



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

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

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE:

MAESTRO EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA)

PRESENTA:

**LÓPEZ PÉREZ PORFIRIO FERNANDO
BECARIO CONACYT (590019)**

TUTORA PRINCIPAL:

**DRA. MAITE VALLEJO ALLENDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ**

COTUTOR:

**DRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

COTUTOR:

**MTRO. JONATHAN ZEPEDA LEÓN
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
“SALVADOR ZUBIRÁN”**

CIUDAD DE MÉXICO, ABRIL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 10 de febrero del 2016.

LIC. EN ENF. PORFIRIO FERNANDO LÓPEZ PÉREZ
No. de Cuenta 408097916

P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que el Comité Académico de la Maestría en Enfermería, en su reunión ordinaria del 10 de febrero del 2016, 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-INTERVENCION PARA DISMINUIR EL ESTRÉS AGUDO DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI".

Integrado de la siguiente manera:

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

Sin más por el momento, me despido.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA

C.c.p. Expediente alumno.

COORDINACIÓN DEL POSGRADO
DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

AJ-F3

Agradecimientos

A mis tutores, a la Dra. Ostiguin quien tuvo la fortuna de conocer durante la entrevista a la maestría, por la fe que tuvo en mí y por su gestión que me inspiró a culminar, por su exigencia con los alumnos siempre dejando en alto el nivel de los maestrandos. También a la Dra. Maite quien se ha tomado el tiempo para transmitir sus diversos conocimientos y motivación. A mi amigo Jonathan quien fue insistente y me apoyo para ingresar al programa y dar continuidad a su proyecto. Cada uno con diferentes formas de trabajar, en este camino hubo discrepancias y coincidencias, pero siempre buscando el mejor rumbo del proyecto, muchísimas gracias, porque siempre hubo a quien consultar en aquellos momentos donde sentía un atraso en el proyecto.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el bien económico ofrecido, que permitió dar el máximo en todas las actividades académicas.

A los familiares que cuidan de un enfermo crítico, quienes pasan noches de insomnio, descuidando su aseo personal, a veces sin alimentarse, a aquellos de provincia quienes dejan sus hogares, sus empleos, todo por ver recuperarse a su ser querido.

Al personal de enfermería y médicos de la UCI del INCMNSZ, profesionales que gracias a sus intervenciones se logra el bienestar de los enfermos con efectos positivos para sus familiares, a quienes no dejan de lado la calidad humana y las relaciones interpersonales a pesar de lo estresante que sea el trabajo.

A Xóchitl por su apoyo logístico en la recolección de información de los familiares.

A las compañeras de la maestría; Bretado, Jiménez, Izquierdo, Quesada, Aguirre y Pasaflores, por aquellas experiencias que vivimos, también a Inna y Brisa.

A los sínodos por su apoyo, con sus comentarios valiosos para concretar este trabajo.

A Tere y Gema por su paciencia y apoyo en todos los trámites.

A todos los dignos y destacados profesores que tuve, al Dr. Bermúdez, Dra. Morán, Dra. Lara y Dra. Zárate, sus conocimientos y consejos los llevo en mente.

Dedicatoria

A dios por ser mi guía, por permitirme cada día encontrar gente maravillosa en el camino, por escuchar mis oraciones.

A mis padres, porque a pesar de las distancias, siempre trataron de darme lo mejor, a pesar de todas las dificultades, siempre sentí su enorme apoyo en esos momentos de necesidad, y ello fue mi aliento para continuar preparándome.

A mis hermanos, hermanas, a Dora por ser esa mujer aguerrida, valiente y luchadora, quien me guió con su ejemplo por el mejor camino para llegar hasta estas instancias, aun en la distancia, sé que sigue muy activa para superarse y tener un mejor porvenir. Mis tantos hermanos por sus ánimos y muestras de apoyo.

A mi esposa Dulce M. quien deliberadamente decidió iniciar este viaje conmigo, como amiga y compañera, solo ella es quien sabe las anécdotas que se requieren para realizar este tipo de estudios, con su amor, comprensión y paciencia, hemos logrado terminar esta pequeña parte de un proceso... gracias por coincidir.

A María Fernanda, mi pequeño amor, quien transformó mi vida, desde aquel día en que escuché latir su corazoncito, bienvenida, siempre estaré para ti.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
I. MARCO CONCEPTUAL.....	5
1.1 El estrés	5
1.1.2 Tipos de estrés.....	7
1.1.2.1 Estrés agudo	7
1.1.2.2 Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)	10
1.2 Cuidador Familiar	12
1.3 Intervenciones de apoyo para disminuir el estrés agudo del CF	15
1.3.1 Asesoría	15
1.3.2 Educación	17
1.3.3 Información impresa.....	18
1.3.4 Intervenciones psicológicas.	21
1.3.5 Programas multicomponentes.....	23
1.3.6 El enfoque multidisciplinar	25
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
III. OBJETIVOS	30
3.1 General	30
3.2 Específicos.....	30
IV. HIPÓTESIS	30
V. MATERIAL Y MÉTODOS	31
5.1 Diseño de estudio	31
5.2 Contexto.....	31
5.3 Muestra y reclutamiento.....	31
5.5 Recolección de datos.....	33

5.5.1 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (versión en Español).....	33
5.5.2 Hoja de datos sociodemográficos	33
5.6.1 Validación y homologación del material impreso	35
5.6.2 Descripción de las intervenciones (grupo control).....	36
5.6.3 Descripción de las intervenciones (grupo experimental).....	37
5.7 Análisis estadístico.....	39
5.8 Variables	40
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
6.1 Internacionales.....	49
6.2 Marco legal en México	50
6.3 Aprobación del estudio por parte del comité de ética en investigación de la institución	50
VII. RESULTADOS.....	53
7.1 Características sociodemográficas de los pacientes de la UCI.....	53
7.2 Características sociodemográficas de los Cuidadores Familiares	56
7.3 Niveles de ansiedad del CF	58
7.4 Correlación entre el puntaje de AE en el CF y los datos clínicos del paciente.	59
7.5 Análisis multivariado	62
VIII. DISCUSIÓN.....	63
IX. CONCLUSIONES.....	67
X. IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA.....	67
XI. LIMITANTES DEL ESTUDIO.....	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
XII. ANEXOS.....	80

RESUMEN

Introducción: el internamiento de un familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) causa estrés en la familia por el alto riesgo de muerte e incertidumbre sobre el pronóstico, lo cual dificulta la toma de decisiones del Cuidador Familiar (CF) e incrementa el riesgo de anular la atención de sus necesidades. La información publicada sobre intervenciones para disminuir el estrés agudo en los CF son limitadas y controvertidas, por lo que se propone una intervención basada en la mejor evidencia disponible adaptado al contexto del CF de la UCI en México. *Objetivo:* Evaluar el efecto de una multi-intervención que involucra una plática estructurada, información impresa y consultoría sobre el estrés agudo del CF del paciente en la UCI. *Metodología:* Se trata de un estudio cuasi-experimental, pre y post-test, que incluyó a 64 CF para evaluar la Ansiedad Estado-Rasgo, se utilizó el inventario IDARE, se comparó el nivel de estrés entre los grupos y al interior de cada grupo pre y post-test. *Resultados:* en la Ansiedad-Estado hubo diferencias significativas entre los grupos control y experimental en el posttest, mediana=48 (P25-P75=44.2-60.7), mediana= 45.5 (P25-P75=38.2-49) respectivamente. Así mismo se observó una disminución en el grupo experimental antes y después de la intervención, mediana=54 (P25-P75= 48-60.7), mediana=45.5 (P25-P75=38.2-49), ($p=0.005$). *Conclusiones/implicaciones:* Implementar una multi-intervención multidisciplinaria que involucre la educación, información impresa y consultoría, reduce los niveles de estrés agudo del CF comparado con quienes reciben una información rutinaria. Se observó que los CF tienen niveles elevados de ansiedad en especial las mujeres, jefe de familia, residentes del Estado de México y cuando la probabilidad de muerte es alta. La investigación refrenda el tema que el desempleo y el desarrollo de enfermedades en el CF son condiciones que sin duda inciden en el desarrollo de la ansiedad.

Palabras clave: cuidados intensivos, intervenciones de enfermería, gestión del cuidado, cuidadores familiares

ABSTRACT

Introduction: the placement of a relative in the Intensive Care Unit (ICU), may cause family stress due to the high risk of death and uncertainty about the prognostic, which hampering decision-making by the Family Caregiver (FC), and could increase the risk of cancel the attention of their needs. Interventions to reduce acute stress in FC are limited and controversial, so an intervention based on the best available evidence adapted to the context of FC UCI in Mexico is proposed. Objective: To evaluate the effect of a multi-intervention involving a structured discussion, printed information and consultancy on the acute stress of CF of patient in the ICU. Methodology: This is a quasi-experimental study, pre and post-test, that includes 64 CF to assess the State-Trait Anxiety, with IDARE inventory, stress level was compared between and within groups, pre and post-test. Results: Anxiety-State showed significant differences between the control and experimental group in the posttest, median = 48 (P25-P75 = 44.2-60.7), median = 45.5 (P25-P75 = 38.2-49) respectively. Likewise, a significant decrease of Anxiety-State was observed after the intervention in the experimental group, median = 54 (P25-P75 = 48-60.7), median = 45.5 (P25-P75 = 38.2-49), ($p = 0.005$). Conclusions / Implications: a multidisciplinary multi-intervention involving education, printed information and consulting, reduces acute stress levels of FC compared with those receiving routine information. It was noted that the FC have elevated levels of anxiety especially women, household head, residents of the State of Mexico and in those with a high likelihood of death. This investigation authenticates that the unemployment and the development of diseases in the CF are conditions that have a direct influence on the development of anxiety.

Keywords: intensive care, nursing interventions, care management, family caregivers

INTRODUCCIÓN

El cuidador familiar (CF) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se considera una figura relevante del entorno del paciente crítico, es quien toma decisiones que repercuten en su estado de salud, funge como portavoz, por lo tanto tiene una carga moral ante los demás miembros de la familia. Se ha demostrado que el CF experimenta elevados niveles de estrés durante los periodos de enfermedad crítica, sin que reciba atención por parte de los profesionales de salud, y que en un futuro pueda tener consecuencias en su salud como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Las instituciones de salud en México, como lo es el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ), orientan su práctica profesional en atención a la salud de calidad, siempre orientados al cumplimiento de políticas nacionales en favor de la atención de la población mexicana en un contexto biopsicosocial. En este sentido, el cuidado integral al paciente se vincula con la atención a su familia.

Además este trabajo contribuye a la aplicación de estándares para la certificación de hospitales, referentes a la sección I Estándares centrados en el paciente, específicamente: derechos del paciente y su familia (PFR, Patient and Family Rights), educación del paciente y de su familia (PFE, Patient and Family Education), también a la sección II específicamente al Manejo de la Comunicación e Información (MCI, Management of Communication and Information), referentes a la comunicación con los pacientes y familiares¹.

Por otro lado, esta propuesta pretende aportar a los vacíos en el conocimiento, sobre la atención y beneficios al CF e indirectamente al paciente ingresado en la UCI, porque actualmente no se cuenta con una atención protocolizada del paciente y familia en la Institución de Salud. La evidencia publicada prueba que una persona que se enfrenta sin el estrés que provoca tener un familiar internado en áreas críticas, aunado a una información adecuada por parte de los profesionales de salud puede adaptarse, aprender y crecer de una mejor manera en esta experiencia.

Es importante señalar también que este estudio da continuidad a un trabajo de tesis² realizado en 2013, donde se evidenció que los resultados de las intervenciones sobre el estrés eran pocos y controvertidos, lo que llevó a la elaboración de una propuesta de intervención basada en la mejor evidencia disponible y la validación de un manual para el Cuidador Familiar. En esta segunda fase se actualizó la revisión de la literatura, y se llevó a cabo la propuesta de intervención que consistió en: una charla estructurada, información impresa y consultoría, adaptados al contexto del CF de la UCI.

I. MARCO CONCEPTUAL

1.1 El estrés

Hans Seyle en 1956 acuñó el término estrés por primera vez para definir a un conjunto de respuestas somáticas, autónomas y conductuales inespecíficas exageradas o aumentadas, frente a agresiones procedentes del ambiente que impliquen una demanda psicofísica que pone en riesgo al organismo en su conjunto³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como un el conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que preparan el organismo para la acción, ante determinadas demandas del ambiente interno o externo⁴.

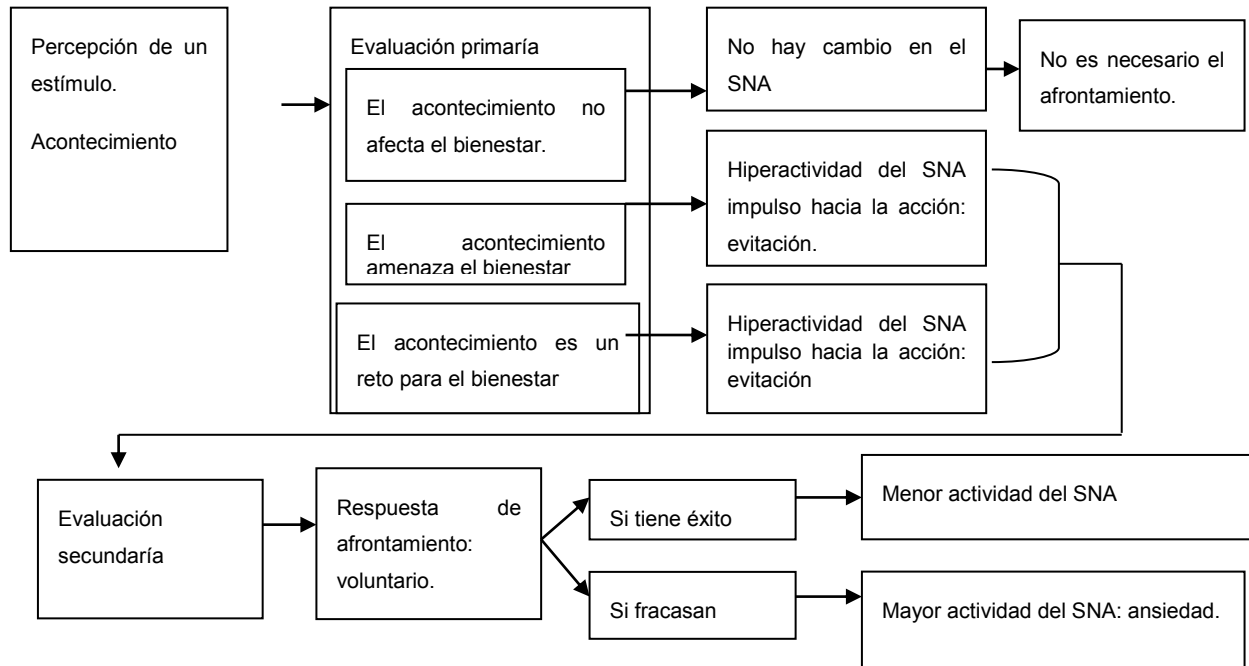
El término estrés ha sido utilizado con diversos significados aludiendo a diferentes dimensiones del proceso, tales como:

- a) Circunstancias ambientales que interfieren con la actividad normal del organismo⁵.
- b) Respuesta fisiológica y/o psicológica del organismo ante sucesos particulares⁶.
- c) Como denominación global del campo de estudio que examina los procesos por medio de los que se adaptan los organismos a los sucesos perturbadores^{7,8}.

En 1984 Lazarus y Folkman popularizan y avanzan más en el concepto agregando que es el resultado de enfrentarse a un evento estresante que 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. Para fines de este trabajo de investigación utilizaremos el concepto propuesto por Lazarus y Folkman quienes desde la teoría transaccional definen al estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar⁹.

A continuación se muestra un esquema del proceso de estrés propuesto por Lazarus en 1964.

Figura 1. Conceptualización de Lazarus del estrés como proceso.



Fuente: Lazarus, RS. Psychological stress and the copen process, New York: USA, McGraw-Hill. 1966

Cuando la evaluación del estrés 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 estresante, y las respuestas de afrontamiento tengan éxito, o el SNA falle por agotamiento. Es así como el estrés es visto como un proceso y dependerá de la manera en que el individuo afronte la situación estresante en potencia.

1.1.2 Tipos de estrés

Existen varios organismos internacionales que definen y estudian el estrés psicológico, se hará referencia a las dos clasificaciones más importantes. Tal es el caso del Manual de Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos Psiquiátricos (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-OMS-10), que ha estudiado y buscando criterios para su diferenciación con las diversas alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, inadaptación). Dentro de estas entidades destaca la reacción de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático y la transformación de personalidad tras hecho catastrófico, que si bien son similares o comparten una causa común en sus indicadores y criterios son diferentes.

1.1.2.1 Estrés agudo

La CIE-10 define al estrés agudo como una reacción transitoria tras un hecho amenazante extremo, que dura unos días en los que predominará un estado de shock o aturdimiento¹⁰. Por otra parte el DSM-V lo define como un trastorno caracterizado por la aparición de ansiedad, síntomas disociativos y de otro tipo que tiene lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo, incluye las amenazas de carácter físico, con criterios diagnósticos que son paralelos a los del trastorno de estrés postraumático, excepto en el hecho de que contemplan con especial relevancia los síntomas disociativos en el tiempo de evolución.

Los criterios que propone el DSM-V para el diagnóstico son:

Especificar si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos)¹¹.

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo (en los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental).

4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s).

B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos:

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).

7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.

12. Hipervigilancia.

13. Problemas con la concentración.

14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Además de los criterios mencionados es necesario considerar la intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático, factores importantes relacionados con la posibilidad de presentar éste trastorno. Así mismo se ha demostrado que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de la personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en su

aparición; pero también puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento resulta muy traumático¹².

