



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA AL PACIENTE CRÍTICO EN UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS PUERTAS ABIERTAS

EMOTIONAL SUPPORT OF THE FAMILY TO THE CRITICALLY ILL PATIENT IN
INTENSIVE OPEN DOORS CARE UNITS

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y Grupos Vulnerables

Autoría:

SANDRA GALUD COLIMBA ESCOLA
YADIRA FERNANDA TAMAMI TARIS

Dirección:

Mg. ANGEL EDUARDO PUPO SUÑOL

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2022



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA AL PACIENTE CRÍTICO EN UNIDADES
DE CUIDADOS INTENSIVOS PUERTAS ABIERTAS**

**EMOTIONAL SUPPORT OF THE FAMILY TO THE CRITICALLY ILL PATIENT IN
INTENSIVE OPEN DOORS CARE UNITS**

Línea de Investigación: Salud y Grupos Vulnerables

Autoría:

**SANDRA GALUD COLIMBA ESCOLA
YADIRA FERNANDA TAMAMI TARIS**

Ángel Eduardo Pupo Suñol, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Maricelys Jiménez Barrera, Mg.

CALIFICADORA

Walter Patricio Castelo Rivas, Mg.

CALIFICADOR

Yullio Cano De La Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, SANDRA GALUD COLIMBA ESCOLA portadora de la cédula de ciudadanía No.1724478845, y YADIRA FERNANDA TAMAMI TARIS portadora de la cédula de ciudadanía No. 1724399454, declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que se presentan como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos. son absolutamente originales, auténticas y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.



Firmado electrónicamente por:
SANDRA GALUD
COLIMBA ESCOLA

Sandra Galud Colimba Escola

CI: 1724478845



Firmado electrónicamente por:
YADIRA
FERNANDA
TAMAMI TARIS

Yadira Fernanda Tamami Taris

CI: 1724399454

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano De la Cruz, PhD.

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director del Trabajo de Titulación de Postgrado de Maestría en Gestión del Cuidado, titulado APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA AL PACIENTE CRÍTICO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PUERTAS ABIERTAS realizado por la maestrante: SANDRA GALUD COLIMBA ESCOLA con cédula: 1724478845 y la maestrante: YADIRA FERNANDA TAMAMI TARIS, con cédula: 1724399454 previo a la obtención del Título de magister, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Santo Domingo, 29 de septiembre 2022

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:

**ANGEL EDUARDO
PUPO SUÑOL**

Mg. Ángel Eduardo Pupo Suñol

Profesor Titular Auxiliar II

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este trabajo realmente nos sentimos orgullosas del camino que hemos recorrido hasta aquí y el tipo de profesionales en el que nos convertimos, por lo que deseamos agradecer infinitamente a Dios y a nuestros padres, quienes nos incentivaron y apoyaron a diario durante esta trayectoria.

Mi profundo agradecimiento a las autoridades y profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo, en especial a nuestro director de tesis Mg. Ángel Eduardo Pupo Suñol; quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos y experiencia hicieron que podamos crecer día a día en nuestra profesión y en el desarrollo de este trabajo, gracias a ustedes por su paciencia, dedicación y apoyo.

DEDICATORIA

Es dedicado en primer lugar a Dios quien me brindo salud, sabiduría y paciencia haciendo que siempre me levante y nunca desista de mis sueños y objetivos por más complicados que parecieran y por colocar a maravillosas personas que han sido un pilar fundamental y un ejemplo para seguir a lo largo de mi vida profesional.

A mis padres que siempre estuvieron presentes para darme amor, fuerza y tesón en este sueño que hoy se está cumpliendo al escalar un escalón más dentro de mi vida académica y profesional.

RESUMEN

Introducción: La familia o las personas significativas de la vida del paciente crítico intervienen de manera esencial en su recuperación, por lo tanto, el personal de enfermería debe crear un ambiente humanizado basado en la promoción de actividades que integren los valores humanos y científicos. **Objetivo:** Analizar la importancia del apoyo emocional de la familia al paciente crítico dentro de las unidades de cuidados intensivos con el sistema de visitas de puertas abiertas. **Metodología:** Se realizó un estudio de revisión bibliográfica sistemática, con enfoque cualitativo desde el mes de febrero a junio 2022, a través de la metodología PRISMA, se eligieron 14 artículos publicados a partir del 2016, su análisis fue con un enfoque cualitativo en el que se empleó los términos de búsquedas “apoyo emocional” AND (operador booleano) “paciente crítico” en título, resumen y palabras clave, y se elaboró una matriz de síntesis en respuesta a los objetivos del estudio. **Resultados:** De acuerdo con los estudios revisados el 83% sustenta que el acompañamiento familiar causa efectos positivos, tales como: la reducción de alteraciones psicológicas (ansiedad, estrés), además influye en la toma de decisiones para su recuperación y en el impacto en la respuesta del paciente al tratamiento; en cambio el 17% mantiene que la familia provoca efectos negativos por riesgo del aumento de infecciones o interferencia en la atención al paciente. **Conclusiones:** Finalmente se determinó que la falta de apoyo psicológico y emocional por parte de la familia favorece al aumento de alteraciones emocionales que afectan su salud mental y repercuten en su condición física a lo largo del proceso de su enfermedad. **Palabras clave:** apoyo emocional; paciente crítico; familia; unidad de cuidados intensivos puertas abiertas; cuidados humanizados.

ABSTRACT

Introduction: The family or significant people in the life of the critical patient intervene in an essential way in their recovery, therefore, the nursing staff must create a humanized environment based on the promotion of activities that integrate human and scientific values.

Objective: To analyze the importance of emotional support from the family to the critically ill patient in intensive care units with the open-door visiting system. **Methodology:** A systematic bibliographic review study was carried out, with a qualitative approach from February to June 2022, through the PRISMA methodology, 14 articles published from 2016 were chosen, their analysis was with a qualitative approach in which it was used the search terms “emotional support” AND (Boolean operator) “critical patient” in the title, abstract and keywords, and a synthesis matrix was developed in response to the objectives of the study.

Results: According to the studies reviewed 83% sustain that family accompaniment causes positive effects, such as: reduction of psychological alterations (anxiety, stress), in addition it influences decision making for recovery and impact on the patient's response to treatment; on the other hand, 17% maintain that the family causes negative effects due to risk of increased infections or interference in patient care. **Conclusions:** Finally, it was determined that the lack of psychological and emotional support from the family favors the increase of emotional alterations that affect their mental health and have repercussions on their physical condition throughout the process of their disease.

Key words: emotional support; critical patient; family; open doors intensive care unit; humanized care.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	4
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
4.	Resultados.....	15
5.	Discusión.....	22
6.	Conclusiones.....	26
7.	RECOMENDACIONES.....	28
8.	Referencias Bibliograficas.....	30
9.	Anexos.....	34

1. INTRODUCCIÓN

La dotación de recursos humanos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) está formado por un equipo de salud liderado por profesionales que brindan una asistencia multidisciplinaria a los pacientes críticos ingresados en ella; su principal misión es proporcionar una atención óptima de calidad dirigido a los pacientes que ingresan con diagnósticos que ponen en riesgo sus vidas, con la finalidad de restablecer su condición hemodinámica y lograr su pronta recuperación. Desde el momento en que se diagnostica una enfermedad cuyo tratamiento va a requerir ingreso hospitalario, el paciente y su familia se ven inmersos en un proceso durante el cual experimentan diversos sentimientos y alteraciones emocionales.

La admisión del paciente a las diferentes áreas hospitalarias, especialmente en las Unidades de atención crítica, establece barreras físicas y comunicativas del paciente con su familia y viceversa; además de producir alteraciones psicológicas que afectan el normal desarrollo de la vida del paciente en su núcleo familiar. “El aislamiento del paciente crítico con respecto a su familia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), tiene repercusiones para ambos, siendo, fundamental el apoyo emocional de los familiares para la pronta recuperación del paciente” (Duque et al., 2022, sección Introducción, pág. 3).

Los pacientes conscientes en las unidades críticas se sienten aislados, solos y vulnerables al encontrarse en un lugar desconocido y lejos de sus familiares. Siendo estos un apoyo importante para aliviar el estrés que produce la enfermedad crítica, por lo que se puede considerar como un apoyo emocional y físico fundamental el contacto con sus familiares. Partiendo de lo expuesto se puede afirmar que las familias no son sólo visitantes en el entorno hospitalario, sino que también forman parte imprescindible del paciente que experimenta el proceso de cuidado al lado de su familiar. Por tal razón, se evidencia la necesidad de un cambio en la actitud de los profesionales de enfermería, de forma que promuevan la participación de la familia en la asistencia a los pacientes. García et al. (2016) sugieren que “De este modo, se reconocería el papel fundamental de la familia como elemento básico de soporte afectivo y nexos con el exterior” (secc. Introducción, pág. 50).

La atención brindada a los pacientes ha evolucionado con el tiempo y estas transformaciones han llevado a que los servicios de cuidado crítico en la actualidad sean considerados como un eslabón fundamental dentro de los sistemas de salud, además que los

cuidados de enfermería sean orientados y direccionados a mejorar las condiciones de salud del paciente, tomando en cuenta su comodidad.

