

TRABAJO
FIN DE
GRADO

SOBRECARGA EMOCIONAL DE LAS
FAMILIAS DE LOS PACIENTES DE
LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI)



AUTORA: D^a June Etxeberria Erauskin
DIRECTORA: Dra. Miren Arantzazu Zabala Jauregialtzo

RESUMEN

El ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) supone para los pacientes y sus familiares una situación estresante que provoca sentimientos de sobrecarga emocional.

A través de este proyecto se pretende analizar el impacto que supone el ingreso en las UCI sobre las necesidades emocionales de los familiares e identificar cuáles son los factores que inciden con mayor intensidad en la aparición de la sobrecarga emocional.

Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica mediante bases de datos, artículos publicados en varias revistas, alguna tesis doctoral y artículos seleccionados a partir de la bibliografía destacada.

De manera que, tras el análisis de estos artículos, se evidencian tres factores implicados: la política de visitas, la relación enfermera-familia y la transmisión de la información. De todo ello se concluye que existe una necesidad de atender las necesidades de los familiares mediante un abordaje multidisciplinar.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos; Familiares; Pacientes; Enfermería.

ABSTRACT

Admission to the Intensive Care Units (ICU) supposes both to the patient and to the family a stressful situation that causes emotional burden feelings.

The aim of this project it's to try to analyze the impact that supposes the hospitalization in ICU on family emotional needs and identify which are the factors that affect with major intensity in the appearance of the emotional burden of patients relatives in these units.

To this, it was made a review of de literature with data bases, articles published in several journals, some doctoral thesis and selected articles form noted bibliography.

So, after the analysis of all these articles, it makes evident three implicated factors: policy of visits, nurses and families relationship and information transmission. It was concluded that exists a need to attend relatives needs with a multidisciplinary tackle.

Keywords: Intensive Care Unit; Family; Patient; Nursing.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	Pág.1
2. OBJETIVOS	Pág.3
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	Pág.4
4. RESULTADOS.....	Pág.6
5. DISCUSIÓN	Pág.21
6. CONCLUSIONES.....	Pág.23
7. AGRADECIMIENTOS.....	Pág.24
8. BIBLIOGRAFIA	Pág.25
9. ANEXOS.....	Pág.29

1. INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son por lo general, espacios cerrados, hostiles, muchos de ellos carentes de intimidad, unidos a estrictas normas donde el objetivo principal de los profesionales recae fundamentalmente en el cuidado del paciente mediante la tecnología y la efectividad práctica. Además, la forma en que estas organizadas las UCI, pensadas en facilitar el trabajo de los profesionales médicos y enfermeros, dificulta la relación de la persona con su entorno (Zaforteza, Gastado, Lastra, De Pedro y Sánchez, 2004).

De esta manera, el paciente ingresado queda separado de su familia siendo ésta su mayor fuente de apoyo social y personal (Burgos, Cano, García y Lage, 2000).

Un aspecto a tener en cuenta es que el ingreso de un ser querido en este tipo de unidades hace que los familiares se enfrenten a una situación nueva, en la que predominan sentimientos como: confusión, preocupación, incertidumbre, desamparo, enfado, culpa, etc. Provocando al mismo tiempo temor, primero a la muerte y al sufrimiento del paciente y después, una vez pasado el peligro vital, a las posibles secuelas o pérdidas secundarias que pueda provocar su enfermedad (Uribe, Muñoz, y Restrepo, 2004; Gómez, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2006).

Los familiares tienen que adaptarse a la nueva situación. Adaptación que viene marcada por el horario de visitas restringido, la terminología médica, la maquinaria que rodea al paciente, el ambiente en la sala de espera, los procedimientos médicos, la calidad y la cantidad de información, el estado de salud de su familiar, etc. (Martín, Pérez y Galán, 2005). El gran impacto emocional que viven los familiares puede influir también, en este proceso de adaptación ya que se produce una focalización de la atención en aspectos que están relacionados con el propio ingreso y se dejan de lado aspectos personales. La desatención de los aspectos personales puede provocar estrés, lo que facilita entre otras cosas, una atención inadecuada a la persona ingresada, sentimientos de culpabilidad que impiden realizar los asuntos pendientes que se postergan para atender al familiar ingresado y situaciones laborales complicadas. Es decir, se entra en un círculo vicioso difícil de salir (Martín, Pérez y Galán, 2005).

Desde la experiencia personal, puedo decir que he podido constatar estos sentimientos, desde perspectivas diferentes aunque parecidas a su vez: como familiar que acude a visitar a un ser querido ingresado en una unidad y como alumna de prácticas en la UCI del Complejo Hospitalario de Navarra.

Es por esto que pude sentir por una parte la angustia, la inquietud, la incertidumbre de tener a un ser querido ingresado al que apenas puedes ver, cuidar, hablar. Por otra, los cambios que se producen en la estructura familiar, los desajustes en las rutinas familiares, los cambios de roles dentro del núcleo familia, etc.

Como alumna he podido presenciar situaciones difíciles donde la tristeza y el llanto de los familiares que acudían en las horas establecidas producían momentos verdaderamente angustiosos en los que no se sabía bien cómo actuar, qué decir o hacer.

Esta realidad se convierte en el punto de partida de este proyecto. Proyecto que se centra en analizar el impacto que supone el ingreso en la UCI sobre los familiares y presentar los aspectos más relevantes que influyen en la aparición de sobrecarga emocional de las familias del paciente ingresado en la UCI. Todo ello tiene como consecuencia la necesidad de que Enfermería valore las necesidades de los familiares de forma individual consiguiendo así conocer las necesidades concretas de cada familia y poder llevar a cabo unos cuidados específicos para cada caso.

El primer apartado de los resultados del proyecto hace referencia a diferentes estudios que muestran la importancia de considerar a la familia como agente de cuidado para poder lograr una atención integral que incluya el entorno más próximo. Consiguiendo así mantener la estructura familiar y que ésta sirva como soporte para el enfermo (Arricivita, Cabrera, Arias, Robayna y Díaz, 2002).

El hecho de considerar a la familia como una unidad de cuidados justifica, sin duda, la necesidad de conocer cuáles son los aspectos que influyen de forma negativa en el estado emocional de los familiares.

Por ello, el segundo tercer y cuarto apartado de los resultados se dedican a exponer los factores más relevantes que influyen en la sobrecarga emocional de los familiares.

Por una parte, se plantea la política de visitas, en la mayoría de las unidades de carácter restrictiva que atenta contra una de las necesidades emocionales más importantes: la necesidad de proximidad (Pardavila et al, 2012). Unido a opiniones contradictorias (entre profesionales y familiares) en torno a sus beneficios y perjuicios, la realidad actual nos muestra que la gran mayoría de las UCI de España, siguen presentado este tipo de restricciones de visitas (Marco et al 2000; Velasco, Prieto y Castillo, 2005).

Por otra, se observa una relación enfermera-familia, que en la mayoría de los casos es exigua donde la familia sigue siendo considerada ajena a la unidad impidiendo así la participación de la familia en los cuidados del enfermo. Aspecto este que provoca una gran controversia de pareceres tanto por parte de familiares como de los sanitarios, determinado por barreras culturales, organizativas y estructurales contradictorias con el objetivo principal de enfermería: el cuidado de la persona y su familia (Pardavila et al, 2012).

Y por último, se analiza la información recibida por parte de los profesionales, la mayoría de las veces incompleta, transmitida de forma rápida y con un lenguaje inapropiado (Achury, Achury y Ramirez, 2011). Situación probablemente suscitada por causas como el papel informador del médico, los criterios individuales de cada profesional, la falta de formación en habilidades sociales, etc.

En este sentido, cabe destacar que existe un creciente interés por parte de los profesionales de enfermería por ampliar su conocimiento en torno a este tema (Pardavila et al, 2012). Sin embargo, las revisiones bibliográficas encontradas no muestran un consenso de los factores que influyen en la aparición de sobrecarga emocional de los familiares.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo principal del presente trabajo consiste en analizar la literatura científica existente en torno a factores que inciden en la sobrecarga emocional de los familiares de pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos fundamentalmente en España desde el año 2000 al 2014.

Objetivos específicos

- Identificar y describir el impacto que supone el ingreso en la UCI sobre las necesidades emocionales de los familiares.
- Identificar y describir el efecto que tienen la política de visitas, la relación establecida entre la enfermera y la familia y la información transmitida por los y las profesionales de enfermería sobre la sobrecarga emocional de los familiares.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Para lograr el objetivo de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la sobrecarga emocional que sufren los familiares de pacientes ingresados en la UCI y sobre los aspectos que pueden influir en ella.

Antes de iniciar la búsqueda se describieron los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios con pacientes y familiares adultos	Pacientes pediátricos y menores de edad
Estudios realizados desde el año 2000 al 2014	Familiares de pacientes ingresados en otras unidades que no sean la UCI o Unidades Coronarias
Idiomas: español e inglés	Literatura de baja calidad: artículos de opinión, folletos, editoriales...

Una vez fijados los criterios y con el objetivo de localizar artículos de interés sobre el tema a tratar, se realizó una búsqueda online en las bases de datos de CUIDEN y CSIC, utilizadas habitualmente en el ámbito de Enfermería así como en Pubmed por ser una base de datos más extensa y multidisciplinar que nos permitiera aproximarnos a la realidad desde perspectivas sanitarias diferentes.

Las palabras clave que se han utilizado en la búsqueda han sido los siguientes: pacientes, familia, enfermería y Unidad de Cuidados Intensivos. Con la combinación de estas palabras clave, se han obtenido en torno a 70 registros.

En cuanto a la diversidad idiomática, la búsqueda se limitó a artículos que estaban escritos en castellano (especialmente) e inglés, teniendo que solicitar en varios casos bibliografía de interés en inglés a universidades externas debido a que el material solicitado no estaba disponible en la Universidad Pública de Navarra.

Por otro, con el objetivo de identificar artículos importantes que no estuviesen en las bases de datos citadas, se revisaron artículos publicados en varias revistas especializadas de referencia en cuidados intensivos y pertenecientes en su mayoría a asociaciones de enfermería intensiva: *Enfermería Intensiva*, *Enfermería Global*, *Nursing*, *Enfermería en cardiología*, *Medicina Intensiva*, *Tempus Vitalis* (Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico), *Critical Care Medicine*, *Nure Investigación* y *American Journal of Critical Care*.

Asimismo, se buscaron artículos de interés que pudieran ser incluidos en la revisión entre las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, logrando así estudios

enmarcados en ámbitos afines a la enfermería, como la psicología, la sociología o la medicina. Se emplearon también publicaciones de Ministerios de Sanidad para tener una base sólida en torno al tema.

Finalmente, se revisó alguna tesis doctoral sobre la materia a tratar.

De los 70 artículos obtenidos, fueron seleccionados aquellos documentos que cumplieren los criterios mencionados consiguiendo así 45 artículos. Tras una exhaustiva lectura de cada uno de ellos, se procedió a organizar dicha información por grupos para poder adquirir características comunes, identificar la información más relevante y lograr así el mapa mental alrededor del cual se estructurará la información.

Posteriormente, se elaboraron diversas tablas de análisis y síntesis que reflejan la información esencial de cada estudio que facilitaron la identificación de las características comunes de los diferentes estudios así como la comparación de los resultados de los mismos (Anexo 1).

Finalmente se procedió a realizar la redacción del artículo.

4. RESULTADOS

Después de analizar todos los artículos (Anexo 1) y tesis seleccionados para esta revisión y mencionados anteriormente, se constata en diversos artículos el impacto que supone el ingreso en UCI sobre las necesidades emocionales de los familiares y a partir de ahí se pueden identificar algunos de los factores que inciden con especial intensidad en la sobrecarga emocional que sufren los familiares en estas unidades: la política de visitas, la relación establecida entre la enfermera y la familia y la información transmitida por parte de los profesionales. A continuación se presentan los aspectos más destacados de dicha revisión.

