

¿Cuáles son los riesgos de una operación específica, el tratamiento o la prueba?

¿Cómo mi paciente va a mantenerse libre de dolor?

Mi paciente ha comunicado específicamente sobre la atención al final de su vida.



¿Cómo puedo estar seguro de que se cumplan sus deseos?

Mi paciente ha dejado órdenes para donar sus órganos. Si fuera el caso, yo el Responsable Legal Autorizado y mi familia ¿Qué podemos hacer para cumplir sus deseos?



2.1.3. Ubique el número del cubículo; en la Unidad de Cuidados Intensivos hay 14 camas numeradas de la 21 a la 34, (Camine hacía donde este su paciente).



2.1.4. ¿Qué debo hacer antes de entrar al cubículo de la UCI?

Cerca de cada cubículo se encuentra un lava manos, lávese las manos cuidadosamente, (Siga las instrucciones del lavado de manos que hay cerca de cada cubículo).



Número de cubículo

Alcohol gel

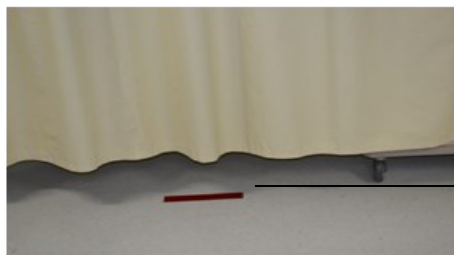
Cubre bocas

Lava manos

Batas



Observe que, en la entrada de cada cubículo hay una **línea roja** en el piso, crúzela e identifique: los guantes que están sobre el carrito de medicamentos, los cubre bocas en un contenedor a una altura aproximada de 130 centímetros y la bata colgada en un tripié, observe como está colgada y déjela en la misma posición al finalizar la visita.



Existe una línea roja en el piso de cada cubículo

2.1.5. ¿Qué debe hacer estando dentro del cubículo?

Póngase en el siguiente orden los elementos que protegerán de infecciones agregadas a usted y al paciente como son: 1) Cubre bocas 2) Bata, 3) Guantes.

1. Cubre bocas



1. Ubicar un cubre bocas limpio 2. hacer coincidir los extremos del cordón 3. hacer un nudo 4. Uso correcto, cubre nariz y boca.



7. COMUNICACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD

Esta sección está diseñada para ayudar a guiar sus preguntas a los miembros del equipo de la UCI, enfermería, médicos, y otros miembros del personal están aquí para responder a sus preguntas. No hay preguntas equivocadas. **El estrés** hace que sea difícil de entender y recordar la información desconocida. Está bien hacer preguntas más de una vez. Si no está seguro de qué hacer, he aquí algunas preguntas que pueden abordar las áreas más comunes de preocupación.



7.1. ¿Cómo comunicarse con el equipo de salud?

La mayoría de las Unidades de Cuidados Intensivos tendrán un medio regular de comunicación con la familia. Cualquier familiar puede iniciar una conversación con el médico sobre la atención al paciente incluyendo temas de fin de vida. La enfermedad grave exige una comunicación clara y frecuente. Una forma común de compartir información necesaria para la toma de decisiones es **durante el informe médico**. Los médicos se presentan y explican la evolución de su paciente y al final abren **un espacio para aclaraciones, dudas o comentarios**. Los médicos y otros miembros del equipo de salud pueden proporcionar conocimientos técnicos y experiencia, para ayudar a los miembros de la familia a entender la situación, explican el manejo del dolor, describen las expectativas de condiciones y el cuidado de su paciente

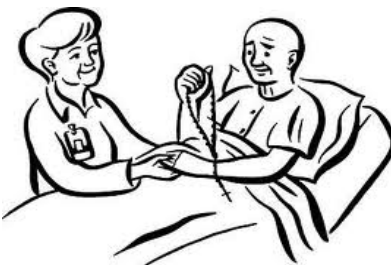




La comunicación abierta sobre los deseos del paciente antes del ingreso en la UCI es ideal, pero no siempre es posible. La identificación de una persona que sabe la clase de persona que es el paciente y la calidad de vida que ellos quieren, puede ayudar a todos en el proceso de toma de decisiones. Sabiendo que Usted ha honrado a las creencias del paciente

y han actuado en base a ellas, esto ayudará a proporcionar tranquilidad.

Es importante para nosotros sentir que hemos hecho todo lo posible para nuestros familiares cuando se enfrentan a la muerte. Una estrecha comunicación con el equipo de la UCI puede ayudar a hacer que este proceso sea más cómodo. Los familiares no tienen que sentir que soportan la carga de la toma de decisiones.



A veces los miembros de la familia no han discutido el tema de la enfermedad grave y la condición médica del paciente es tan compleja que sólo los miembros del equipo de la UCI que han visto situaciones similares pueden evaluar la probabilidad de supervivencia y la probabilidad de sufrir.

En muchas culturas, la responsabilidad de las decisiones recae en el equipo médico. Sin embargo, permitir que el equipo médico tome decisiones con la participación de la familia puede ser el enfoque más apropiado.

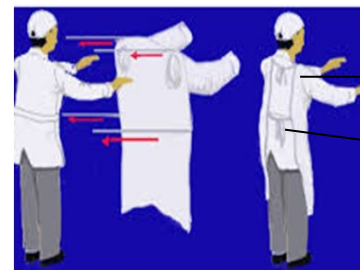


Algunos familiares requieren el uso de un cubre bocas especial llamado de alta eficiencia, esto depende de la enfermedad y de la protección para usted y su paciente, si es el caso enfermería se los proporcionará y con ello las indicaciones para su utilidad y su resguardo.