Para Martínez (2020), “en la UCI, los profesionales están acostumbrados a resolver situaciones inmediatas y urgentes, sin embargo, mientras se preocupan porque el paciente se estabilice, la salud psicológica parece pasar a un segundo plano.” (sección introducción, par.2)

La hospitalización es un evento estresante para el paciente puesto que todas las necesidades físicas y fisiológicas deben ser satisfechas y atendidas en su propia unidad por personas ajenas a su núcleo familiar lo que conlleva a una limitada privacidad provocando ansiedad y estados vergonzosos en pacientes conscientes, así como malestar e incomodidad al no contar con el apoyo de sus familiares en la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, “es por ello, que se debe incluir a la familia en el cuidado del paciente, puesto que esto aporta en gran magnitud a la nueva perspectiva de brindar cuidado humanizado e integral” (Asmat et al., 2018, sección introducción, pág.5).

La participación e integración de la familia con el paciente crítico contribuye a que el estado de ansiedad disminuya, así como sentimientos de miedo, culpabilidad e incapacidad; el vínculo afectivo familiar genera confianza en el paciente durante el proceso de hospitalización y recuperación progresiva. García et al. (2016) que citan a Márquez & Carrillo (2015) plantean que “al ser la familia esencial en la vida del paciente, no incluirla en la atención supone descuidar sus tres dimensiones: como parte integrante del paciente, como elemento terapéutico y como sujeto de cuidados en sí mismo” (Sección Introducción, pág. 50).

Por lo tanto, esta cultura de puertas cerradas de las unidades críticas impide que se resuelva la necesidad de proximidad que tiene el paciente con su familia, lo que puede crear un retroceso en el estado de salud del paciente. “Muchas unidades justifican este hecho basándose en la idea de que los familiares son un riesgo añadido al problema de infección en los pacientes, impiden el descanso e incluso producen alteraciones fisiológicas” (Duque et al., 2021, Introducción, pág. 3).

La UCI es la unidad de hospitalización más avanzada técnicamente enfocada en el soporte y mantenimiento de la vida. La difícil situación del paciente, la complejidad de las intervenciones, y los continuos avances tecnológicos, han hecho que la asistencia sanitaria se centre más en la enfermedad y condición física, haciendo que los profesionales de salud tecnifiquen sus habilidades, y como consecuencia, se deje a un lado la parte humana de los

cuidados. Es indispensable proporcionar una atención holística tomando en cuenta todas las dimensiones del paciente, en donde se enfatice la presencia, acompañamiento y cuidado de la familia para la evolución y bienestar del paciente, así como una mejor interrelación con el personal de salud con lo cual nos impulsa a realizar un análisis para la implantación de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos e impulsar esta acción en pro y mejora de la atención de salud encaminada al bienestar del paciente para que su estancia hospitalaria sea corta y pueda reintegrarse nuevamente a su núcleo familiar.

La política de visitas de puertas abiertas en las UCI de adultos se ha mostrado como modelo de visitas a implantar, sin embargo, hoy en día, todavía son pocos los países que tienen instaurado este modelo. Conociendo esta situación en cuanto al régimen de visitas dominante en la actualidad se hace necesario recolectar información bibliográfica sobre los beneficios que conlleva el modelo de visitas de puertas abiertas dentro de las unidades de cuidados intensivos y conocer cuáles pueden ser factores facilitadores u obstaculizadores para su implantación e instauración.

Para la ejecución de este trabajo se establecerá como objetivo principal Analizar la importancia del apoyo emocional de la familia al paciente crítico dentro de las unidades de cuidados intensivos con el sistema de visitas de puertas abiertas; estableciendo el comportamiento de la muestra estudiada para comprender la importancia que se le da a la implantación en las Unidades de Cuidados Intensivos de la política de puertas abiertas en el apoyo emocional del paciente crítico en la actualidad; tratando de demostrar el valor del vínculo afectivo entre la familia y el paciente crítico en las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas; además, identificar el nivel de aceptación de esta política de puertas abiertas por parte de los profesionales que laboran en UCI; y comprobar el comportamiento de los factores facilitadores y obstaculizadores para la instauración de una política de visitas abiertas.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamento teórico

De acuerdo con la realidad que se vive dentro de las unidades de cuidados intensivos en las diferentes instituciones de salud, como profesionales se puede evidenciar el gran impacto que causa al paciente y a su familia su estancia prolongada dentro de estas unidades. Las vivencias experimentadas por los pacientes durante su periodo de hospitalización crean sentimientos de ansiedad, estrés, temor a lo desconocido que confrontan con vulnerabilidad y sufrimiento. Conociendo la situación de las UCI de adultos en cuanto al régimen de visitas dominante en la actualidad se hace necesario buscar y analizar en la literatura los beneficios que brinda el modelo de visitas de puertas abiertas, así como el impacto que produce para la condición emocional y psicológica del paciente crítico.

Según Martínez (2020) “La humanización de los cuidados intensivos tiene como objetivo principal buscar la excelencia, considerando al paciente como un todo, y teniendo en cuenta sus necesidades, las cuales van más allá de su ingreso en esta unidad” (sección Resumen pág. 2).

En la actualidad, la implementación de una política de puertas abiertas en las unidades de cuidados intensivos apunta hacia la mejora de la atención de salud, direccionado hacia el paciente y la familia. Sin embargo, las barreras encontradas, en este caso son más mentales que físicas, ya que una modificación de esta índole requiere una nueva perspectiva de educación, formación y cambio de hábitos. Con esta transformación, las familias podrán participar activamente en el cuidado del paciente, ser parte en su progreso y en la evolución de la enfermedad, siempre bajo la supervisión de un profesional; además, se aumentaría así la cercanía y se reduciría el estrés del paciente y la familia.

2.1.1. UCI de Puertas abiertas. Definición.

De conformidad con Igeño Cano (2016) define: Puertas abiertas “es aumentar y mejorar la compañía y la comunicación de los pacientes con sus seres queridos. Es una apuesta por mejorar la calidad, la comprensión, la sensibilidad y la humanidad sobre nuestros pacientes” (parr.6). En este sentido también se hace énfasis en aumentar los horarios de visita, con flexibilización del tiempo dentro de las unidades, con responsabilidad y sabiduría, además que se distribuya el tiempo según el paciente, su enfermedad y sus deseos, siempre intentando la

conciliación entre el trabajo de los profesionales y el acompañamiento de los pacientes por sus familiares el máximo tiempo posible.

El equipo de profesionales de las UCI debe centrar su atención en el cuidado integral del paciente crítico, se debe dar prioridad a los problemas físicos u orgánicos, pero no se debe descuidar otros, que pueden pasar inadvertidos, como sus necesidades psicológicas, espirituales o sociales.

Por su parte, Martínez García (2020) argumenta que la gran cantidad de dispositivos técnicos de los que puede llegar a disponer un enfermo ingresado en una UCI produce importantes barreras para el contacto físico del paciente con el personal y con la familia. Con esto se podría comprobar que el personal de enfermería desempeña más un trabajo técnico que el propio de su profesión. Menciona cinco aspectos importantes: el compromiso moral en la acción de cuidar; el conocimiento del significado vital que tiene para la persona el proceso de enfermar; la aplicación de cada acción teniendo en cuenta los aspectos biológico, psicológico, emocional y espiritual de la persona enferma; aplicar las técnicas y protocolos desde una base lógica y reflexiva, y, por último, ser consciente de que hay una interacción sujeto-sujeto y que no es sólo la aplicación de un procedimiento.

Teniendo claro la importancia del apoyo psicológico al paciente crítico se describen los diferentes problemas psicológicos y emocionales además de las necesidades manifestadas por los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

2.1.2. Ingreso en UCI: ansiedad, estrés y desesperación.

Posterior al ingreso en la UCI, los pacientes pueden presentar numerosas alteraciones psicológicas destacándose la ansiedad, el estrés y la desesperación como los principales desórdenes afectivos manifestados por el paciente crítico ingresado en una UCI, siendo su principal sensación de inseguridad y temor.

Síndrome de Cuidados Intensivos.

Las vivencias experimentadas por los pacientes durante su estadía hospitalaria en la UCI pueden agravar los sentimientos de ansiedad producidos u ocasionados por la intervención y, como consecuencia de esto, generar anomalías psicológicas conocidas como «síndrome de cuidados intensivos» lo que conlleva a una fluctuación en los niveles de conciencia, pobre

orientación, ilusiones y alucinaciones, anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad y negativismo, así como alteraciones del estado de memoria los cuales pueden llegar a incrementar la duración de la estancia hospitalaria dentro de las unidades de cuidados intensivos. El desarrollo de este síndrome parece depender de la interacción entre los problemas psicológicos previos de los pacientes, el trauma psicológico provocado por la enfermedad, el estrés inducido por el ambiente y el tratamiento y cuidado de la UCI.

Por su parte Rodríguez y colaboradores (2022) plantean que el “síndrome post cuidado intensivos (SPCI) es el deterioro físico, cognitivo o psiquiátrico que aparece después de una enfermedad crítica y persiste tras el ingreso hospitalario” (Sección introducción, pág. 2).

La alta especialización de las Unidades de Cuidados Intensivos crea un ambiente estresante, generador de ansiedad y estrés para los pacientes ingresados en el cual a los pacientes les asaltan constantemente estímulos sensoriales que pueden afectarles de forma muy negativa. En este aspecto se puede mencionar cinco tipos de alteraciones ambientales como son: reducción en la cantidad y variedad de estimulación, variaciones en los estímulos, exceso de ruido, aislamiento físico y social, y restricciones de movimiento.