4.1 Impacto del ingreso sobre las necesidades emocionales

Efectos del ingreso en la UCI

El ingreso en una UCI supone, tanto para el paciente como para la familia, una experiencia estresante a varios niveles: a nivel cultural (aceptar normas, valores y símbolos de la propia unidad), a nivel estructural (espacios pequeños, no equipados para la familia, muchas veces faltos de intimidad), a nivel social (las interacciones sociales del hospital), a nivel psicológico (factores estresantes como por ejemplo situaciones de dependencia) y a nivel físico (olores desagradables, sonidos diferentes a los habituales, monitores...) (Díaz y Díaz, 2004).

El ambiente hostil de las UCI, el aparataje que rodea al paciente (monitores, cables, bombas, sueros, respiradores, tubos, graficas y números imposibles de describir), la separación o el aislamiento físico de su familiar, la incertidumbre por su evolución, la aceptación del proceso, la soledad y la falta de información o la restricción de horarios hacen que surjan sentimientos de miedo, incertidumbre o ansiedad tanto en el paciente como en el familiar (Pardavila y Vivar 2012; Hidalgo, Velez y Pueyo, 2007).

El ingreso en UCI supone para los familiares un momento confuso: por un lado, viven la agonía, la desesperación, la angustia, el enfado por el ingreso en este tipo de unidades que evidencian la gravedad del estado de salud de su ser querido. Por otro, esperan la recuperación del paciente ante el ingreso en la unidad donde se ofrecen los mejores cuidados (Pallares, 2003).

La familia, vive situaciones que provocan un gran desasosiego que puede repercutir tanto en la salud psicológica de la familia como en la recuperación del paciente ya que todos ellos se enfrentan a decisiones difíciles (el propio ingreso en la unidad, decisiones en torno a la continuidad o no del tratamiento, etc.), muchas veces en contacto con situaciones próximas a la muerte (Llamas et al, 2009). Y es que como bien afirma Pallares A. (2003, p. 9), el ingreso en estas unidades se suele percibir por la población general como "la última oportunidad".

La estructura familiar a la que pertenece el paciente se ve gravemente alterada pudiendo aparecer trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión, debido a la difícil situación a la que se ven sometidos: fatiga, insomnio, desconocimiento de las normas de la unidad, dificultad para adquirir e interiorizar la información etc. (Hidalgo et al, 2007; Gómez, Soriano, Monsalve, De Andrés, 2009).

Los cambios que se producen en los roles asumidos en las estructuras familiares tanto por parte del enfermo como del allegado son otros aspectos a tener en cuenta (Blanca, Blanco, Luque y Ramirez, 2008) ya que pueden dar lugar a ciertos cambios que de alguna manera forzarán a suplir las responsabilidades que tenía el paciente dentro del núcleo familiar. En este mismo sentido según los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual Disorders* (DSM-IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría, consideran la hospitalización en la UCI como un elemento estresor traumático debido a los cambios que produce en los roles de la familia (*American Psychiatric Association*, 2000).

De hecho, un estrés prolongado en el tiempo, hace que se produzca un deterioro en los comportamientos saludables de estas personas ya que suelen presentar horas de descanso insuficiente, una alimentación desequilibrada y una falta de ejercicio físico; poniendo en riesgo, a veces, la desatención de sus propias necesidades (Vargas y Aguilar, 2004).

Este tipo de trastornos se pueden prolongar en el tiempo ya que pueden estar presentes incluso varios meses después del alta del hospital, pudiendo favorecer el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), (Auzolay et al, 2005; Gómez et al, 2009).

En un estudio realizado a 57 familiares de pacientes ingresados en la UCI del hospital Virgen del Rocío de Sevilla a través de una encuesta, mostró como cuatro años después del ingreso del paciente, los familiares, presentaban resultados más altos de depresión, agitación, ansiedad, sensaciones de culpabilidad y/o resentimiento así como desajustes psicológicos (Martin y Pérez, 2005).

Por ello, en el estudio realizado por Gómez et al (2009) plantean la necesidad de detectar los niveles de ansiedad de los familiares en momentos iniciales del ingreso en la UCI, para poder así prestar de forma preventiva el apoyo necesario.

En este sentido, cabe mencionar el cuestionario realizado por el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) que detecta los síntomas de ansiedad y depresión ya que estudios que han utilizado este cuestionario afirman haber encontrado una gran prevalencia de estos dos tipos de síntomas en los familiares de pacientes de la UCI (Kentish, Lemiale, Chaize, Pochard y Auzolay, 2009).

En esta misma línea, en un estudio realizado por Díaz y Díaz (2004), se constató que existe relación entre el grado de estrés percibido por los familiares durante la estancia en la UCI y el apoyo percibido por los profesionales, de forma que los familiares que habían conseguido establecer una relación adecuada con los profesionales manifestaban un menor grado de estrés y una percepción mayor de apoyo. Asimismo, algunos familiares que entrevistaron, afirmaban que les resultaba más fácil soportar la propia enfermedad del paciente que la angustia emocional que sufrían.

Por ello en el estudio realizado por Kentish et al (2009), se sostiene que la valoración de la sobrecarga emocional en los familiares debería ser realizada de forma rutinaria en las UCI. De hecho, consideran que sería necesario realizar varias evaluaciones para llegar a comprender bien las necesidades específicas de la familia y ofrecer una comunicación efectiva, dando respuesta a la información solicitada y aclarando dudas.

Valoración de las necesidades

Diversos estudios identifican cuatro grandes grupos de necesidades de las familias, que se enmarcan en las siguientes áreas (Llamas et al, 2009; Pardavila et al, 2012):

- Necesidades cognitivas, que hacen referencia al conocimiento del estado del paciente, siendo la necesidad de información una de las más importantes para la familia.
- Necesidades emocionales, que hacen referencia a los sentimientos experimentados por los familiares debido al ingreso de su allegado en la UCI, siendo la necesidad de proximidad una de las más valoradas por los familiares.
- Necesidades sociales, que hacen referencia a las relaciones que establecen los familiares con su entorno más próximo, es decir, con familiares, amigos o incluso con familiares que viven su misma situación en la UCI.
- Necesidades prácticas, que hacen referencia a todo lo relacionado con la comodidad de la familia en estas unidades, es decir, la sala de espera, la cafetería, el espacio para ellos dentro de las unidades etc., que son valoradas por los familiares como las menos importantes.

A la hora de valorar estas necesidades reales que tienen los familiares con enfermos ingresados en las UCI, existen diversidad de opiniones. Unos estudios avalan las diferencias existentes entre las necesidades percibidas desde el punto de vista de los profesionales sanitarios y las percibidas por los familiares (Llamas et al., 2009; Vargas et al, 2004).

Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Santana et al (2007), en el que se afirma que los profesionales sobreestiman las necesidades relacionadas con las condiciones medioambientales, mientras que las familias valoran más la información que reciben (frecuencia, lugar, modo, comprensibilidad etc.)

Asimismo, Llamas et al (2009) argumentan que las enfermeras suelen subestimar las necesidades relacionadas con la información sobre los cambios en la evolución del paciente, la relación que se establece entre profesionales y familia (para conseguir una comunicación efectiva) y la incertidumbre de lo que le puede suceder al familiar.

En este sentido, ante este gran desacuerdo, un grupo de investigadores mostró que la utilización de los indicadores de calidad como método para valorar la satisfacción de los pacientes y las familias es una herramienta básica para mejorar de la calidad asistencial (Santana et al, 2007).

De hecho, la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias (SEMICYUC, 2005), afirma que el uso de estos indicadores de calidad permite evaluar y analizar la práctica asistencial habitual y los aspectos a mejorar para poder diseñar mejores prácticas.

De la misma manera, existen cinco cuestionarios utilizados para valorar las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la UCI con adecuados niveles de validez y fiabilidad: CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*), FS-ICU (*Family Satisfaction in the Intensive Care Unit*), SCCMFNA (*Society of CriticalCare Medicine's*

Family Needs Assessment), Family Satisfaction Survey y CCFSS (*Critical Care Family Satisfaction Survey*).

Aunque ninguno de ellos engloba toda la variabilidad de necesidades, quedando áreas por explorar: lo referente a las necesidades emocionales, ya que se centran más en las de los profesionales y en la satisfacción con el cuidado del paciente (Olano y Vivar, 2012).

Esto pone de manifiesto la necesidad de desarrollar nuevas herramientas para valorar las necesidades reales de los familiares. Como respuesta a ello, Olano y Vivar (2012) proponen combinar estudios cualitativos mediante entrevistas para identificar las necesidades reales y posteriormente validarlas a través de un cuestionario realizado en base a las demandas actuales y la situación social, económica y demográfica de la familia.

Esto permitiría, llevar a cabo intervenciones para poder satisfacer esas necesidades así como anticiparse a ellas mediante actuaciones preventivas. De esta forma, si se demuestra su efectividad se podrían crear planes de actuación estandarizados y personalizados (Olano et al, 2012).

Familia como agente de cuidados

Según el modelo ecológico de Bronfrenbrenner, la interacción de la persona con el ambiente que le rodea influye directamente sobre la conducta humana. Considera que el desarrollo humano es una progresiva acomodación entre la persona y sus entornos inmediatos (la familia, el trabajo, los amigos...) influida, al mismo tiempo, por la relación de estos entornos y contextos de mayor alcance (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez y López, 2002).

De forma que, al considerar la familia como una unidad en la que cada uno de sus miembros está íntimamente relacionado, cualquier circunstancia que afecte a uno de ellos repercute negativamente sobre los demás, dando lugar a una situación de inestabilidad y crisis (Llamas et al, 2009).

Por ello, en caso de las UCI, la familia se ve sometida a la pérdida del rol de uno de los miembros que conforman el núcleo familiar, alterando al mismo tiempo el rol del resto. En la mayoría de los casos, la familia se convierte en la voz del enfermo, teniendo que tomar las decisiones que más se ajustan a las preferencias de su familiar (Pallares, 2003).

Según Pardavila et al (2012), los familiares de pacientes ingresados en la UCI, presentan dos tipos de emociones: las positivas, relacionadas con la esperanza de mejora del estado de su familiar (proporcionando sentido y alivio del sufrimiento) y las negativas, unidas al miedo de perder al ser querido. Ante esta incertidumbre del estado del familiar, surgen sentimientos de impotencia por no poder ayudar a su allegado. Por ello, los profesionales de la salud, presentan un papel importante en el apoyo emocional a los familiares.

Es por ello que algunos autores defienden la idea de que existe una necesidad de formar al personal de enfermería en habilidades sociales para poder dar respuesta

tanto a las necesidades del paciente como a las de los familiares ya que el cuidado integral de la persona debe incluir también a su entorno más próximo (Olano et al, 2012).

4.2 Política de visitas

En la mayoría de los estudios analizados, tanto los pacientes como los familiares, expresan su desacuerdo con la duración y los horarios de las visitas, ya que una de las necesidades emocionales más importantes percibidas por los mismos es la necesidad de proximidad con su ser querido. Esta necesidad de proximidad se hace especialmente relevante en caso de las mujeres, ya que ellas asumen mayoritariamente el papel de cuidadoras principales de la familia. Aspecto este ligado históricamente al papel de la mujer dentro de la familia (Pardavila et al, 2012).

Tipos de visitas: restrictivas/no restrictivas

Históricamente, cuando se crearon las primeras UCI, la familia era considerada como un elemento poco relevante y externo a la unidad (Gómez et al, 2009). El hecho de aislar a los familiares de estos enfermos se justificaba por considerar que las visitas podían suponer un riesgo adicional de infecciones, dificultaban el descanso necesario, podían provocar alteraciones fisiológicas en los enfermos, incluso agotamiento emocional y estrés; además de interferir en los cuidados de los sanitarios (Vázquez y Eserverri, 2010).

Con el paso del tiempo, se han ido valorando los beneficios que reportan las visitas de los familiares y se han ido entendiendo como una parte fundamental en su cuidado, puesto que pueden contribuir significativamente en su proceso (Velasco et al, 2005; Gómez et al, 2006, 2009).

Actualmente, y en la mayoría de estas unidades, se establecen dos tipos de visitas. Por un lado, las restrictivas, es decir, las limitadas a un horario, una duración y priorizando el acceso del familiar con mayor grado de parentesco; y por otro, las no restrictivas, que serían aquellas que son abiertas a la familia las 24 horas del día (Achury et al, 2011).