2. Bata

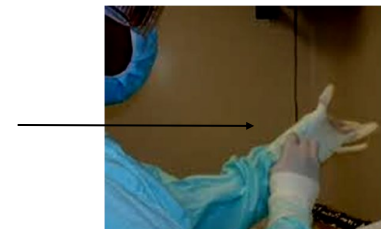
Póngase la bata con la abertura hacia atrás.



Una los cordones de la bata como se muestra en la figura

3. Guantes

Los guantes tienen que cubrir los puños de la bata.



Es **IMPORTANTE** recordar que ya teniendo puesto, cubre bocas, bata, guantes y estar dentro del cubículo no podrá salir más allá de la línea roja que se encuentra en el piso, esto con el fin de no contaminar a su familiar y/o a otros pacientes.





Si durante su estancia en el cubículo necesita algo sólo llame al personal sanitario más cercano a su familiar, tome en cuenta que el personal de Enfermería siempre está cerca de su paciente.



2.1.6. ¿Qué debo hacer al finalizar la visita de mi familiar?



- 1.- Un guardia le hará saber que la visita ha finalizado; retírese primero los guantes y dépositelos en la basura con bolsa blanca.
- 2.- Retírese la bata, primero de las mangas y déjela colgada como la encontró en el tripié.
- 3.- Qítense el cubre bocas y deposítelo en la basura con bolsa blanca.

4.- Por ultimo, lávese cuidadosamente sus manos.

3. INFORME MÉDICO

3.1. ¿Cuándo dan el informe médico?

El informe médico se da una vez al día de las 14:30 a 15:00 hrs. Usted debe permanecer en la sala de espera de familiares y una persona de vigilancia interna les dirá en que momento pasar.



K) Vasopresores

Los vasopresores son medicamentos potentes que hacen que la presión arterial se eleve cuando es demasiado baja. Esta terapia se da solamente en la UCI.



6.4. ENCONTRAR CONSUELO EN SU DECISIÓN

Las decisiones que tome la familia son algunos de los momentos más íntimos y difíciles en la vida. Aunque usted puede sentirse solo, el equipo de la UCI está ahí para compartir el proceso de toma de decisiones, ayudar a Usted y su paciente en cada paso del camino.



Mientras que las directivas anticipadas pueden ayudar a honrar los deseos del paciente, no pueden resolver los conflictos. Muy a menudo, un paciente llega a la UCI sin previo aviso. Con frecuencia, los pacientes nunca han pensado o discutido con sus seres queridos, sus deseos para el tipo de atención que prefiera. Algunas personas quieren un cuidado muy agresivo, sin importar el resultado. Por el contrario, otros sienten que su vida pierde sentido si no son capaces de reconocer o comunicarse con sus familiares y amigos. Si no son capaces de cuidar de sí mismos, se disminuirían las medidas que prolongan la vida.





I) La ventilación mecánica (VM)

La ventilación mecánica se utiliza para apoyar o sustituir la función de los pulmones. Una máquina llamada respirador incrementa el aire a los pulmones a través de un tubo insertado en la boca (o raramente en la nariz o el cuello) y baja por la tráquea. Este apoyo de respiración puede ser utilizado por un corto tiempo (por ejemplo, el tratamiento de la neumonía) o puede ser necesaria indefinidamente para la enfermedad pulmonar permanente o trauma en el cerebro. Algunos pacientes con uso de ventilación mecánica permiten al paciente vivir con una calidad de vida aceptable.

Mascarilla

Puntas nasales

Tubo para respirar



Para otros pacientes, la ventilación mecánica sólo puede prolongar el proceso de morir

J) Marcapasos

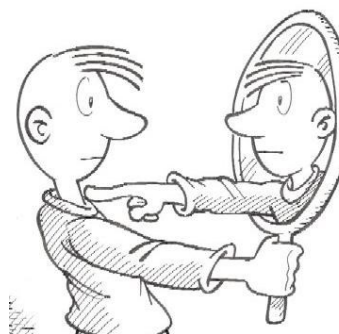
Un marcapasos es un dispositivo que produce una corriente eléctrica baja que estimula el músculo del corazón. El corazón puede ser estimulado temporalmente hasta que se produzca la curación. Un procedimiento quirúrgico para insertar un marcapasos permanente puede ser necesario para los problemas crónicos. Los pacientes con enfermedad cardíaca incurable pueden optar por rechazar un marcapasos.



4. LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

4.1. ¿QUIÉN ME PUEDE AYUDAR?

Primero que nada cuide su salud, cuide de si mismo.



Como miembro de la familia o una persona importante en la vida de un paciente, puede experimentar sentimientos de impotencia o pérdida de control cuando un familiar está en la Unidad de Cuidados Intensivos. Esta sección está diseñada para proporcionar estrategias que ayudan a lidiar con el estrés en el tiempo de visita y fuera de la UCI. Es difícil esperar sin acción, pero no se puede hacer nada: Primero puede cuidar de sí mismo.

Usted es tan importante para el proceso de curación como el personal de salud, medicamentos y tratamientos. Usted ha sido parte importante de la vida del paciente mucho antes de estar en la UCI.

Ahora nos damos cuenta que usted y el aliento de los amigos cercanos y la familia tienen un impacto positivo en el proceso de curación de su paciente.