La reacción de estrés agudo según la CIE-11 entra dentro del rango de la normalidad¹³. Por este motivo han recomendado que en vez de incluirse con otros trastornos mentales, se muevan a la categoría de la CIE-11 que incluye problemas que necesitan algún tipo de apoyo clínico, pero que no son trastornos o enfermedades en sí mismos, esta propuesta tiene por objeto facilitar el apoyo a corto plazo sin patologizar reacciones de estrés agudo.

1.1.2.2 Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

Este trastorno en los últimos años ha sido estudiado en la familia en la UCI y se ha demostrado que un buen número de familiares en esta experiencia la padece¹⁴. La CIE-10 define al TEPT como una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento extremo, como aquel que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo y el DSM-V menciona que es una amenaza a la integridad física de la persona o los demás, vividas con temor, desesperanza u horror intensos. Ambos sistemas diagnósticos consideran tres grupos de síntomas:

- a. De re-experimentación o intrusivos.
- b. De evitación persistente y embotamiento.
- c. De aumento de activación.

Además, el DSM-V requiere que haya un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona¹⁴.

De acuerdo al DSM-V las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son similares a las del trastorno de estrés agudo, incluye los siguientes criterios:

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático extremo.

- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

B. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente.

- Recuerdos del acontecimiento recurrentes que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar.
- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático, respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma)

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor).

- Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma):

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- Irritabilidad o ataques de ira.
- Dificultades para concentrarse.
- Hipervigilancia.
- Respuestas exageradas de sobresalto.

E. Los síntomas de los criterios B, C y D se prolongan por más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Cabe señalar que el DSM-V hace hincapié en hacer una especificación del TEPT cuando la duración de los síntomas es inferior a los 3 meses es agudo, cuando la duración es mayor será crónico (mayor a 6 meses).

De acuerdo a esta información existen diferentes denominaciones y clasificaciones del estrés, existen también instrumentos que permiten identificarlo. Cabe señalar que el trastorno en la familia del paciente crítico ha tomado importancia y se está empezando a estudiar por sus graves consecuencias en la salud de la persona.

1.2 Cuidador Familiar

Cuando alguien enferma o tiene algún tipo de dependencia, dentro de un círculo familiar hay una persona llamada cuidador que asume las tareas del cuidado básico con las responsabilidades que ello acarrea, es decir un nuevo rol, para el cual en la mayoría de los casos no está preparado.

El cuidador desde el aspecto crónico se ha definido como aquella persona que 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^{15,16}, 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 el cuidado y la recuperación de la salud en el enfermo¹⁷.

Al término cuidador se han asociado diferentes conceptos, relacionados con 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 cuidador, pero más allá de ello, el cuidador cumple funciones sustantivas que tienen un efecto en la vida de la persona motivo del cuidado¹⁷.

En la literatura existe información del cuidador desde distintas perspectivas: el perfil, el desgaste, las habilidades que desarrolla, conocimientos y destrezas¹⁸, funciones que realiza^{17,19,20}, etc., y generalmente se ha estudiado en áreas hospitalarias, en el hogar, en enfermos crónicos, sin embargo el estudio de esta figura en áreas críticas ha ido en aumento.

En los años 70's se comenzó a hablar de la atención de la familia de pacientes críticos y sus necesidades²¹. 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 (cercanía, apoyo, información, seguridad y esperanza) y a partir de entonces se han desarrollado múltiples investigaciones las cuales se han enfocado a validar el cuestionario de Molter, identificar las necesidades y realizar intervenciones para satisfacerlas.

El panorama del CF en la UCI es poco estudiado, quizá porque el sistema de salud no ha analizado su efecto en el cuidado, mismo que ha sido opacado en las políticas de salud en México. Cabe mencionar que asociaciones en otros países como Estados Unidos, Canadá y Francia han destacado la importancia de centrar el cuidado a la familia^{22,23y24}.

En este sentido la UCI aparece ante los ojos de los familiares como un área hospitalaria extraña y amenazante ya que son espacios donde la tecnología, la ciencia, la efectividad práctica y la vigilancia constante del equipo

de salud, predominan; es también uno de los lugares del hospital donde los miembros de familia sufren más sobre todo cuando el pronóstico de su paciente es pobre, cuando son testigos de tratamientos invasivos, procedimientos y dispositivos médicos con los cuales no están familiarizados. Entonces, la admisión repentina a la UCI, su prolongada estancia, la amenaza de fallecer, y la incertidumbre de la enfermedad expone la familia a daños psicológicos, que en un futuro pueden tener consecuencias severas²⁵.

Por lo anterior se conceptualiza al cuidador de áreas críticas como el Cuidador Familiar (CF), entendiéndose éste como aquella figura que desde la práctica toma decisiones trascendentales para la vida-salud de la persona que cuida en periodos extremadamente cortos y que generalmente asume la carga moral ante los demás familiares (portavoz). Muchas veces actúa como juez con respecto a lo que se hace y las consecuencias de los procedimientos clínicos en la persona cuidada, esto incrementa su estrés.

Las investigaciones al respecto del CF se han centrado en las principales necesidades que hacen referencia a los cuidadores de áreas críticas, necesidades como la esperanza²⁶, seguridad²⁷, apoyo²⁸, confort²⁹, información^{30,31} y cercanía³², particularmente la necesidad de seguridad es la que ha sido más estudiada, seguida de la información y el apoyo.

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 información³³.

Por otro lado, algunos estudios han sugerido que la enfermería juega un papel crucial en la atención del CF, atendiendo sus principales necesidades e incorporándolo en la participación del cuidado básico de la persona enferma^{34,35}, 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 tocarlo³⁶. Esta implicación beneficia la evolución del paciente y el bienestar emocional de los familiares adaptándolos en esta nueva experiencia.

1.3 Intervenciones de apoyo para disminuir el estrés agudo del CF

Diversas son las intervenciones que se han implementado como apoyo al CF en la UCI para disminuir la carga psicológica que experimenta, de acuerdo con la revisión de la literatura^{37,38,39,40 y 41} y en base a un trabajo de tesis² se mencionarán las principales intervenciones de estudios con una calidad aceptable, las cuales incluyen: el asesoramiento-consultoría, la educación, información impresa e intervenciones psicológicas.

1.3.1 Asesoría

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 CF, ante una situación del presente, que es difícil de resolver por sí mismo. El diccionario de la Real Academia Española limita la acepción al oficio de asesor⁴² entendiendo que su objeto final es mejorar la salud del paciente, también es definida desde disciplinas como la ingeniería como un servicio de asesoramiento profesional, se enfoca a la solución de problemas, el descubrimiento y la evaluación de nuevas oportunidades, el mejoramiento del aprendizaje y la implantación de soluciones⁴³.

Los actores implicados en la consultoría son el cliente y el consultor este último se considera un agente de cambio, que de alguna manera al realizar la intervención busca un cambio en el cliente, desempeñando funciones especializadas y en las cuales es experto⁴⁴. Por otra parte el cliente es el participante en la relación cliente-consultor que desea la intervención. El proceso de consultoría se realiza mediante diferentes métodos donde se busca la satisfacción del cliente con enfoques de relación amigable⁴⁵. En decir un enfoque de proceso dinámico y activo.

El enfoque de la asesoría-consultoría es diverso en las áreas críticas, principalmente se dirige a los aspectos éticos, a los cuidados paliativos y se brinda por personal especializado³⁷.

La consulta ética se describe como un servicio prestado por un individuo consultor, equipo o comité para abordar las cuestiones éticas implicadas en un caso clínico, el propósito central es mejorar el proceso y resultados de la atención del paciente, ayudando a identificar, analizar y resolver problemas éticos, se precisa que las consultas de ética deben asegurarse de que el proceso de toma de decisiones sea inclusivo, educativo, respetuoso de los valores culturales, y de apoyo de los esfuerzos institucionales en la mejora de la calidad y la utilización de manera adecuada de los recursos⁴⁶.

Esta intervención puede ser de forma individual o por un equipo. Schneiderman et al⁴⁷ realizaron un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA) donde se evaluó la oferta de consulta ética para familiares de los pacientes críticamente enfermos, se demostró que disminuye significativamente los días de estancia hospitalaria (4.2 vs 13.2, p=0,03) sin embargo en este estudio no se aplicaron variables relacionadas con la satisfacción familiar y aspectos psicológicos de la familia.

En relación con la *consulta de cuidados paliativos* un estudio de Mosenthal et al⁴⁸ en pacientes traumatizados ingresados en la UCI utilizó una intervención estructurada de cuidados paliativos, incluyó apoyo para el duelo de la familia y una reunión familiar interdisciplinaria. Los resultados en general demuestran que existe disminución de los días de estancia hospitalaria en pacientes que reciben consulta de cuidados paliativos^{49,50,51}. Otro estudio encontró que la consulta de cuidados paliativos mejoró algunos dominios de la satisfacción de la familia de los pacientes que murieron⁵². Pero no hubo efectos sobre variables psicológicas.

Para disminuir la carga psicológica un estudio en Estados Unidos de 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 vida⁵³.

Cuando se habla de intervenciones para disminuir la carga psicológica de la familia en la UCI la comunicación es la palabra clave³⁸. En 2005, las

Guías Americanas de Práctica Clínica para el Apoyo de la Familia en la UCI, recomendaron que fuera necesario una educación apropiada y reuniones familiares para disminuir el estrés de los mismos. La información debe ser proporcionada en una variedad de formatos, donde la familia debe ser animada a participar en el cuidado del paciente cuando sea apropiado y cuando se sientan cómodos en hacerlo²².

A pesar de la heterogeneidad de los estudios, no se identifica evidencia sobre los aspectos psicológicos de la familia y de intervenciones específicas para tal fin.

1.3.2 Educación

El diccionario de la Real Academia Española define la educación como la instrucción por medio de la acción docente⁵⁴. La educación es un componente esencial en la profesión de enfermería; es concebida como una función sustantiva del rol enfermero, pues hace parte central del cuidado que este profesional brinda a las personas en los diferentes ámbitos de actuación y, por esto, algunos autores consideran que el enfermero es un educador por naturaleza⁵⁵.

Esta actividad favorece la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, así como la recuperación y rehabilitación de las personas, objetivos del cuidado. Por otro lado, es considerada una función autónoma del profesional de enfermería, de gran relevancia^{56,57} ya que desde la estructura jerárquica del conocimiento las grandes teorías como la de Virginia Henderson, se identifica la educación como una necesidad de los pacientes que debe satisfacerse, Dorothea Orem menciona que la educación es fundamental en el contexto del autocuidado y Jean Watson hace hincapié en la necesidad de promover la enseñanza-aprendizaje transpersonal y la trabaja como uno de los factores en los cuales debe centrarse el cuidado⁵⁸.

La educación sanitaria y apoyo psicológico a las familias con un familiar gravemente enfermo en una UCI, también se ha puesto de manifiesto en los estudios^{59,60,61} pero pocos se han realizado sobre el uso y efecto de la educación de la familia que utiliza información basada en los resultados de una

evaluación de las necesidades proporcionada por las enfermeras de cuidados críticos, como un medio de dar apoyo emocional a estas familias⁶².

A través de un programa de educación familiar efectivo, las enfermeras podrían proporcionar información, apoyo social y actuar como la principal fuente de consuelo psicológico para los familiares, y así ayudarles a tener una experiencia agradable en un ambiente estresante como la UCI⁶³. Por esta razón, el diseño, implementación y evaluación de un programa de educación de la familia basada en las necesidades, por parte de los profesionales de enfermería, sería importante para la familia durante la hospitalización de los pacientes en una UCI, para satisfacer sus necesidades psicosociales inmediatas en una situación estresante.

Al respecto, un estudio en Hong Kong ofreció un programa de educación mediante dos sesiones de una hora, se destaca que la temática de educación involucró: la información sobre el tratamiento específico, los cuidados, y el contexto de la UCI. Se destaca que para la educación se utilizó un folleto informativo y asesoramiento individual, este estudio demostró que los familiares del grupo experimental estuvieron más satisfechos en cuanto a sus necesidades psicosociales principalmente en la disminución de los niveles 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, que reduzca su ansiedad y les ayude a satisfacer sus inmediatas necesidades psicosociales con el objetivo de alcanzar una mayor calidad en el cuidado destinado a los familiares³⁹.

La educación es por lo tanto un componente indispensable en situaciones nuevas a las que se enfrenta el CF, se ha demostrado que en combinación con otras intervenciones su resultado es mejor, la cual debe ser otorgada en base a las necesidades particulares del individuo.

1.3.3 Información impresa

Azouley⁴⁰ en un artículo de revisión señala que disminuir la carga psicológica de los familiares es una actividad susceptible a intervenciones de

los profesionales de salud, dentro de las intervenciones se encuentra el uso de información impresa. Al hablar de información impresa se hace referencia a aquel documento en papel, que contiene ciertas características específicas y que es destinado para un fin, mejorar la comprensión de la información; incluye folletos, tríptico, manual o libro.

Los estudios previos de la calidad de la información impresa proporcionada a los miembros de la familia de los pacientes ingresados en la UCI fueron principalmente descriptivos, no se evaluó sus efectos benéficos^{64,40}. Existen pocos estudios publicados que evalúan la comprensión y la satisfacción de la información impresa, sin embargo no se miden beneficios de carácter psicológico^{65,66}.

Un estudio multicéntrico en Francia concluye que el método indirecto con la técnica de información impresa (folleto informativo) mejora significativamente la comprensión de los familiares, pero en cuanto a los niveles de ansiedad y depresión no tuvo efecto, el análisis de los datos reveló que el 60% de una población sufría ansiedad, y el 39% depresión. 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 afrontar⁴⁰. Por lo anterior la información sigue siendo el primer elemento de importancia que se necesita para comprender los fenómenos que sucede a nuestro alrededor pero no es una solución ante el estrés del CF.

Otro estudio que pone en práctica la información impresa y otros componentes (llamadas telefónicas), tuvo como objetivo 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 los pacientes, los resultados muestran que en el grupo experimental, la satisfacción aumentó significativamente, al igual que la percepción de satisfacción de las necesidades de información⁶⁷. Sin embargo no se midieron variables psicológicas.

En este contexto Lautrette en un ECAⁱ evaluó el efecto de una estrategia de comunicación proactiva que consistía en una conferencia de fin de vida dirigida a los familiares realizado de acuerdo con directrices específicas y que concluyó con la provisión de un folleto sobre el duelo, los resultados indicaron que un efecto positivo para síntomas del TEPT del familiar, depresión y ansiedad ($P < .02$)⁴¹. Cabe mencionar que en este estudio además de la información impresa se utilizaron otras intervenciones como el asesoramiento, por lo que un paquete de intervenciones en conjunto tiene mejor efecto al reducir aspectos psicológicos de la persona.

Dayli⁶⁸ evaluó el efecto de dos intervenciones, el folleto de información para la familia y una sesión de grupo para la familia, con una población de 60 familiares de pacientes ingresados en la UCI. Los resultados no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,45$), esta autora concluye que la investigación previa sobre las necesidades de las familias, estaba relacionada con la recepción de la información. En este estudio se cuestiona el tamaño de la muestra, lo que no permite extrapolar los resultados a otras investigaciones, pero es un punto a tener en cuenta en el diseño del estudio.

Además de la utilización de folletos otras intervenciones involucran guías de información dirigidas al CF, lo cual requiere la adaptación a las necesidades de la institución hospitalaria y de la población en cuestión. Torrents et al⁶⁹ elaboraron un protocolo de acogida para los familiares que integraba una guía de información sobre las normas de la UCI, tipo de unidad, teléfonos de interés, horarios de visita y ciertos aspectos en relación al equipo asistencial, material del cubículo y aparataje. Se concluye en este estudio que la guía informativa es adecuada en su contenido y satisface las necesidades de información de la familia.

Por último, cabe mencionar que la información impresa no asegura la comprensión de la información, esta se complementa con el lenguaje verbal, con las palabras, por lo que el personal de salud debe aprender a escuchar

ⁱ Entiéndase ECA como ensayo clínico aleatorizado.

para ser capaz de responder a las señales no verbales del CF donde la información queda de manifiesto como necesidad básica de la familia.

1.3.4 Intervenciones psicológicas.

La familia del paciente en la UCI presenta diversas alteraciones psicológicas a lo largo del tratamiento y de la recuperación de la enfermedad crítica, en tanto que se desprende la necesidad de realizar una valoración psicológica inicial (psychological screening) al CF, la cual se puede llevar a cabo de manera cuantitativa, para ello existen instrumentos que ya han sido validados³⁷.

Kentish Bartnes et al⁷⁰ mencionan que la carga familiar debe ser evaluada en tres momentos. En primer lugar, dentro de las 48 horas después de la admisión en la UCI, la comprensión, la satisfacción, los síntomas de ansiedad y depresión deben ser evaluados para obtener una perspectiva de necesidades específicas de la familia, para mejorar la probabilidad de que se facilite información adecuada y oportuna, y para detectar los síntomas de ansiedad y/o depresión que pueda afectar la participación en el proceso de toma de decisiones. En segundo lugar, después del tercer día, es recomendable que se realice una reunión familiar formal. Durante la reunión, la estrategia de comunicación se ofrecerá de acuerdo a las necesidades de la familia y el tercer momento cuando exista un cambio de la atención derivado del estado del paciente^{71,72}.

Las intervenciones de apoyo psicológico van desde la intervención en la crisis, hasta técnicas para proporcionar soporte emocional, apoyo psicológico en el período de permanencia en la unidad y la utilización de una efectiva comunicación de ayuda, acompañada de actitudes éticas, cálidas y humanas, por parte de todo el equipo, que labora por un objetivo común: recuperar y regresar al paciente y canalizar favorablemente la ansiedad de los familiares en búsqueda de una calidad de atención más humanizada⁷³.