En España, en la actualidad, la mayoría de las UCI presentan un régimen de visitas de tipo restrictivo, en las cuales se limita el tiempo de las asistencias a 30 minutos, una por la mañana y otra por la tarde; con un máximo de uno o dos familiares por paciente y visita (Rodríguez et al, 2003; Arricivita et al, 2002).

De hecho un estudio realizado por Velasco et al (2005) sobre la organización de las visitas de familiares en las UCI de España, afirma que en el 98% de las unidades estudiadas presentaban este tipo de limitaciones y que el 85% no usaba ningún tipo de protocolo que regulase las visitas ni la atención a los familiares.

Si partimos del hecho de que el tipo de visita existente en estas unidades debe fundamentarse en la obtención del mayor beneficio posible, en la recuperación del paciente y la satisfacción de la familia, numerosos estudios afirman que las visitas flexibles garantizan grandes beneficios a nivel físico, emocional y social (Véase tabla 2)

tanto para la familia como para el paciente e incluso para los profesionales de enfermería (Rodríguez et al, 2003; Achury et al, 2011; Pardavila et al, 2012).

Tabla 2: Representación gráfica de los beneficios de la política no restrictiva (Rodríguez et al, 2003; Achury et al, 2011; Pardavila et al, 2012).

BENEFICIOS DE LA POLÍTICA DE VISITAS NO RESTRICTIVA		
PARA EL PACIENTE	PARA LA FAMILIA	PARA ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efectos positivos en las medidas cardiovasculares ✓ Favorece la recuperación del paciente ✓ Disminución del estrés y ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la satisfacción familiar ✓ Disminución del estrés y ansiedad ✓ Facilita el acceso a la información sobre su familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumenta las oportunidades de educación ✓ Aumento de la satisfacción laboral debido a la retroalimentación positiva ✓ Facilita la obtención de información valiosa

Como se recoge en la Tabla , en el caso de las familias, aumenta notablemente la satisfacción familiar, disminuyen los niveles de estrés y ansiedad y el hecho de tener acceso a los profesionales de la unidad durante periodos más prolongados, facilita el acceso a la información sobre su familiar.

Para el paciente, la posibilidad de establecer un contacto más prolongado con sus seres queridos produce efectos positivos en las medidas cardiovasculares, favorece su recuperación y disminuyen sus niveles de ansiedad y estrés.

Y en cuanto a los profesionales de enfermería, un mayor contacto con los familiares, además de aumentar las oportunidades de establecer una relación de empatía y poder encontrar momentos para la educación les facilita la obtención de información valiosa sobre su paciente, aumentando su satisfacción laboral mediante esta retroalimentación positiva.

Opinión de los profesionales de enfermería

La literatura nos muestra que existen opiniones contrapuestas en torno a la creencia de los profesionales de enfermería sobre los beneficios de las visitas abiertas (Marco et al, 2000; Burgo et al, 2000).

Por una parte, existe la creencia de que este tipo de visitas proporciona beneficios tanto a la familia como al propio paciente. (Marco et al, 2000)

Con respecto a la familia, afirman que el contacto con su familiar ingresado en la UCI aumenta su bienestar tanto físico como emocional, además de incrementar la satisfacción de sus necesidades, ya que el contacto con el equipo sanitario facilita el

acceso a la información de la situación real del paciente, permite la implicación y la participación de la familia en los cuidados básicos del paciente (Marco et al, 2000).

En relación al paciente, creen que el contacto con los familiares cercanos supone un gran apoyo emocional para el paciente que impide la alteración de su estado hemodinámico: cuando la familia está cerca, se encuentran más relajados, menos ansiosos y con una mayor sensación de protección (Marco et al, 2000; Llamas et al, 2009; Achury et al, 2011; Pardavila et al, 2012).

En este sentido, otro estudio realizado en el Hospital de Llobregat de Barcelona, muestra que el 71% de las enfermeras consideraba insuficiente el tiempo de visita, estando conformes con los horarios más flexibles (Burgos et al, 2000).

Otro estudio realizado en la UCI de la Clínica Universitaria de Navarra, analizó las creencias y actitudes de las enfermeras sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, obteniendo como resultado la satisfacción del 93% de las enfermeras respecto a las nuevas normas. Estas enfermeras valoraron que la familia proporcionaba apoyo emocional al paciente, aumentaba sus ganas de vivir sin producirle inestabilidad (Pardavila et al, 2012).

Por otra, existe la creencia contraria de que la visita abierta supone un estresor importante para el paciente, pudiendo suponer una fuente de angustia, aumentado el gasto de energía y alterando su estado hemodinámico. De ahí que algunos estudios consideren que la duración de la visita restrictiva es suficiente (Marco et al, 2000; Burgos et al, 2000). Como ejemplo de ello, en el estudio realizado por Santana et al (2007) en la UCI del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, el 70% de los profesionales de enfermería consideraba adecuado el tiempo de visita.

Asimismo existen estudios que demuestran que la visita abierta supone una mayor carga física y psíquica para el profesional de Enfermería, ya que muchas veces el contacto con la familia pospone e impide la ejecución de ciertos cuidados. Siendo ésta una posible respuesta de la ausencia de implantación de un horario de visitas abiertas en todas las UCI (Pardavila et al, 2012; Achury et al, 2011).

Aunque al mismo tiempo, como muestra la Tabla 2, afirman que con este tipo de visitas (abiertas) aumenta la satisfacción laboral debido al feed-back positivo, ya que la familia proporciona información muy valiosa (hábitos, gustos, reacciones...) sobre el paciente facilitando así el cuidado individualizado (Marco et al, 2000; Achury et al, 2011).

En definitiva, este gran desacuerdo pone de manifiesto que actualmente existe una gran tarea en examinar y explorar las normas de los horarios de visita en las UCI (Hincke J., Fitzpatrick G., Oskrochi G.R., 2009).

4.3 Relación enfermera-familia

Familia como elemento ajeno a la UCI

Hasta hace poco, estas unidades han sido lugares cerrados, regulados por estrictas normas, donde el cuidado del estado físico del paciente prevalecía por encima de todo, quedando a un lado las emociones y los sentimientos por la inestabilidad del paciente (Zaforteza et al, 2004; Santana et al, 2007).

La familia era considerada como un elemento ajeno o poco importante en los cuidados del paciente. Pero con el trascurso de los años, la participación familiar en el cuidado del enfermo ha pasado a ser crucial y mucho más activa (Hidalgo et al, 2007; Blanca, Blanco, Luque y Ramirez, 2008).

Como afirman Hidalgo et al (2007), Enfermería ha sido un elemento clave en este cambio, ya que la rápida evolución de la profesión ha permitido ampliar en gran parte la visión de los cuidados, hasta hace poco centrados en los procesos patológicos.

Asimismo, ante las nuevas demandas de salud, las enfermeras de Cuidados Intensivos, han intentado participar en este cambio de considerar al paciente como miembro de una unidad familiar.

En este sentido, cabe mencionar el estudio realizado por Henneman (2002, p.13-19), donde recoge 10 sugerencias prácticas para poner en marcha el cuidado dirigido a las familias en el entorno de los cuidados intensivos:

1. Conocer el significado real del cuidado de las familias en los cuidados intensivos.
2. Conocer cuáles son las necesidades de la familia.
3. Integrar los valores de la familia a las normas de la unidad.
4. Utilizar los recursos del hospital para poder proporcionar el cuidado necesario a las familias.
5. Crear herramientas para ayudar.
6. No confundir los problemas de la familia con problemas de seguridad o confidencialidad.
7. Ser coherente con las familias de los pacientes.
8. Convertir el cuidado de la familia en un objetivo multidisciplinar.
9. Reconocer la necesidad de proporcionar ayuda y protección de forma regular.
10. Ser paciente.

No obstante en la actualidad, la realidad de que el paciente forma parte de una unidad familiar, suele quedar a un lado en las UCI, ya que hoy en día aún se sigue observando que los cuidados de enfermería no están basados en la valoración de las necesidades concretas de cada familia, considerando a los familiares como sujetos ajenos a la unidad; siendo esta la situación más extendida en España (Llamas et al, 2009).

Ante esta situación cabe mencionar las dos perspectivas existentes fuera y dentro de la unidad:

Por una lado, la perspectiva de los profesionales de Enfermería de la UCI, que como mencionan Zaforteza et al (2003) en un estudio realizado en 3 hospitales públicos de Mallorca, obstaculiza de alguna manera la relación enfermera- familia. En él, muestra que las enfermeras consideran a la familia como una unidad despersonalizada sin tener en cuenta de forma individual las personas que la componen. Así mismo, las propias normas de la unidad y las restricciones en cuando a los horarios de visitas hacen que las enfermeras consideren a la familia como elementos ajenos a la unidad permitiéndoles al mismo tiempo cierto poder en torno a cuándo y quiénes pueden pasar a visitar al paciente.

Aunque como bien menciona este autor, la gravedad de la situación de los pacientes en estas unidades, junto a la frecuencia con la que ocurren situaciones de emergencia, hace comprensible la necesidad de los profesionales de enfermería de llevar un control completo tanto del paciente como de la familia.

Por otro, está la perspectiva de los familiares. En un estudio realizado por Díaz et al (2004) en la UCI del Hospital Gregorio Marañón de Madrid a través de entrevistas a los familiares; se muestra que el ingreso en estas unidades supone para ellos una crisis que produce grandes problemas de adaptación en su mayoría debidas a la aparición repentina del proceso, la gravedad e intensidad de la situación, su duración, etc. Así mismo, afirma que los familiares expresan un claro deseo de mejorar la relación establecida con Enfermería ya que la mayoría de los encuestados la definían como ineficaz por varias razones: temor a verbalizar dudas, percepción de que los profesionales sufren una sobrecarga de trabajo, información recibida de forma rápida y técnica, sentimientos de falta de empatía, etc.

Herramientas para una relación eficaz

Según Pardavila y Vivar (2012), el reconocimiento de la familia como una unidad de cuidados en la que los factores que influyen sobre uno de sus miembros afectan a todos los demás en mayor o menor medida, posibilita la planificación de intervenciones familiares eficaces. Por ello, proponen el uso de herramientas como el genograma y el ecomapa para poder conocer tanto la estructura interna como la externa de las familias y obtener así información relevante para esas intervenciones.

Tal y como explican Wright y Leahey (2005), el genograma es un diagrama que explica la estructura interna de la familia y el ecomapa es una representación gráfica del contacto que establecen los miembros de la familia con el exterior y cómo puede afectar esto a la estructura familiar.

Por un lado, en cuanto a la información que nos ofrecen, el genograma puede ser de gran utilidad para Enfermería para usarlo en el primer contacto con la familia ya que nos da información sobre las relaciones entre los miembros de la familia, la salud, la ocupación laboral, la religión, la etnia y las migraciones de la familia (Wright L.M. et al, 2005).

Así mismo puede ser usado por la enfermera de la UCI para lograr información valiosa en torno a al tipo de familia ante la que se en contra (nuclear, extensa...) así como del funcionamiento interno de la familia (miembro más vulnerable de la familia, cabeza de familia, etc). En definitiva, es una técnica que permite a enfermería desarrollar hipótesis para conseguir una valoración más completa de la familia (Wright L.M. et al, 2005).

Como ejemplo, este genograma de la Figura 1 nos representa a una familia compuesta por un matrimonio (marido de 60 años y esposa de 55 años) y sus dos hijas, una de 26 años y otra de 22 años. La persona ingresada es el padre, por una intervención cardiaca compleja.