Centrándonos en el sueño, Nicolás y colaboradores desarrollaron un estudio en el que se plantearon como objetivos describir cómo perciben los pacientes críticos el sueño nocturno en una UCI, comparando la percepción subjetiva de los pacientes con el registro realizado por enfermería y así analizar el grado de acuerdo entre ambas valoraciones. Se concluyó que el perfil de sueño de los pacientes de la UCI se caracteriza por ser ligero, con despertares frecuentes y que generalmente cuando se despiertan o los despertaban les costaba relativamente poco volver a dormirse. Entre los factores señalados por los pacientes como causantes de su mal descanso se destacan el ruido, el dolor y las incomodidades debidas a la postura, la presencia de tubos, etc., así como a la preocupación por la propia enfermedad.

Según Nicolás et al. citados por Basco et al. plantean que “La privación del sueño puede repercutir de forma negativa en los aspectos físicos, psicológicos y de conducta, pudiendo retrasar en muchas ocasiones el proceso de recuperación de la enfermedad” (2010). Además, se podría indicar que este tipo de privación puede conducir al desarrollo del deterioro cognitivo pudiendo iniciar desde la apatía hacia la confusión y terminar en delirio.

Según la Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico del Proyecto de Innovación y Mejora para la calidad Docente, el Trastorno de Estrés Post

Traumático (TEPT) se define como “un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica.

Debido a la respuesta que exteriorizan los enfermos críticos durante su estadía en UCI y, al impacto que tiene este TEPT en la recuperación de la patología médica de origen, con la repercusión posterior sobre la calidad de vida una vez de alta domiciliaria, los sobrevivientes de enfermedades críticas sufren de memorias traumáticas hasta días posteriores después de su alta de las unidades de cuidados intensivos.

2.1.4. Incorporación de la familia en los cuidados del paciente

De acuerdo con Escudero et al. (2014) se “recalca que los familiares desean participar en el cuidado del paciente. Si las condiciones clínicas lo permiten, las familias podrían colaborar en algunos cuidados, como el aseo personal, la administración de comidas o la estimulación de ejercicios de fisioterapia, siempre bajo la supervisión de enfermería” (Sección introducción, pág. 372).

Se debería dar y brindar a la familia la oportunidad de contribuir en la recuperación del paciente ya que esto tiene un doble efecto positivo, tanto para el cuidado fomentando la cercanía y comunicación entre el paciente y los profesionales sanitarios.

Hay que recalcar la importancia de la comunicación en la Unidad de Cuidados Intensivos, con el transcurso del tiempo y los cambios transitorios que se han producido los pacientes y sus familias demandan cada día más información y una participación más activa en las decisiones que se toman con relación a la condición sobre su salud, tomando así que uno de los aspectos más importante en la satisfacción del paciente y su familia mediante una comunicación efectiva con los profesionales de salud, es necesario aprender y conocer la metodología específica de comunicación en situaciones de crisis. Es fundamental saber transmitir información compleja y asertiva con un lenguaje sencillo y comprensible, el profesional de enfermería debe entender, afrontar y reconducir con asertividad las reacciones emocionales inadecuadas, a la vez que debe mostrar comprensión y empatía.

La familia establece con el personal de enfermería relaciones de mayor confianza y transmiten dudas y preocupaciones; es necesario dividir la información, enfermería debe hablar sobre los cuidados generales del paciente, información del aparataje (respirador, monitor,

sistema de alarmas) y el médico sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. “Es importante que los profesionales de la UCI mejoremos la formación en habilidades de comunicación para conseguir un mayor nivel de satisfacción, una mejor relación médico-paciente y disminuir nuestro propio nivel de estrés” (Escudero et al., 2014, sección introducción, pág. 372).

2.1.5. Comunicación con el paciente intubado

Algunos estudios nos indican que los pacientes críticos recuerdan la intubación y la incapacidad para hablar como uno de los hechos más molestos y estresantes. La comunicación entre el paciente intubado y el personal sanitario es generalmente insuficiente e ineficaz, lo cual es frustrante para todos.

Resulta angustioso presenciar los esfuerzos de un paciente intubado tratando de expresar algo y un profesional que enumera sin éxito diversas opciones, hasta que se abandona el intento. Comunicarse con el paciente intubado requiere un esfuerzo personal, tiempo, interés y la fuerte convicción de lo importante que es para el paciente ser comprendido. En la UCI se debe trabajar para diseñar y desarrollar nuevos sistemas de comunicación no verbales que permitan la comunicación efectiva con el paciente intubado.

En las UCI la higiene personal y la exploración clínica del paciente en ocasiones, se realiza sin reparar en el pudor y con presencia de otros profesionales, lo que supone una falta de respeto a la privacidad del paciente a lo cual se debe hacer un esfuerzo adicional para proteger la intimidad y dignidad.

Podemos proporcionar una serie de consejos para evitar, en la medida de lo posible, estas alteraciones psicológicas, como orientar al paciente en tiempo y espacio, decirle con frecuencia dónde se encuentra, por qué se encuentra hospitalizado, hablarle con calma y en tono tranquilizador, tocarlo suavemente en el hombro para que se dé cuenta de que estamos pendientes de él, además limitar alarmas innecesarias, evitar las conversaciones junto a la unidad del paciente. Se debería permitir flexibilidad en los horarios de visitas para que el paciente pueda comunicarse con su familiar y afianzar los lazos familiares.

Por su parte, Gorordo-Delsol et al. (2020), argumentan que en “Múltiples estudios han observado que los pacientes de las UCI que reciben visitas en un horario flexible tienen menos delirium, ansiedad y depresión” (sección introducción, pág. 107).

Sin embargo, existe una constante preocupación por parte del personal dados por algunos problemas potenciales, sin embargo, no hay reportes de aumento de infecciones entre pacientes de diferentes habitaciones ni de familiares enfermos asociados a las visitas cuando se cumplen las medidas de aislamiento específicas indicadas al ingreso a la UCI, que son explicadas por el personal a cada familiar.

Además, se ha observado que el personal tiende a realizar más y mejor los procedimientos de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, lo que probablemente es por la necesidad de explicar al familiar a detalle lo que se realiza o bien por la sensación de ser observados por los visitantes. “Algunos trabajos han analizado la percepción del personal sobre las posibles interrupciones de las labores en un área crítica” (Gorordo-Delsol et al., 2020, sección introducción, pág.107).

Es importante que el equipo multidisciplinario que cuida y atiende al paciente crítico tenga presente estos aspectos que sin duda repercutirán en su pronta recuperación, así como podrían agravar la condición del paciente a largo plazo dentro de las unidades de cuidados intensivos. Nosotros proponemos implementar protocolos de actuación conjunta dentro de las unidades fomentando la vinculación de la familia al entorno del paciente crítico ya que este factor influye en gran magnitud al progreso continuo de recuperación a la cual el paciente se encuentra inmerso durante su proceso de enfermedad.

Como personal de enfermería planteamos algunas reflexiones encaminadas a la atención dentro de las unidades de cuidados intensivos:

En primer lugar, que trabajamos en un medio con situaciones emocionales complejas y necesitamos incorporar habilidades de comunicación de tal manera que se pueda conseguir mejorar la relación con los pacientes y sus familias, para mejorar el apoyo emocional con lo que aumentaremos nuestra satisfacción profesional.

En segundo lugar, que las UCI fueron diseñadas para facilitar el control y el cuidado del enfermo, pero no su bienestar. Se debería diseñar espacios físicos que faciliten nuestro trabajo y sean agradables, más espaciosos y permitan preservar la intimidad.

Finalmente, si asumimos que un horario abierto es beneficioso para el paciente y la familia tenemos que poder facilitar las condiciones necesarias para que se pueda cumplir. Efectivamente, la familia también es objeto de cuidado y, por tanto, se supone un aumento de

la carga de trabajo y por lo que nos preguntamos “¿Dejaríamos de proporcionar alguna terapia por ese motivo? y tras la evidencia de varios autores y bibliografías confirmamos que parte del cuidado integral del paciente crítico o parte de la terapia para su bienestar es también cuidar su salud mental durante la estancia dentro de las UCI” (Vela-Cano et al., 2021, pág.51).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño

Se realizó un estudio de revisión bibliográfica sistemática, a través de una metasíntesis integradora, la cual es una metodología versátil y concordante con las técnicas de la medicina basada en la evidencia, en el análisis de los hallazgos presentes en la investigación cualitativa que permite identificar similitudes y diferencias conceptuales en los artículos (Oliva & Buhring, 2011). Se realizó una selección donde se incluyeron artículos sobre las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas que contengan en el título al menos dos de las palabras clave: apoyo emocional, paciente crítico, familia, UCI puertas abiertas, cuidados humanizados, y se desarrolló desde febrero a junio del 2022.

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo. Según Hernández Sampieri y colaboradores (2014) en este tipo de estudios, la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis no precede necesariamente a la recolección y el análisis de los datos, los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos, y comprende el uso de una estrategia inicial con la discusión en la cuestión de generación de conocimiento, para obtener resultados complementarios y que detallen el fenómeno, para el contraste de los resultados.

3.2 Estrategia de Búsqueda

Se aplicó como estrategia de búsqueda la selección de los estudios a través de la metodología PRISMA, que ha sido diseñada principalmente para revisiones sistemáticas de estudios que evalúan los efectos de las intervenciones sanitarias, independientemente del diseño de los estudios incluidos (Page et al., 2021). En la figura 1 se observan las diferentes etapas de la investigación, especificando el flujo de información a través de estas. La declaración PRISMA se compone de un diagrama de flujo de 4 fases (Figura 1).