Por otra parte existen intervenciones psicológicas sobre las entidades del estrés, a continuación se describen las más relevantes.

-Terapia para el manejo de la ansiedad: incluye el entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) que ha sido el más utilizado para reducir los síntomas de ansiedad en el estrés post-traumático⁷⁴, fue desarrollado por Meichenbaum, tiene como objetivo la adquisición y aplicación de habilidades de afrontamiento e incluye diversas técnicas: educación, relajación muscular profunda, control de la respiración, juego de roles, modelamiento, detención de pensamiento y entrenamiento autoinstruccional.

Intervención en crisis: Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo⁷⁵. En el contexto de la UCI el CF se enfrenta a una crisis circunstancial definida como aquel evento inesperado, accidental y que depende de factores ambientales⁷⁶, como la gravedad del estado de salud de un familiar.

La intervención en la crisis es un procedimiento específico cuyo objetivo principal es modificar la relación de fuerzas en lucha que forman la crisis, incrementando la probabilidad de inclinar la balanza hacia el lado positivo. Una pequeña corrección de trayectoria en el momento oportuno tiene grandes efectos^{77,78}.

En toda situación de crisis, aparecen tres áreas como fundamentales en el proceso de recuperación y adaptación:

- a) Factores estresantes y reacción de estrés: afectan la conducta dependiendo del tipo del evento traumático, la percepción y significado para su supervivencia más las consecuencias de cambio en su entorno.
- b) Estilos de conducta de afrontamiento: capacidad del individuo de afrontar los cambios personales producidos por el desastre y el de su entorno, de manera apropiada y saludable.
- c) Sistemas de conducta y apoyo social: ayuda y redes de soporte que ayudan de manera específica, apropiada y eficiente al sobreviviente.

Las intervenciones de apoyo psicológico aplicadas a la familia del paciente crítico no han sido estudiadas, la figura del psicólogo como parte de un equipo multidisciplinar no ha formado parte de las políticas de las instituciones de salud, cuando el Programa Nacional de Salud 2013-2018⁷⁹ menciona que es indispensable fomentar la salud mental ya que es un problema de morbilidad que se observa en México. En la literatura existe poca evidencia acerca de intervenciones psicológicas y en la práctica es inexistente intervenciones y políticas donde se contemple la salud mental como eje de los cambios en la conducta de la persona.

1.3.5 Programas multicomponentes

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 específicasⁱⁱ para el cambio parece ser importante, y por eso las intervenciones multicomponentes dirigidas a diversas barreras son más efectivas que las intervenciones simples^{80, 81,82}.

Los programas multicomponentes son aquellos, que incorporan diversas estrategias de intervención (grupo de ayuda, charla estructurada, información impresa o psicoterapia) no consiguen necesariamente mejores resultados que las intervenciones centradas en alguno de estos elementos⁸³.

Estas intervenciones han mejorado la experiencia del CF acerca de la estancia de su ser querido en la UCI. Otros nombres que recibe esta intervención son; programas multimodales, multifacéticos, multi-intervención y multidisciplinarios. Las combinaciones que se han usado son: la psicoeducación y la asesoría en la que se utiliza diversas técnicas de

ⁱⁱⁱLas 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.).

educación entre ellas la información impresa y las pláticas estructuradas entre otras.

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 éxito⁸².

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 de los familiares y reduce 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 concluyente³⁷.

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 información⁶⁷.

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 el 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 artificial⁴⁷.

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, al equipo de salud y que tengan un impacto en el uso de recursos sanitarios.

1.3.6 El enfoque multidisciplinar

La actuación oportuna y eficaz de una reunión interdisciplinaria con la familia de un paciente en estado crítico ha llegado a representar un nivel de calidad de la atención en la UCI⁸⁴. Estudios ponen de relieve la importancia de la atención de colaboración por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y otros miembros del equipo en la atención de la salud^{85,86}. Esta atención se ha demostrado que mejora los resultados del paciente, así como la satisfacción del paciente y su familia. También es importante y para optimizar la eficacia de la comunicación con las familias de la UCI, incluir a los profesionales de enfermería como participante activo de este proceso, por el contacto tan cercano con el paciente.

Por otra parte la carga psicológica es impactante en los familiares por ello estudios proponen la integración de la figura del psicólogo para prevenir y minimizar sus efectos. En este enfoque desde lo que cada disciplina domina, se combinan estrategias y métodos de intervención capaces de responder de manera integral el cuidado de la familia en la UCI.

A partir de los estudios se concluye que se han utilizado diferentes métodos de intervención, y que al menos uno implica la interacción individualizada y personal con la familia del paciente crítico, y ello puede mejorar los resultados. En tanto que la enseñanza individualizada con la evaluación proactiva de las necesidades de una familia pueden ayudar a cumplir las necesidades y aprovechar al máximo la adaptación de los familiares en la enfermedad crítica.

Sin embargo, el nivel actual de la evidencia para guiar la práctica es muy bajo. Aunque se han realizado ensayos controlados aleatorios, cada ensayo abordó diferentes intervenciones y los resultados en diferentes contextos y poblaciones, por lo que la generalización de los resultados a todos los cuidados intensivos no es posible. Otras investigaciones deben llevarse a cabo para validar los resultados encontrados en esta área y para probar el efecto de otras estrategias que disminuyan la carga psicológica de la familia en la UCI, según la cultura y necesidad.

CUADRO No. 1 INTERVENCIONES PARA DISMINUIR EL ESTRÉS AGUDO DEL CF EN LA UCI

Estudio	Tipo y tamaño de la muestra	Intervención	Resultados de interés	Hallazgos significativos	Nivel de evidencia
Chien et al (2006)	Cuasi-experimental n=66	Programa de educación estructurado.	Ansiedad Satisfacción	Disminución de la ansiedad (p=.006) Incremento de la satisfacción (p=.006)	GRADEⁱⁱⁱ Muy bajo No aleatorización Un solo sitio
Medland and Ferrans (1998)	Cuasi-experimental n=30	Discusión con la enfermera al ingreso, folleto, llamada diaria	Satisfacción familiar Percepción de satisfacción de las necesidades	Incremento de la satisfacción (P=.05) Incremento de la satisfacción de las necesidades. (p=.05)	GRADE Muy bajo No aleatorización Comparación retrospectiva de grupo Un solo sitio Tamaño pequeño de muestra.
Lautrette et al (2007)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA), multicéntrico n=126	Método estructurado de conferencias con la familia además de un folleto	Síntomas de TEPT, ansiedad y depresión.	Reducción significativa de los síntomas TEPT (p=0.01) ansiedad (n=.02) y depresión=.004.	GRADE Bajo Calidad de estudio alto, pero conducido en un ambiente de comunicación médica-paternalista.

ⁱⁱⁱClaves de GRADE (Grado de Recomendación, evaluación, desarrollo y evaluación) nivel de evidencia: alto=únicamente la investigación adicional cambiaría hallazgos, moderada= cierta probabilidad de una mayor investigación puede cambiar hallazgos, bajo=muy probable que la investigación adicional puede cambiar resultados, muy bajo= evidencia no es lo suficientemente fuerte como para estimar verdaderamente efecto de la intervención en este momento.

						Hallazgos probablemente diferentes en otros países.
Azoulay et al (2002)	Ensayo clínico aleatorizado, multicentrico n=175	Folleto información	de Comprensión Satisfacción	Mejora la comprensión (p=.0001) Mejora la satisfacción (p=.01)	CEMB NE:1b GR B	
Melnyk et al (2004)	ECA n=174	Programa preventivo intervención educativo-conductual	de Trastorno de estrés postraumático Depresión	Los síntomas de trastorno de estrés postraumático se redujeron en un 25% (p <0,05). La depresión disminuyeron en el primer sexto mes (p<0,05).	Muy bajo	
Mitchell et al (2004)	Cuasi-experimental n=160	Método transferencia estructurado individualizado	de Ansiedad e Incertidumbre	Un método de transferencia individualizada estructurado reduce significativamente las puntuaciones de incertidumbre, mientras que no afecta la ansiedad.	Bajo	
Daly et al (1994)	Cuasi-experimental n=60	Sesión grupal familiar Folleto de información	Satisfacción de necesidad de información Ansiedad estado	Necesidad de información (p=0.45) Ansiedad (p=0.61)	Muy Bajo	
Torrents et al (2003)	Estudio prospectivo observacional y descriptivo	Protocolo de acogida Guía informativa	Satisfacción	Grado de satisfacción alto	Sin evidencia	

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los elevados niveles de estrés que vive la familia en la UCI por la connotación que presupone dicha área, la alta mortalidad del paciente, los cambios en su estado de salud, incertidumbre ante el pronóstico y la tecnología biomédica, hacen evidente la necesidad de implementar programas destinados a la atención integral del paciente crítico, lo cual incluye también la asistencia al Cuidador Familiar (CF) durante el periodo crítico de la enfermedad; figura que de no ser atendida, a largo plazo desarrolla síndromes psiquiátricos (trastorno de estrés postraumático, ansiedad generalizada y duelo complicado); lo que dificultará su participación en la toma de decisiones e incrementará el riesgo de desplazar o anular la atención de sus propias necesidades, que finalmente repercuten en la persona que cuidan.

Por otra parte varios estudios de investigación han identificado las necesidades universales del CF y han demostrado que la información es una de las principales, en relación a ello las intervenciones estudiadas son: información impresa, asesoramiento y educación. Sin embargo, estos estudios tienen un nivel de evidencia muy bajo, presentan inconsistencias y no utilizan una intervención donde se involucren diversos componentes mediante un equipo multidisciplinar para apoyar al CF.

En relación con lo anterior y con base a un trabajo de tesis² se evidenció que los resultados de las intervenciones sobre el estrés eran poco fiables y controvertidos, lo que llevó a la elaboración de una propuesta de intervención basada en la mejor evidencia disponible y la validación de un manual para el cuidador familiar. En esta segunda fase se actualizó la revisión de la literatura, y se propone llevar a cabo el estudio piloto de la propuesta de intervención que consiste en: una charla estructurada, información impresa y consultoría, adaptados al contexto del CF de la UCI.

Por lo que se plantea la siguiente cuestión a investigar:

¿Cuál es el efecto de una multi-intervención (educación, información impresa y consultoría), sobre el estrés agudo del cuidador familiar del paciente de la UCI?

III. OBJETIVOS

3.1 General

- Evaluar el efecto de una multi-intervención que involucra una plática estructurada, información impresa y consultoría sobre el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la UCI

3.2 Específicos

- Diseñar una intervención que involucre la educación, información impresa y consultoría dirigida al CF del paciente internado en la UCI.
- Identificar el cambio en el nivel de estrés en los cuidadores familiares de la UCI que reciben una intervención.

IV. HIPÓTESIS

Una multi-intervención que involucre la educación, información impresa y consultoría, reduce los niveles de estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la UCI, comparado con quienes reciben una información rutinaria y con su estado pre-intervención.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Diseño de estudio

Se trata de un estudio cuasi-experimental pre y post-test con grupo control no aleatorizado⁸⁷.

5.2 Contexto

Este estudio se llevó a cabo en una UCI que atiende exclusivamente a pacientes adultos y de carácter médico-quirúrgico con capacidad de 14 camas, se trata de un hospital de tercer nivel en el Valle de México. La característica principal de esta UCI es que atiende a pacientes pluripatológicos (enfermedades autoinmunes, gastrointestinales, respiratorias y quirúrgicas). La tasa de ocupación de la unidad al inicio del estudio fue de 50-70%, el índice enfermera paciente fue de 1:1 durante la mañana y 1:2 en ocasiones durante el turno vespertino y nocturno. La UCI sólo permitía dos miembros de la familia para la visita, los horarios eran de 6:30-7:00, 13:30-14:00 y de 19:30 a 20:00⁸⁸.

5.3 Muestra y reclutamiento

La muestra estuvo integrada por 64 CF, divididos en 2 grupos que fueron reclutados en periodos de 4 meses cada uno (febrero-mayo 2015 para el grupo control, y julio-octubre 2015 para el experimental) se comenzó a trabajar con el grupo control a fin evitar la contaminación de los grupos dado que los CF comparten la sala de espera.

Se incluyó al CF principal (responsable legal autorizado) de cada paciente crítico que había sido ingresado en la UCI y que cumpliera con los siguientes criterios: a) Mujeres y hombres de 18 a 65 años edad, b) Familiares de pacientes con más de 24 horas internados en la UCI y con una mortalidad igual o mayor al 10% según el APACHE II, c) sin experiencia previa de pacientes internados en la UCI, y d) que aceptara participar de manera libre y voluntaria. No fueron incluidos aquellos con un deterioro cognitivo aparente que le impidiese responder

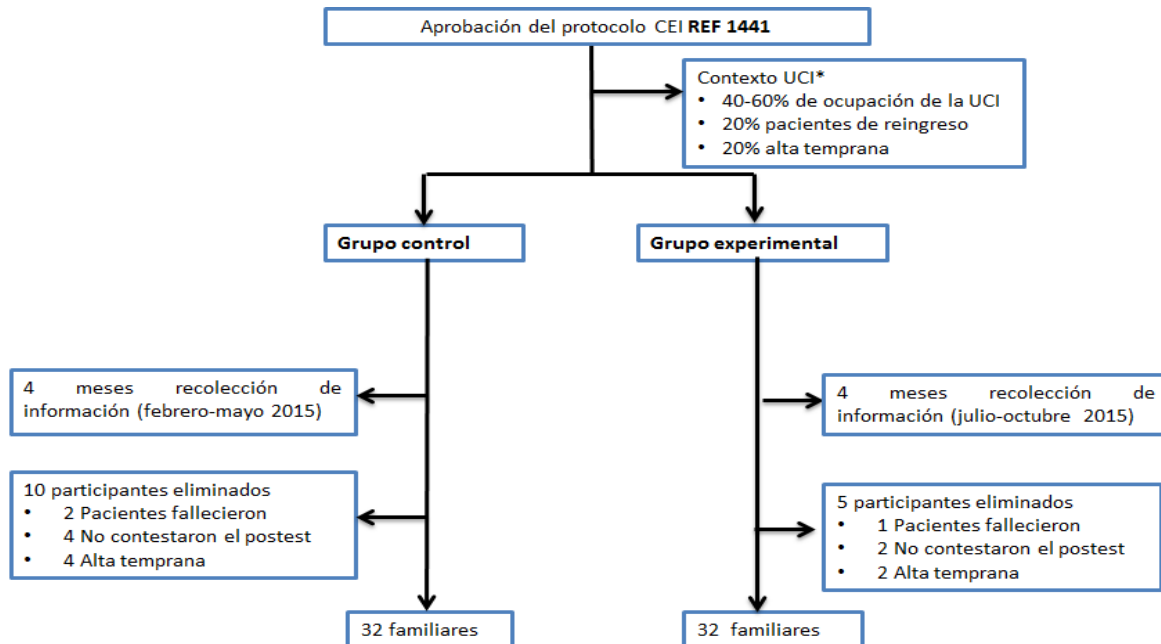
adecuadamente a las preguntas del estudio e intervenciones y si tenían un diagnóstico reciente de algún trastorno psicológico que pudiera interferir en la evaluación. (Ver figura 2)

Dadas las características para la obtención de la muestra, se llevó a cabo la estimación de la potencia del estudio en 65.24%, para una muestra de 64 CF (32 en cada grupo, con coeficiente α de 0.05, varianza explicada por el modelo de 38%, y un error de la varianza de 2.3) con la fórmula para análisis de varianza de dos vías: $\pi=1-\beta$

$$\pi = \left\{ 1 - F_{n_1-1, n_2-1} \left(\frac{\sigma_1^2}{\sigma_2^2} F_1 - \frac{\alpha}{2} \right) + 1 - F_{n_1-1, n_2-1} \left(\frac{\sigma_1^2}{\sigma_2^2} F_1 - \frac{\alpha}{2} \right) \right\}$$

Donde F_{n_1-1, n_2-1} son los grados de libertad de la distribución F con n_1-1 en el numerador y n_2-1 en el denominador para una prueba de dos colas.

Fig. 2. Reclutamientos de los Cuidadores Familiares.



*Bitácoras de ingresos de la UCI. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" 2015

5.5 Recolección de datos

Se utilizó un cuestionario estructurado que recopila datos sociodemográficos del paciente internado en la UCI y del CF, y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE versión en Español).

5.5.1 Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (versión en Español).

Los niveles de ansiedad de los familiares se midieron utilizando el IDARE desarrollado por Spielberger et al⁸⁹. Este instrumento consta de dos escalas de autoinforme diseñados para medir un estado transitorio emocional (A-Estado) y una disposición relativamente estable de la ansiedad (A-Rasgo). Para la escala A-Estado, los sujetos indican cómo se sienten en ese momento en una escala Likert de cuatro puntos de intensidad de manera creciente de 1 no en absoluto a 4 mucho. La escala A-Rasgo pide a los sujetos que indique la forma en que generalmente se sienten, también en una escala Likert de 4 puntos. Las puntuaciones de cada escala es de 20 (es decir, no ansioso) a 80 (es decir, extremadamente ansioso). La consistencias internas en población mexicana eran de 0,90 y 0,81 para la escala A-Estado y A-Rasgo, respectivamente^{90,91}. El C-STAI tiene una correlación significativamente con otras medidas pertinentes teóricos de bienestar psicológico⁹².