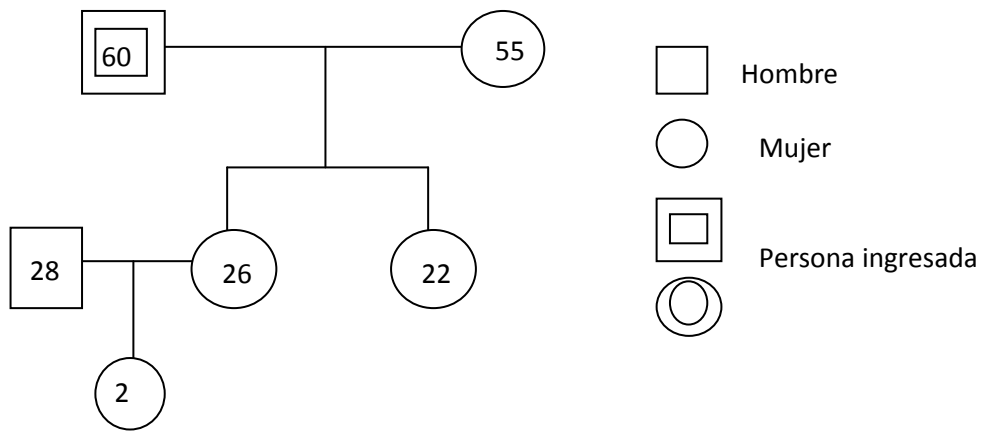
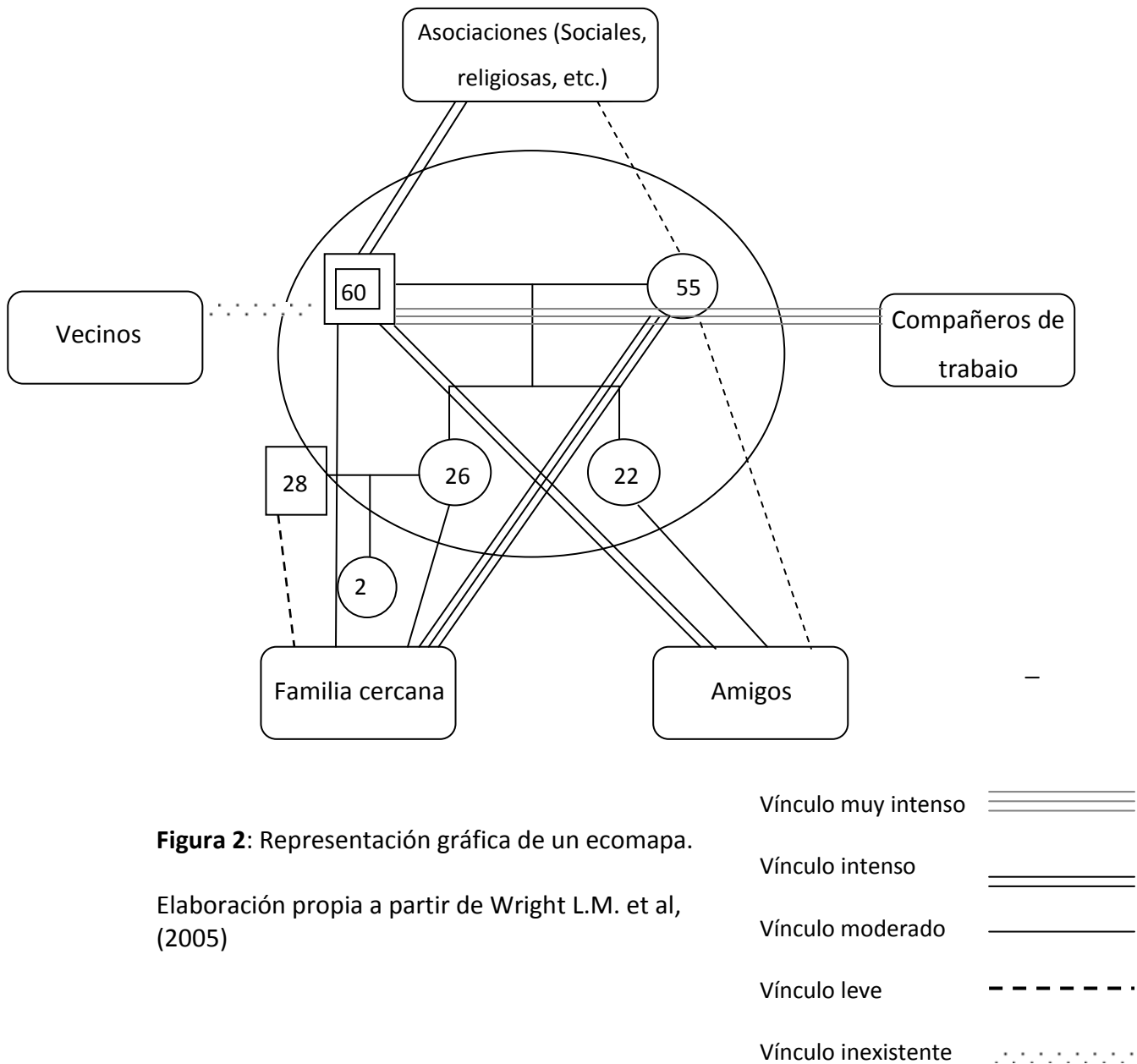


Figura 1: Representación gráfica de un genograma.

Por otro, el del ecomapa nos ofrece información sobre los agentes externos que tienen influencia sobre la familia debido al estrecho contacto con ellos: compañeros de trabajo, amigos, vecinos... De forma que ayuda a las enfermeras intensivistas a identificar quienes son las personas consideradas como apoyo para la familia y para el paciente en momentos de crisis (Wright et al, 2005).

Como ejemplo, este ecomapa de la Figura 2, representa la estructura externa de una familia y los vínculos de cada uno de los miembros con el exterior.



Participación familiar

En torno a la relación que debe establecer la familia con la UCI, surgen importantes dudas: si deben cumplir un papel pasivo o si debe participar activamente en los cuidados del paciente (Torres y Morales, 2004).

Estudios como el de Auzolay et al (2003), muestran que ofrecer a las familias oportunidades para llevar a cabo un papel activo como cuidadores puede mejorar su experiencia y beneficiar al paciente; puede dar a las familias un sentimiento de cercanía con el mismo y de continuidad con la vida desde el ingreso en la UCI, consiguiendo así el alivio de su estrés, además de generar un sentimiento de utilidad y de esa manera contribuir en aliviar sentimientos negativos como la culpa.

Como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de las UCI en España sigue un régimen de visita restrictivo en el que, por lo general, la familia no participa en los cuidados del paciente a pesar de que existen evidencias de los efectos positivos de la participación de las familias en los cuidados básicos. De hecho, un estudio realizado en 2003 en Andalucía, muestra como la participación de la familia en los cuidados básicos como la alimentación o la higiene, disminuyen notablemente la ansiedad del cuidador (Rodríguez et al, 2003).

Asimismo, el estudio realizado por Velasco et al (2005), en 98 UCI de España muestra que, en general, la mayoría de estas unidades no adopta medidas para facilitar esta implicación, ya que solo un 5% de las unidades afirma tratar de implicar a los familiares. Esto puede ser debido a que esta implicación de las familias en los cuidados del paciente crítico supone un esfuerzo importante por parte de los profesionales sanitarios de estas unidades (Pérez, Rodríguez, Fernández, Catalán y Montejo, 2004).

Para facilitar esta labor, Llamas et al (2009) consideran interesante realizar protocolos en torno aquellas actividades que puedan ser realizadas por la familia de forma independiente.

4.4 Transmisión de la información

La información sobre los enfermos ingresados en la UCI es sin duda la necesidad más común, principal y demanda por los familiares. Necesidad respaldada por numerosos estudios que lo demuestran (Llamas et al, 2009; Pardavila et al, 2012; Hidalgo et al, 2007).

La información que se concibe como la que está relacionada únicamente con el diagnóstico, el pronóstico y tratamiento llevada a cabo por el personal médico y no de enfermería.

La literatura nos muestra que los pacientes y las familias refieren encontrarse con una información incompleta, transmitida de forma rápida y con un lenguaje inapropiado; esto produce como resultado una ansiedad en las familias que supone una carga emocional añadida (Achury et al, 2011).

El personal enfermero es el colectivo que mayor tiempo permanece junto al paciente ingresado en estas unidades y estos pueden ofrecer una perspectiva distinta al cuidado familiar.

Por ello, los profesionales de la UCI, deben esforzarse en intentar aliviar esta sobrecarga, proveyendo a las familias de la información que necesitan para entender el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento (Auzolay et al, 2003).

Además, los familiares no solo piden información sobre el pronóstico y el tratamiento sino también sobre los cuidados básicos del paciente como los signos vitales, el confort o el sueño. Aunque muchas enfermeras se limitan a dar una información excesivamente básica y breve sin hacer mención a estas necesidades básicas (Achury et al, 2011; Blanca et al, 2008; Arricivita et al, 2002).

Informar según competencias

Como afirman Pardavila y Vivar (2005), una de las posibles causas de esta cuestión puede ser el papel informador del médico, ya que suele ser él quien adquiere el papel de informar a las familias sin que exista una previa planificación interdisciplinar sobre todos los aspectos a transmitir. A este respecto, en un estudio realizado por Velasco et al (2005) sobre la organización de las visitas de familiares en las UCI de España, señala que son escasas (un 3,1%) las unidades donde la información es transmitida de forma conjunta por el médico y la enfermera. Además de que lo habitual es que se trasmite una sola vez al día (en un 79% de los casos), lo que facilita la aparición de lagunas informativas y numerosas contradicciones por parte de los profesionales.

En este sentido, varios autores sostienen que para poder mantener una uniformidad y calidad de información y evitar la incertidumbre, es imprescindible que exista una adecuada coordinación y conocimiento de la información entre los distintos miembros que forman el equipo sanitario (Achury et al, 2011; Velasco et al, 2002; Bernat, Tejedor y Sanchis, 2000).

Ante esta situación, estos y otros autores, proponen que cada profesional informe sobre sus competencias, es decir, que el médico sea quien informe sobre el tratamiento y pronóstico del paciente y que la enfermera explique a los familiares los cuidados que se le están realizando o el porqué de cada cuidado y que transmita información sobre el descanso, el confort e incluso sobre el estado anímico del paciente (Pardavila et al, 2012; Achury et al, 2011; Pérez et al 2009).

Así mismo, Bernat et al (2000) consideran que al ser enfermería quien permanece durante las 24 horas del día al lado del paciente, además de informar sobre los cuidados, debe informar también sobre aspectos de la situación clínica del familiar; por lo que para ello es necesaria una comunicación activa entre médicos y enfermeras para conocer así la información dada anteriormente por el médico.

Obligaciones de información para Enfermería

Enfermería, puede dar información en torno a todas aquellas actuaciones de las que es responsable dentro del marco de Diagnósticos Enfermeros (dimensión independiente del cuidado), es decir, las intervenciones de enfermería descritas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Pérez, Najarro, Dulce, Gallardo y Fernández, 2009).

Según el Modelo de Virginia Henderson, la satisfacción de la necesidad de comunicación es básica para mantener la salud tanto física como psicológica (Alba et al, 2010). Por ello, tal y como afirman Bernat et al (2000), enfermería debería participar más en el proceso de información con el fin de mejorar la calidad asistencial.

Como bien nos recuerdan algunos artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española (2003), la información es un derecho del cliente y es su responsabilidad mantenerlo informado. Como se señala en el artículo 10: “es responsabilidad de la Enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión, como cuando ésta se ejerce en las instituciones Sanitarias, empleando un

lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo” (2003, p. 8). Y en el artículo 11: “la enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado” (2003, p. 8).

Asimismo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, nos recuerda que *“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”*.

En definitiva, es deber y obligación de Enfermería mantener informado en todo momento tanto al paciente como a la familia.

Realidad actual

Actualmente, las enfermeras, a pesar de su interés por el bienestar del paciente y la familia, informan de manera diferente ya que presentan distintos grados de compromiso a la hora de informar. Entre las posibles razones se encuentran: la concepción de ver quién es el paciente, la concepción de la familia como elemento externo a la unidad con una atención técnica y centrada en el paciente, el miedo de las enfermeras a entrar en conflicto con el médico responsable por asumir el papel de informador o un intento de protección ante sentimientos de vulnerabilidad al enfrentarse al dolor de las familias (Pérez et al, 2009; Zaforteza et al 2004; Zaforteza et al, 2010).