Estamos aprendiendo más sobre los beneficios de la participación de la familia en la prestación de la atención al paciente. Debido a esto, su bienestar es importante para su paciente y nosotros. Las siguientes recomendaciones están diseñadas para ofrecerle estrategias que le ayudarán a cuidar de sí mismo durante el tiempo de hospitalización.





4.2. Preparación diaria

Prepárese para los contratiempos. Algunos días son buenos y otros no tanto. Concéntrese en los pasos dados hacia adelante y ver los pasos hacia atrás como los obstáculos que pueden superarse. Trate de no desanimar al paciente, amigos, familia y a si mismo.



¡Mantenga una actitud positiva!

Siempre que sea posible, levántese y camine, el ejercicio es muy importante para mantener la salud emocional. Un equipo médico capacitado está al cuidado de su familiar. Los pacientes son cuidados en todo momento. Recuerde que su familiar necesita su máximo apoyo.

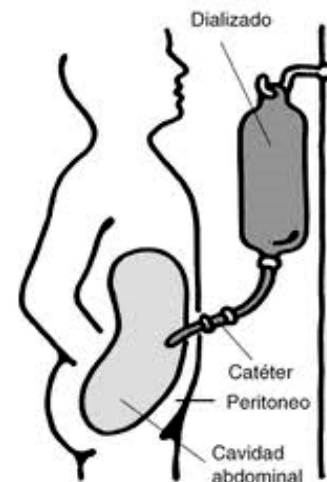


Consiga apoyo de familiares y amigos. Si otros amigos o familiares vienen a visitar al paciente, aproveche la oportunidad para tomar un poco de tiempo para refrescarse o descansar.



G) Diálisis

La diálisis hace el trabajo de los riñones, elimina los desechos de la sangre y controla los niveles de líquidos. Este procedimiento requiere un tipo especial de catéter intravenoso que se inserta en una vena central grande. La sangre circula desde el cuerpo a través de la máquina de diálisis, donde se filtra y luego la devuelve al cuerpo. La diálisis se puede realizar en la UCI o en la unidad de diálisis, dependiendo de la condición del paciente.



Algunos pacientes pueden vivir con diálisis durante años, pero en paciente con enfermedades crónicas solo puede prolongar el proceso de morir.

H) Orden de no-intento-reanimación (no - RCP)

Una orden de no RCP por escrito instruye a sus proveedores de atención médica de no intentar la reanimación cardiopulmonar (RCP) si el corazón deja de latir o si el paciente deja de respirar. Una persona con una orden de no RCP válida no se le aplicara RCP en estas circunstancias. **Recuerde: No intentar la reanimación no significa no tratar.** Los pacientes tienen derecho a recibir cualquier y todos los tratamientos que se ofrecen por los médicos que cuidan de ellos. Cuando la curación no es posible, su médico puede decidir que el uso de RCP no es médicamente apropiada. Se puede decir que no a la RCP, pero sí a todos los otros tratamientos médicos.

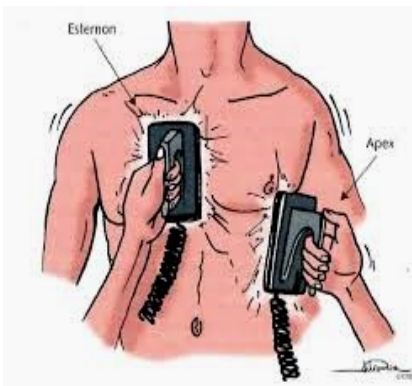


E) Cuidados Paliativos

Cuidados paliativos se centran en la reducción de la severidad de síntomas de la enfermedad, con el objetivo final de aliviar el malestar y la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades graves. Esta atención se proporciona a menudo por un grupo de médicos especialistas, que pueden incluir a enfermería, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas físicos y otros.



Los pacientes que reciben cuidados paliativos no tienen restricciones en otras formas de tratamiento médico, incluyendo el soporte de vida.



f) La desfibrilación envía una poderosa descarga eléctrica a través del corazón. Se utiliza para tratar ciertos latidos irregulares del corazón (arritmias) que pueden hacer que el corazón trabaje de forma ineficaz. A veces, el corazón pierde la totalidad de su actividad eléctrica o está tan dañado que ya no tiene suficiente músculo para bombear la sangre hacia todo el cuerpo. Cuando esto sucede, la

desfibrilación no se puede intentar porque no se beneficiará al corazón una vez que se ha detenido.



Elabore un sistema de rotación si hay muchas personas dispuestas a ayudar. Recuerde que el tiempo en la UCI puede ser el comienzo de una recuperación más larga en la que se necesite conservar su fuerza.

4.3. Identificar un portavoz de la familia

El papel de esta persona es estar en contacto con todos los amigos y familiares para darles una actualización sobre el estado del paciente. Sabemos que el acceso a la información es una de las necesidades más importantes para las familias de los pacientes de la UCI. Se recomienda que el portavoz tenga una buena relación con el paciente (cónyuge, padre, hijo, pareja o amigo).



4.4. Apoyo en el hogar

A medida que pasan muchas horas en la Unidad de Cuidados Intensivos, de apoyo a su paciente, las cosas pueden ir por sí solas en casa, si es el caso, asegúrese de encargar a alguien cocinar o limpiar para usted, Pídale a alguien de confianza asegurarse del pago de todas las facturas. Y lo más importante, asegúrese que el cuidado de los niños esté en orden.





4.5. INFORMACIÓN

4.5.1 ¿Con qué frecuencia debo solicitar información?