Fase 1 - Identificación: En esta fase, se realiza la selección de 42 artículos. Se utilizaron los términos de búsqueda “apoyo emocional” AND (operador booleano) “paciente crítico” en título, resumen y palabras clave.

Fase 2-Tamizaje: Para esta fase se tuvo en cuenta estudios: que no estuvieran duplicados, o que no se adaptan a temática. Se utilizaron motores de búsqueda como: SCieLO,

PubMed, Medigraphic, Google académico, se eliminaron 8 artículos duplicados, 5 que no se adaptaron a la temática y 7 artículos publicados antes del 2016.

Fase 3- Elegibilidad: De los artículos seleccionados se descartaron los estudios sobre pacientes críticos pediátricos que fueron en total 8.

Fase 4- Inclusión: De los artículos sobrantes en la fase anterior finalmente fueron seleccionados 14 estudios para la revisión sistemática.

3.2.1 Criterios de inclusión:

- Artículos de investigación publicados de enero 2016 al mes de marzo de 2022.
- Artículos de texto completo publicados en inglés y español.
- Artículos que reflejen la importancia del apoyo emocional a los pacientes críticos.
- Artículos de investigación sobre implantación de la política de puertas abiertas en UCI adultos.
- Artículos de investigación que incluyan aspectos sobre los factores facilitadores y obstaculizadores para la instauración de una política de visitas abiertas.

3.2.2 Criterios de exclusión:

- Artículos cuyos estudios se hayan realizado en UCI adultos.
- Artículos cuyos tratamientos estuvieran enfocados a otra temática que no sea apoyo psicológico de los familiares a los pacientes críticos a través de las políticas de puertas abiertas.

3.3 Extracción de datos

La investigación se realizó mediante una revisión bibliográfica documental de manera ordenada, sistemática y específica en relación con el objetivo general del estudio. La información se obtuvo de diferentes bases de datos científicas como: ScieLO, PubMed, Medigraphic, Google académico. La documentación encontrada se organizó de manera sistemática, inicialmente se ordenó la información encontrada en una carpeta de archivos,

además, se realizó un control en una hoja de cálculo Excel de forma manual donde se incluyó nombre del autor, año, título, objetivo, población y muestra, técnicas e instrumentos, métodos, hallazgos y el enlace correspondiente a cada tema. Posterior a esto se realizó una depuración de la información, para decantar los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Una vez seleccionados los artículos del estudio se realizó una revisión documental en la que se aplicó una matriz de síntesis que responda a los objetivos del estudio.

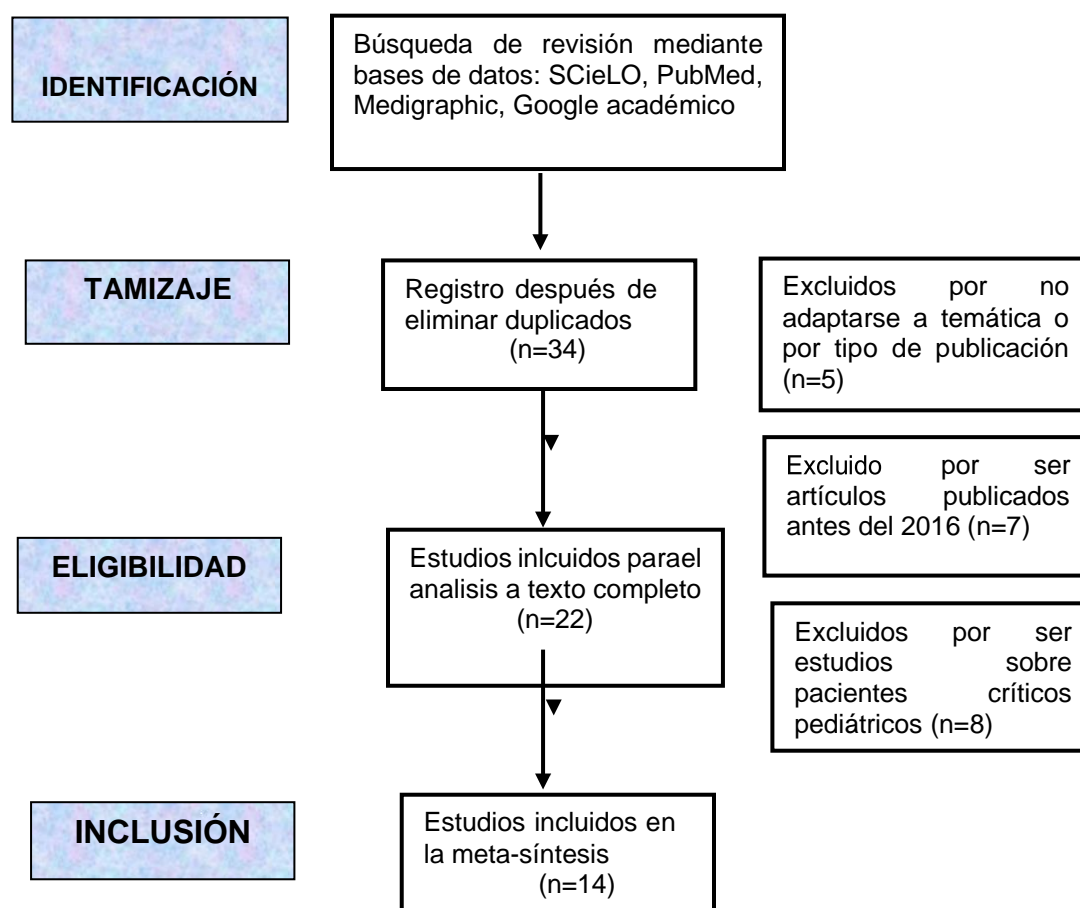


Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA

3.4 Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó de manera manual, para seleccionar de los artículos incluidos los diferentes objetos a estudio (pacientes, familiares de estos, y personal de laUCI, además diferentes variables (necesidades de los pacientes y sus familiares, satisfacción, distracciones de los profesionales, opiniones de pacientes, familiares y profesionales, factores facilitadores y obstaculizadores para la instauración de una política de visitas abiertas). Los estudios encontrados mostraron los beneficios asociados a una política de visitas de puertas

abiertas, si bien en la mayoría de los casos su implantación aún se muestra muy controversial y compleja. Y una vez destacados los aspectos relevantes de los artículos revisados se enuncio las ideas mediante redacción en una hoja de Word.

4. RESULTADOS

En la Figura 2 se muestra que el mayor porcentaje de los artículos revisados y analizados son de procedencia española con el 50%, seguidos por Colombia y México con el 22% y el 21% respectivamente, y Argentina con el 7%, cuyos artículos resaltan la importancia del apoyo emocional al paciente en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos.

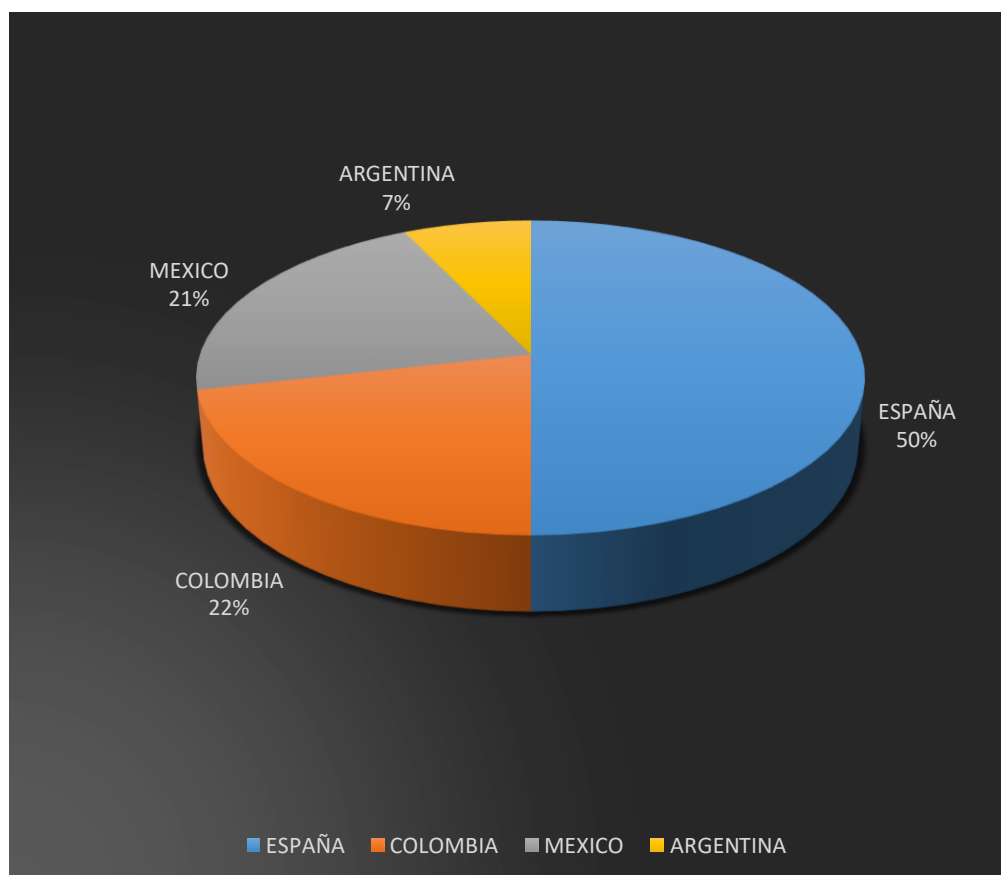


Figura 2: Distribución por países del número de artículos revisados.