5.5.2 Hoja de datos sociodemográficos

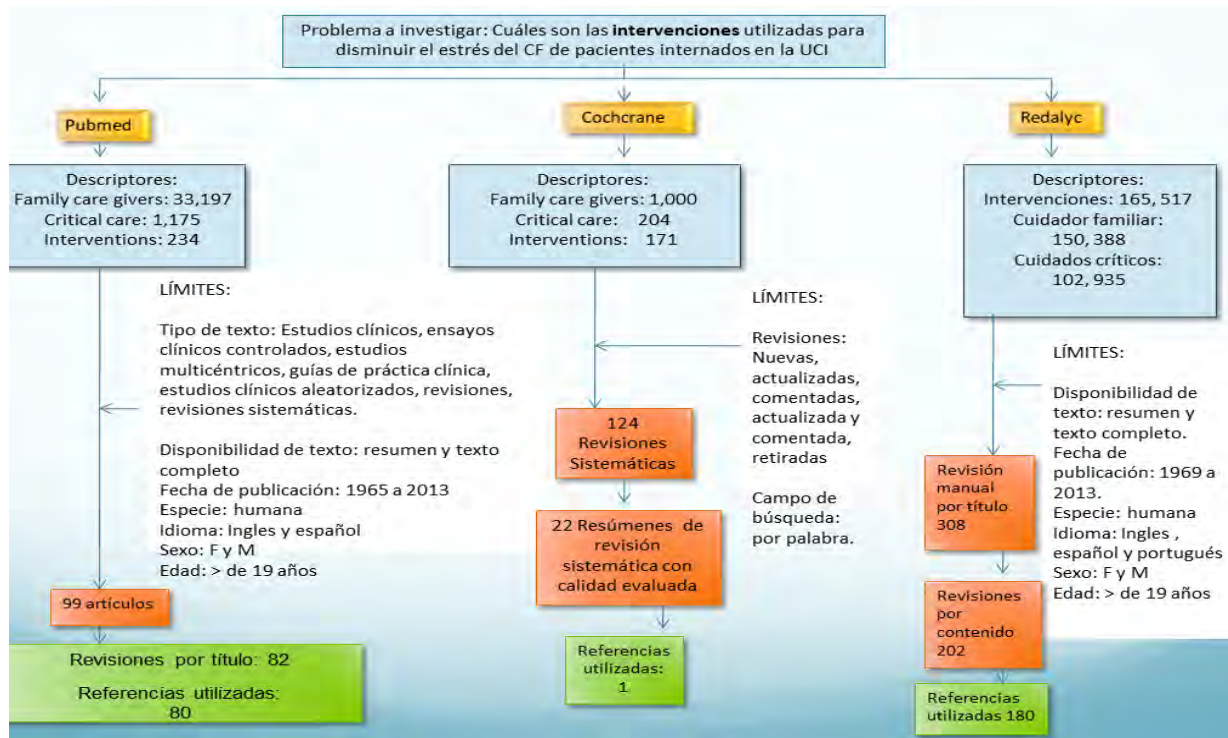
En este apartado se pidió a los familiares información completar una ficha de datos demográficos adjunto con el pre-test y el pos-test, entre las preguntas destaca: a) del paciente: edad, sexo, nivel de educación, nivel socioeconómico asignado por la institución, si era jefe de familia, el tiempo previo de hospitalización antes de ingresar a la UCI, la recopilación de información se complementaba con la revisión del expediente donde se obtenía la estimación de mortalidad mediante APACHE II y SOFA^{93,94}, su diagnóstico de ingreso y datos clínicos. Referente al cuidador familiar se incluyó la edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, parentesco con el paciente, convivencia con el paciente, si contaba

con una red de apoyo, cuantas horas permanecía en el hospital, situación laboral, si era jefe de familia y si padecía alguna enfermedad o en su defecto si requería alguna atención médica. Estas variables fueron analizadas en los resultados.

5.6 La multi-intervención

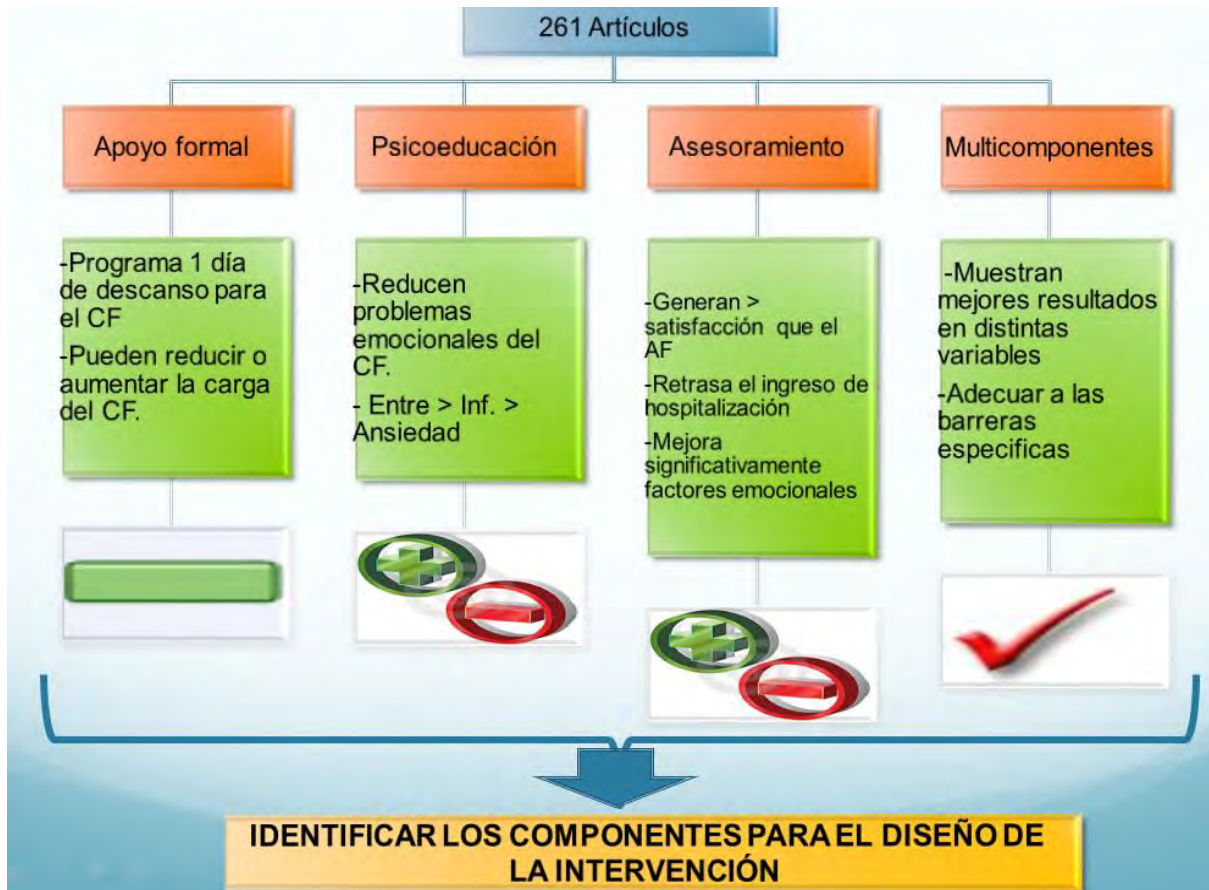
En un trabajo de tesis previo² y la actualización de la literatura sobre intervenciones con mejores efectos sobre el estrés agudo del CF en la UCI, en las bases de datos PubMed, Cochrane y Redalyc utilizando los descriptores; family caregivers, critical care, e interventions, se recuperaron 261 artículos (fig. 3) donde se concluye que las intervenciones identificadas de mayor efectividad son las que se apoyan de varias disciplinas y multicomponentes, de material educativo impreso y las que brindan un soporte continuo al CF (fig. 4).

Figura 3. Búsqueda en bases de datos.



Fuente: Zepeda León et al. Multi intervención de apoyo para disminuir el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la UCI. [tesis]. México DF: TESIUNAM; 2014

Figura 4. Conclusiones de la búsqueda



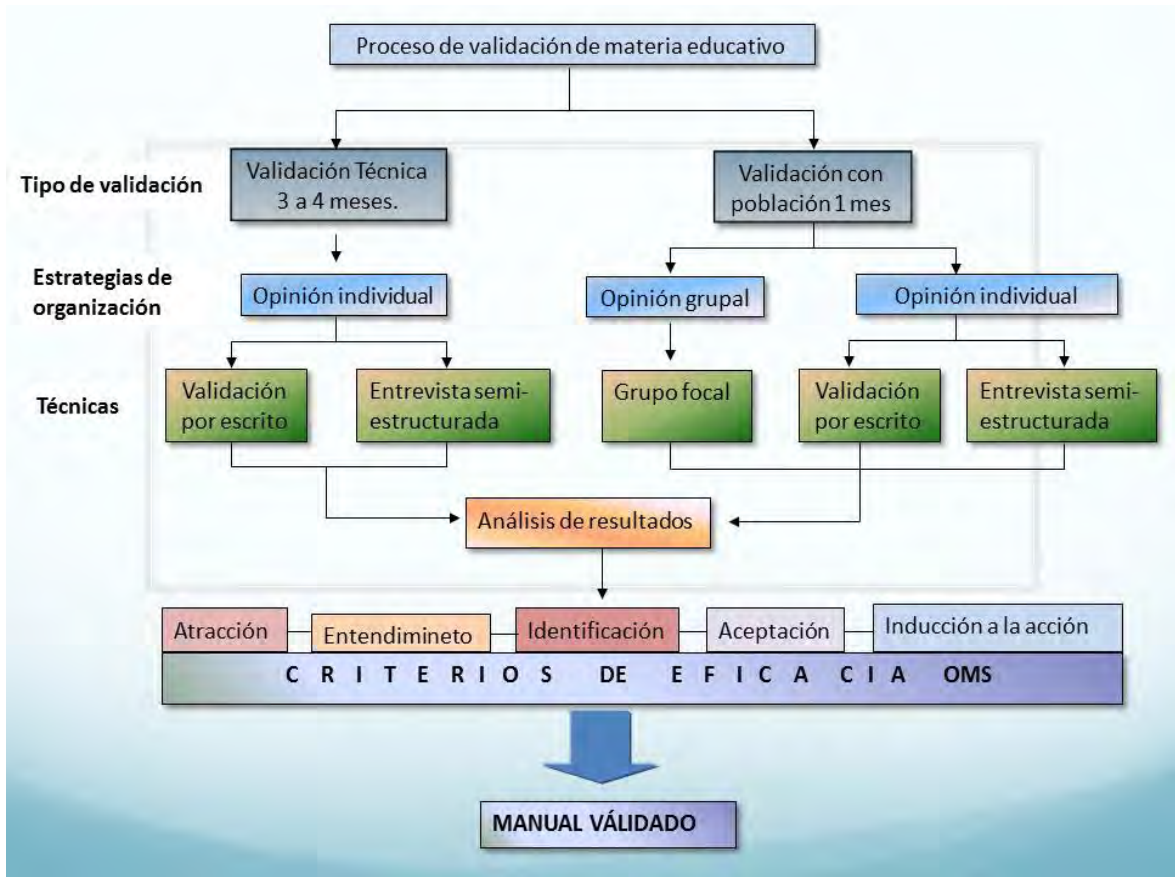
Fuente: Zepeda León et al. Multi intervención de apoyo para disminuir el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la UCI. [tesis]. México DF: TESIUNAM; 2014.

Conociendo las mejores intervenciones, éstas se adaptaron a la realidad mexicana, a continuación se especifica.

5.6.1 Validación y homologación del material impreso

Para garantizar que el manual del CF fuera adecuado y efectivo se sometió a un proceso de validación cualitativa, que consistió en a) validez externa que corresponde a la validación por la población y b) la validez interna en relación a la validación por expertos (fig. 5). Además de la aprobación del departamento de Enseñanza y Educación y la Subdirección de Enfermería del Hospital.

Fig. 5. Proceso de validación del material educativo



Fuente: Zepeda León et al. Multi intervención de apoyo para disminuir el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la UCI. [Tesis]. México DF: TESIUNAM; 2014.

5.6.2 Descripción de las intervenciones (grupo control)

Primero se trabajó con el grupo control, con la finalidad de evitar contaminar el grupo experimental. *En el 1er día*; se identificó el CF del paciente internado en la UCI que cumplía con los criterios de inclusión, se le invitó a participar mediante un consentimiento informado. Si aceptaba, se le aplicaban las autoevaluaciones del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para la medición del estrés como síntoma principal del estrés agudo. *Del segundo al tercer día*: sólo se realizó 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 era verbal sin monitorización. En el *cuarto día* se aplicó el cuestionario IDARE referente a AXE y se obtenían los niveles de estrés (ver figura 6).

5.6.3 Descripción de las intervenciones (grupo experimental)

En el *primer día*, se identificaba al CF del paciente internado en la UCI que cumplía los criterios de inclusión se le invitaba por escrito y se firmaba el consentimiento informado.

Cuando el CF aceptaba se le aplicaban las autoevaluaciones del IDARE, el primero en aplicarse fue el AXE, y el segundo fue AXR esto por porque A-Estado, fue diseñada con el fin de que fuese sensible 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 primero la escala A-Rasgo. En contraste la A-Rasgo no se afectan por las condiciones bajo las cuales se aplicaban.

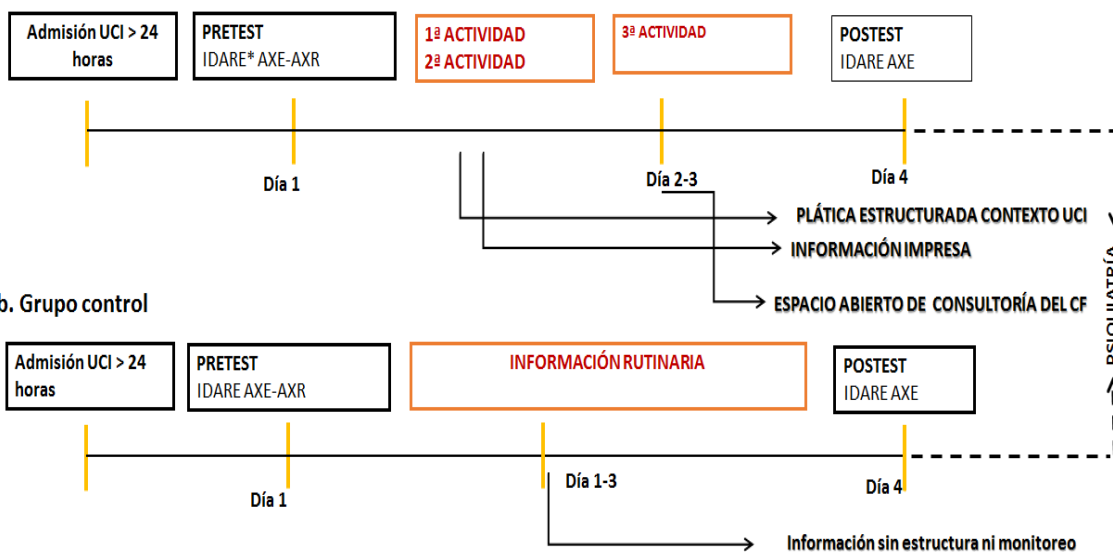
Posterior a la aplicación del inventario se realizó la primera intervención educativa que trató de una **plática estructurada** de forma explicativa con el apoyo de diapositivas en un tiempo aproximado de 30 minutos en un lugar cercano a la UCI: donde se explicaba de manera clara la dinámica, ambiente, organización de la UCI, acciones de cuidado pertinente en la visita del paciente y sistemas de apoyo en la institución, además de escenarios posibles de acuerdo al estado del paciente (esta información se realizaba de acuerdo al informe médico y/o en consenso con el equipo médico responsable del paciente). Esta intervención se complementaba **con información impresa antes mencionada**, la cual se basaba en 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., (fig. 6-a).

El segundo y tercer día: hubo un espacio para **consultoría**, esta intervención se ofrecía en un espacio físico libre de distracciones cercano a la UCI con una duración aproximada de 20-60 minutos. Estaba disponible todos los días

de la semana en un horario de 7:00-12 horas y de 15:00-18:30 horas. Donde se ampliaba la información de acuerdo al informe médico o en su caso lo consensado con el médico responsable del paciente, consistía en tratar temas relacionados a: posibles escenarios de acuerdo al proceso de enfermedad que estaba cursando el paciente, dudas sobre el área física de internamiento, dudas del manual, disponibilidad de redes de apoyo dentro y fuera de la institución (trabajo social). Esta intervención la ejecutaron dos enfermeros de la UCI y una trabajadora social. *En el cuarto día* se llevaba a cabo la evaluación del efecto de la multi-intervención sobre el estrés agudo. Solo se aplicó el cuestionario IDARE referente a AXE, se evaluaban los niveles de Ansiedad-Estado. En caso de detectar elevados niveles de estrés y el familiar aceptaba, se canalizaba con personal especializado (fig. 6-b).

Figura 6. Esquema de las intervenciones

a. Grupo intervención



5.7 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se construyó una base de datos en formato Excel, y las pruebas estadísticas se llevaron a cabo en el programa STATA para Windows V.12.0. Se llevó a cabo un análisis exploratorio de los datos el cual mostró que las variables numéricas tenían una distribución distinta a la normal estándar (Shapiro Francia >0.05).

Se estimaron medidas de tendencia central y dispersión, los datos se presentan en mediana (percentil 25-75). Para las variables cualitativas se estimaron las frecuencias y porcentajes por categoría. Se estimó la distribución de las variables en los grupos de estudio tanto de pacientes como de familiares, mediante U de Mann-Whitney para variables numéricas y X^2 o Fischer según se necesitaba para variables cualitativas.

Para comparar la Ansiedad Rasgo y Estado, entre los grupos y en el pre y postest, se utilizó el análisis de varianza de 2 vías (ANOVA). A fin de identificar si existía relación entre las variables numéricas de pacientes y CF con los niveles de Ansiedad-Estado se utilizó la correlación de Spearman.