En general, la información diaria con los miembros del equipo de cuidados críticos permiten una actualización sobre la condición de su paciente y el plan de tratamiento. Si se produce un cambio agudo o evento, puede que tenga que hablar con el médico con más frecuencia. Enfermería le puede mantener informado sobre los acontecimientos del día, así como con información aclaratoria relacionada con su deber ser. En el caso de la toma de decisiones, información difícil o confusa, enfermería o la trabajadora social a menudo pueden organizar una "reunión de equipo" o una reunión privada con el médico tratante.



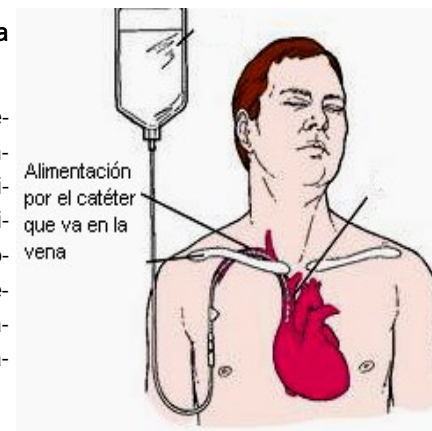
4.5.2. ¿Cuál es la mejor manera de compartir información con amigos y familiares?

Muchos miembros de la familia y amigos estarán ansiosos por escuchar lo que sucede con su paciente. Ellos quieren saber lo ¿Qué está mal? y ¿Cómo está respondiendo? y lo que pueden hacer para ayudar. Sus preocupaciones pueden ser de confort, pero a veces parece abrumadora a medida que tratan de hacer contacto con todo el mundo.



C) La alimentación intravenosa (Nutrición parenteral)

La alimentación por vía intravenosa (IV) se ofrece a los pacientes que no pueden recibir la alimentación por sonda nasogástrica. Esta alimentación proporciona al paciente la cantidad necesaria de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.



D) La reanimación cardiopulmonar (RCP)

La RCP se utiliza cuando el corazón y / o la respiración de una persona cesan. El RCP intenta reiniciar estas funciones. Puede consistir en respiración artificial e incluye presión en el pecho para imitar las acciones del corazón en un intento para reiniciar la circulación. Las descargas eléctricas (desfibrilación) y medicamentos también pueden usarse para estimular el corazón. Si usted o su paciente no desea recibir resucitación cardiopulmonar, su médico debe escribir una orden de no-intento-reanimación. **Es muy importante saber que esta orden puede ser cambiada en cualquier momento por cualquier razón y firmada por el Responsable Legal Autorizado o el paciente.**





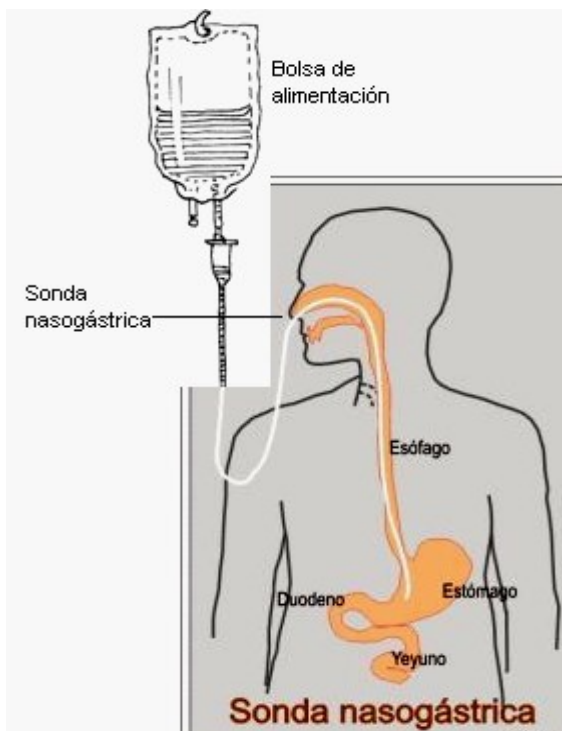
6.3.2. Términos de soporte de vida de uso común

A) La nutrición artificial e hidratación

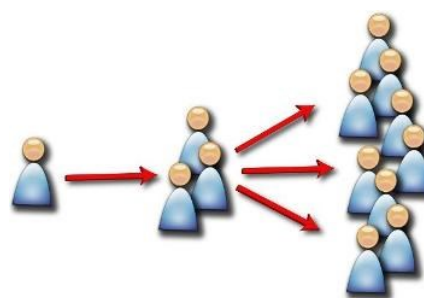
La nutrición y la hidratación de líquidos fluidos se pueden administrar en el intestino (alimentación por sonda) o directamente en el torrente sanguíneo (alimentación intravenosa) hasta que el paciente pueda comer y beber por sí solo.

B) La alimentación por sonda

La alimentación por sonda es una mezcla químicamente balanceada de nutrientes y líquidos administrados a través de una sonda de alimentación. Comúnmente, esta sonda se inserta en el estómago a través de la nariz (sonda nasogástrica) o a través de la pared del abdomen (sonda de gastrostomía) por medio de un procedimiento quirúrgico. Otro tipo de sonda de alimentación se inserta quirúrgicamente a través de la pared abdominal en el intestino delgado (sonda de yeyunostomía).



En primer lugar, si hay necesidades en el hogar o el trabajo que otros te pueden ayudar, tómelos en cuenta. Esto es útil para usted, así como a la persona que ayuda. Con respecto a la información médica, **primero debe decidir a quién** quiere transmitir esta información y qué tipo de información desea compartir.