Sobre esto, algunos investigadores, exponen esta heterogeneidad de criterios en dos grupos: por un lado, los profesionales no motivados que ven a la familia como un elemento externo de atención y por otro los profesionales motivados con una actitud de cambio y mejora en la atención a las familias (Zaforteza et al, 2010).

En definitiva, cada profesional ofrece los cuidados de una forma u otra según sus criterios y valores, pero de una forma no reglada (Pérez et al, 2009; Zaforteza et al, 2010).

Necesidad de formación

En este sentido, Zaforteza et al (2004), sostienen que las enfermeras analizadas en su estudio afirmaban tener una falta de formación en habilidades sociales, ya que en diversas situaciones consideraban el contacto con los familiares como una amenaza para su bienestar emocional y asumían tener dificultades para dar malas noticias o para el control de las emociones.

Asimismo, otro estudio realizado por Zaforteza et al (2003), muestra que las enfermeras que habían sido entrevistadas no tenían clara la relación profesional que debían establecer con la familia.

Por ello, se hace evidente la necesidad de formar a las y los profesionales de Enfermería en habilidades sociales para poder hacer frente a situaciones comprometidas de alto contenido emocional y reforzar la confianza de los profesionales logrando establecer una comunicación efectiva con la familia (Zaforteza et al, 2010; Zaforteza et al, 2008).

Zaforteza et al (2010) proponen como estrategia elaborar un plan de formación en torno a la actuación ante procesos de duelo y el final de la vida, habilidades de comunicación y relaciones humanas, al ser considerados temas prioritarios en estas unidades.

Tal y como muestran numerosos estudios, uno de los aspectos claves para poder conseguir una atención y relación de mayor calidad entre enfermería-paciente y familia es una mayor formación de los profesionales enfermeros en habilidades sociales (Pérez et al, 2009; Blanca et al, 2008; Zaforteza et al, 2004; Zaforteza et al, 2003).

Además, como se ha mencionado anteriormente, es necesaria la estandarización de unas normas de acogida al familiar a través de la elaboración de protocolos de atención a los familiares (Pérez et al, 2009).

En este sentido, un estudio realizado en la UCI del Hospital de San Creu i San Pau de Barcelona muestra que la creación y aplicación de una guía informativa y un protocolo de acogida hicieron que los niveles de satisfacción familiar aumentasen significativamente (Torrents, Oliva, Saucedo, Surroca y Jover, 2003).

5. DISCUSIÓN

La rápida evolución de la profesión de la enfermería unida al comienzo del reconocimiento por sus aportaciones y avances en el mundo de la ciencia, han suscitado el planteamiento de la buena práctica ante actuaciones que se contradicen al objetivo principal de la profesión: el cuidado de la persona y de su familia (Arricivita et al, 2002).

En este caso, el impacto que supone el ingreso en la UCI para los familiares obliga a los profesionales de la salud, y en especial a enfermería (por ser el personal que establece un contacto más estrecho y directo con el enfermo) a plantearse el cuidado de la familia como un aspecto esencial para conseguir un cuidado integral del enfermo (Pérez et al, 2004).

¿Es adecuada la atención que reciben los familiares de los pacientes ingresados en las UCI?

En este sentido, esta revisión de la literatura científica pone de manifiesto el claro impacto que supone el ingreso en UCI sobre las necesidades emocionales de los familiares así como los factores más relevantes que inciden de forma significativa en la sobrecarga emocional de los familiares de pacientes ingresados en la UCI.

Como queda reflejado en el apartado 4.1, en cuanto a la valoración de las necesidades, la gran diferencia de criterios en los profesionales de enfermería en torno a la percepción de necesidades de los familiares, pone de manifiesto la necesidad de desarrollar nuevos métodos: por un lado, la utilización de indicadores de calidad para poder valorar así la calidad de la práctica asistencial mediante la evaluación de la satisfacción de las familias y por otro, la realización de entrevistas con una posterior validación a través de cuestionarios logrando así llevar a cabo intervenciones que satisfagan y prevean esas necesidades.

El apartado 4.2, muestra que a pesar de la evidencia de los beneficios que producen las visitas abiertas de los familiares, actualmente la mayor parte de las UCI en España presentan un régimen de visitas restrictivo. Entorno a ello, se constatan varios factores que pueden ser la causa de esta situación: Por una parte, la estructura y la organización, caracterizadas por lo general por espacios cerrados, carentes de intimidad, donde el objetivo principal se centra en el cuidado y bienestar del paciente. Por otra, la gravedad de la situación de la mayoría de los pacientes; en una lucha entre la vida y la muerte. Y finalmente, la disparidad de opiniones en los profesionales muchas veces determinada por dificultad de adaptación al cambio o por la diferencia de criterios, que marcan, de alguna manera, el tipo de actuación de cada persona.

En definitiva, barreras culturales que apuntan a una dirección diferente al objetivo principal de enfermería: el cuidado integral de la persona y su familia (Pardavila et al, 2012).

En el apartado 4.3, se expone la ambiciosa tendencia hacia la consideración de la familia como agente de cuidados, actualmente no lograda en estas unidades. Por ello, ante esta situación, se plantea el uso de herramientas como el ecomapa o el genograma para conocer la estructura interna y externa de la familia y poder así planificar intervenciones eficaces e individuales.

Así mismo, se plantea el gran interrogante en torno al hecho de considerar la participación o no de los familiares en los cuidados del paciente a pesar de la evidencia actual del gran beneficio que supone tanto para la familia como para el paciente.

Aunque cabe destacar que, actualmente, la posibilidad de reconocer el papel de agente cuidador de la familia se ve posiblemente limitado debido por una parte, a la política actual de visitas, y por otra debido al esfuerzo añadido que supone la atención a los familiares para los profesionales de enfermería.

Por ello, tal y como afirman Landa et al (2000, p. 116): “las enfermeras debemos hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente”, ya que de alguna manera todo esto supone intentar recuperar la humanidad en unidades donde predomina la tecnología y la eficacia práctica (Pérez et al, 2004).

Finalmente, en el apartado 4.4, se exponen los errores en la transmisión de la información. Algo que redundará en una carga emocional añadida para los familiares, presentes en la mayoría de las UCI. En caso de enfermería, situación producida por posibles causas como: la falta de coordinación interdisciplinar, el poder del médico por ser sujeto informador, la heterogeneidad de criterios entre los profesionales, el miedo a enfrentarse a situaciones comprometidas con una gran carga emocional, etc. Todas ellas debidas en parte a un gran obstáculo: la falta de habilidades sociales.

En definitiva, tal y como afirma Velasco (2002), los familiares reclaman una mayor proximidad, una participación activa en sus cuidados de su ser querido y una mayor transmisión de información de calidad. Algo percibido socialmente como un privilegio pero que en realidad es un derecho.

Tratándose de un proyecto en torno a las personas, es imprescindible analizarlo desde un punto de vista ético, siguiendo los cuatro principios éticos planteados en un origen por Beauchamp y Childress (Casado, 2007).

En primer lugar se encuentra el principio de autonomía, un principio ético que nos obliga moralmente a respetar a cada persona en su individualidad, en sus valores, deseos, ilusiones y preferencias. En este caso este principio se cumple, ya que, el presente proyecto pretende mostrar la necesidad de que enfermería considere a la familia como agente de cuidados de forma que se valoren las necesidades individuales de cada uno y poder ofrecer así una atención sanitaria eficaz.

En segundo lugar, se encuentra el principio de no-maleficencia, que obliga al profesional a no hacer daño al paciente, y si es necesario hacérselo, a que sea el menor mal necesario para conseguir un bien mayor. En el caso de esta revisión, no sólo no se daña al familiar, sino que sus objetivos van aún más allá. En este trabajo se contempla el principio de beneficencia ya que la finalidad de éste está dirigida a lograr un cambio de mejora en la atención a las familias mediante un abordaje multidisciplinar.

Y por último, cabe mencionar el principio de justicia, que señala que la distribución de los bienes sociales debe ir en función de las necesidades de cada uno, en una distribución equitativa. Principio que puede apreciarse en este proyecto ya que lo que se propone es extender de alguna manera las mejoras a todas y cada una de las personas que hacen uso de las UCI, sin hacer ninguna distinción.

6. CONCLUSIONES

Es por ello que, teniendo en cuenta cada uno de los apartados del proyecto, se concluye que en lo referente a Enfermería, el sentir general de la mayoría de las investigaciones analizadas es que existe una necesidad de atender las necesidades de los familiares de pacientes ingresados mediante un abordaje multidisciplinar, es decir:

- Identificando las necesidades individuales de las familias para planificar intervenciones efectivas.
- Flexibilizando las políticas de visitas
- Planteando intervenciones para integrar a las familias en el cuidado de los pacientes
- Estableciendo criterios de transmisión de información según competencias, de manera que la necesidad de información de las familias queden cubiertas.

Es esta un área de mejora marcada por la capacidad de crecer de forma continua de todos aquellos procesos que rigen la actividad de la UCI. Mejora que sólo obtendrá respuesta mediante la reflexión, el análisis de nuevas tendencias y la planificación del futuro teniendo en cuenta el entorno cambiante que nos envuelve.

De esa manera se obtendrá una atención sanitaria más eficaz y dará respuesta a las propuestas de cambio tanto de profesionales como de familias hacia una apertura de las UCI, más flexibles en cuanto a horarios, participativas y abiertas a las necesidades de la sociedad actual.

Todo ello, teniendo en cuenta en todo momento que todos estos cambios requieren también intervenciones que van más allá de las actuaciones propias de enfermería y que pueden obstaculizar de alguna manera este propósito; actuaciones de tipo estructural, organizativo, protocolario, social etc. Es por ello que se incide en señalar que todos estos aspectos requieren de un enorme esfuerzo multidisciplinar.

Como final, deseo hacer más estas palabras de Díaz et al (2004, p. 18) que resumen de forma especial lo que se quiere transmitir a través de este trabajo: "Que sirva pues, este trabajo como viaje de ida y vuelta para los profesionales sanitarios, dado que sólo haciendo familiar lo extraño, podemos llegar a hacer extraño lo familiar".

7. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría en este apartado expresar mi agradecimiento a la Doctora Miren Arantza Zabala Jauregialtzo por su orientación al inicio del proyecto, por el esfuerzo dedicado y por las horas de tutoría que me ha ofrecido a lo largo de este último año de Grado para que este proyecto haya sido realizado con éxito.

Finalmente, me gustaría agradecer a las personas más importantes, a mi familia; por su apoyo en los momentos difíciles, en especial al inicio del proyecto donde apenas veía luz en el camino.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Achury D.M., Achury L.F. y Ramirez A.M. (2011). La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensivo. *Clinical Connections, The World of Critical Care Nursing*, 8(1):2-8.
- Alba M.A. et al. (2010). Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. *Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén*.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Arricivita A., Cabrera J., Arias M., Robayna M. y Díaz L. (2002). Características de la organización de las visitas en las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Enfermería En Cardiología*, 25:38-42.
- Azoulay E. et al. (2003). Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Medicine*, 29(9): 1498-1504.
- Azoulay E. et al. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of Intensive Care Unit Patients. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 171: 987-994.
- Bernat M.D., Tejedor R. y Sanchis J. (2000). ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enfermería Intensiva*, 11:3-9, [Recuperado el 14/01/2014]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/articulo/como-valoran-comprenden-los-familiares-13008811>
- Blanca J.J., Blanco A.M., Luque M. y Ramírez M.A.(2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global*, N12: 1-13.
- Burgos R.M., Cano M.A., García C. y Lage A. (2000). Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: Opinión de todos los implicados. *Enfermería en Cardiología*, N20: 28-39.
- Casado M. (2007). *Nuevos materiales de bioética y derecho*. España, Fontamara: 73-89.
- Díaz A. y Díaz N.(2004). Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure investigación*, 10:1-19.
- España. Ley Orgánica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y

documentación [Internet] Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126-40132 [Recuperado el 19/03/2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

- Gómez P., Monsalve V., Soriano J.F. y De Andrés J. (2006). El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología* 2006, 87:61-87.
- Gómez P., Soriano J.F., Monsalve V. y De Andrés J. (2009). Satisfacción de la información: Posible Variable Interviniente en el Estado de Cuidadores Primarios de Pacientes Críticos. *Clínica y Salud*, 20(1): 91-105.
- Henneman E. y Cardin S. (2002). Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen. *Critical Care Nursing*, 22: 12-19.
- Hidalgo I., Vélez Y. y Pueyo E. (2007). ¿Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos?. *Enfermería Intensiva*, 18(3):106-14.
- Hinkle J.L., Fitzpatrick E. y Oskrochi G.R. (2009). Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit. *The Journal of neuroscience nursing. Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 41 (2): 85-91.
- Kentish-Barnes N., Lemiale V., Chaize M., Pochard F. y Auzolay E. (2009). Assessing burden in families of critical care patients. *Critical Care Medicine*, 37 (10): 448-456.
- Llamas F., Flores-Cordón J., Acosta-Mosquera M.E., González J., Albar-Marín M.J. y Macías- Rodríguez C. (2009). Necesidades de los familiares en una unidad de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 20 (2): 50-57.
- Marco L, Bermejillo E., Garayalde N., Sarrate I., Margall M.A. y Asiaín M.C.(2000). Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enfermería Intensiva*, 11(3): 107-17.
- Martin A. y Pérez M.A. (2005). Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an Intensive Care Unit. *The Spanish Journal of Psychology*, 8 (1): 36-44.
- Martín A., Pérez M.A. y Galán A. (2005). Psychosocial repercussions in family members of hospitalized critical condition patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58 (5): 447-451.
- Ministerio de sanidad y política social. (2010) Unidad de Cuidados Intensivos: estándares y recomendaciones. Madrid.