En cuanto al comportamiento de las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes respecto a los niveles de Ansiedad-Estado entre los grupos y en el pretest y postest se utilizó el análisis de varianza de dos vías. Las variables que mostraron diferencias con significado estadístico fueron incluidas en el modelo multivariado una a una hasta encontrar el que mejor se ajustaba, para ello se utilizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) donde las variables: grupo, pretest y postest fueron los factores; y el nivel de Ansiedad-Estado la dependiente.

5.8 Variables

Variable dependiente: Estrés agudo

Definición conceptual: Lazarus⁹ define al estrés como la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

Definición operacional: La medición del estrés se realizó mediante el cuestionario de tamizaje denominado Inventario de la Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)⁹⁵, ya que el síntoma principal del estrés es la ansiedad. En México este cuestionario ha mostrado un alto índice de confiabilidad (0.83)^{96,98}.

El IDARE es un cuestionario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria), y como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), es autoaplicable. Cada una de ellas con 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de evaluación va de 0-4 en escala Likert en ambas subescalas.

Corrección e interpretación: para calificarse debe conocerse el puntaje alcanzado en cada ítem. Se debe utilizar la clave(A o B), para saber que grupos de ítems se suman. Posteriormente se utilizará una formula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo baja, moderada o alta. Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra como rasgo, que toman valores de 20 a 80 puntos.

Estrategia de cálculo:

1. Estimación del puntaje de ansiedad (estado)

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20=B$$

$$(A-B) +50= \text{puntaje total}$$

2. Estimación del puntaje de ansiedad (rasgo)

$$22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40=A$$

$$21+26+27+30+33+36+39=B$$

$$(A-B) +35= \text{puntaje total}$$

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: discontinua

Variable independiente: multi-intervención

Definición conceptual: 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 social⁹⁷. Una multi-intervención involucra más de dos componentes.

Definición operacional:

La intervención se integró de tres componentes y tuvo una duración total de 4 días como se describió en el apartado de intervenciones.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: dicotómica

Indicadores:

- 1) Si participó en la multi-intervención (grupo-experimental).
- 2) No participó en la Multi-intervención (grupo-control).

5.8.1 Variables sociodemográficas del paciente

Sexo

Definición conceptual: Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace⁹⁸.

Definición operacional: Se determinó de acuerdo a la identificación oficial (credencial del Instituto Nacional Electoral) ya sea masculino o femenino.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal dicotómica

Indicadores:

- 1) Femenino
- 2) Masculino

Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales⁹⁹.

Definición operacional: Número de años cumplidos entre la fecha de nacimiento de las personas, hasta el momento de la entrevista. Se obtendrá de la Identificación oficial del INE.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: discontinuas (discretas)

Indicadores: años cumplidos.

Nivel de escolaridad

Definición conceptual: división de los niveles que conforman el Sistema Educativo Nacional. Estos son: básico, medio superior y superior¹⁰⁰.

Definición operacional: grado de estudios completo que indicaba el CF.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Indicadores:

- 1) Sin estudios
- 2) Primaria
- 3) Secundaria
- 4) Preparatoria o bachillerato
- 5) Carrera técnica
- 6) Licenciatura
- 7) Posgrado

Estado civil del paciente

Definición conceptual: Situación jurídica que la persona tiene frente al Estado, la sociedad y la familia en la cual se desenvuelve ¹⁰¹.

Definición operacional: lo que aparecía en el expediente clínico.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal (dicotómica)

Indicadores

- 1 Soltero (divorciado, divorciado y viudo)
- 2 Casado (unión libre)

Nivel socioeconómico

Definición conceptual: Indicador de orden económico que sirve para destacar el grado social en que se encuentra determinado grupo de la población ¹⁰².

Definición operacional: según lo que aparecía en el expediente clínico

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Indicadores:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Lugar de residencia del paciente

Definición conceptual: el lugar donde la persona ha vivido forma ininterrumpida durante al menos los 12 últimos meses, sin contar las ausencias temporales por vacaciones o motivos laborales, o tiene intención de vivir durante al menos 12 meses ¹⁰³.

Definición operacional: domicilio según el expediente clínico.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores: lo que aparezca en el expediente clínico.

Diagnóstico médico del paciente

Definición conceptual: de acuerdo a Capurro¹⁰⁴ es el proceso inferencial, realizado a partir de un “cuadro clínico”, destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.

Definición operacional: el diagnóstico base que aparecía en el expediente clínico

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores: diagnósticos médicos de acuerdo a sistema afectado

Lugar de ingreso del paciente a la UCI

Definición conceptual: área o servicio dentro o fuera del hospital o área del cual proceden los pacientes.

Definición operacional: el servicio anterior de ingreso, según el expediente clínico.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores:

- 1) Urgencias
- 2) Hospitalización (primer, segundo y tercer piso)
- 3) Quirófano
- 4) Otro hospital
- 5) Otro lugar _____

Puntuación APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II)

Definición conceptual: Evaluación de la Salud que Fisiología aguda y crónica (APACHE II) es una puntuación y la estimación de la mortalidad herramienta severidad desarrollado a partir de una amplia muestra de pacientes de la UCI en los Estados Unidos¹⁰⁰.

Definición operacional: se obtuvo a partir de datos de laboratorio del paciente, los cuales fueron ingresados en el programa informático *clinical.com*, el cual determina la puntuación y porcentaje de mortalidad.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: discontinua

Indicadores:

- Porcentaje de mortalidad

Puntuación SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)

Definición conceptual: herramienta que se utiliza para poder evaluar y conocer el comportamiento de la mortalidad en pacientes críticos⁹⁴.

Definición operacional: se obtuvo a partir de datos de laboratorio del paciente, los cuales fueron ingresados en el programa informático *clinical.com*, el cual determina la puntuación y porcentaje de mortalidad.

Tipo de variable: cuantitativa

Escala de medición: discontinua

Indicadores:

- Porcentaje de mortalidad

5.8.2 Variables sociodemográficas del Cuidador Familiar

Parentesco

Definición conceptual: vínculo que comparten los miembros un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater/maternalidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también poseen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción¹⁰⁵.

Definición operacional: La relación que refería el cuidador familiar con el paciente.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores:

- 1) Cónyuge
- 2) Hijo (a)
- 3) Madre
- 4) Padre

- 5) Hermano(a)
- 6) Otro _____

Estado civil

Definición conceptual: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes¹⁰¹.

Definición operacional: lo que refería el Cuidador Familiar.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal (dicotómica)

Indicadores

- 1 Soltero (divorciado, divorciado y viudo)
- 2 Casado (unión libre)

Lugar de residencia

Definición conceptual: el lugar donde la persona ha vivido forma ininterrumpida durante al menos los 12 últimos meses, sin contar las ausencias temporales por vacaciones o motivos laborales, o tiene intención de vivir durante al menos 12 meses¹⁰³.

Definición operacional: la que indicaba el CF

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores: lo que indicó el CF.

Ocupación

Definición conceptual: acción realizada por una persona, negocio, empresa o establecimiento, con la finalidad de producir bienes y servicios para el mercado¹⁰⁶.

Definición operacional: lo que el CF indicaba

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores:

- 1) Empleado
- 2) Desempleado
- 3) Actividades del hogar

Tiempo que pasa en el hospital el CF

Definición conceptual: tiempo medido en número de horas al día que dedica una persona al cuidado al cuidado de un enfermo y que ha realizado las tareas de cuidado.

Definición operacional: se le preguntó al CF el número de horas que pasa al día en el hospital

Tipo de variable: numérica

Escala de medición: discontinua

Indicadores:

Tiempo que pasa en el hospital en número de horas

Religión

Definición conceptual: creencia o preferencia espiritual declarada por la población, sin tener en cuenta si está representada o no por un grupo organizado¹⁰⁷.

Definición operacional: se le preguntó al CF

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores: la que señalaba el CF

Cohesión familiar

Definición conceptual: el grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella y se ayudan mutuamente¹⁰⁸.

Definición operacional: se le preguntó al CF si existía alguien más que lo apoyaba.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores:

- 1) Si
- 2) No

Convivencia con el enfermo

Definición conceptual: el grado en que los miembros de la familia se interesan por ella, se comprometen con ella y se ayudan mutuamente¹⁰⁹.

Definición operacional: se le preguntó al CF si antes del ingreso del paciente al hospital vivía con él.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores:

- 1) Si
- 2) No

Enfermedad o condición médica que requiere cuidado del CF

Definición conceptual: Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.

Definición operacional: se le preguntó al CF.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: nominal

Indicadores:

- 1) Si
- 2) No

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

6.1 Internacionales

El presente trabajo cumplió con los apartados tanto nacionales como internacionales, que implican la experimentación con seres humanos como son: a) el código de Núremberg, el cual da prioridad a la protección de los sujetos estableciendo 10 pautas para la experimentación con personas; la declaración de Helsinki de la AMM (Asociación Médica Mundial) el cual establece 37 principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, enfatiza y manifiesta que el consentimiento informado es un requisito fundamental para la investigación ética; b) el informe Belmont, el cual identifica tres principios esenciales para la conducta ética de investigaciones en sujetos humanos:

- a) Respeto de las personas, “respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones”
 - Los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos.
 - Las personas que sufran de autonomía disminuida tienen derecho a protección adicional.
- b) Beneficencia: “el concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no solo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar”
 - No hacer daño
 - Acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.
- c) Justicia, “sostiene las exigencias morales de que existan procedimientos y resultados justos en la selección de sujetos”. Requiere que se trate a los individuos y grupos de forma justa y equitativa en cuanto al hecho de soportar las cargas y recibir los beneficios de la investigación.

6.2 Marco legal en México

El artículo 20 del reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud señala que el consentimiento es “el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”, el artículo 21 también nos menciona los aspectos a tener en cuenta para que se considere un consentimiento existente, el artículo 22 que señala que este consentimiento debe formularse por escrito con determinados criterios, el artículo 25 que trata sobre la adecuada valoración de los sujetos aptos mentalmente para dar su consentimiento.

Artículo 100: señala que la investigación en seres humanos se desarrollará conforma a las siguientes bases:

- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel.

Artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud: considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, el presente estudio se considera de riesgo mínimo (II), ya que trata de un estudio prospectivo donde se empleará el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

6.3 Aprobación del estudio por parte del comité de ética en investigación de la institución

Como parte del procedimiento de revisión de proyectos de investigación del comité de ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador

Zubirán, para certificar a la Institución en cuestiones de protección humana en estudios de investigación se requiere una capacitación en línea sobre “Protección de los participantes humanos de la investigación” que tiene como objetivo capacitar a los investigadores implicados en el diseño y/o realización de investigaciones que involucren sujetos humanos, para entender las obligaciones de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos humanos para la investigación por parte de la AAHRPP (Asociación for the Accreditation of Human Research Protección Programs Inc.). En enero de 2014 se obtuvo la certificación del investigador principal (Porfirio Fernando López Pérez), no., de certificación 335125. El siguiente procedimiento fue obtener la aprobación del proyecto, la cual se emitió en febrero 2015 con el número de referencia 1441, para ello se tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos:

a) Ponderación general de riesgos contra beneficios del estudio propuesto

El presente estudio ofreció más beneficios que riesgos para los cuidadores familiares en términos de una reducción del estrés que ocasiona el tener un ser querido en la UCI.

Los beneficios para el CF fueron:

- Aprender a lidiar con los estresores que causa el tener un familiar en la UCI.
- Recibir atención personalizada por parte de un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud para ampliar información y solucionar dudas en los primeros momentos de contacto con la UCI.
- Tener un manual que esté a su alcance para información general de la UCI
- Generó un vínculo con la Institución que le dio un sentido y significado diferentes al Cuidador Familiar en esta experiencia.
- En la ponderación de los riesgos contra los beneficios, consideramos que son mayores estos últimos puesto que la vida de los CF no estuvo en riesgo durante la intervención.

b) Las acciones que se tomaron para no incurrir en la entrega de información no autorizada sobre la salud del paciente fueron:

- La primera intervención se enfocó a contextualizar al cuidador familiar en la UCI, no abarcó aspectos del estado de salud del paciente.
- Se utilizó como referente un manual del Cuidador Familiar previamente diseñado que constó de recomendaciones para el CF que trata sobre la forma de trabajo de la UCI, estructura de una habitación, teléfonos, horarios, personal de enfermería y médicos, etc.,(ver anexo 2).
- Cuando el CF solicitaba información del estado de salud del paciente se refería con el medico en turno, especificándole los horarios disponibles para ello.
- Se mantuvo comunicación entre los investigadores y el médico responsable del paciente para conocer la información que se brinda al CF referente al estado de salud del paciente.

c) Las maniobras que se aplicaron para preservar la privacidad de los participantes en las grabaciones fueron:

- Los datos acerca de la identidad e información de los cuidadores familiares no fueron revelados en ningún momento como lo estipula la ley, estos fueron protegidos mediante codificación (asignación de un número de folio), sólo el investigador principal tuvo acceso a ellos.
- Solo el investigador principal accedió a las videograbaciones, las cuales estuvieron resguardados en su computadora personal.

d) Especificación de costos que la investigación generó para los sujetos del estudio.

- No se cobró ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le realizó pago alguno a los sujetos. El costo del estudio se relacionó al tiempo de las intervenciones, sin embargo éstas no interfirieron con la visita al paciente, ni en el informe médico y siempre se trató de abordar al CF en el momento que se encontraba disponible.

VII. RESULTADOS

7.1 Características sociodemográficas de los pacientes de la UCI

El comportamiento de las variables sociodemográficas entre los grupos de estudio se detalla en la tabla 1. Se encontraron diferencias en cuanto al lugar de procedencia ($p=0.04$), con un mayor porcentaje de pacientes en el grupo control procedentes de la Ciudad de México⁴; el lugar por el que ingresaron los pacientes también mostró diferencia significativa entre los grupos (tabla 2), mientras que en el grupo control la mayoría ingreso por urgencias, en el grupo experimental el lugar de ingreso más frecuente fue de quirófano ($p=0.03$); el uso de la ventilación mecánica invasiva, fue significativamente más frecuente en el grupo control que en el experimental ($p=0.01$).

⁴ Denominada a partir de febrero del 2016, anteriormente Distrito Federal.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Variable	Información rutinaria n (%)	Multi-intervención n (%)	Valor de p*
Edad (años)	47.5 (26.5-57.5)	53 (36.5-65)	NS
Género			
Femenino	13 (41)	18 (56)	NS**
Masculino	19 (59)	14 (44)	
Estado civil			
Soltero	17(53)	16 (50)	NS
Casado	15(47)	16 (50)	
Procedencia			
Ciudad de México	20(62)	10 (31)	0.045
Edo. México	7(22)	12 (38)	
Otros	5(16)	10 (31)	
Religión católica			
Si	26 (81)	30 (94)	NS
No	6 (19))	2 (6)	
Jefe de familia			
Si	16 (50)	21 (66)	NS
No	16 (50)	11 (34)	
Nivel de estudios			
Sin estudios	1(3)	2 (6)	NS
Básico	14(44)	14 (44)	
Medio superior	4(12)	10 (31)	
Superior	13(41)	6 (19)	

* χ^2

**NS: no significativo

Tabla 2. Características clínicas y de ingreso de los pacientes

Variable	Información rutinaria n (%)	Multi-intervención n (%)	Valor de p
Lugar de ingreso			
Urgencias	23 (73)	15 (47)	0.03
Quirófano	4 (12)	14 (44)	
Hospitalización	4 (12)	3 (9)	
Otro hospital	1 (3)	0 (0)	
Diagnóstico médico al ingreso (aparato)			
Neurológico	4 (12)	5 (16)	NS
Gastrointestinal	7 (22)	12 (38)	
Respiratorio	11 (35)	4 (12)	
Inmunológico	6 (19)	4 (12)	
Otro	4 (12)	7 (22)	
Ventilación mecánica invasiva			
Si	29 (91)	21 (66)	0.01
No	3,(9)	11 (34)	
Uso de fármacos vaso-activos			
Si	15 (47)	13 (41)	NS
No	17 (53)	19 (59)	
Horas en el hospital antes de ingresar a UCI	36 (7-90)	48 (24-72)	NS
APACHE II (%)	25 (21-35.5)	22 (16.5-30)	NS
SOFA (%)	17.5 (14-41)	17.5 (10-20)	NS

En cuanto a las variables numéricas que midieron el tiempo de estancia del paciente en el hospital antes de su ingreso a la UCI, la mortalidad según *SOFA* y *APACHE II*, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (tabla 2).

7.2 Características sociodemográficas de los Cuidadores Familiares

En la tabla 3 se muestran las características sociodemográficas de los cuidadores familiares de los grupos estudiados, se identificaron diferencias significativas en cuanto a la ocupación, predominó el desempleo en los familiares del grupo experimental ($p=0.01$); mientras que la presencia de enfermedad en el CF fue menos frecuente en el grupo control, a diferencia del grupo intervención en donde prácticamente el 50% se reportó con y sin enfermedad ($p=0.02$).