Una vez que haya decidido esto, a menudo es útil elegir 1 o 2 miembros de la familia o amigos que se encargarán de transmitir esta información a otras personas. La persona o personas que usted elija debe ser capaz de comprender el estado de salud correctamente a fin de evitar malentendidos, estas personas

también pueden "filtrar" toda la asesoría gratuita que los amigos y miembros de la familia pueden ofrecer.

Para proteger la privacidad del paciente, la información puede ser restringida al portavoz de la familia, conocido dentro del Instituto como Responsable Legal Autorizado.



4.6. Participación de la familia en la atención

4.6.1. ¿Tengo que traer algo de casa?

Las cosas familiares a menudo son reconfortantes, sin embargo, usted debe consultar con el personal de salud antes de traer cualquier cosa a la UCI. Fotografías, tarjetas, o tenis tipo bota pueden ser útiles. Los amigos y familiares que no pueden visitar al paciente pueden enviar una grabación de audio de buenos deseos.



4.6.1.1. Cosas de higiene personal

Traerle:

1. Crema humectante la que normalmente utilizan
2. Cepillo y pasta dental
3. Desodorante
4. Corta uñas
5. Peine, algún sujetador de cabello si lo requiere
6. Crema de rasurar y rastrillo dado el caso
7. Talco para bebé.



4.6.2. ¿Puedo tocar a mí paciente?

Sí. Tocar suele ser reconfortante. El personal sanitario le hará saber si esto interfiere con el descanso o cuidado, también puede ayudarle a flexionar (doblar) las manos y pies, despacio sin lastimar, esto para favorecer la circulación y los músculos, **Tome en cuenta cuando no mover a su paciente.**



También puede lubricar con cremas corporales a su paciente esto permite la humectación de la piel y disminuye las lesiones provocadas por resequedad.



6.3. OPCIONES DE SOPORTE VITAL

6.3.1. Comprender las medidas de soporte vital

El soporte vital no reemplaza o apoya una función corporal. En condiciones tratables o curables el soporte vital, se utiliza temporalmente hasta que el cuerpo puede reanudar su funcionamiento. Sin embargo, en situaciones en que la cura no es posible, el soporte vital puede prolongar el malestar. Esta sección está destinada a ayudar a explicar algunos de los términos que Usted puede oír cuando se habla sobre el soporte vital en la Unidad de Cuidados Intensivos.



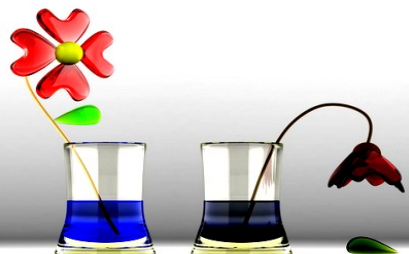
Un tratamiento puede ser útil si se alivia el dolor, restaura el funcionamiento o mejora la calidad de vida. El mismo tratamiento puede ser considerado como nocivo si causa dolor o prolonga el proceso de morir sin ofrecer beneficio. El resultado puede disminuir la calidad de la vida de una persona.

La decisión de rechazar el apoyo a la vida es personal. Es importante que hable con su médico acerca de los riesgos y beneficios de cada tratamiento. Todas las medidas de soporte vital son tratamientos opcionales.





Una atención cómoda de confort se centra en las necesidades físicas, psicológicas y espirituales de los pacientes durante su enfermedad. El objetivo es proporcionar la mejor calidad de vida a disposición para aliviar el sufrimiento, el control del dolor y proporcionando la mayor independencia para el paciente como sea posible.



El respeto por la cultura del paciente, sus creencias y valores es un componente esencial.



En ocasiones, la medicina moderna no puede proporcionar una cura, incluso en enfermedades terminales; sin embargo, se hará todo lo posible para tratar el dolor y el malestar. Los miembros del equipo proporcionan apoyo físico y psicológico a su paciente. Ellos están allí para ayudarle.

Los miembros del equipo de la UCI están ahí para aportar su experiencia, el conocimiento

y el confort y comparten con Usted la toma de decisiones

Los miembros de la familia nunca deben sentirse solos en esta situación.



La decisión de hacer la transición de los esfuerzos para salvar vidas a limitar el soporte vital es una de las decisiones más difíciles en la vida. Por lo general, el paciente en la UCI no puede participar en el proceso de toma de decisiones, dejando las decisiones agonizantes a los familiares y seres queridos.



4.6.3. ¿Cuándo NO mover a mí paciente?

1. Cuando este indicado por equipo de salud.
2. No mover la mano donde esta la línea arterial.
3. Cuando este inmovilizado por algún dispositivo ya sean fijadores o sujetadores de manos o pies.
4. Cuando tenga las piernas de presión alterna, este dispositivo proporciona presión tipo masaje que ayuda a una mejor circulación.



Línea arterial



Manos sujetas



Pie inmovilizado



Bomba neumática con piernas de presión alterna

4.6.4. ¿Puedo ponerle algún amuleto o imagen a mi paciente?