Fuente: artículos de revisión

En la Figura 3, se evidencia la distribución del año de publicación de los artículos científicos seleccionados para el desarrollo de la investigación, el 29% de los artículos corresponden a los años 2019 y 2020, respectivamente, mientras que el 14% a los años 2016 y 2021 en cada uno, y finalmente el 7% al año 2017 y 2018.

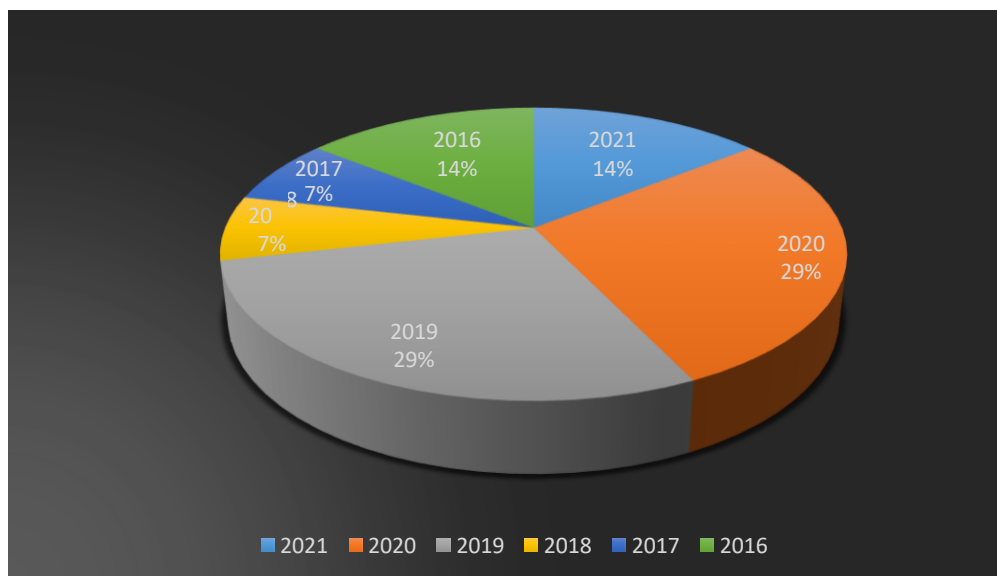


Figura 3: Distribución del número de artículos revisados por años de publicación.

Fuente: artículos de revisión

En la Figura 4, se evidencia la metodología de estudio que utilizaron los autores de los artículos seleccionados para el desarrollo de esta investigación, el 43% tipo descriptivo (cualitativo y cuantitativo), 36% de los artículos corresponden a revisiones bibliográficas, y 7% a investigaciones tipo revisión integrativa, analítico transversal y transversal descriptivo, respectivamente en cada uno.

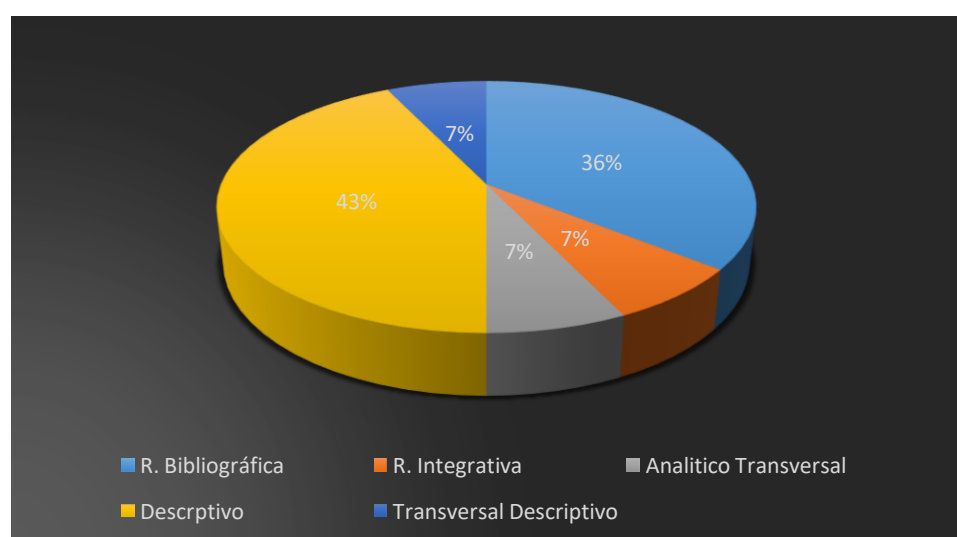


Figura 4: Distribución del tipo de estudio empleado en los artículos revisados.

Fuente: artículos de revisión

En el Figura 5, los autores de las bibliografías científicas revisada identifican y describen las principales necesidades de la familia cuando un miembro se encuentra internado o es paciente crítico en la UCI, reflejando que el 57% considera como necesidad prioritaria a la comunicación, información y seguridad, mientras el 43% considera como necesidad a la interacción humanizada (familia-profesionales UCI-paciente).

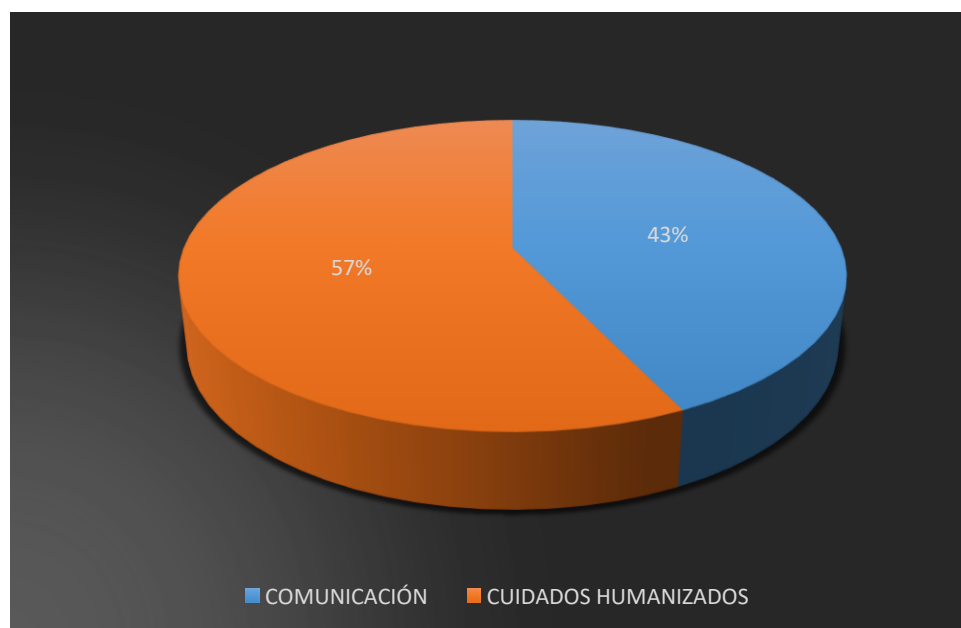


Figura 5: Distribución del tipo de necesidad expresada por los familiares de los pacientes en los artículos revisados.

Fuente: artículos de revisión

En la Figura 6, se refleja como los autores de las bibliografías revisadas describen la visita ligada al tipo de horarios como medio para satisfacer las necesidades de la familia cuando un miembro se encuentra internado o es paciente crítico en la UCI, reflejando que el 79% propone y recomienda una visita en horario no restrictivo a puertas abiertas y el 21% indica un menor nivel de aceptación para la implementación de horario extendido.

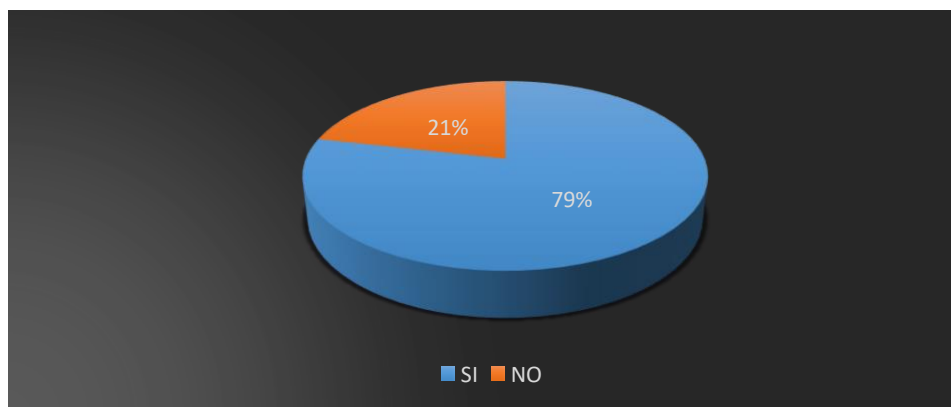


Figura 6: Distribución del factor visita familiar en UCI ligada al tipo de horarios como medio para satisfacer las necesidades de la familia.

Fuente: artículos revisados

En la Figura 7 se identifican y describen la importancia del apoyo emocional familiar al paciente crítico en la UCI según el nivel de aceptación de la política de puertas abiertas por parte del personal profesional que labora en estas unidades, reflejando que el 83% justifica y sustenta la visita familiar al paciente crítico en la UCI porque tiene efectos positivos, tales como: la reducción del efecto emocional del paciente y la familia, aumento de la seguridad y confianza de los familiares y profesionales de la salud en la UCI, disminución de la hostilidad del entorno familiar, ansiedad, el estrés, además de que influye en la toma de decisiones para su recuperación, impacto en la respuesta del paciente al tratamiento, y el 17% describe que las visitas familiares al paciente crítico en la UCI, tiene efectos negativos porque existiría un posible riesgo del aumento de las infecciones o interferencia en la atención al paciente.

