



**Universitat de les
Illes Balears**

Título: La comunicación como estrategia de
intervención en las necesidades
psicoemocionales del usuario de la UCI.

NOMBRE AUTOR: MAGDALENA ROIG ROIG

DNI AUTOR: 43027131-L

NOMBRE TUTOR: CRISTINA MORENO MULET

Memoria del Trabajo de Final de Grado

Estudios de Grado de enfermería

Palabras clave: cuidados intensivos, comunicación, evaluación de necesidades, humanización
de la atención.

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2012-2013 _____

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

RESUMEN

El impacto del simple hecho de estar ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos es tanto para los pacientes como para sus familiares indiscutible. Teniendo en cuenta esta premisa, la propuesta de este estudio es conocer como la comunicación en la relación terapéutica establecida con la enfermera puede mejorar el estado psíquico y de bienestar de los usuarios en este tipo de unidades.

Se ha realizado un análisis bibliográfico de diversos artículos relacionados con la temática, de los cuales surgen 3 áreas estudiadas: percepciones y necesidades del usuario de una unidad de cuidados críticos, procesos de comunicación de la enfermera en cuidados intensivos y áreas de mejora en los procesos de comunicación.

A través de las apreciaciones en cuanto a cuidados recibidos por parte de los diferentes integrantes en estas unidades específicas, se llega a la determinación de que una adecuada comunicación acompañada de un trato humanizado por parte del equipo asistencial, influye de manera positiva en el usuario. A pesar de ello, siguen existiendo algunas particularidades por mejorar a través de: una formación continuada, un protocolo de actuación, de la complicidad interdisciplinaria y por supuesto, de una visión sensible e integral del usuario por parte del equipo de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se describen como servicios cerrados, en los cuales distintos profesionales ofrecen cuidados específicos a pacientes en estado crítico, donde la tecnología y la asistencia se hallan en constante evolución. Debido a las graves condiciones en que se encuentra el paciente, la aplicación de las nuevas tecnologías, y la complejidad de tratamientos, provoca que los cuidados asistenciales se dirijan más a hacia el proceso patológico del paciente, dejando en un segundo plano la atención personalizada hacia éste y/o a su entorno^{1, 2, 3}. Según se explica ésta determinada atención, tiene su razón en el modelo biomédico, en el cual el cuidado se destina principalmente al estado patológico del paciente y a los procedimientos técnicos, dejando a un lado la atención al ser humano, a sus sentimientos y percepciones, así como a las necesidades de sus familiares⁴.

El paso por una Unidad de Cuidados Intensivos origina una profunda y desagradable experiencia, puesto que el paciente es apartado de su hábitat, de su vivienda, de sus

seres más queridos, de sus amigos; donde constantemente se halla manipulado y avasallado por los distintos tratamientos y técnicas invasivas, en muchos casos dolorosas; al tiempo que percibe que la muerte le está aguardando. Por otro lado, la familia se halla en un contexto extraño, percatándose de la posibilidad de que su pariente adquiriera algún tipo de incapacidad para el resto de su vida, o de que la muerte se apodere de él⁵.

Actualmente en el contexto de salud se viene demandando la construcción de la atención integral, lo cual requiere de acciones humanizadas y de carácter personal a la vez. Este hecho recoge el interés de las enfermeras en esta materia, para así mejorar el cuidado holístico del usuario⁶. El conocimiento de la experiencia de los pacientes críticos que se encuentran en este tipo de unidades, permite a los enfermeros comprender mejor las peculiaridades de las vivencias de aquellos y de sus percepciones, lo cual facilita las decisiones que se vayan a tomar en cuanto a los cuidados humanizados por parte de enfermería^{7,8}. Además, las apreciaciones y necesidades que sienten los familiares de estos pacientes de UCI están completamente relacionadas con sus experiencias vividas, por lo que la comprensión de estas vivencias desde la subjetividad de la familia facilita una aproximación y una acogida a las necesidades reales del cuidado⁹.

También es necesario conocer como es la vivencia de la intimidad de la persona durante su estancia en la UCI, en qué componentes la conforman para así proteger su espacio funcional, emocional, comunicación entre él, su familia, personas queridas y profesionales médicos y sanitarios; para así favorecer el alcance de cierto grado de independencia y autonomía que también le permitirá sostener y afianzar su propia privacidad. Es de capital importancia que los cuidados enfermeros en las UCI se caractericen por la adecuada humanización de estos, y para ello es indispensable recapacitar en los diferentes elementos que conforman la experiencia y percepción de estar ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos y así alcanzar el respeto por la intimidad de la persona¹⁰.

Es de notable importancia tener especial consideración con el proceso de humanización dentro de la llamada comunicación terapéutica, como un conjunto de iniciativas destinadas a la producción de servicios de salud, apto para combinar la mejor tecnología disponible para promover la aceptación, el respeto a los aspectos culturales y éticos del

usuario, las esferas de trabajo que conlleven a un buen ejercicio técnico y a la complacencia del profesional de la salud, así como la de los usuarios de estas unidades¹¹.