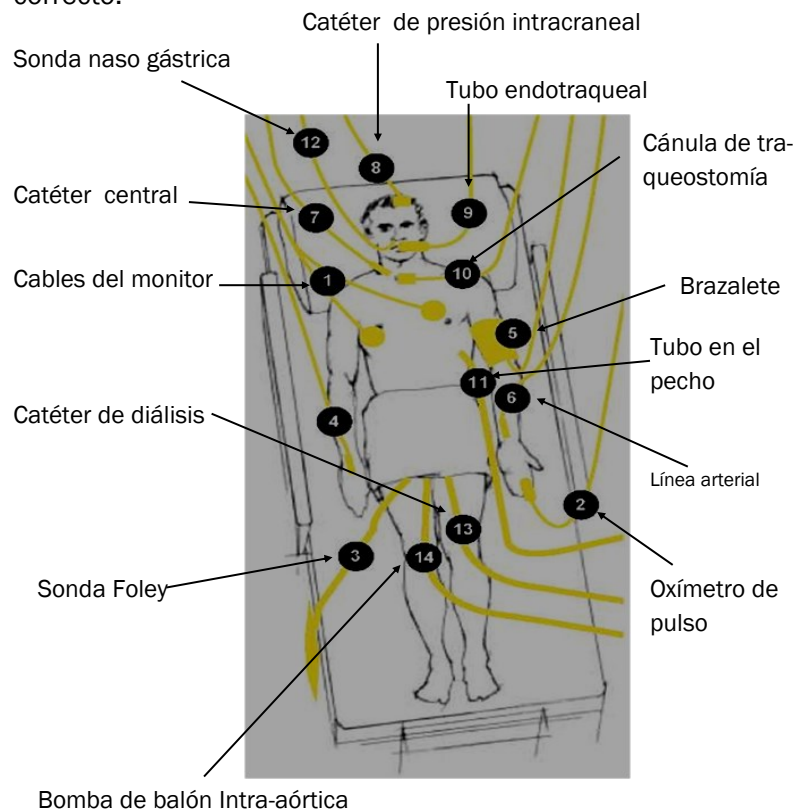
Sí, siempre y cuando no sea tan grande y no interfiera con la visibilidad de los equipos y personal. Las fotos y carteles se pueden traer y mostrar a su paciente, pero no se recomienda pegarlas en los cristales por que esto puede interferir con la visibilidad del personal y además ocasiona manchas difíciles de remover.





5. EL PACIENTE EN LA UCI

Su paciente puede tener múltiples sondas y cables cuando están en la UCI. Hay muchas variaciones de los tipos de sondas y monitores requeridos. **Su paciente puede tener algunos, ninguno o todos los siguientes** que se enumeran a continuación. **La mayoría de estos dispositivos son temporales y se pueden retirar cuando ya no se necesitan.** Pídale a enfermería que le explique si usted ve algo que no entiende, o que no le parece correcto.



Algunas decisiones son menos claras. Por ejemplo, si su paciente tiene una condición que podría beneficiarse de una cirugía y si es absolutamente necesario, el equipo le hará la sugerencia de llevarse acabo. Este tipo de decisiones se toman mejor en forma conjunta entre usted y los miembros del equipo

de atención médica.

Quando los pacientes están en terapia intensiva, el objetivo es ayudar a mejorar. El soporte vital no reemplaza o apoya una función corporal prolongada. En condiciones tratables o curables, el soporte vital se utiliza temporalmente hasta que el cuerpo puede reanudar el funcionamiento normal.



En situaciones específicas en que la cura no es posible, el soporte vital puede prolongar el sufrimiento. Si el soporte de vida está causando dolor o prolonga el proceso de morir



sin ofrecer beneficio, se deben tomar decisiones sobre su suspensión. El equipo de la UCI pone siempre una prioridad en la comodidad de sus pacientes. A veces, las máquinas que se utilizan para mantener a los pacientes vivos pueden causar molestias a pesar de los mejores intentos para aliviar el sufrimiento.



Las personas que cuidan a su amigo o miembro de la familia tienen las herramientas para ayudar a su paciente, Usted debe hablar con ellos regularmente acerca de los objetivos de los cuidados y decisiones como: la cirugía, exámenes, ayuda con la respiración artificial y los medicamentos.



El tiempo de hospitalización es indefinido y más cuando los tratamientos no están beneficiando al paciente, o la carga del tratamiento es mayor que su beneficio. A continuación, las decisiones relativas a terapias para mantener la vida deben tomarse conjuntamente con el paciente cuando sea posible (o a través de las directivas anticipadas que ellos han proporcionado). Cuando esta información no está disponible, él **Responsable**

Legal Autorizado con apoyo de los miembros de la familia, seres queridos y equipo de salud que están cuidando del enfermo puede tomar la decisión en el lugar del paciente.



6.2. TIPOS DE DECISIONES.

Muchas decisiones deben ser tomadas por los pacientes, sin embargo debido a las condiciones de salud que ponen en riesgo la vida y la necesidad de una atención oportuna, esto no siempre es posible, por ejemplo, si su paciente tiene una infección durante el tratamiento y se considera necesario iniciar los antibióticos la decisión de iniciarlos y el tipo de medicamento, será realizada por el médico y usted. Si ellos tienen una condición en corazón, las decisiones sobre ¿Qué? medicamentos debe usar también serán realizados por el médico. En estos casos, el médico intensivista, explicará que medicamentos y equipo va a utilizar y por qué eligieron estos medicamentos en particular. Si no está claro qué medicamento sería mejor, el médico tratará de implicarle en la decisión.



1 Cables del monitor cerca del corazón: Se colocan parches adhesivos en el pecho de todos los pacientes en la UCI con el fin de monitorear la actividad eléctrica del corazón.