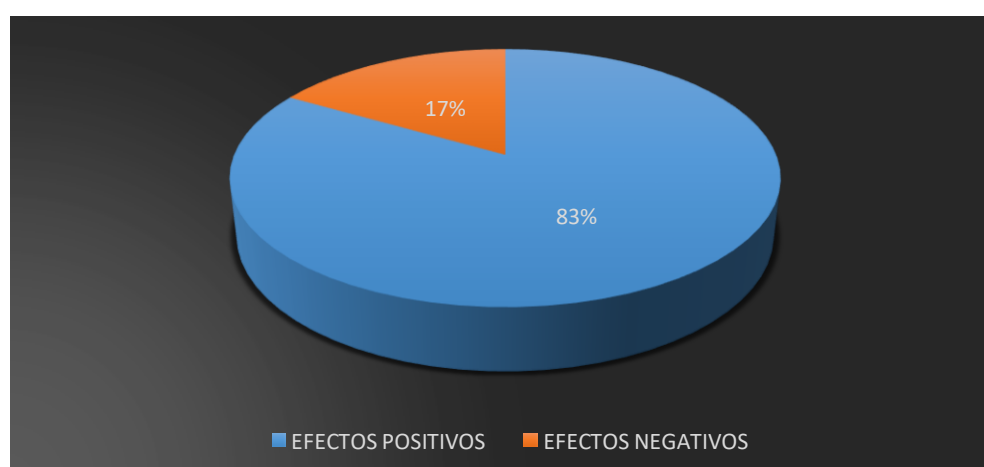


Figura 7: Distribución del nivel de aceptación de la política de puertas abiertas en UCI.

Fuente: artículos revisados

Tabla 1

Síntesis de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica

Nº	Autor, año y país de publicación	Título del Artículo	Tipo de Estudio	Variables De Estudio	Medidas Tomadas para Humanizar UCI
1.	Duque Delgado, Rincón, León Gómez Año: 2021 España	Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos	Revisión Bibliográfica	Apoyo emocional, familia y personal de enfermería	Propuestas para mejorar los cuidados a los familiares: mejorar las condiciones de espera al ingreso, desarrollo de un plan específico de formación continua sobre las habilidades sociales, estrategias de comunicación y manejo de situaciones de contenido emocional (para dotar a los profesionales de herramientas para manejar el estrés y la comunicación), ampliación de los horarios de visita y elaboración de una guía de atención a las familias.
2.	Martínez García Año: 2020 España	El apoyo psicológico y emocional al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos y a su entorno familiar	Revisión Bibliográfica	Paciente crítico, problemas psicológicos y emocionales	Es necesario modificar el criterio paternalista del equipo profesional flexibilizando los horarios de visita y tomando decisiones en conjunto con la familia del paciente.
3.	Moreno Año: 2019 España	UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización del cuidado.	Revisión Bibliográfica	Uci de puertas abiertas, familia del paciente crítico, cuidado humanizado, cuidados de enfermería	La flexibilidad en el horario de visitas, apoyo del área de servicio al paciente y su familia, dando respuesta a necesidades de servicio e información, se ha creado la asistencia espiritual para todo paciente que lo solicite teniendo en cuenta la creencia que él y su familia profesen.
4.	Boada y Guaqueta Año: 2019 Colombia	Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos	Revisión Integrativa	Cuidados Humanizados, paciente crítico, familia.	Facilitar a la enfermera su quehacer, retomando en sus protocolos de atención una base científica al momento de brindar la información, y al garantizar un proceso completo y adecuado que contribuya a la satisfacción de la necesidad de información de la familia del paciente en situación crítica.
5.	Duque Delgado et al. Año:2020 España	Apoyo emocional de las familias a los pacientes en unidades de cuidados intensivos	Revisión Bibliográfica	Paciente crítico, enfermera de cuidados críticos, familiares y apoyo emocional	La participación de la familia en los cuidados del paciente proporciona apoyo emocional y disminuye el sufrimiento reduciendo los síntomas psicológicos que pueden aparecer

6.	García Ortega et al. Año: 2016 España	La relación terapéutica con la familia del paciente crítico.	Revisión Bibliográfica	Unidades de cuidados intensivos, comunicación, relación terapéutica enfermera-familia	Las familias son un elemento clave en los procesos de adaptación y de recuperación del paciente por lo que es importante incluirla en el proceso de cuidado del paciente crítico
7.	González et al. Año: 2017 Colombia	Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio	Analítico transversal	Cuidados intensivos, pacientes, alivio, comodidad	El pertenecer a un estatus socioeconómico alto presenta mayor probabilidad de sentirse cómodo al paciente
8.	Gorordo-Delsol et al. Año:2020 México	Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de cuidados intensivos	Descriptivo	Humanización de la atención, cuidados críticos, familia	Proporcionar mejor comunicación, así como la toma de decisiones en beneficio del paciente y abrir las puertas de la Uci es una medida cardenal en el proceso de humanización de los cuidados intensivos
9.	Fuentes-Fernández et al. Año 2018 México	Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo	Cualitativo Fenomenológico	Unidades de cuidados intensivos, cuidados críticos, atención de enfermería, humanización	Integración del paciente, la familia y el personal de enfermería al permitir una estancia prolongada dentro de las áreas visualizando una oportunidad de trabajo interrelacionado con aplicación de aspectos humanísticos
10.	Martínez Zubieta Año: 2021 México	Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos	Descriptivo	Humanización, unidad de cuidados intensivos, cuidados intensivos, cuidados centrados en el paciente y la familia.	Permitir que los pacientes permanezcan el mayor tiempo posible acompañados por su familia y que las normas y protocolos sean modificados
11.	Alonso-Rodríguez et al. Año:2020 España	Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI	Descriptivo, transversal.	Perspectiva enfermera en UCI, Política de puertas abiertas	El 75,2% afirma que el equipo de enfermería tiene que postergar o modificar su trabajo por la presencia de la familia y el 89,9% que su presencia produce una carga física y psíquica en el personal. El 80% piensa que la visita agota a la familia y el 84,2% que la familia se siente obligada a permanecer con el paciente. El 94% piensa que el efecto de la presencia de la familia depende del paciente y de la familia. La mayoría de los profesionales tienen una opinión negativa sobre la política de visitas abiertas, mostrando cierta reticencia a la hora de flexibilizar los horarios de visita, aunque admiten que la libertad de horarios en este tipo de unidades supone algún beneficio para el paciente y la familia.

12.	Rojas Año:2019 España	Humanización de los cuidados intensivos	Descriptivo Analítico	Cuidados intensivos, pacientes críticos, humanización de cuidados	Fomentar el estudio de investigaciones relacionadas con la humanización de los cuidados en las áreas de terapia intensiva convirtiéndose en un planeamiento estratégico
13	Bautista Rodríguez et al. Año: 2016 Colombia	Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional	Cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal	Familia, pacientes críticos, unidades cuidados intensivos, apoyo emocional	Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica.
14.	Constanza Leoz Año:2019 Argentina	Humanizando los cuidados intensivos: Implicación de la familia en los cuidados del paciente.	Descriptivo	Cuidados intensivos; humanización, Familia	El rol del familiar es la pieza fundamental que impulsa este cambio, sin olvidarnos también de la necesidad de una mayor comunicación y cooperación de los profesionales que integran esta unidad.

5. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar la importancia del apoyo emocional de la familia al paciente crítico dentro de las unidades de cuidados intensivos con el sistema de visitas de puertas abiertas a lo cual se pudo identificar diferentes trabajos incluidos en la revisión bibliográfica con las palabras claves: enfermeras/os, familiares, pacientes, apoyo emocional, UCI humanizada. En el estudio realizado se encontró 14 artículos identificados como anexo 1 los cuales fueron agrupados por país de origen: España, Colombia, México, Argentina y Uruguay; y tipo de estudio: descriptivo, cualitativo, revisión bibliográfica.

Las variables de estudio en los artículos revisados fueron: necesidades de los pacientes, satisfacción de las familias y de los profesionales, percepciones sobre una política de puertas abiertas, política de visitas, percepciones para guiar el desarrollo de una política de visitas de puertas abiertas, opinión sobre las diferentes políticas de visita, situación de las visitas en las UCI a estudio, obstáculos y factores facilitadores para establecer una política de puertas abiertas en la UCI, efectos de una política de puertas abiertas sobre paciente, familia y profesionales.

El aporte de este trabajo brinda mayor conocimiento para futuros estudios encaminados a tomar en cuenta la importancia de la salud y el apoyo emocional que necesita el paciente crítico durante su periodo de hospitalización en las unidades de cuidados intensivos puesto que la familia es el pilar fundamental para la recuperación progresiva del paciente que se encuentra en condición crítica, además se debe realizar estrategias de comunicación y manejo de situaciones de contenido emocional para un mejor vínculo entre la familia y el personal de salud, además de la ampliación de los horarios de visitas. Se debe fomentar la colaboración activa y la toma de decisiones compartidas entre los pacientes, las familias y los profesionales para diseñar un plan de atención personalizado que persiga un bien específico direccionado a una atención adecuada y de calidad que abarque todas las necesidades del paciente crítico y lo tomé como un ser biopsicosocial.