Tabla 3. Datos sociodemográficos del Cuidador Familiar

Variables	Información rutinaria n(%)	Multi-intervención n(%)	p
Edad (años)	43 (32-54)	44 (35-58)	NS
Género			
Femenino	22 (69)	26 (81)	NS
Masculino	10 (31)	6 (19)	
Estado civil			
Soltero	12 (37)	11 (34)	NS
Casado o unido	20 (63)	21 (66)	
Parentesco			
Cónyuge	6 (19)	11 (34)	
Hijo/a	12 (37)	8 (25)	
Padres	7 (22)	6 (19)	NS
Hermanos	5 (16)	3 (9)	
Otros	2 (6)	4 (13)	
Jefe de familia			
Si	24 (75)	23 (72)	NS
No	8 (25)	9 (28)	
Nivel de estudios			
Básico	13 (41)	17 (53)	
Medio superior	10 (31)	8 (25)	NS
Superior	9 (28)	7 (22)	
Lugar de residencia			
Distrito federal	19 (59)	12 (37)	
Edo. De México	8 (25)	14 (44)	NS
Otros	5 (16)	6 (19)	
Ocupación del Cuidador			
Empleado	12 (37)	9 (28)	
Desempleado	14 (44)	23 (72)	0.01*
Actividades del hogar	6 (19)	0 (0)	
Convivencia con el paciente			
Si	24 (75)	19 (59)	NS
No	8 (25)	13 (41)	
Católico			
Si	26 (81)	30 (94)	NS
No	6 (19)	2 (6)	
Cohesión familiar			
Si	30 (94)	29 (91)	NS
No	2 (6)	3 (9)	
CF con enfermedad			
Si	9 (28)	18 (56)	
No	23 (72)	14 (44)	0.02**

* $\chi^2 = 8.6178$

** $\chi^2 = 5.1892$

7.3 Niveles de ansiedad del CF

Ansiedad Rasgo y Estado

En cuanto a la Ansiedad-Rasgo no se identificaron diferencias entre los grupos; sin embargo la Ansiedad-Estado(AE) mostró diferencias tanto entre los grupos de estudio: mediana=48 (P25-P75=44.2-60.7), mediana= 45.5 (P25-P75=38.2-49), como en el grupo experimental antes y después de la intervención: mediana=54 (P25-P75= 48-60.7), mediana=45.5 (P25-P75=38.2-49), (p=0.005) (ver tabla 4).

Tabla 4. Comparación del puntaje de Ansiedad de acuerdo a las dimensiones entre los grupos

Variables	Información rutinaria	Multi-intervención	p
	Mediana (percentiles 25-75)	Mediana (percentiles 25-75)	
Ansiedad-Rasgo	46 (34.2-55)	44.5 (40-48)	NS
Ansiedad-Estado Pretest**	52 (42.5-62)	54 (48-60.7)	
Ansiedad-Estado posttest	48 (44.2-60.7)	45.5 (38.2-49)	0.005

**ANOVA dos vías

7.4 Correlación entre el puntaje de AE en el CF y los datos clínicos del paciente.

Estas pruebas se realizaron en el grupo experimental para determinar la influencia de las variables numéricas sobre el incremento de la Ansiedad-Estado. De manera general se encontró una correlación positiva ($\rho=0.4415$, $p=0.01$) entre la mortalidad estimada por *APACHE II* y la Ansiedad-Estado en el post-test del CF.

Tabla 5. Correlación de variables cuantitativas y AE

Variables	Pretest		Posttest	
	(rho*)	Valor de P	(rho)	Valor de P
Edad del paciente	-0.2455	NS	-0.2455	NS
Horas previas de estancia	0.0641	NS	0.0641	NS
Edad del Familiar	-0.0044	NS	-0.0235	NS
Tiempo en el hospital CF fase intervención (horas)			-0.1314	NS
APACHE II	0.1125	NS	0.4415	0.01
SOFA	0.0457	NS	0.2203	NS

*Correlación de Spearman

Un análisis adicional permitió identificar aquellas variables del paciente y del Cuidador Familiar que tenían un efecto en la Ansiedad-Estado en el pre y posttest de cada grupo (tabla no. 6 y 7), estas variables se utilizaron para obtener un modelo, entre éstas se identificaron: a) estado civil del paciente, b) nivel de estudios del paciente, c) género del CF, d) parentesco con el enfermo, e) jefe de familia (CF) y f) lugar de residencia.

Tabla 6. Comparación del puntaje de AE del CF por grupo de estudio en pre y postest, de acuerdo a las características sociodemográficas y clínicas del paciente.

Variables		Información rutinaria		Multi-intervención		Valor de p
		Pretest M(P25-P75)	Postest M(P25-P75)	Pretest M(P25-P75)	Postest M(P25-P75)	
Sexo	Femenino	51 (26-73)	48 (31-65)	53 (43-63)	44 (34-54)	0.0050
	Masculino	53 (38-68)	48 (29-67)	58 (43-73)	48 (36-60)	
Procedencia	D.F.	52 (32-72)	49 (32-66)	52 (40-64)	43 (32-54)	0.0109
	Edo. México	55 (40-70)	46 (25-67)	56 (37-65)	46 (40-52)	
	Otros ***	48 (18-78)	48 (21-67)	54 (37-68)	49 (42-56)	
Nivel socio-económico	1	55 (41-69)	50 (36-64)	53 (40-66)	45 (34-56)	0.3878
	2	48 (27-69)	48 (28-68)	55 (40-70)	45 (32-58)	
	3	40 (22-58)	46 (38-54)	56 (44-68)	48 (36-60)	
Estado civil	Casado	48 (32-64)	55 (37-73)	53 (42-64)	44 (33-55)	0.0007
	Soltero	55 (40-70)	48 (34-62)	56 (41-71)	47 (34-60)	
Nivel de estudios	Sin estudios			50 (46-54)	42 (36-48)	0.0067
	Primaria	41 (15-67)	41 (29-53)	48 (39-57)	39 (30-48)	
	Secundaria	49 (26-72)	55 (35-75)	59 (52-66)	49 (38-60)	
	Preparatoria	52 (40-64)	54 (35-73)	53 (38-68)	45 (30-60)	
	Licenciatura	57 (42-72)	52 (38-66)	61 (47-75)	48 (34-62)	
Jefe de familia	Si	53 (32-74)	52 (34-70)	53 (40-66)	44 (32-56)	0.3694
	No	50 (31-69)	48 (33-63)	56 (38-74)	46 (35-57)	
Lugar de ingreso	Urgencias	50 (31-69)	48 (31-65)	52 (40-64)	43 (32-54)	0.3690
	Quirófano	58 (45-71)	53 (36-70)	56 (47-65)	46 (40-52)	
	Hospitalización	59 (39-79)	50 (27-73)	54 (38-70)	49 (43-56)	
Diagnóstico médico al ingreso (aparato)	Neurológico	51 (33-69)	54 (38-70)	50 (25-75)	44 (36-52)	0.0255
	Gastrointestinal	52 (25-79)	48 (26-67)	58 (50-56)	48 (35-61)	
	Respiratorio	53 (38-68)	46 (31-61)	55 (22-88)	44 (12-76)	
	Inmunológico	49 (23-75)	53 (48-68)	48 (39-57)	42 (36-50)	
	Otro	51 (33-69)	55 (43-67)	53 (43-63)	44 (31-67)	
Ventilación mecánica invasiva	Si	53 (35-71)	48 (33-63)	53 (40-66)	46 (35-57)	0.3996
	No	50 (39-61)	61 (45-77)	56 (44-68)	44 (32-56)	
Uso de fármacos vaso-activos	Si	48 (27-69)	48 (37-59)	56 (44-68)	45 (33-67)	0.6717
	No	55 (40-70)	56 (37-75)	53 (40-66)	46 (35-57)	

Tabla 7. Comparación del puntaje de AE del CF por grupo de estudio en pre y postest, de acuerdo a las características sociodemográficas del CF.

Variables		Información rutinaria		Multi-intervención		Valor de p
Género	Femenino	55 (40-70)	50 (31-69)	54 (41-67)	46 (35-57)	0.0387
	Masculino	47 (33-61)	47 (31-63)	54 (43-65)	41 (29-53)	
Estado civil	Casado	50 (30-70)	50 (33-67)	54 (43-65)	45 (33-57)	0.4258
	Soltero	54 (37-71)	46 (31-61)	56 (36-76)	46 (34-58)	
Parentesco con el enfermo	Cónyuge	48 (21-75)	49 (30-68)	54 (42-66)	46 (41-51)	0.0045
	Hijo (a)	51 (32-70)	46 (41-51)	54 (33-75)	45 (32-58)	
	Madre	55 (38-72)	56 (33-79)	62 (51-73)	49 (29-69)	
	Padre	51 (34-68)	56 (45-67)	52 (34-68)	48 (45-67)	
	Hermano (a)	53 (35-71)	50 (32-68)	58 (53-63)	52 (42-62)	
	Otro	52 (36-68)	45 (26-64)	42 (28-56)	38 (36-40)	
Jefe de familia	Si	54 (39-69)	53 (38-68)	57 (45-69)	46 (37-55)	0.0015
	No	44 (27-61)	44 (37-51)	52 (41-63)	39 (29-49)	
Lugar de residencia	Ciudad de México	53 (31-75)	8 (31-65)	49 (34-64)	40 (26-54)	0.0313
	Edo, de México	52 (38-66)	51 (28-74)	58 (50-66)	47 (37-57)	
	México	48 (18-78)	48 (29-67)	50 (42-58)	43 (34-53)	
	Otros					
Nivel de estudios	Básico	50 (25-75)	48 (30-66)	54 (41-67)	45 (33-57)	0.7233
	Medio superior	54 (35-70)	48 (33-63)	53 (41-65)	41 (31-51)	
	Superior	51 (34-56)	48 (26-70)	56 (39-73)	48 (41-55)	
Ocupación	Empleado	48 (34-62)	48 (34-62)	56 (37-75)	47 (38-56)	0.7178
	Desempleado	59 (44-74)	59 (39-79)	54 (42-66)	44 (33-55)	
Cohesión familiar	Si	52 (35-69)	49 (33-65)	53 (42-64)	44 (33-59)	0.6913
	No	43 (27-59)	35 (33-37)	63 (56-72)	49 (46-52)	
CF con enfermedad	Si	52 (35-69)	49 (33-52)	54 (41-67)	45 (35-55)	0.9727
	No	43 (26-60)	35 (33-37)	54 (42-66)	45 (30-60)	
Convivencia con el paciente	Si	54 (39-69)	49 (33-65)	54 (41-67)	46 (34-58)	0.0429
	No	47 (34-60)	46 (32-60)	53 (43-63)	45 (34-56)	

7.5 Análisis multivariado

El análisis multivariado mostró que el puntaje promedio del nivel de Ansiedad-Estado en el cuidador familiar que es sometido a una multi-intervención como la utilizada en este proyecto fue de 49.59 (38.13-61.05), mientras que el puntaje de un CF que no participa en la intervención es más alto (52.86, 41.63-64.08, $p= 0.000$), ajustado por: el estado civil y nivel de estudios del paciente y en cuanto al CF: el sexo, parentesco con el enfermo, ser jefe de familia, y lugar de residencia. El modelo ajustado explica el 39% de la variación total y se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Estimación del puntaje promedio de AE en el CF

	Media	Error estándar	Intervalo de confianza al 95%	Valor de P	R2 ajustada*
Ansiedad-Estado grupo control	52.86	5.66	41.63; 64.08	0.000	0.3850
Ansiedad-Estado, grupo intervención.	49.59	5.78016	38.13; 61.05	0.000	0.3850

*Ajustada por: grupo de estudio, momento del estudio, variables del paciente: estado civil, nivel de estudio y APACHE II, variables de CF: sexo, parentesco, jefe de familia.

VIII. DISCUSIÓN

En los últimos años diversos estudios han identificado las necesidades específicas de los miembros de la familia del paciente en estado crítico, otros más han tenido una aproximación para disminuir el estrés de esta figura mediante intervenciones proactivas desde diferentes enfoques, en su mayoría con la finalidad de mejorar la comunicación entre el equipo de la UCI y los familiares del paciente, de tal manera que se proporcione una atención integral.

El presente estudio probó el efecto sobre la Ansiedad-Estado de una multi-intervención en base a la mejor evidencia disponible que incluyó: a) **información impresa**, b) plática estructurada y c) soporte continuo mediante **consultoría**, durante el primer contacto del Cuidador Familiar con la UCI. Los resultados mostraron una disminución significativa de la Ansiedad-Estado en familiares que recibieron la multi-intervención, comparado con quienes recibieron la atención típica, al respecto se puede mencionar que en la literatura no se encontró evidencia sobre multi-intervención, aunque si existen referencias por intervenciones aisladas.

La **información impresa** fue un manual de recomendaciones para el familiar sobre diferentes circunstancias que ocurren en la UCI: la dinámica, ambiente, organización, acciones de cuidado pertinente en la visita del paciente, recomendaciones para mejorar la comunicación e información con el equipo de salud, sistemas de apoyo en la institución, escenarios posibles de acuerdo al estado del paciente y recomendaciones de cuidado.

En otros estudios fue demostrada la eficacia de una intervención similar⁴⁰, cuyos resultados aumentaron el grado de comprensión y satisfacción en el CF, cabe señalar que el material de apoyo además de contener información de aspectos generales de la UCI, involucraba el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente, estos últimos no se implementaron en el presente estudio; en general los estudios^{66,69,110} incluyen datos sobre el contexto de la UCI en los primeros días, cuyos resultados sobre la satisfacción son favorables, pero no evalúan su efecto

de estrés/ansiedad del CF, siendo éste un parámetro o indicador que evalúa la calidad de la comunicación e información que ofrece el equipo de la UCI.

Respecto a la **atención personalizada** al CF, que en este estudio se denominó **consultoría**, consideraba las siguientes premisas: el uso de la información impresa no asegura que la comprensión por parte del CF, ni sustituye la información verbal que la persona pueda recibir, ya que se privilegió el mantener un contacto directo con los destinatarios cuando necesitaban manifestar sus preocupaciones y resolver dudas. Así los CF pudieron verse beneficiados por los esfuerzos del equipo de la UCI para incluir sus necesidades, entre ellas la información.

Lautrette⁴¹ en un ensayo clínico aleatorizado utilizó una comunicación proactiva que incluyó conferencias con larga duración de tiempo por parte de médicos-enfermeras con la finalidad tanto de entregar información como de escuchar a los familiares, en estrés postraumático por un duelo; este estudio compartió algunas características como la comunicación proactiva y atención personalizada demostrando efectividad en disminuir los síntomas del estrés postraumático mientras que en la presente investigación se observó una reducción significativa de la Ansiedad-Estado.

Por otra parte Chien et al³⁹ brindó un **acompañamiento** al CF en los tres primeros días de ingreso del paciente, a cargo de enfermeras de la UCI, con sesiones educativas y orientación sobre las necesidades específicas, este estudio reportó una disminución significativa de los niveles de Ansiedad-Estado lo que concuerda con el presente estudio donde la intervención educativa se sustentó en la necesidades de los CF reportadas en la literatura y se brindó un acompañamiento mediante consultoría al CF.

En lo que respecta a la **plática estructurada**, ésta incluyó temas específicos: la dinámica, ambiente, organización, acciones de cuidado pertinente en la visita del paciente, recomendaciones para mejorar la comunicación e información con el equipo de salud, sistemas de apoyo en la institución, además de escenarios posibles de acuerdo al estado del paciente y recomendaciones de cuidado. Ya que

desde la literatura esta intervención dirigida al paciente y familia pretende iniciar en forma oportuna un proceso educativo estructurado y estandarizado¹¹¹, para preparar a la familia y su adaptación en la UCI. Cabe mencionar que posteriormente existió un acompañamiento del Cuidador Familiar y verificar conceptos y hacer ajustes necesarios para afianzar el conocimiento adquirido.

La evidencia científica sugiere que las multi-intervenciones son necesarias para cambios de conducta¹¹², existe evidencia sólida sobre sus efectos^{37, 38 y 47} por ello en el presente estudio se incorporaron tres intervenciones dirigidas a atender diversas barreras de la población objeto, pero adaptadas a un contexto social distinto al de estudios previos.

El estudio muestra como en el CF **mujer se** incrementa la Ansiedad-Estado, ello puede asociarse a que estas con mayor frecuencia expresan sus sentimientos en comparación con los hombres¹¹³ y a que los roles de género pueden producirle una mayor carga psicológica¹¹⁴, situación que se suma al cuidado de un familiar como fue el caso.

Otra variable significativa para incrementar Ansiedad-Estado fue **ser jefe (a) de familia** que supone el reconocimiento de los miembros como persona con mayor autoridad en la toma de decisiones, regularmente presente en el hogar y principal soporte económico. En la investigación tanto en hombres como mujeres fue similar la Ansiedad-Estado ante el hecho de tener a un ser querido en el hospital y los cambios en la rutina familiar, de hábitos alimenticios, distribución de gastos, actividades laborales y escolares³⁰, incrementó el desgaste psicológico; sin embargo, se supondría que en las mujeres mexicanas existe una carga más si se considera la proporción de hogares encabezados por ellas según datos la del Consejo Nacional de Población (CONAPO)¹¹⁵.

En cuanto al **parentesco** se identificó que también influyó en el incremento de Ansiedad-Estado, especialmente cuando era la madre del enfermo. En este sentido la teoría del apego de Bowlby considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas especiales, como un componente fundamental de la naturaleza humana, que les une en el espacio y perdura a

través del tiempo¹¹⁶, ello explica que en este estudio el vínculo madre-hijo determina la importancia de los sentimientos, sobre todo cuando se trata de la UCI lo que tiene un efecto directo sobre el nivel de ansiedad.

En relación al **lugar de procedencia** del CF, la Ansiedad-Estado fue más alta en aquellos que vivían en el Estado de México, comparado con quienes eran de la Ciudad de México o en otros estados del interior de la República. De acuerdo con la OMS¹¹⁷, el acceso a los servicios de salud puede medirse por el tiempo que los individuos tardan en llegar a un hospital para atender una emergencia, lo que puede asociarse a que estos cuidadores posiblemente invierten mayor tiempo en trasladarse al hospital lo que incrementaba el estrés.