2 Oxímetro de pulso: Un pequeño aparato unido al dedo, oreja o nariz que ayuda a monitorear el oxígeno en la sangre y el pulso del paciente.

3 Sonda Foley: Una sonda de caucho insertado en la vejiga para facilitar la salida de la orina en una bolsa recolectora.

4 Vía periférica intra venosa : Un pequeño catéter de plástico que se coloca en la vena y se utiliza para administrar líquidos o medicamentos.

5 Brazaletes: Medidor de la presión sanguínea, colocado en el brazo o la pierna, que puede ser inflado de forma automática o manual de manera que la cantidad de presión en las arterias puede ser evaluada.

6 Línea arterial: Un pequeño catéter que se inserta en la arteria para monitorear continuamente la presión arterial.

7 Catéter central: un catéter en el cuello, tórax o ingle que ayuda al seguimiento y al tratamiento de la circulación de la sangre. Algunas de las funciones son: a) Dar nutrición por vía venosa b) Ministran medicamentos.

8 Catéter de presión intracraneal y / o Ventriculostomía: Un pequeño tubo o catéter insertado en el cerebro para controlar la inflamación del cerebro. Esto también se puede usar para drenar el exceso de líquido.

9 Tubo endotraqueal : Un tubo de respiración insertado a través de la boca o la nariz que está conectado a una máquina de respiración asistida (ventilador).



10 Cánula de Traqueotomía: Un tubo de respiración insertado en el cuello por lo general cuando se necesita ventilación mecánica durante un largo periodo de tiempo.

11 Pleurostomía: Un tubo más grande insertado en la piel entre el pecho y los pulmones. Este tubo retira el aire libre y la sangre que pueden dificultar la respiración del paciente.

12 Sonda nasogástrica: Un tubo que pasa por la nariz insertado en el estómago para proporcionar nutrición o eliminar el ácido gástrico o secreciones.

13 Catéter de Hemodiálisis: Un catéter que se inserta en la ingle o en el cuello. El catéter está conectado a un tubo externo y una máquina de diálisis, que limpia la sangre y ayuda a los riñones.

14 Bomba de balón intra-aórtica: Un catéter insertado en la ingle, que le ayuda al corazón a bombear sangre.

5.1. ¿POR QUÉ LE PASA ESO A MÍ PACIENTE?

5.1.1. Hematomas: Los pacientes de cuidados intensivos requieren una gran cantidad de pruebas de sangre. Aun cuando las pruebas de laboratorio se muestren normales, lo que puede producir **hematomas**, conocidos como moretones.



¿Se puede esperar para detener determinados equipos o terapias de soporte vital hasta que todos los miembros de la familia y amigos hayan tenido la oportunidad de decir adiós?



A veces aunque usted quiera que le sigan realizando todo a su paciente, esto solo prolonga su estado crítico de la enfermedad. Tome en cuenta que después de agotar toda la información, realizar múltiples pruebas, exámenes e interconsultas con otros especialistas, el personal médico intensivista tiene la obligación de orientar esta decisión.

Esta situación se presenta generalmente si ha habido una mala comprensión de la condición médica actual y / o los beneficios de ciertas terapias. Si éste conflicto se presenta, a continuación, debe convocarse una reunión de los miembros apropiados de la familia y el personal médico. En ésta reunión, un plan de tratamiento por lo general puede ser acordado.



6.1. TOMA DE DECISIONES



Cuando un paciente se encuentra en la UCI, muchas personas están involucradas en la toma de decisiones sobre el cuidado de esa persona. Enfermería, médicos y otros trabajadores de la salud le darán información para que en conjunto tomen decisiones sobre la forma de atender a su paciente. Tome en cuenta que los profesionales de la salud atienden a pacientes con condiciones similares a las de su familiar con regularidad.



6. ACCIONES PARA PRESERVAR LA VIDA EN LA UCI

Las acciones para preservar la vida implica, que todas las terapias apropiadas serán utilizadas con ese fin. Esto puede incluir el uso de máquinas de soporte vital, diálisis, monitoreo invasivo y reanimación cardiorespiratoria en el caso de paro cardíaco o respiratorio.



Los médicos no ofrecen terapias que serían médicamente ineficaces (o que no va a aumentar las posibilidades de supervivencia del paciente) y es posible que se les diga que su paciente no es candidato para ciertas intervenciones.

El equipo médico puede discutir todas las opciones con usted y su familia. Las opciones pueden incluir la limitación de ciertas terapias como la ventilación mecánica, medicamentos para apoyar la función del corazón, diálisis, etc. Ciertas pruebas y procedimientos que son susceptibles de no ser útiles también puede ser interrumpidos.



Algunas preguntas para aclarar esto pueden incluir:

¿Qué significa reanimación cardiorespiratoria “RCP”?

¿El Reanimación Cardiorespiratoria puede salvar la vida del paciente si su corazón deja de latir?

¿Puede el paciente volver a casa?

¿Puede venir nuestro sacerdote o guía espiritual a visitarlo?



5.1.2. Exudación: En algunas enfermedades graves, el cuerpo puede exudar un líquido de color paja de los sitios de punción y desde cualquier rotura o desgarro en la piel. La exudación es un resultado de la inflamación (la acumulación de líquido en los tejidos).



Gotas sobre la piel, ocurren cuando vendas y cintas se retiran de la piel. Se utiliza la más gentil de las cintas o vendajes disponibles que todavía se adhieren a la piel. Los vendajes son necesarios sobre las heridas,

así como para mantener las líneas intravenosas y otros tubos en su lugar. Las gotas sobre la piel pueden ser inevitables en las personas que han tomado medicamentos llamados esteroides, tienen una historia de fumar o tener una mala nutrición. Los ancianos también están en alto riesgo de desgarre de la piel.