Según Duque, Rincón y León en su revisión bibliográfica, en el año 2021, sobre el apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos, señalan que en diferentes estudios se comenta sobre la percepción de las enfermeras de Cuidados Intensivos con respecto a las familias, aseguran que las enfermeras afirman que invitar a los familiares a formar parte de la atención del paciente, debe ser una práctica habitual en la UCI, ya que los miembros de la familia son el recurso primordial para el cuidado de los pacientes durante una

trayectoria de recuperación a menudo prolongada, incluso manifiestan que la participación de las familias en los cuidados del paciente en UCI, hace que las enfermeras tengan la oportunidad de proporcionar el apoyo y la continuidad que tanto los familiares como el paciente necesita durante el periodo de la enfermedad crítica.

Según refieren, estos varios estudios aseguran que la comunicación en estas unidades es un reto debido a la complejidad y gravedad del paciente, a la incertidumbre y a las cuestiones éticas, por lo que varios autores declaran que una comprensión y comunicación eficaz entre los miembros de la familia y los pacientes puede ayudar a reducir sentimientos de angustia e incertidumbre sobre el estado del paciente en situación crítica.

Por su parte, Martínez García en su estudio en el año 2020, sobre el apoyo psicológico y emocional al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos y a su entorno familiar, demuestra que todos los pacientes sufren alteraciones emocionales y psicológicas durante su ingreso en la UCI y tras el alta hospitalaria, esto ha influido en mayor o menor medida en su recuperación y salud física. Mediante este contexto se puede argumentar la importancia que tiene el cuidar de estos aspectos psicológicos que sin duda repercuten en el proceso de recuperación de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Además, Moreno, en su revisión bibliográfica, en el 2019, recalca que uno de los factores facilitadores es fomentar la comunicación entre el personal profesional y la familia del paciente. Abrir las puertas de las UCI favorece la comunicación y la calidad de la información brindada al aumentar la interacción entre los familiares con el equipo de salud, así como dar respuesta a necesidades de servicio e información, se ha creado la asistencia espiritual para todo paciente que lo solicite teniendo en cuenta la creencia que él y su familia profesen.

El acceso a la información es una de las principales necesidades expresadas por pacientes y familiares en las UCI, no satisfacer adecuadamente esta necesidad es una de las principales causas de inconformidad, tomando en cuenta que una correcta comunicación entre los pacientes y familiares favorece un clima de confianza y facilita la toma conjunta de decisiones. Se ha comprobado que una información deficiente puede deteriorar la relación con el equipo de salud.

En cambio, Alonso-Rodríguez en su estudio del año 2020 realiza un estudio descriptivo transversal a través de la aplicación de una encuesta al personal de enfermería que labora un UCI polivalente para conocer la Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados

intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI, en la que el 75,2% afirma que el equipo de enfermería tiene que postergar o modificar su trabajo por la presencia de la familia y el 89,9% que su presencia produce una carga física y psíquica en el personal. El 80% piensa que la visita agota a la familia y el 84,2% que la familia se siente obligada a permanecer con el paciente. El 94% piensa que el efecto de la presencia de la familia depende del paciente y de la familia.

Y concluyen que la mayoría de los profesionales tienen una opinión negativa sobre la política de visitas abiertas, mostrando cierta resistencia a la hora de flexibilizar los horarios de visita, aunque admiten que la libertad de horarios en este tipo de unidades supone algún beneficio para el paciente y la familia.

Este estudio contrasta con los demás estudios revisados, pero en respuesta a esta investigación los investigadores Vela-Cano y colaboradores envían una carta a la editora de la revista, con un análisis y respuesta a este estudio en el que plantean que en su terapia intensiva el 69% de profesionales estaba de acuerdo en implantarla, al considerarla beneficiosa tanto para el paciente como para la familia. Sin embargo, y coincidiendo con los datos del estudio de Alonso-Rodríguez opinan que la presencia de la familia supone un aumento de la carga de trabajo y que podría crear problemas de intimidad para los pacientes, así como de espacio en las habitaciones.

Además, concluyen que finalmente, si se asume que un horario abierto es beneficioso para el paciente y la familia tenemos que poder facilitararlo, pues efectivamente, la familia también es objeto de cuidado y, por tanto, supone un aumento de la carga de trabajo. Y se preguntan ¿Dejaríamos de proporcionar alguna terapia por ese motivo? Por lo que aconsejan flexibilizar los horarios de visita y extenderlos para que la familia esté junto al paciente el mayor tiempo posible.

En otro estudio realizado por Alonso-Rodríguez y colaboradores indican que el 75,2% del equipo de enfermería tiene que posponer o modificar su trabajo debido a la presencia de la familia dentro de las unidades de cuidados intensivos y el 89,9% manifiesta que su presencia produce una carga física y psíquica al personal. El 80% piensa que la visita agota a la familia y el 84,2% que la familia se siente obligada a permanecer con el paciente. El 94% opinó que el efecto de la presencia de la familia depende del paciente y de la familia.

Ante este estudio el personal de enfermería no tendría que postergar o modificar sus actividades todo dependería de una mejor organización y distribución del tiempo dentro de las

jornadas de trabajo para la realización de actividades o procedimientos que necesita o demandan los pacientes, mediante esto al momento de abrir las puertas de las UCIs el familiar no interferiría en ninguna actividad que realice el personal de enfermería.

Cabe destacar que el familiar no puede sentirse obligado a visitar o acompañar a su ser querido en estado crítico, al contrario, solicitan el poder ingresar a las salas de cuidados intensivos ya que la preocupación, desconocimiento de su estado de salud y la ausencia de su familiar por tiempos prolongados correlacionado a su enfermedad actual, causa en los familiares sentimientos de angustia y querer estar cerca el mayor tiempo posible para poder brindarle afecto y apoyo emocional.

Independientemente de la condición de salud del paciente crítico sea en estado consciente o inconsciente (sedado) todos necesitan y ameritan el acercamiento y acompañamiento continuo por parte de sus familiares puesto que es un cuidado dirigido a su parte psíquica y emocional que en este caso se encuentra afectada por los prolongados días de hospitalización dentro de las unidades de cuidados intensivos.

6. CONCLUSIONES

La falta de apoyo psicológico y emocional de la familia dirigido al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos promueve inseguridad, la cual se evidencia al presentar alteraciones emocionales en menor o mayor medida que afectan principalmente la salud psicológica, lo que repercute en su recuperación física a lo largo del proceso de la enfermedad crítica; por lo que favorecer el contacto del paciente con la familia en las Unidades de cuidados Intensivos es de gran importancia ya que se fortalece el valor del vínculo afectivo entre ambos y esto disminuye sentimientos de nostalgia, desesperanza y angustia lo que es un limitante en el proceso de recuperación continua.

El personal de salud, en especial enfermería tiene la idea errónea en percibir que el permitir el ingreso de familiares a las Unidades de Cuidados Intensivos obstaculizan el trabajo continuo que se lleva a cabo con los pacientes en situación crítica, por lo que es necesario ampliar la información sobre los beneficios que implica la política de puertas abiertas en los pacientes y sus familiares; además de adecuar directrices para promover esta política que mejoraría la atención y cuidado del paciente tomándolo como un ser biopsicosocial.

Un factor facilitador para la implementación de visitas de puertas abiertas es la predisposición familiar a regirse a directrices o protocolos que se establecerían en las Unidades de Cuidados Intensivos puesto que serían medidas necesarias para precautelar la integridad y seguridad del paciente, así como la del familiar que ingresa a la unidad, por lo cual habría una aceptación positiva a lo dispuesto por el personal de salud. Pero podríamos decir que un factor obstaculizador es la falta de comunicación dentro de las unidades ya que el personal médico utiliza palabras científicas que en el peor de los casos los familiares no comprenden o es de difícil entendimiento lo que genera sentimiento de angustia, miedo y desesperanza sobre la condición actual del paciente en estado crítico.

Se manifiesta que la participación de la familia en los cuidados del paciente hace que las enfermeras tengan la oportunidad de proporcionar apoyo y continuidad en las actividades de cuidado directo que necesita el paciente durante el periodo de la enfermedad crítica, aparte de esto, esta implicación satisface mejor las necesidades del paciente y favorece la comunicación continua entre el personal de salud y la familia, fomentando la integridad familiar y los lazos de unión.

Diferentes estudios señalan sobre la percepción del apoyo emocional dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos con respecto a las familias, en la cual ratifican que permitir el ingreso de los familiares e involucrarlos en la atención y cuidado del paciente debe ser una práctica habitual, teniendo en cuenta que los miembros de la familia son el recurso humano esencial e indispensable para el cuidado del paciente en situación crítica ya que por diferentes causas relacionadas a su enfermedad o estado crítico afrontan una trayectoria de recuperación a menudo prolongada y de varios días de hospitalización.

7. RECOMENDACIONES

Argumentar la importancia que tiene el cuidar de los aspectos emocionales y psicológicos que sin duda alguna repercuten de gran medida en el proceso de recuperación, así como para su posterior alta de la unidad de cuidados intensivos, es necesario modificar las prácticas habituales del equipo profesional en el que él paciente es únicamente cuidado por el profesional de salud así como se debería flexibilizar los horarios de visitas, además de la toma de decisiones en conjunto en caso de que sea posible.

La palabra cuidado no solo define el cuidado que se brinda al paciente en su estado físico sino también abarca el cuidado de su estado emocional, el cual durante la enfermedad crítica y al encontrarse en un periodo de hospitalización de larga estancia se encuentra afectado, por esta razón se debería poner mayor énfasis en promover la apertura de visitas de puertas abiertas en las Unidades de Cuidados Intensivos, y satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas del paciente crítico al encontrarse alejado de su núcleo familiar.