Un estudio enfocado a evaluar al Ansiedad-Estado en padres con hijos en la UCI¹¹⁸, identificó una asociación significativa entre la ansiedad y el nivel educativo bajo del Cuidador Familiar, lo que contrasta con los resultados obtenidos en el presente estudio, dónde no influyó el nivel de escolaridad en los niveles altos o bajos de Ansiedad.

Por último, es importante señalar que probablemente este estudio es el primero en su tipo que evalúa la condición del enfermo mediante la estimación de la mortalidad (APACHE II), y tal como se esperaba, ésta se asoció con un incremento en la Ansiedad-Estado, estos resultados coinciden con lo que plantea Azoulay³⁸, quien menciona que los familiares sufren más especialmente cuando el pronóstico del enfermo es malo.

IX. CONCLUSIONES

Los resultados permitieron identificar un **perfil de riesgo** en el CF que incrementa la ansiedad en los familiares del paciente crítico, destacando las siguientes características: ser mujer, madre, jefe de familia, residir en otro Estado distinto a la CDMX y que el paciente internado en la UCI presente una mortalidad alta según APACHE II.

La investigación refrenda el tema sobre el desempleo y el desarrollo de enfermedades en el CF son rasgos presentes que sin duda inciden en la Ansiedad.

Implementar una multi-intervención multidisciplinar que involucre la educación, información impresa y consultoría, sí reduce los niveles de estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la UCI, comparado con quienes reciben una información rutinaria, lo anterior se comprueba la hipótesis de trabajo

X. IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA

Para la práctica

Las Unidades de Cuidados Intensivos son lugares donde predomina la tecnología médica y la eficiencia práctica sobre las relaciones interpersonales y los valores humanos. Los esfuerzos de los profesionales de enfermería se enfocan directamente al paciente, olvidando que estos son una parte de la unidad familiar, quienes experimentan ansiedad, descuidando sus necesidades básicas que repercuten en la toma de decisiones con respecto a su ser querido.

Los resultados exponen como la intervención sustentada en la mejor evidencia y estructurada como un proceso de multi-intervención y multidisciplinaria, ofrece a los CF oportunidades para disminuir la ansiedad que como condición o estado se constituye en un factor que impacta directamente a quien cuida e indirectamente a la persona motivo de ese cuidado.

Así los cuidadores familiares de pacientes en UCI requieren acciones por parte de las enfermeras que ofrezcan condiciones mejores para la toma de decisiones y el mantenimiento de su salud al reducir el desgaste del CF desde intervenciones probadas y articuladas para cada realidad.

Implicaciones para la gestión del cuidado

En este estudio la multi-intervención con base a educación y acompañamiento personalizado mejoró el estado ansiedad del cuidador familiar admitido en los primeros días en la UCI; por lo que este rasgo: ansiedad-estado- en los cuidadores familiares puede ser utilizado como indicador de calidad de la información y comunicación que provee el equipo de la UCI en lo general y de enfermería en particular.

Este modelo de intervención adaptado a las barreras específicas de otros entornos de cuidados críticos puede ser utilizado como referente para abonar a la gestión del cuidado desde intervenciones sistematizadas y protocolizadas en pro del bienestar de la persona que cuida.

La información de esta intervención puede ser referente para organismos encargados de certificar hospitales en el rubro de estándares en materia de derechos del paciente y su familia (PFR) y la educación al paciente y su familia (PFE)¹.

Implicaciones para la educación

Es necesario que las instituciones educativas como formadoras de futuros licenciados en Enfermería, especialistas en la atención del paciente en estado crítico o maestros en enfermería; contemplen la formación en torno al desarrollo de experiencias de cuidado sustentadas en la mejor evidencia científica para el desempeño de mejores prácticas de cuidado y en el impulso de la multidisciplina para el cuidado.

XI. LIMITANTES DEL ESTUDIO

Cabe señalar que el presente estudio tuvo varias limitaciones dignas de mencionar:

Otra limitación trata de la información impresa, la cual fue estandarizada para todos los familiares con base en la literatura, por lo que algunos temas no eran de interés para todos, así mismo la extensión del manual fue de cuarenta páginas, por lo que en algunos casos el CF lo leía de manera incompleta. Es importante brindar información escrita de manera fraccionada al CF, en base a sus necesidades específicas, las cuales varían día a día como indican Hughes et al³¹., y Miller¹⁹, mientras algunos familiares querían recopilar tanta información como fuera posible (vigilantes), a otros únicamente les interesaba conocer si el paciente estaba mejor o peor (evitativos).

En tanto que dos profesionales de enfermería brindaron el paquete de intervenciones, habría que analizar si las habilidades y herramientas de comunicación con las que contaban cada uno de ellos pudieran influir de manera positiva o negativa en los efectos de la multi-intervención. Además se limitó la inclusión de profesionales de otras disciplinas por ejemplo psicólogos y tanatólogos.

El estudio evaluó la Ansiedad-Estado en los primeros cuatro días de estancia del paciente en la UCI, se recomienda hacer más estudios donde se profundice en situaciones como: el egreso temprano de los pacientes a otras áreas, la calidad de vida fuera del hospital, el impacto financiero del internamiento, estas variables deberían ser consideradas para la efectividad la multi-intervención durante todo el proceso de atención del paciente y familia.

También sería importante que futuros estudios analicen el efecto de este tipo de intervenciones en la toma de decisiones de los cuidadores familiares. En el supuesto de que tener un CF con niveles bajos de estrés le permite una mejor comprensión del diagnóstico, pronóstico, alternativas y sistemas de apoyo que facilitan su toma de decisiones informadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ Consejo de Salubridad General. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. (sitio internet) Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad. Estándares Para Certificar Hospitales 2015 (actualizado en 2015, consultado 18 de febrero 2016), Disponible en: <http://www.csg.gov.mx/contenidos/certificacion2010/hospitales.html>
- ² Zepeda León J, Maite Vallejo A, Ostiguin Meléndez RM. Multi intervención de
- ³ Seyle H. The evolution of the estress concept. American Scientist 1973; (61): 692-9.
- ⁴ World Health Organization. Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0) 2013.
- ⁵ Appley MH, Trumbull R. On the concept of psychological stress. En M. H. Appley y T. Trumbull. Psychological stress: Issues in research. New York: Appleton Century-Crofts. 1967.
- ⁶ Masson JW. A re-evaluation of the concept of non-specificity in stress theory. Journal of Psychiatric Research 1971;(8): 323-353
- ⁷ 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.
- ⁸ 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.
- ⁹ Lazarus RS, Folkman. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.1986.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades 10 edición (CIE-10). Trastornos Mentales y del Comportamiento: Madrid 1992.
- ¹¹ American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013 p. 169-60.

-
- ¹² Carvajal César. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. Rev. chil. neuro-psiquiatr. (revista en la Internet). 2002 Nov (citado 2014, Ago 17); 40(Suppl 2): 20-34. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600003&script=sci_arttext.
- ¹³ Maercker, A. et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. Lancet. 2013 May 11;381(9878):1683-5
- ¹⁴ Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al: Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care patients. *Am J Respir Crit Care* 2005; 171:987–994
- ¹⁵ 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.
- ¹⁶ Roig MV, Abengózar MC, Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología* 1980; 14: 215-227.
- ¹⁷ Rivas HJ y Ostiguín M. Rosa M. Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico? *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2011; 8(1).
- ¹⁸ Sánchez B. la experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Investig Educ Enferm* 2001; 19(2): 36-49
- ¹⁹ Díaz Álvarez JC. Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica. *Av Enferm* 2007; 25(19): 69-82
- ²⁰ 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.
- ²¹ 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.
- ²² Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, 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. *Crit Care Med* 2007; 35:605–622.
- ²³ Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177: 912–927.

-
- ²⁴ Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations forend-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008;36:953–963.
- ²⁵ Wilkinson P. A qualitative study to stablish the self-perceived needs of family members of patients in a general intensive care unit *Intensive. Crit Care Nurs* 1995;11:77-86.
- ²⁶ Molter N. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart& Lung* 1979; 8(2): 332-339.
- ²⁷ Zazpe C, Margall MA, Otano C, Perochena MP, Asiain MC. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 1997 Feb;13(1):12-6.
- ²⁸ Margall MA, Zarpe C, Perochena MP, et al. Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Enfermeria Intensiva* 1993;4(2):40-5.
- ²⁹ Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med.* 2002 Jul; 30(7):1413-8.
- ³⁰ Kirchhoff KT, Song MK, Kehl K. Caring for the family of the critically ill patient. *Crit Care Clin.* 2004 Jul;20(3):453-66
- ³¹ Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives experiences of critical care. *Nurs Crit Care.* 2005 Jan-Feb;10 (1):23-30.
- ³² Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, et al. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literatura. *J Clin Nurs.*2005 Apr; 14 (4): 501-9.
- ³³ 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.
- ³⁴ Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva* 2003;14(3):96-108.
- ³⁵ 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.

-
- ³⁶ 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.
- ³⁷ Leslie P, Scheunemann MD., Michelle McDevitt RN.et. al. Randomized, Controlled Trials of Interventions to Improve Communication in Intensive Care A Systematic Review. *CHEST* 2011; 139 (3): 543–54
- ³⁸ Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care*. 2012 Oct; 18 (5):540-7.
- ³⁹ 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.
- ⁴⁰ 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.
- ⁴¹ Lautrette A, Darmon M. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007 Feb 1; 356 (5):469-78.
- ⁴² Diccionario esencial de la lengua española (internet). Real Academia Española; Madrid España: c1998 (citado agosto 2015). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=asesor%C3%ADa>.
- ⁴³ Flores Choporena OE. La consultoría como un proceso de intervención sistémica. Tesis para obtener el grado de Maestro en ingeniería. UNAM 2007.
- ⁴⁴ Bishop B. Planning a process of social change. Public involvement techniques: a reader of Ten years experience at the institute for water resources. 1998: 31-9
- ⁴⁵ Krub M. La consultoría de empresas. Guía de la profesión. México Limusa. 2009
- ⁴⁶ Fletcher JC, Siegler M. What are the goals of ethics consultations? A consensus statement. *J Clin Ethics* 1996; 7:122–126.
- ⁴⁷ Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *CritCareMed*. 2000 Dec;28(12):3920-4.
- ⁴⁸ 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 Jun;64(6):1587-93. doi: 10.1097/TA.0b013e318174f112.

-
- ⁴⁹ Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, et al. An intensive communication intervention for the critically ill . Am J Med. 2000; 109 (6): 469-475.
- ⁵⁰ Norton SA, et al. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. Crit Care Med .2007; 35 (6): 1530–1535.
- ⁵¹ Campbell ML, Guzman JA. A proactive approach to improve end-of-life care in a medical intensive care unit for patients with terminal dementia. Crit Care Med 2004; 32 (9): 1839-1843.
- ⁵² 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; 25 (4):318–325.
- ⁵³ Atkinson JH, et al. The family meeting in critical care settings. J Trauma 1980; 20(1): 43-46.
- ⁵⁴ Diccionario esencial de la lengua española (sitio internet). Real Academia Española; Madrid España: 1998 (citado 2014 agosto 17). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=aducaci%C3%B3n>+
- ⁵⁵ Kosier B, Erb G, Berman A, Snyder S. La esencia de la enfermería. En: Kosier B, Erb G, Berman A, Snyder S, editores. Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. 7a ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2004. p. 1-22.
- ⁵⁶ Kosier B, Erb G, Berman A, Snyder S. La enseñanza. En: Kosier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. 7a ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2004. p. 496-521.
- ⁵⁷ Ángel Jiménez G; López Herrera FC; Restrepo Múnera DM. La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo 2013; 15 (2):9-29
- ⁵⁸ Marriner A. Teorías de la enfermería de importancia histórica. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007. p. 54-67.
- ⁵⁹ Appleyard ME, Gavaghan SR, Gonzalez C, Ananian L, Tyrell R, Carroll DL. Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units. Crit Care Nurse. 2000 Jun; 20(3):40-8.
- ⁶⁰ Lee IY, Chien WT, MacKenzie AE. Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong. J ClinNurs. 2000 Jan;9(1):46-54.

-
- ⁶¹ Quinn S, Redmond K, Begley C. The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2. *Intensive Crit Care Nurs* 1996;12(4):239-45.
- ⁶² Wong F. The needs of families of critically ill patients in a Chinese community. *The Hong Kong Nursing Journal* 1995;69: 25–29.
- ⁶³ Hupcey JE. Looking out for the patient and our selves the process of family integration in to the ICU. *J Clin Nurs*. 1999 May;8 (3):253-62.
- ⁶⁴ Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva* 2003;14 (3):96-108.
- ⁶⁵ Maillet RJ, Pata I, Grossman S. A strategy for decreasing anxiety of ICU transfer patients and their families. *Nursing connections* 1993;6:5–8. 11.
- ⁶⁶ McGaughey J, Harrison S. Develop in gan information booklet to meet the needs of intensive care patients and relatives. *Intensive Crit Care Nurs* 1994;10: 271–277.
- ⁶⁷ 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(1): 24-9.
- ⁶⁸ Daly K, Kleinpell RM, Lawinger S, Casey G. The effect of two nursing interventios on families of ICU patients. *Clin Nurs Res*. 1994 Nov; 3 (4):414-22.
- ⁶⁹ Torrents Ros R, et al. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva* 2003;14(2):49-60
- ⁷⁰ Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med*. 2009 Oct;37(10 Suppl):S448-56.
- ⁷¹ Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008; 134:835–843
- ⁷² Hales S, Zimmermann C, Rodin G: The quality of dying and death. *Arch Intern Med* 2008; 168:912–918
- ⁷³ Parada B, María Isabel. Apoyo psicológico integral al paciente que ingresa a la unidad de cuidados coronarios y atención a su familia. *Av. cardiol* 2009; 29(3): 258-269.
- ⁷⁴ Báguena Puigcerver MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema* 2001; 13(3):479-492.

⁷⁵ Slaikau KA. Intervención en crisis: manual para la práctica y la investigación” (2ª edición). (1999).

⁷⁶ Erikson E. El ciclo vital completado. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. (2000). ISBN 84-493-0939-5.

⁷⁷ González Revuelta JL. Psicoterapia de la crisis. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2001; 79: 35-53.

⁷⁸Williams CC; Rice DG. The intensive care unit: social work intervention with the families of critically ill patients. Soc Work Health Care 1977; 2(4): 391-8,

⁷⁹Plan Nacional de desarrollo 2013-2018. Programa sectorial de salud.

⁸⁰Hulscher 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.

⁸¹Grol R. et al. from the best evidence to best practice: effective implementation of change in patient's care. Lancet 2003; 362: 1225-30.

⁸²Simpson 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.

⁸³Davidson JE. Family-centered care: meeting the needs of patients' families and helping families adapt to critical illness. Crit Care Nurse. 2009 Jun;29(3):28-34

⁸⁴ Curtis JR, Patrick DL, Shannon SE, Treece PD, Engelberg RA, Rubenfeld GD. The family conference as a focus to improve communication about end-of-lifecare in the intensive care unit: Opportunities for improvement. Crit Care Med 2001;29(Supp):N26-N3

⁸⁵ Gómez Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, et al. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La repercusión en el familiar del paciente. Boletín de psicología. 2006; 87 (4):61-68.

⁸⁶Krimshtein NS, Luhrs CA, Puntillo KA, Cortez TB, Livote EE, Penrod JD, Nelson JE. Training nurses for interdisciplinary communication with families in the intensive care unit: an intervention. J Palliat Med. 2011 Dec;14(12):1325-32.

⁸⁷ Polit, D.F., Hungler, B.P., Nursing Research: Principles and Methods. 1999 6ª ed. Lippincott, Philadelphia.

-
- ⁸⁸ Bitácoras de ingresos de la UCI. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
- ⁸⁹ Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C., Lushene, R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, 1970 California.
- ⁹⁰ Rojas-Carrasco KE. Inventario de ansiedad en padres con hijos en terapia intensiva. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (5): 491-496
- ⁹¹ Arias-Galicia LF. Investigaciones sobre el IDARE en cuatro países latinoamericanos: Argentina, Ecuador, México y Perú. *Rev Intercont Psicol Educ* 1990;3:49-85.
- ⁹² Spielberger, C. & Guerrero, R. IDARE. Manual de inventario de ansiedad rasgo-estado. 1975. México. Manual Moderno. p 8-19.
- ⁹³ Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. *CritCareMed*. 1981; 9(8):591-7.
- ⁹⁴ Ferreira FL, Bota DP, Bross A, et al. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001;286(14):1754-8.
- ⁹⁵ Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C., Lushene, R.E. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, 1970 California.
- ⁹⁶ Rojas-Carrasco KE. Inventario de ansiedad en padres con hijos en terapia intensiva. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (5): 491-496
- ⁹⁷ Rodríguez A. Social Policies in Uruguay: a view from the political dimension of Community Psychology. *American Journal of Community Psychology* 2009; 3 (1): 122-133.
- ⁹⁸ Diccionario esencial de la lengua española (sitio internet); Madrid España: 23ª edición, 2014 (citado 2016 enero 17). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
- ⁹⁹ Diccionario esencial de la lengua española (sitio internet); Madrid España: 23ª edición, 2014 (citado 2016 enero 17). Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xfffh>
- ¹⁰⁰ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. Educación. P.67
- ¹⁰¹ Mia H, Iván AA. Diccionario para registros civiles e identificación 2013. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington 2013. P. 33
- ¹⁰² Glosario. Términos utilizados en la Dirección General de Planeación y Programación 2008. Esta publicación se terminó de editar en junio de 2008, México, D. F.

¹⁰³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. Residentes, sexo y edad. P. 8

¹⁰⁴ Capurro N, Daniel y Rada G, Gabriel. El proceso diagnóstico. *Rev. méd. Chile* 2007; 135 (4): 534-538.

¹⁰⁵ Jelin, E. (2007). "Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales". En Arriagada, Irma (coord). Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.