- Olano M y Vivar C.G. (2012) Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en. *Anales de Sistema Sanitario de Navarra*, 35 (1): 53-67.
- Organización Colegial de Enfermería. (2003). Consejo Código Deontológico de la Enfermería Española. Universidad de Navarra: Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas.
- Pallares Marti A. (2003). El mundo de las unidades de cuidados intensivos: La última frontera [tesis doctoral]. Universitat Rovira I Virgil.
- Pardavila Belio M. I. y Vivar C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*. 23 (2): 51-67.
- Pérez M.C, Najarro F.R., Dulce M.A., Gallardo N.y Fernandez A. (2009). Comunicación: una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de enfermería. *Revista Enfermería de Urgencias* Paginasenferur, 1(3): 15-20.
- Pérez M.D., Rodriguez M., Fernandez A.I., Catalán M. y Montejo J.C. (2004). Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes en la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 28 (5): 237-49
- Rodríguez M.C, et al. (2003) Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 14(3):96-108.
- Santana L., Sánchez M., Hernández E., García M, Eugenio P. y Villanueva A. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Medicina Intensiva*,31:273-80.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Cuidados Críticos y Unidades Coronarias. (2005). Indicadores de calidad en el enfermo critico. Madrid.
- Torrents R., Oliva E., Saucedo M.J., Surroca L. y Jover C. (2003). Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enfermería Intensiva*, 14:49-60.
- Torres L. y Morales J. (2004). Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis*, 4(1):18-25.
- Torrice E., Santín C., Andrés M., Menéndez S y López M.J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18 (1): 45-59.

- Uribe M.T., Muñoz C. y Restrepo J. (2004). Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Investigación y Educación en Enfermería*, 22(2): 50-61.
- Vargas-Mendoza J.E. y Aguilar-García E.L. (2004). Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 1 (5): 35-40.
- Vázquez M. y Eserverri M.C. (2010). El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enfermería Intensiva*, 21(4):161-64.
- Velasco J.M. A ambos lados de la puerta. (2002). *Revista Electrónica de Medicina Intensiva*, 2 (12); [Recuperado el 27/05/2014]. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2002/S/200212S2.htm>
- Velasco J.M. et al. (2002). Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivo. *Forandalus - Foro de Investigación en Enfermería - Proyectos*.
- Velasco J.M., Prieto de Paula J.M. y Castillo J.F. (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 16 (2): 73-83.
- Wright L.M., Leahey M. (2005). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention* (4ª ed.). Filadelfia: F.A. Davis Company.
- Zaforteza C. et al. (2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*, 21 (1): 11-19.
- Zaforteza C., De Pedro J., Gastaldo D., Lastra P. y Sánchez-Cuenca P. (2003). ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enfermería Intensiva*, 14(3):109-19.
- Zaforteza C., Gastaldo D., Lastra P., De Pedro J. y Sánchez-Cuenca P. (2004). Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: indicios para el cambio. *Nure Investigación*, N3.
- Zaforteza C., Sánchez C. y Lastra P. (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19:61-70.

9. ANEXOS

Anexo 1

Achury D.M et Al, 2011	
TÍTULO	La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensivo
OBJETIVO	Proporcionar a los profesionales de enfermería fundamentos que les permita comprender y aplicar lineamientos de las visitas soportadas en la satisfacción de la familia, recuperación física, emocional y social del paciente.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Revisión bibliográfica
RESULTADOS	En la práctica diaria no existe una claridad del tipo de visitas, las orientaciones, el rol del profesional de enfermería y el impacto de estas en la recuperación del paciente crítico.
HALLAZGOS	<p>Efectos negativos de la política restrictiva de la UCI:</p> <ul style="list-style-type: none">- Al paciente: Favorece el incremento de niveles de ansiedad, intranquilidad y desamparo debido a la distancia con sus familiares- A los familiares: la distancia con el paciente aumenta los niveles de ansiedad y depresión, perciben un mayor grado de satisfacción de sus necesidades debido al tiempo reducido para la interacción con el personal de salud, obtención de información, pronóstico y tratamiento y el contacto con su familiar <p>Efectos positivos de la política no restrictiva en la UCI:</p> <ul style="list-style-type: none">- En el paciente: reduce los niveles de ansiedad y con ello la disminución en la incidencia de complicaciones cardiovasculares y mortalidad. Se sienten más tranquilos con la presencia constante del familiar (Sensación de protección)- En la familia: incrementa la satisfacción de sus necesidades debido a que aumenta la posibilidad de conocer y comunicarse con el personal de salud → mayor cantidad y calidad de información. Además permite la implicación y participación de la familia en los cuidados básicos.- En el profesional de enfermería: aumenta la satisfacción laboral debido a la retroalimentación positiva, permite obtener una mayor cantidad de información sobre el paciente facilitando el cuidado individualizado

Arricivita Verdasco A., Cabrera Figueroa J., 2002	
TÍTULO	Características de la organización de las visitas en las UCI de la Comunidad Autónoma de Canarias
OBJETIVO	* Favorecer la reflexión de los profesionales de enfermería respecto a la atención que se está dando a la familia * Explorar aspectos concretos sobre la organización de las visitas y atención a la familia
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio descriptivo transversal
RESULTADOS	La mayoría de las unidades: <ul style="list-style-type: none"> - establecen dos periodos de visitas al día con limitación en la duración (30min) y en el numero visitas que puede recibir cada paciente - la información es proporcionada por el médico de forma no escrita y una vez al día - la familia no está implicada en los cuidados del paciente
HALLAZGOS	El sistema de organización de las visitas para las UCI de canarias no incorpora ni facilita la participación de la familia en el proceso salud-enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> - La función informativa se atribule fundamentalmente al médico y se limita a aspectos relacionados con la evolución, tratamiento pronostico. No se da información sobre los cuidados de enfermería y las enfermeras apenas informan. - No se le reconoce a la familia su papel como agente de cuidados o sus posibilidades están muy limitadas (duración y periodo de visitas). - En general no existen protocolos de atención a las familias y el tiempo de visita es tan reducido que hace difícil una intervención en torno a ello.

Azoulay E. et al.(2003)	
TÍTULO	Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff.
OBJETIVO	* Investigate opinions about family participation in ICUs.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Prospective multicenter survey
RESULTADOS	- Among caregivers 88.2% felt that participation in care should be offered to families. - Only 33.4% of family members wanted to participate in care.
HALLAZGOS	Most ICU caregivers are willing to invite family members to participate in patient care, but most family members would decline.

Azoulay E. et al. (2005)	
TÍTULO	Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of Intensive Care Unit Patients
OBJETIVO	Factors associated with these symptoms need to be identified.
MÉTODO DE ANÁLISIS	They studied the family member with the main potential decision-making role.
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> * Post-traumatic stress symptoms consistent with a moderate to major risk of PTSD were found in 94 (33.1%) family members. * Higher rates were noted among family members: <ul style="list-style-type: none"> - Who felt information was incomplete in the ICU (48.4%) - Who shared in decision making (47.8%) - Whose relative died in the ICU (50%) - Whose relative died after end-of-life decisions (60%) - Who shared in end-of-life decisions (81.8%) * Severe post-traumatic stress reaction was associated with increased rates of anxiety and depression and decreased quality of life.
HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> - Post-traumatic stress reaction consistent with a high risk of PTSD is common in family members of ICU patients and is the rule among those who share in end-of-life decisions. - Research is needed to investigate PTSD rates and to devise preventive and early-detection strategies.

Bernat M.D., Tejedor R., Sanchis J. (2000)	
TÍTULO	¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos?
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> * Estudiar la reacción y aceptación de los familiares de los pacientes ingresados ante el proceso de información. * Valorar la calidad percibida en la asistencia. * Recoger información para, una vez realizado el estudio, elaborar un protocolo de información que permita a la enfermera comunicarse con los familiares, informando sobre los cuidados y las necesidades de los pacientes a los que atiende.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Encuesta
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de satisfacción de la información proporcionada es buena, aunque se sugiere un cambio en cuanto a la frecuencia y extensión de la misma.
HALLAZGOS	

	- Los familiares apuntan que el entorno donde se informa, la falta de privacidad y la falta de amabilidad, influyen negativamente en la calidad asistencial percibida.
--	--

Blanca Gutierrez J.J. et al, 2008	
TÍTULO	Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos.
OBJETIVO	Recopilar las vivencias, necesidades de los pacientes y familias y enfermeras de la UCI.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Revisión bibliográfica
RESULTADOS	Los pacientes y familias demandan: <ul style="list-style-type: none"> - Un sistema abierto de visitas para poder permanecer juntos el máximo tiempo posible - Mayor información ya que esta es percibida como escasa, sometida a normas y a horarios estrictos proporcionada casi únicamente por los médicos. → mayor participación de enfermería. - Una atención personalizada Las enfermeras demandan: una formación más amplia en habilidades sociales
HALLAZGOS	De este estudio se pueden extraer 2 aspectos claves para conseguir una atención y relación de mayor calidad: <ul style="list-style-type: none"> - Una mayor formación en habilidades sociales por parte de las enfermeras - Consideración de la familia como un núcleo de atención, receptora de cuidados y de atención en estas unidades, proporcionando recursos para ello.

Burgos Naranjo R.M. et al, 2000	
TÍTULO	Visitas de familiares a pacientes ingresados en la UCI coronaria: opinión de todos los implicados
OBJETIVO	Conocer las preferencias de los pacientes y sus familiares con respecto a la duración, frecuencia, horario y número de visitas que reciben. Conocer la opinión de los médicos y de las enfermeras sobre los horarios, duración, beneficios/perjuicios y normas de las visitas que reciben los pacientes.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio descriptivo y de corte trasversal
RESULTADOS	La mayoría opina que a las visitas son beneficiosas, que estarían conformes con un horario más flexible (las familias) y que están de acuerdo

HALLAZGOS	en que el personal sanitarios restrinja las visitas cuando lo estime oportuno.
-----------	--

Díaz Sanchez A, Díaz Sanchez N, 2004	
TÍTULO	Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> * Describir las experiencias de los familiares de pacientes ingresados en UCI y reanimación. * Análisis de las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y los familiares. * Identificar necesidades de apoyo que tienen por parte de los profesionales de enfermería.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio de diseño cualitativo, aplicándola perspectiva antropológica
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Existe relación entre el grado de estrés percibido por los familiares durante la estancia del paciente en UCI y el apoyo percibido por los profesionales. - La hospitalización de un familiar en la UCI es un acontecimiento estresante a varios niveles: a nivel cultural (aceptar normas, valores y símbolos), estructural, social (las interacciones sociales del hospital), psicológico (factores estresantes como situaciones de dependencia) y físico (olores, ruidos, monitores...). - Necesaria la formación de enfermería en habilidades sociales. - La interacción entre el profesional de enfermería y el familiar se describe como asimétrica ya que los roles de cada uno no se encuentra al mismo nivel. - El cuidado y tratamiento en la UCI se centran en criterios técnicos atendiendo únicamente aspectos físicos, biológicos o fisiológicos de cuidando en cambio aspectos psicosociales que inevitablemente conducen problemas de salud en la familia. - Aunque formalmente se defiende un concepto integral de salud, en la práctica vemos un sistema sanitario pasivo en el que únicamente se interviene a nivel curativo dejando a un lado los contextos ambientales y comporta mentales.
HALLAZGOS	Se plantea la necesidad de una relación interpersonal efectiva con los familiares para poder prestar unos cuidados de enfermería adecuados

Gómez P., Soriano J.F., Monsalve V., De Andrés J. (2009)	
TÍTULO	Satisfacción de la información: Posible Variable Interviniente en el Estado de Cuidadores Primarios de Pacientes Críticos
OBJETIVO	Valoración del grado de satisfacción y necesidad de información en familiares de pacientes programados para una intervención quirúrgica que requiera el ingreso en una UCI y su relación con la depresión y la ansiedad.