La comunicación en todo contexto debe ser clara, eficaz y efectiva más aún si se trata en el ámbito de la salud y de la condición del paciente en estado crítico, si este factor cambia y se logra una comunicación de fácil entendimiento para los familiares se romperían las barreras obstaculizadoras así como generar mayor empatía del personal de salud hacia el paciente en condición crítica, y esto ayudaría a promover políticas de visitas a puertas abiertas, flexibilizar y extender el tiempo de los horarios de visitas, promover el acercamiento y apoyo emocional que necesita el paciente y sobre todo fomentar los lazos de unión entre la familia y el paciente.

Involucrar a la familia dentro del cuidado directo del paciente crítico es fundamental en actividades en las cuales sean posibles y no ponga en riesgo la integridad del paciente, así la acogida por el personal de salud será mejor puesto que esto ayudaría al paciente en su pronta recuperación, mejoraría su estado físico y emocional lo que promueve en gran medida que el paciente tenga esperanzas y fortaleza para sobrellevar su enfermedad hasta el momento de su alta y no creé ideas de desesperanza o frustración por no lograr una recuperación temprana.

Mantener el apoyo emocional y psicológico al paciente dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos es imprescindible en la condición crítica en que estos se encuentran, pues la enfermedad, en muchas ocasiones mantiene al paciente incapacitado de realizar actividades como levantarse o caminar, incluso el no poder realizar actividades simples como alimentarse

genera en el paciente desesperación y nostalgia, por esta razón todas la Unidades de Cuidados Intensivos deberían analizar esta situación y cambiar estrategias y directrices encaminadas a abrir sus puertas y permitir el acceso de los familiares puesto que ellos son el nexo que tiene el paciente con el exterior, y así promover el apoyo emocional que genera la familia en el paciente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Rodríguez A., Martínez-Villamea S., Sánchez-Vallejo A., Gallego-Lorenzo J., Fernández-Menéndez M. (2020). Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI. *Enferm Intensiva*. 2020 DOI: 10.1016/j.enfi.2020.02.005.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130239920300341>
- Asmat Ortiz, N., Mallea Butron, Y., & Rodríguez López, F. D. (2018). *Comunicación y Apoyo Emocional de Enfermería según el Familiar del Paciente Crítico*. Obtenido de Universidad Peruana Cayetano Heredia:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3970/Comunicacion_AsmatOrtiz_Nataly.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Basco Prado, L., Fariñas Rodríguez, S., & Hidalgo Blanco, M.A. (2010). Características del sueño de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2) Recuperado en 24 de junio de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200006&lng=es&tlng=es.
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (17 de Abril de 2016). Obtenido de PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS HOSPITALIZADOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Y APOYO EMOCIONAL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732016000200007
- Bernat-Adell, M.D., Ballester-Arnal, R., & Abizanda-Campos, R. (2012). ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones?: Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Medicina Intensiva*, 36(6), 416-422. <https://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2011.11.021>
- Boada Quijano, L. C., & Guáqueta Parada, S. (30 de Noviembre de 2019). Obtenido de Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/21-2%20\(2019-II\)/145262053007/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/21-2%20(2019-II)/145262053007/)

- Carmona, P. E. (Julio de 2018). *Universidad Nacional de Córdoba*. Obtenido de Unidad de Cuidados Intensivos Puertas Abiertas: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/carmona-patricia-delia.pdf>
- Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E. E., & León Gómez, E. (05 de Abril de 2021). *Scielo*. Obtenido de Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008 revisión bibliográfica:
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). *Medicina Intensiva*. Obtenido de Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio: <https://www.medintensiva.org/es-por-una-uci-puertas-abiertas-articulo-S0210569114000370>
- Fenner, E., Michels, G. (2003). SCL-90-R Scoring after myocardial infarction. *Med Klin (Munich)*, 98, pp. 7-12
- Fuentes-Fernández, E., Huichin-Pool, M. A., Cante-Hernández, D., & Pérez-San Román, M. A. (28 de Abril de 2018). Obtenido de Unidad crítica adultos de puertas abiertas: vivencias de enfermería en hospital público de Quintana Roo: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2018/sqr1838d.pdf>
- García Ortega, D., García Graus, N., Martínez Martín, M. (Marzo de 2016). *Metas de Enfermería*. Obtenido de La relación terapéutica con la familia del paciente crítico: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80882/la-relacion-terapeutica-con-la-familia-del-paciente-critico/>
- González Gómez, A., Montalvo Prieto, A., & Herrera Lian, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio. *ENFERMERIA GLOBAL*. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf>
- Gorordo-Delsol, L., Garduño-López, J., & Castañón-González, J.A. (19 de Junio de 2020). *Revista del Hospital Juárez de México*. Obtenido de Unidad de Cuidados Intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de los cuidados intensivos: https://www.researchgate.net/profile/Jorge-Castanon-Gonzalez/publication/342250827_Unidad_de_Cuidados_Intensivos_de_puertas_abiertas_la_familia_dentro_de_cuidados_intensivos/links/5f0d71bd299bf15bd70b18d0/Unidad-de-Cuidados-Intensivos-de-puertas-abiertas-

- Hughes F, Bryan K, Robbins I. (2005). Experiencias de cuidados críticos de los familiares. *Enfermería Crit Care*; 10:23-30.
- Igeño Cano, J. (8 de Junio de 2016). *Proyecto H UCI*. Obtenido de Humanizando los Cuidados Intensivos: <https://proyectohuci.com/es/uci-de-puertas-abiertas-hay-algo-mas/>
- Leoz , C. (2019). Obtenido de El rol del kinesiólogo intensivista centrado en la integridad de los pacientes de terapia intensiva : <https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/4046/1/Leoz-2019.pdf>
- Martínez García, R. (24 de abril de 2020). *CursosFnn.com*. Obtenido de CursosFnn.com: <https://cursosfnn.com/blogcursosfnn/revistas/revista-asdec-no-12/el-apoyo-psicologico-y-emocional-al-paciente-en-la-unidad-de-cuidados-intensivos-y-a-su-entorno-familiar/#>
- Martínez Zubieta, R. (25 de Octubre de 2021). Obtenido de Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092021000300144&script=sci_arttext
- Moreno , D. (2019). Obtenido de UCI de puertas abiertas como estrategia de humanización del cuidado.:<https://revistamedicacountry.com/app/default/filesmodule/local/documents/art-uci-de-puertas-abiertas.pdf>
- Nicolás, A., Aizpitarte, E., Iruarrizaga, A., Vázquez, M., Margall, M.A. (2002). Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*;13(2):57-67.
- Ochoa-Parra, M., Martínez-Reyes, F., Camacho-Alarcón, R., Jibaja-Vega, M., Morales-Alava, F., Salgado-Yepe, E., & Vergara-Centeno, J. (21 De Mayo De 2016). *Acta Colombiana De Cuidado Intensivo*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/304491275_Prestacion_de_cuidados_criticos_en_Ecuador_caracteristicas_actuales_y_resultados_clinicos
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Loder, E. W., & Mayo-Wilson, E. (Septiembre de 2021). Obtenido de Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de

revisiones

sistemáticas:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>


- Rojas, J. (2016). La familia es uno de los soportes más importantes de la salud mental. RPP: Vital. <https://rpp.pe/vital/expertos/la-familia-es-uno-de-los-soportes-mas-importantes-de-la-salud-mental-noticia-1009775#:~:text=2017%2021%3A34-,La%20familia%20es%20uno%20de%20los%20soportes%20m%C3%A1s%20importantes%20de,es%20un%20importante%20soporte%20emocional.&text=Psic%C3%B3loga%20Social%20Comunitaria%2C%20especialista%20en,de%20g%C3%A9nero%2C%20derecho%20e%20interculturalidad>.
- Rojas, V. (Marzo de 2019). Obtenido de HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240>
- Rodríguez , E. M., Puchades Gimeno, F., Ezzeddine Angula, A., Asensio Samper, J., Saiz Ruiz, C., & López Alarcón, M. D. (04 de Junio de 2022). Obtenido de Síndrome post cuidados intensivos en COVID-19. Estudio piloto unicéntrico. La calma no llega tras la tempestad: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8723835/>
- Scott, A. (2004). Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*; 9:72-9.
- Vela-Cano, F., Ruíz-Sánchez, D., Granado-Solano, J., García-Sanz, A., Ortega-Botías, M., & Marín-Corral, J. (26 de marzo de 2021). *Elsevier Public Health Emergency Collection*. Obtenido de Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7997386/>

9. ANEXOS

Anexo 1. Solicitud de Publicación

ScholarOne Manuscripts 18/9/22 16:58

ScholarOne Manuscripts™ Sandra Colimba | Instructions & Forms | Help

 Revista Brasileira de Terapia Intensiva

[# Home](#) [/ Author](#)

[Author Dashboard](#) / [Submission Confirmation](#)

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to	Revista Brasileira de Terapia Intensiva
Manuscript ID	RBTI-2022-0324
Title	APOYO EMOCIONAL DE LA FAMILIA AL PACIENTE CRÍTICO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PUERTAS ABIERTAS EMOTIONAL OF THE FAMILY TO THE CRITICALLY ILL PATIENT IN INTENSIVE OPEN DOORS CARE UNITS
Authors	Colimba, Sandra TAMAMI, YADIRA
Date Submitted	18-Sep-2022

[Author Dashboard](#)