¹⁰⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. Características económicas. P. 59

¹⁰⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010. Religión. P. 118

¹⁰⁸ Simón, Stierlin, Wynne, Vocabulario de Terapia Familiar, Gedisa Barcelona 1988

¹⁰⁹ Rentería Pérez E, Lledias Tielbe E, Luz Giraldo A. Convivencia familiar: una lectura desde la psicología social. *Revista diversitas* 2008 4(2): 427-441

¹¹⁰ López Chacón MA et al. "Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. *Nursing*, 2011; 29 (8): 52-65

¹¹¹ Fundación Valle de Lili (sitio en internet). Paciente y familia. Educación al Paciente y La Familia. Cali Colombia 2013 (actualizado en enero 2016, citado en febrero 2016). Disponible en: <http://www.valledellili.org/educacionalpaciente>

¹¹² Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-6

¹¹³ Castillo E, Chesla CA. Viviendo con el cáncer de un (a) hijo (a). *Colomb Med.* 2003;34(3):155-63.

¹¹⁴ Virgen M et al. Los trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria* 2005; 6 (11): 2-11.

¹¹⁵ Consejo Nacional De Población (sitio en internet), México 2009(citado enero 2016). Disponible en: www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/.../Cap06.pdf

¹¹⁶ Bowlby J. Attachment and loss, vol. Londres, Hogarth Press, 1980. - Vínculos afectivos: formación, y pérdida, Madrid, Ed. 1986.

¹¹⁷ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. Washington

¹¹⁸ Castañeda C, et al. Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. Enfermería universitaria 2015; 12 (3): 102-109

¹¹⁹ Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. 1995, 76(2):167-177.

XII. ANEXOS

INSTRUMENTO I, DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PROYECTO: MULTI-INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR EL ESTRÉS AGUDO EN EL CUIDADOR FAMILIAR EN LA UCI

Objetivo: Evaluar el efecto de una multi-intervención multidisciplinar que involucra una plática estructurada, información impresa y consultoría sobre el estrés agudo del Cuidador Familiar del paciente en la UCI.

REF en Comité de Ética en Investigación: **1441**

Fecha de aprobación: **05 FEB 2015**

Cama: _____

Fecha: _____ Folio: _____

Instrucciones: El apartado 1 y 2 es llenado por el investigador

APARTADO 1. Datos sociodemográficos del paciente internado en la UCI

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

Religión: _____ Nivel socioeconómico 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5, 6=6, 7=7

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

Nivel de 1 Sin estudios
Estudios 2 Primaria
3 Secundaria
4 Preparatoria
5 Licenciatura
6 Posgrado

Si el ingreso fue dentro del hospital indique el tiempo que el paciente llevaba en la Institución (días, semanas u horas): _____

Diagnóstico médico de ingreso: _____

Mortalidad estimada APACHE II: _____

Mortalidad estimada SOFA: _____

Aminas (dosis gamma): 1) Sí 2) No Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) Si (1) No (2):
MD _____

APARTADO 2. Datos sociodemográficos del Cuidador Familiar del paciente internado en la UCI.

Nombre: _____

Edad _____ Genero 1 Femenino
2 Masculino

Estado civil 1 Soltero
2 Casado
3 Divorciado
4 Viudo
5 Unión libre
6 Otro: _____

Lugar de residencia: _____

¿Es jefe de familia?
 1) Si
 2) No

Si/cuantos hijos: _____

Nivel de estudios

1. Sin estudios
 2. Primaria
 3. Secundaria
 4. Preparatoria
 5. Licenciatura
 6. Posgrado

Relación con el paciente de la UCI

1. Cónyuge
 2. Hijo (a)
 3. Mamá
 4. Papá
 5. Hermano (a)
 6. Otro: _____

Situación Laboral

1. Activo
 2. Baja temporal
 3. Jubilado
 4. Desempleado
 5. Actividades del hogar
 6. Otro: _____

¿Vivía con el paciente?

1. Si
 2. No

Percepción de la relación con el familiar internado

1. Satisfactorio
 2. Insatisfactorio

Religión: _____

Tiempo que pasa en el hospital

No. de horas: _____--

Red de apoyo
 1) Si
 2) No

Si/quienes y cuantos:

¿Padece usted alguna enfermedad o condición médica que requiere cuidado?

1) si
 2) no

Si/cuales: _____

IDARE INVENTARIO DE AUTOEVALUACIÓN (AXR)

PROYECTO: MULTI-INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR EL ESTRÉS AGUDO EN EL CUIDADOR FAMILIAR EN LA UCI

Folio: _____

Estimado Sr. (a) el presente estudio tiene como objetivo, evaluar el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la unidad de cuidados intensivos, cuenta con la referencia 1441 en el Comité de Ética en Investigación y fue aprobado el 05 de febrero de 2015.

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.

Género: 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 (AXE)

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.

	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 apecho _____	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 evitar 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

Se agradece su participación. Verifique que las respuestas estén completas.

INSTRUMENTO II, DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

PROYECTO: MULTI-INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR EL ESTRÉS AGUDO EN EL CUIDADOR FAMILIAR EN LA UCI

Objetivo: Evaluar el efecto de una multi-intervención multidisciplinar que involucra una plática estructurada, información impresa y consultoría sobre el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la UCI.

REF en Comité de Ética en Investigación: **1441**

Fecha de aprobación: **05 FEB 2015**

Fecha: _____ Folio: _____

Instrucciones: El apartado 1 y 2 es llenado por el investigador

APARTADO 1. Datos sociodemográficos del paciente internado en la UCI

Diagnóstico de salud: _____

Mortalidad estimada APACHE II: _____

Mortalidad estimada SOFA: _____

Aminas (dosis gamma): 1) Sí 2) No Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) Si (1) No (2):
MD _____

APARTADO 2. Datos sociodemográficos del Cuidador Familiar del paciente internado en la UCI.

Usted participa en 1 Si
Actividades culturales 2 No

Tiempo que pasa en el hospital
No. de horas. _____

En estos días en el hospital ¿Contó con la red de apoyo?
 1) Si
 2) No

Si/quienes y cuantos: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO EXPERIMENTAL

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

Investigador principal: L.E. Porfirio Fernando López Pérez

Dirección del investigador: Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, Tlalpan
C.P.14000, México D.F.

Teléfono de contacto del investigador: 54870900 ext. 5006

Investigadores participantes:

- Mtro. Jonathan Zepeda León
- Dra. Maite Vallejo Allende
- Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

Estimado Sr. (a), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” le invita a participar en este estudio de investigación que tiene como objeto evaluar el efecto de una multi-intervención multidisciplinar sobre el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Su participación será de 5 días, la duración total del estudio es de 6 a 12 meses, el número aproximado de participantes será de 104 personas.

El motivo de invitarlo fue porque usted tiene un familiar de reciente ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, su participación en el estudio consiste en involucrarse en 4 intervenciones de carácter educativo y de acompañamiento por profesionales de la UCI, donde se video-grabarán las intervenciones el con la finalidad de mejorar las intervenciones en un futuro. En el primer día se le realizará una evaluación psicológica que dura alrededor de 15 minutos, consiste en un cuestionario de preguntas cerradas, seguido se le hará participe en una **plática estructurada** de forma explicativa con el apoyo de diapositivas en un tiempo aproximado de 30 minutos en un lugar cercano a la UCI: donde se le explicará de manera clara la dinámica, ambiente y organización de la UCI, acciones de cuidado pertinente en la visita y sistemas de apoyo en la institución, además de escenarios posibles que se encuentre su paciente. Después de la plática recibirá una **información impresa** que trata de recomendaciones para usted, referentes a: la forma de trabajo de la UCI, estructura de una habitación, teléfonos, horarios, personal de enfermería y médicos, etc., esta información es general. Posteriormente se le invitará para que asista en los siguientes días (segundo y tercer día) a dos **consultorías** donde se le brindará una atención personalizada, esta intervención se realizará en un espacio físico libre de distracciones sin límite de tiempo y aplicará todos los días de la semana en la mañana y en la tarde (7:00-12 horas y de 14:30-18:30 horas) según el horario que sea más cómodo para usted. En este espacio se busca tratar temas relacionados a posibles escenarios de acuerdo al proceso de enfermedad que está cursando su ser querido, dudas sobre el área física en el cual este internado el paciente, dudas de la información impresa que recibió, disponibilidad de redes de apoyo dentro y fuera de la institución, esta intervención la brindarán dos enfermeros de la UCI y una trabajadora social. Su participación concluye en el cuarto o quinto día donde se le aplicará el cuestionario que al inicio se le aplicó, con la finalidad de evaluar las intervenciones en su conjunto.

Su responsabilidad en este estudio implica asistir a las diversas intervenciones en el horario establecido, llenar adecuadamente los cuestionarios que se le apliquen y avisar al investigador principal en caso de decidir abandonar el estudio. Los riesgos e

inconvenientes que usted pudiera presentar en este estudio son: la utilización de sus datos de identidad e información médica de su paciente para fines de investigación, el tiempo que requieren las intervenciones, sin embargo estas no interfieren con la visita a su ser querido ni en el informe médico y siempre trataremos de abordarlo en el momento que usted se encuentre disponible. Un último inconveniente es la distancia del sitio donde se le aplicarán las intervenciones con la Unidad de Cuidados Intensivos, para ello mantendremos comunicación estrecha con el equipo de la unidad por si se requiriera su presencia.

En relación a los beneficios por participar en el estudio, usted recibirá una atención protocolizada relacionada con la información, que le permitirá comprender lo que pasa con su ser querido en la UCI, con lo que podrá implementar estrategias que le ayuden a disminuir estresores en el tiempo de visita y fuera de la UCI. Este estudio además podría permitir desarrollar nuevas formas de atención, para que los cuidadores familiares como usted se beneficien significativamente al encontrar nuevos resultados. No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. En caso de detectarse elevados niveles de estrés en sus autoevaluación a pesar de las intervenciones se le canalizará a una consulta con profesionales especializados en ello.

Al finalizar el estudio usted puede solicitar los resultados de sus evaluaciones del estrés y de las conclusiones del estudio al investigador principal.

Le recordamos que su participación es voluntaria. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación sin que ello perjudique su atención en el Instituto, para ello avise oportunamente a los investigadores.

El investigador del estudio pueden excluirlo del estudio si usted no asiste a las intervenciones programadas. El estudio puede ser terminado en forma prematura si existiera alguna complicación con su ser querido. Por otra parte le recordamos que su nombre no será usado en ninguno de los estudios, solo se codificará con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación. Estos códigos serán guardados en un archivero con llave. Solo el investigador principal tendrá acceso a la información y archivos. En un futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud lo volveremos a contactar. Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con L.E. Porfirio Fernando López Pérez en el INCMNSZ (54870900 ext. 5006 o al cel. 5534875568) directamente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga. Teléfono: 54870900 ext. 6101).

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con los siguientes puntos:

Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.

Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar informacion adicional o si encuentran informacion relevante para mi salud.

Mi firma tambien indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Declaración del paciente: Yo, _____ declaro que es mi decision participar en el estudio. Mi participacion es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participacion en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o perdida de beneficios. Si suspendo mi participacion, mi paciente recibira atencion medica habitual al que tiene derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion, Salvador Zubiran (INCMNSZ) y no sufriré perjuicio en mi atencion o en futuros estudios de investigacion. Yo puedo solicitar informacion adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participacion en el estudio. Puedo obtener los resultados de mis evaluaciones si los solicito. He leído y entendido toda la informacion que me han dado sobre mi participacion en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfaccion. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma del Participante	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del representante legal (si aplica)	Firma del representante legal	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del Investigador que explicó el documento	Firma del Investigador	Fecha

_____	_____	_____
Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha

Relación con el participante: _____

Dirección: _____

_____	_____	_____
Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha

Relación con el participante: _____

Dirección: _____

Lugar y Fecha: _____

(El presente documento es original y consta de 3 páginas)

CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO CONTROL

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

Investigador principal: Porfirio Fernando López Pérez

Dirección del investigador: Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, Tlalpan C.P. 14000, México D.F.

Teléfono de contacto del investigador: 54 870900 ext. 5006

Investigadores participantes:

- Mtro. Jonathan Zepeda León
- Dra. Maite Vallejo Allende
- Mtra. Rosa María Ostiguín Meléndez

Estimado Sr. (a), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” le invita a participar en este estudio de investigación que tiene como objetivo: evaluar el estrés agudo del cuidador familiar del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. La duración del estudio es de 6 a 12 meses, su participación durará 5 días. El número aproximado de participantes será de 104 personas. El motivo de invitarlo fue porque usted tiene un familiar de reciente ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, a continuación se describe su participación.

Su participación en el estudio consiste en lo siguiente: en el primer día se le realizará una evaluación psicológica que dura alrededor de 15 minutos, consiste en un cuestionario de preguntas cerradas, en los siguientes días el equipo de salud le explicará la dinámica y organización de la Unidad de Cuidados Intensivos, su participación concluye en el quinto día donde se le aplicará el cuestionario que al inicio se le aplicó el objetivo es evaluar las intervenciones.

Los riesgos e inconvenientes que usted pudiera presentar en este estudio son: la utilización de sus datos de identidad e información médica de su paciente para fines de investigación, otro inconveniente que pudiera tener es el tiempo que requieren las autoevaluaciones, sin embargo estas no interfieren con la visita a su ser querido ni en el informe médico y siempre trataremos de abordarlo en el momento que usted se encuentre disponible.

Este estudio además podría permitir desarrollar nuevas formas de atención, para que los cuidadores familiares como usted se beneficien significativamente al encontrar nuevos resultados. No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. En caso de detectarse elevados niveles de estrés en sus autoevaluación a pesar de las intervenciones se le canalizará a una consulta con profesionales especializados en ello.

Al finalizar el estudio usted puede solicitar los resultados de sus evaluaciones del estrés y de las conclusiones del estudio al investigador principal.

Le recordamos que su participación es voluntaria. Si usted decide no participar, no se afectará su relación con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (INCMNSZ) o su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación sin que ello perjudique su atención en el Instituto, para ello avise oportunamente a los investigadores.

El investigador del estudio pueden excluirlo del estudio si usted no termina las autoevaluaciones. El estudio puede ser terminado en forma prematura si existiera algún cambio en el estado de salud de su ser querido, o el traslado a otra área. Por otra parte le recordamos que su nombre no será usado en ninguno de los estudios, solo se codificará con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación, sólo el investigador principal tendrá acceso a ellos. En un futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud lo volveremos a contactar. Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con L.E. Porfirio Fernando López Pérez en el INCMNSZ (teléfono: 54870900 ext 5006 o cel. 5534875568) directamente en la Unidad de Cuidados intensivos. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (Dr. Arturo Galindo Fraga Teléfono: 54870900 ext. 6101).

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:

- Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.
- Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere colectar información adicional o si encuentran información relevante para mi salud.

Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Declaración del paciente: Yo, _____ declaro que es mi decisión participar en el estudio. Mi participación es voluntaria. He sido informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, mi paciente recibirá atención médica habitual al que tiene derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán y no sufriré perjuicio en mi atención o en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en el estudio. Puedo obtener los resultados de mis evaluaciones si los solicito.

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre del representante legal
(si aplica)

Firma del representante legal

Fecha

Nombre del Investigador
que explicó el documento

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 1

Fecha

Relación con el
participante: _____

Dirección: _____

Nombre del Testigo 2

Firma del Testigo 2

Fecha

Relación con el
participante: _____

Dirección: _____

Lugar y Fecha: _____

(El presente documento es original y consta de 3 páginas)

APROBACIÓN DEL PROYECTO POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

MÉXICO, D.F., A 05 DE FEBRERO DE 2015.

L.E. PORFIRIO FERNANDO LÓPEZ PÉREZ
INVESTIGADOR PRINCIPAL
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN, "SALVADOR ZUBIRÁN".
VASCO DE QUIROGA No. 15
COL. BELISARIO DOMÍNGUEZ SECCIÓN XVI, DEL. TLALPAN
MÉXICO, D.F., C.P. 14000
PRESENTE

Por este medio, me permito informarle que el **Comité de Investigación**, así como el **Comité de Ética en Investigación** del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ha **revisado y aprobado** el Protocolo de Investigación Clínica, titulado:

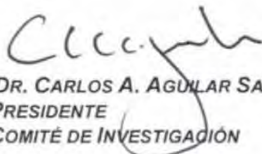
"Multi-Intervención Para Disminuir El Estrés Agudo En El Cuidador Familiar Del Paciente En La UCI"
REF. 1441

Así mismo se revisó y **aprobó** la siguiente documentación:

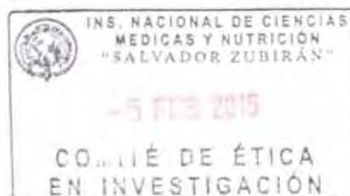
- Carta de consentimiento informado

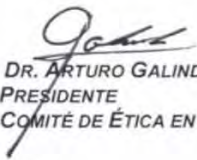
La vigencia de la aprobación termina el día 05 de febrero de 2016. Si la duración del estudio es mayor tendrá que solicitar la re-aprobación anual del mismo, informando sobre los avances y resultados parciales de su investigación e incluyendo todos los datos sobresalientes y conclusiones.

Sin más por el momento quedamos de Usted.


DR. CARLOS A. AGUILAR SALINAS
PRESIDENTE
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

ATENTAMENTE,




DR. ARTURO GALINDO FRAGA
PRESIDENTE
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

c.c.p. Dr. Gerardo Gamba Ayala, Director de Investigación.

Vasco de Quiroga 15 / MRG
Colonia Sección XVI
Delegación Tlalpan
México, D. F. 14000
Tel. (52) 54870900
www.incmnsz.mx