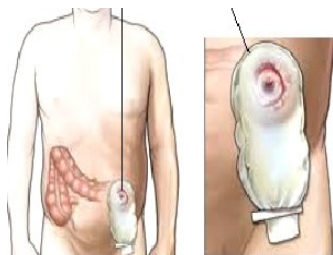
5.1.3. Sujeción gentil: En caso de extrema necesidad, cuando se agotan



las opciones de tratamiento con medicamentos que controla la ansiedad, agresión y autolesión, que ponen en riesgo el retiro de sondas, tubos, etc. Es necesario tomar medidas de control, llegando a solicitar su autorización para la sujeción gentil de alguna extremidad de su paciente, misma que será firmada por el Responsable Legal Autorizado.



Colostomía Bolsa recolectora **5.1..4 Colostomías.**



Cuando un paciente tiene alguna enfermedad relacionada con el intestino, una opción de tratamiento es realizar una abertura en la pared del estómago para permitir la evacuación. Esto se conoce como la ileostomía o colostomía. Estas aberturas pueden ser temporales o permanentes, esto depende del tratamiento y de la enfermedad de cada paciente.

Enfermedad de cada paciente.

5.1.5. Fracturas: En caso que su paciente **tenga fracturas** de la pierna o cadera, u otras, quizá observe algún bulto, que tiene como objetivo mantener los huesos rectos. Esta tracción evitará moverse.

5.1.6. Edema: Con frecuencia, la imposibilidad de moverse, la respiración asistida, la enfermedad crítica y los tratamientos para la presión arterial pueden causar **inflamación**.

Es poco lo que se puede hacer para prevenir la inflamación, para disminuir el efecto se pueden tratar de mantener la cabecera de la cama ligeramente levantada y las manos elevadas sobre almohadas (si el estado del paciente lo permite). Los ojos también se pueden inflamar, y el revestimiento interior de los párpados puede sobresalir con la inflamación.



Los ojos también se pueden inflamar, y el revestimiento interior de los párpados puede sobresalir con la inflamación.



El paciente

puede des-



Puede traerle un cuaderno y lapicero para que ellos escriban, si su condición lo permite.

Acercarle un abecedario para formular palabras.



Mantenga su fe y su esperanza fuerte con su paciente; Si él no está alerta, siempre comenzar la visita con su nombre. "Hola, soy _____." Hable con su familiar y dígame lo que está pasando, mencione la fecha actual incluyendo día y mes ó incluso puede leer cartas que le han sido enviadas. Todas estas cosas pueden ayudar con su recuperación.

Nota: A veces, el exceso de estimulación puede afectar de manera temporal y desfavorable los signos vitales, el personal de enfermería les auxiliara y dará instrucciones sobre cómo puede apoyar.





5.3. ¿POR QUÉ MÍ PACEINTE NO PUEDE HABLAR?

Hay muchas razones por las cuales una persona gravemente enferma no puede hablar. Una razón puede ser el tubo de respiración que pasa a través de las cuerdas vocales y evita que hable. Cuando se usa la respiración artificial, es necesario medicarlo con el fin de reducir la ansiedad y el dolor.



Tubo que le ayuda a respirar

5.4. FORMAS DE COMUNICARME CON MÍ PACIENTE.

Usted debe hablar con normalidad. Sin embargo, tenga en cuenta que el paciente puede no ser capaz de responder a usted, ya sea porque hay un tubo de respiración en el lugar que no permite al paciente hablar, a causa de medicamentos o la conciencia alterada. Aún debe hablar con el paciente, incluso si ellos están en un estado de desorientación o coma.



Formule preguntas, que le permitan al paciente dar un sí o no como respuesta (movimientos ligeros con la cabeza).



5.2. ¿POR QUÉ MÍ PACEINTE ACTUA DE ESA MANERA?

perstar y sentirse confundido sobre dónde se encuentra y qué es lo que ha sucedido. Ellos también pueden sentir ansiedad o dolor.



Para reducir la ansiedad y el dolor, puede ser necesaria la medicación. Los sedantes relajan y calman al paciente, haciendo que le de sueño y posiblemente pérdida de los sentidos. Los analgésicos disminuyen significativamente el dolor. Esto en ocasiones provoca que el paciente no piense

con claridad.

Se pueden necesitar sedantes para evitar la lucha en contra de la máquina de respiración, los catéteres, e incluso con personal que lo atiende. Esto es muy común en la Unidad de Cuidados Intensivos. El temor que produce la enfermedad crítica puede ser tratado con sedantes. La calma y la charla tranquilizadora siempre son útiles.

A veces la medicación que su familiar reciba puede cambiar su percepción de lo que está sucediendo. Ellos pueden parecer enojados, combativos, hostiles o simplemente diferentes. Es importante que transmita a enfermería y a los médicos las diferencias en la personalidad del paciente, esto permite tomar una decisión sobre si el medicamento debe ser cambiado o si este cambio está relacionado con el medicamento.



El paciente puede actuar sorpresivamente o de forma negativa. Esto puede ser el resultado de miedo, frustración o cambios químicos reales en el cuerpo. A veces las personas dicen y hacen cosas que normalmente no hacen. Por lo general, este comportamiento se resolverá al paso que su condición mejore.