MÉTODO DE ANÁLISIS	-
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Se hace evidente la necesidad de proporcionar un cuidado integral, teniendo en cuenta tanto el aspecto físico como psicológico; no solo en los pacientes sino en los cuidadores principales. - El estrés emocional que sufre la familia puede llegar a considerarse como una sobrecarga emocional. - Existe una relación entre los niveles de ansiedad de los cuidadores en los momentos iniciales del ingreso en UCI y el desarrollo posterior de un TEP. - Las necesidades de información no se encuentran adecuadamente satisfechas.
HALLAZGOS	<p>Se plantea una intervención psicológica a dos niveles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Destinada a la evaluación y detección de las alteraciones emocionales en los familiares 2. Focalizada en la valoración de sus necesidades de información con el objetivo de adaptar los recursos a las mismas y satisfacerlas de un modo adecuado.

Gómez P., Monsalve V., Soriano J.F., De Andrés J. (2006)	
TÍTULO	El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La repercusión en el familiar del paciente.
OBJETIVO	* Descripción de los diferentes problemas psicológicos y las necesidades manifestadas por los familiares de pacientes que precisan, como parte del proceso de tratamiento y control de la recuperación, ser ingresados en una UCI.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Revisión bibliográfica
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Durante la estancia de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sus familiares pueden experimentar: estrés, ansiedad, desorganización, sentimientos de desamparo, confusión, preocupación, irritabilidad, culpa, frustración, depresión, incertidumbre, - La información, ha sido considerada la “necesidad universal” en este tipo de ambiente
HALLAZGOS	Se desprende la necesidad de realizar, además de la valoración inicial, un seguimiento, tanto de los pacientes como de sus familiares, no solo durante su estancia en el hospital, sino también en los meses sucesivos, con el objetivo de identificar las dificultades que puedan aparecer y proporcionar un apoyo apropiado

Hidalgo Fabrellas I. et al, 2007	
TÍTULO	¿Qué es importante para los familiares de los pacientes de una ICI?
OBJETIVO	Conocer que necesidades son prioritarias para los familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital de Girona empleando el cuestionario CCFNI.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio descriptivo y trasversal
RESULTADOS HALLAZGOS	La necesidad de seguridad y confianza es considerada la más importante para los familiares. El nivel de estudios básicos no determina el grado de importancia que se le da a la necesidad de apoyo. Los padres y hermanos dan mayor importancia a la necesidad de seguridad y confianza.

Hinkle J.L., Fitzpatrick E., Oskrochi G.R. (2009)	
TÍTULO	Identifying the perception of needs of family members visiting and nurses working in the intensive care unit.
OBJETIVO	* Provide a review of the literatura and report the findings of a estudio that identified family members' and nurses' perceptions of needs of individuals visiting and nurses caring for patients in six ICUs.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Review of a literature
RESULTADOS	- It was identified these themes: emotional resources and support, trust and facilitation of needs, treatment information and feelings.
HALLAZGOS	This is important information for neuroscience nurses and other healthcare professionals to consider in providing care, setting visiting policies in ICUs, and developing approaches such family-centered care.

Kentish-Barnes N., Lemiale V., Chaize M., Pochard F., Auzolay E. (2009)	
TÍTULO	Assessing burden in families of critical care patients.
OBJETIVO	* To provide critical care clinicians with information on validated instruments for assessing burden in families of critical care patients.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Qualitative study
RESULTADOS	- The burden experienced by family members of ICU patients can be assessed quantitatively using validated instruments.

HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> - We believe that family burden should be evaluated at three time points: First, within 48 hrs after ICU admission; second, after day 3 and third, when a shift from curative care to comfort care is in order - In the future, a communication strategy for patients discharged alive from the ICU and their relatives should be developed and evaluated.
-----------	---

Llamas-Sanchez F. et al, 2009	
TÍTULO	Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos
OBJETIVO	Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI y su satisfacción con la atención recibida.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio observacional trasversal
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Los familiares manifestaron que habían entendido bien la información dada por los médicos aunque cerca de la mitad de los no se sintieron bien informados sobre los cambios en la evolución de su familiar además de tener dificultades a la hora de solicitar información a los facultativos. - Lo profesionales más valorados por la atención recibida fue enfermería - La mayoría expreso su desacuerdo con la duración y con los horarios de las visitas - La mayoría califico de forma negativa las características físicas de la sala de espera, lugar donde las familias pasan más tiempo.
HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> - Una de las necesidades principales de los familiares es pasar más tiempo con el paciente - Debe mejorarse el acceso a información fuera de las horas de visitas e informar sobre los cambios de evolución de los pacientes - Enfermería debería implicar a los familiares en alguno de los cuidados del paciente favoreciendo así el bienestar físico y emocional del paciente - El régimen de visitas debería ser más flexible teniendo en cuenta en la medida de lo posible las circunstancias del paciente y su familia

Marco Landa L.et al, 2000	
TÍTULO	Creencias y actitudes de las enfermeras de la UCI sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras.
OBJETIVO	Analizar la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familia y enfermeras en la UCI del Hospital de la Clínica Universitaria de Navarra
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio descriptivo correlacional

RESULTADOS Y HALLAZGOS	<p>Las enfermeras creen que la familia proporciona apoyo emocional al paciente, aumentando sus ganas de vivir y sin inestabilizarle. Y consideran que no incrementa el cansancio de la familia ni se sienten obligados a estar más cerca del paciente.</p> <p>* La mayoría de las enfermeras entrevistadas creen estar capacitadas para relacionarse con los familiares aunque reconocen que la visita abierta supone una mayor carga física y psíquica.</p> <p>* Creen que con este tipo de visitas la familia aporta una información muy valiosa sobre el paciente, sus hábitos, gustos, reacciones... que les orienta a la hora de planificar sus cuidados.</p> <p>* Las visitas abiertas producen un efecto beneficioso para los familiares: aumenta su satisfacción, disminuye su ansiedad, les proporciona una mayor información y un conocimiento real de la situación del paciente.</p>
HALLAZGOS	Las creencias de las enfermeras sobre los efectos positivos de la visita abierta se corresponden con las actitudes que ellas adoptan y la gran mayoría están satisfechas con el sistema actual de visitas.

M. Olano, C.G. Vivar, 2012	
TÍTULO	Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática
OBJETIVO	<p>* Conocer y examinar las características de los instrumentos validados y fiables existentes para valorar las necesidades de los familiares.</p> <p>* Analizar los estudios que han utilizados estos instrumentos</p>
MÉTODO DE ANÁLISIS	Revisión bibliográfica sistemática
RESULTADOS	Se encuentran 5 cuestionarios: CCFNI, FS-ICU, SCCMFNA, Family Satisfaction Survey y CCFSS
HALLAZGOS	<p>Todos ellos son adecuados y fiables pero ninguno engloba toda la variabilidad de categorías de necesidades.</p> <p>La mayoría, apenas valora a la familia sobre todo en lo referente al apoyos social, a las necesidades emocionales</p>

Pardavila Belio M.I, Vivar C.G., 2012	
TÍTULO	Necesidades de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la literatura
OBJETIVO	Analizar y presentar las necesidades de las familias del paciente crítico
MÉTODO DE ANÁLISIS	Revisión bibliográfica
RESULTADOS	- Existen dos principales necesidades en los familiares de UCI: la información por parte de los profesionales (no se trata de informar

	<p>únicamente sobre el tratamiento y pronóstico sino también sobre el confort, descanso, cuidados que recibe, dinámica de la unidad...y la proximidad con su familiar, por ello se propone flexibilizar el horario de visitas y realizar un protocolo a la hora de dar la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En ocasiones las enfermeras no son capaces de cubrir las necesidades emocionales de los familiares. Puede ser fruto de la alta tecnificación de las UCI o por la falta de conocimiento de enfermería sobre la estructura familiar. - Además se propone la incorporación de herramientas para la valoración familiar: el geograma y ecomapa.
HALLAZGOS	Importancia de que el profesional de enfermería identifique las necesidades de la familia para poder así prestar una atención de apoyo, ayuda y asesoramiento que alivie el sufrimiento de los familiares.

Pérez Fernández M.C. et al, 2009	
TÍTULO	Comunicación: una necesidad para el paciente-familia. Una competencia de Enfermería.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> * Mejorar la comunicación paciente-enfermera-familia * Aumentar la satisfacción de paciente-familia sobre los cuidados prestados * Mejorar la comunicación entre los profesionales
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio descriptivo
RESULTADOS	Las enfermeras presentan distintos grados de compromiso en la participación del proceso de informar. Posibles razones: forma de entender quien es el paciente, temor por ser sancionadas de asumir el poder de la información, falta de formación en habilidades sociales y miedo a ser vulnerables ante el dolor de las familias y el estrés que supone su cuidado.
HALLAZGOS	Es necesario una estandarización de unas normas de acogida familiar → proponen a través de NANDA NOC NIC

Perez M.D. et al. (2004)	
TÍTULO	Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.
OBJETIVO	Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) respecto al entorno asistencial y a la información recibida, motivando la reflexión sobre la atención prestada y analizando los procesos susceptibles de mejora.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio prospectivo descriptivo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Motivos más frecuentes de ingreso: insuficiencia respiratoria grave, patología neurológica y sepsis. - Se detectó una necesidad de acondicionar la sala de espera además de mejorar la sala de información (más amplia e iluminada).

	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría consideraban óptima la limpieza y el orden y el ruido y la iluminación fueron valorados de forma positiva. - Se detecta una necesidad por parte de las familias de ampliar el tiempo de permanencia con su familiar.
HALLAZGOS	La relación del personal con los familiares se valoro como positiva pero se detecta la necesidad de realizar mejoras estructurales y modificar el régimen de visitas.

Rodríguez Matinez M.C. et al, 2003	
TÍTULO	Implicación familiar en los cuidados del paciente critico
OBJETIVO	Implementar y validar un programa de participación familiar en lo cuidados básicos (alimentación, movilización, higiene) Estudiar la relación entre la participación familiar en los cuidados básicos y el estado de ansiedad del familiar/cuidador
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio experimental longitudinal y prospectivo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> * Se evidencia el efecto positivo del programa de visitas abiertas y la participación de los familiares en los cuidados en la disminución de la ansiedad y mejoría en el estado cognitivo de familia-paciente * Se verifica la falsedad del creer que el nivel de dolor aumenta cuando la familia está presente * Enfermería cree estar más preparada a la hora de relacionarse aunque la mayoría sigue pensando que las visitas abiertas aumentan el grado de carga psíquica y física.
HALLAZGOS	<p>Los niveles de ansiedad en la familia mejoran con la visita abierta y su participación en los cuidados básicos</p> <p>El estado cognitivo no se modifica después de la intervención</p> <p>El personal de enfermería se adapta a los cambios y mejora sus creencias de forma progresiva</p> <p>Se cumple el objetivo principal.</p>

Santana Cabrera L. et al, 2007	
TÍTULO	Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional
OBJETIVO	Comparar el grado de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio prospectivo, descriptivo durante 6 meses a una muestra de 121 personas
RESULTADOS	<p>Los profesionales de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sobreestima las necesidades de los familiares en las condiciones medioambientales, intimidad y la información de los cuidados

	<p>recibidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensaban que informaban bien sobre el aparataje utilizado y que conocían los nombres de enfermería.
HALLAZGOS	Se detecta la necesidad de mejorar la sala de espera, personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.

Torrents Ros R. et al, 2003	
TÍTULO	Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolarizada
OBJETIVO	Conocer el grado de satisfacción y el nivel de información que tienen los familiares tras una acogida protocolarizada
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio prospectivo observacional
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> * Para poder conseguir una comunicación eficaz con la familia, enfermería debe transmitir el mensaje de manera que pueda ser entendido y recordado. * Para poder humanizar los cuidados de la UCI, debemos cambiar algunos aspectos relacionados con la comunicación verbal y no verbal, la relación entre enfermera y familia, incluso los propios profesionales. * La información es una necesidad básica de la familia
HALLAZGOS	Una guía de actuación protocolarizada hace que el grado de satisfacción de los familiares aumente notablemente La información que se proporciona a través de esa guía satisface las necesidades de los familiares, sintiendo se implicados y con sensación de seguridad

Torres Pérez L., Morales Asencio J.M., 2004	
TÍTULO	Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermera de Cuidados Intensivos
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar áreas de incertidumbre en torno a la implicación familiar en los cuidados * Establecer recomendaciones basadas en la mejor evidencia posible que sirvan para potenciar la participación del ciudadano en el contexto clínico de España * Concretar la colaboración entre instituciones sanitarias, sociedades científicas y ciudadanos para mejorar la efectividad de la implicación familiar en la toma de decisiones
MÉTODO DE ANÁLISIS	Se empleo metodología RAND modificada para elaborar las recomendaciones

RESULTADOS	Las diferentes recomendaciones
HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> - Las recomendaciones elaboradas suponen un gran avance ya que ayudan a disminuir la variabilidad existente en nuestro sistema sanitario. - Puede facilitar el paso de ser un modelo cerrado a ser un modelo centrado en la familia proporcionando a los profesionales líneas de actuación en situaciones de incertidumbre. - El alcance de estas recomendaciones van a depender no solo de su contenido sino del concepto de atención que tengan los miembros del equipo sanitario ya que la implicación familiar más que una intervención es una filosofía de cuidados

Torrice E. et al, 2002	
TÍTULO	El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología
OBJETIVO	Explorar algunos de los modelos teóricos existentes que cumplan con la premisa básica de abarcar, en la medida de lo posible, el mayor número de variables que puedan incidir de alguna manera en el paciente oncológico.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Revisión bibliográfica
RESULTADOS Y HALLAZGOS	<p>Las ventajas que nos ofrece esta teoría en su aplicación a los pacientes oncológicos son las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerar al paciente como una persona en progresiva acomodación a sus entornos inmediatos (también cambiantes): familia, amigos, hospital, etc. nos facilitará perfilar intervenciones más adecuadas, no solo centradas en el paciente. 2. La consideración de las posibles necesidades, no solo del paciente sino de sus entornos más cercanos y la intervención directa sobre estos, favorecerá el ajuste del paciente a su enfermedad.

Uribe M.T., Muñoz C. y Restrepo J. (2004)	
TÍTULO	Precepción familiar del paciente crítico cardiovascular
OBJETIVO	* Se tuvieron en cuenta los sentimientos familiares manifestados en la situación crítica de un familiar enfermo cardiovascular (CV) hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
MÉTODO DE ANÁLISIS	Abordaje cualitativo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - La familia constituye un factor decisivo durante todo el proceso de enfermedad, recuperación y mantenimiento mental y emocional del paciente, le brinda bienestar, afecto y calidad de vida.

	- La relación que se establece entre la familia y la UCI forma un vínculo dinámico de gran carga emocional e intelectual.
HALLAZGOS	Es importante orientar a los familiares y darles una inducción sobre lo que pueden encontrar en sus primeras visitas a la UTI en relación con la tecnología y el pronóstico de la enfermedad del familiar hospitalizado. Con ello se contribuye a minimizar las emociones y sentimientos. De igual forma, tener una comunicación más asertiva con ellos, un contacto más personalizado y frecuente, para crear un clima de seguridad y confianza.

Vargas Mendoza J.E et Al, 2010	
TÍTULO	Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la UCI de un hospital general
OBJETIVO	Medir los niveles de estrés en una población constituida por los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en una UCI
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio trasversal
RESULTADOS	El 90 % presentaban datos de estrés
HALLAZGOS	Sería deseable desarrollar y evaluar: <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar un folleto para familiares que proporcione información general de las reglas de la unidad, de los servicios y comodidades que se les puede ofrecer y de cómo afrontar su rol como cuidadores sin descuidar su salud física y emocional. - Facilitar otro folleto para los cuidados necesarios tras el alta de la UCI. - Tras el alta en UCI, derivar tanto al paciente como a la familia a una consulta de psicología para poder evaluar la posible presencia de cualquier trastorno.

Vázquez M., Eseverri M.C. (2010)	
TÍTULO	El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson.
OBJETIVO	* Se plantea llevar a cabo una investigación que explore el cuidado de los familiares del paciente crítico basada en la idea del cuidado que propone Watson en su teoría.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Para comprender este planteamiento se analiza y evalúa la teoría del caring, según la guía elaborada por McEwen en el año 2007.
RESULTADOS	La teoría del caring de Watson puede ser útil para el cuidado de las familias de UCI, ya que, esta teoría promueve un clima favorecedor para el crecimiento personal del cuidador y de las personas cuidadas.
HALLAZGOS	

Velasco Bueno J.M, 2002	
TÍTULO	Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> * Conocer las necesidades de los familiares de los paciente ingresados en UCI * Conocer la percepción de los familiares acerca de la calidad de los cuidados que presta enfermería a los pacientes * Valorar las deficiencias o carencias actuales en la atención a los familiares * Identificar los factores relacionados con las necesidades descubiertas
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio observacional trasversal
RESULTADOS	Es una memoria de solicitud de un proyecto de investigación
HALLAZGOS	Es una memoria de solicitud de un proyecto de investigación

Velasco Bueno J.M, Prieto de Paula J.F, 2005	
TÍTULO	Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España
OBJETIVO	Conocer como se organizan las visitas en las UCI de España, atendiendo una serie de variables relacionadas con el tiempo de visita, numero de familiares, información...
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio trasversal
RESULTADOS	<p>El patrón organizativo de las visitas más frecuentemente observado refleja un carácter restrictivo de las visitas ya que en la mayoría de las unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existen limitaciones respecto al número de visitas que se permiten al día. Duración de los periodos de visita y numero de familiares a los que se le permite la entrada - El médico es el profesional encargado de dar la información, por lo general una vez al día. Solo en 3 de las 98 unidades analizadas la información es conjuntamente proporcionada por el médico y la enfermera. - No se adoptan medidas para favorecer la implicación familiar en los cuidados básicos del paciente. - El 85% de las unidades afirma no usar ningún tipo de protocolo que regule las visitas y la atención a los familiares.
HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> - La organización de las visitas en las Uci españolas es muy variable: no se basa en unos criterios estandarizados - El patrón organizativo de las visitas habitual es restrictivo, manteniendo una clara separación entre familia, paciente y profesional

	- Esta práctica no se corresponde con las recomendaciones sugeridas del análisis de la evidencia disponible
--	---

Zaforteza Lallmando C. et al, 2010	
TÍTULO	Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas
OBJETIVO	Conocer las características de la atención a los familiares en la unidad. Alcanzar el consenso sobre las áreas de acción-intervención en la UVI del Hospital.....
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio cualitativo a través de un diseño de investigación-actuación participativo (IAP)
RESULTADOS	<p>Se identifican 5 áreas susceptibles de mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proceso de información a las familias: existe una falta de consenso acerca de la información que se da a las familias, falta de habilidades sociales y de comunicación. - Abordaje de los procesos de duelo de los familiares: muchas enfermeras desarrollan conductas de evitación por falta de competencias (falta de experiencia, formación, carencia de habilidad) - Protección de la intimidad: existen dos grandes dificultades → la estructura abierta de la unidad y el alto ruido ambiental. - Política de visitas: dificultades → falta de consenso entre los profesionales y falta de competencias para el manejo de situaciones de estrés emocional. - Posicionamiento de los profesionales de la unidad: diversas posiciones, profesionales no motivados y profesionales con una actitud de autocrítica <p>Principales propuesta de cambio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difusión entre los profesionales de la evidencia sobre los familiares en la UCI - Mejora de los procesos de información enfermera-familia e intraequipo - Protección de la intimidad de los pacientes y disminución del ruido ambiental - Plan de formación para los profesionales - Ampliación y flexibilización de la política de visitas
HALLAZGOS	El uso de metodologías de consenso permiten priorizar y diseñar estrategias de cambio adecuadas al contexto en el que se van a aplicar

Zaforteza Lallemand C. et Al, 2003	
TÍTULO	¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?

OBJETIVO	<p>* Estudiar la relación que las enfermeras de UCI establecen con la familia del enfermo crítico para conocer qué factores influyen en la relación.</p> <p>* Conocer como la enfermera de UCI describe a los diferentes actores sociales que intervienen en la relación con los familiares y como percibe estas relaciones.</p>
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio cualitativo de orientación crítico-social
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras trabajan con el concepto <<familia como bloque>> , es decir, trabajan con el colectivo familia y no con las personas que componen ese colectivo - La familia se convierte a un elemento más en el control d las variables que interfieren con el trabajo de las enfermeras: unos horarios, unas normas, lugar donde deben esperar... - Estas normas son un reflejo del interés de las enfermeras en prestar un cuidado de calidad al enfermo, debido a su estado crítico - Como no existe una estandarización en la atención a la familia hace que la experiencia en la UCI resulte particularmente difícil para la familia. - El comportamiento más esperado o deseado por parte de las enfermeras en cuando a la familia es la pasividad.
HALLAZGOS	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de estándares de calidad en la relación a los cuidados hacia la familia - Se debería preparar a los profesionales de enfermera para ejercer su papel en relación a la familia, mediante una formación continuada. - Necesidad de elaboración de protocolos de atención a los familiares con oferta de soporte emocional a familiares y profesionales

Zaforteza C. et al, 2004	
TÍTULO	Relación entre enfermeras de Uci y familiares: indicios para el cambio
OBJETIVO	Conocer cuáles son las expectativas de futuro que perciben las enfermeras de UCI al respecto de la relación y de los cuidados a los familiares.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio cualitativo de perspectiva post-estructuralista
RESULTADOS	<p>Las enfermeras consideran que su papel como informadoras es insuficiente ya que se sienten sujetas a la norma de “no informar” y de mantener a la familia bajo una disciplina de control de tiempo, espacio y conocimiento.</p> <p>A su vez consideran que el contacto con los familiares muchas veces supone un estrés emocional añadido ya que no se sienten formadas en cuestión de habilidades psico-sociales (dar malas noticias por ejemplo).</p>

	Por ello es necesario establecer estándares de atención en el proceso de dar información.
HALLAZGOS	Existe una voluntad de cambio por parte de enfermería hacia una mayor implicación en la atención de los familiares del paciente crítico.

Zaforteza C., Sánchez C., Lastra P.(2008)	
TÍTULO	Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos.
OBJETIVO	* Conocer cómo son los estudios sobre los familiares y el contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos y qué temas abordan.
MÉTODO DE ANÁLISIS	Estudio cualitativo
RESULTADOS	<ul style="list-style-type: none"> - El reconocimiento y satisfacción de las necesidades es una de las prioridades para los familiares. - Dificultad de los enfermeros para implicarse en el proceso informativo debido a la carga emocional,
HALLAZGOS	Necesidad de formación a los profesionales de enfermería en aspectos psicológicos tales como el manejo del estrés emocional y habilidades y estrategias de afrontamiento y comunicación.