Siendo así, la propuesta de este estudio de análisis bibliográfico es averiguar si la comunicación (dentro la cual se encontraría la empatía, el trato humanizado, el acercamiento a la persona intentando ponerse en el lugar del otro,...) dentro del cuidado terapéutico proporcionado al usuario de la UCI, aporta beneficios a éstos y cómo debería llevarse a cabo.

OBJETIVOS

El objetivo general, así como los específicos han sido desarrollados a partir de la consiguiente pregunta de investigación:

¿Puede mejorar el estado psicoemocional del usuario de la Unidad de Cuidados Intensivos con una comunicación terapéutica por parte del equipo de enfermería?

Objetivo general:

-Conocer si existe relación entre la efectividad de mejora del estado psicoemocional en los usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos con la comunicación terapéutica enfermera.

Objetivos específicos:

-Identificar cuáles son las necesidades psicoemocionales de los usuarios de la UCI.

-Determinar cuáles son las actitudes de las enfermeras ante las necesidades emocionales de los usuarios en esta unidad.

-Conocer que tipos de intervenciones terapéuticas enfermeras son descritas en la bibliografía y si con éstas mejora el estado emocional y del bienestar del usuario de la UCI.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA Y RESULTADOS

Se ha realizado un análisis bibliográfico sobre artículos publicados en revistas científicas que tratan sobre los pacientes adultos de la UCI, sus familiares y las enfermeras que trabajan en este entorno.

Análisis documental está basado en 22 artículos localizados por descriptores en bases de datos y revistas electrónicas. Acotado entre los años 2001 y 2012.

Idiomas: español, inglés y portugués.

Las bases de datos bibliográficas de las Ciencias de la Salud utilizadas en esta búsqueda han sido: Cinalh (una de las más importantes en el mundo de enfermería, diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados), Cuiden Plus (base de datos española, basada en la producción científica de la enfermería española e iberoamericana elaborada por fundación Index), Lilacs (el más importante abarcador índice de la literatura científica y técnica en salud de América Latina), Scielo (con revistas científicas chilenas en todas las áreas del conocimiento) y Pubmed (una de las más importantes en ciencias de la salud, que además es un motor de búsqueda de acceso libre a la base de datos de Medline y resúmenes de artículos de investigación biomédica). A continuación queda detallada la realización de la búsqueda en estas bases:

Cinalh	Intensive care and communication. 124 ref. obtenidas, 1 ref. incluida	Intensive care and needs assessment. 44 ref. obtenidas, 1 ref. incluida	Intensive care and humanization of assistance. 3 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas
Cuiden Plus	Cuidados intensivos y comunicación. 186 ref. obtenidas, 5 ref. incluidas	Cuidados intensivos y evaluación de necesidades. 13 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas	Cuidados intensivos y humanización de la atención. 39 ref. obtenidas, 1 ref. incluida
Lilacs	Cuidados intensivos y comunicación. 73 ref. obtenidas, 1 ref. incluida	Cuidados intensivos y evaluación de necesidades. 20 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas	Cuidados intensivos y humanización de la atención. 38 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas
Scielo	Cuidados intensivos y comunicación. 19 ref. obtenidas, 1 ref. incluida	Cuidados intensivos y evaluación de necesidades. 11 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas	Cuidados intensivos y humanización de la atención. 7 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas
Pubmed	Intensive care and communication. 229 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas	Intensive care and needs assessment. 69 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas	Intensive care and humanization of assistance. 9 ref. obtenidas, 2 ref. incluidas

En cuanto a las revistas electrónicas utilizadas para la búsqueda de artículos relacionados con el tema, han sido utilizadas Enfermería Intensiva (ya que estudia sobre todo trabajos relacionados con la enfermería de Cuidados Intensivos y de Unidades Coronarias en español) y Enfermería Clínica (que recoge experiencias y resultados de la aplicación de actividades de enfermería a través de estudios de investigación, que reflejan la aportación específica de nuestra enfermería).

Enf. Intensiva	Cuidados intensivos y comunicación. 76 ref. obtenidas, 4 ref. incluidas	Cuidados intensivos y evaluación de necesidades. 55 ref. obtenidas, 2 ref. incluidas	Cuidados intensivos y humanización de la atención. 7 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas
Enf. Clínica	Cuidados intensivos y comunicación. 36 ref. obtenidas, 1 ref. incluida	Cuidados intensivos y evaluación de necesidades. 18 ref. obtenidas, 0 ref. incluidas	Cuidados intensivos y humanización de la atención. 0 ref. obtenidas

Se buscó entre las referencias bibliográficas de los artículos incluidos otros que por su interés y contenido se consideraron relevantes en cuanto a su relación con los conceptos principales y palabras clave que se han sido utilizados para realizar la búsqueda.

DISCUSIÓN

Los artículos incluidos en esta revisión bibliográfica son de enfoque cualitativo, los cuales permiten comprender una experiencia o vivencia tal como es vivida, experimentada por la persona. Además estos estudios aportan unos conocimientos de gran valor social por su carácter contextualizado, lo que permite transferir dichos conocimientos a situaciones similares aun sabiendo que no se pueden generalizar los resultados¹⁰. Precisamente por tratarse de experiencias subjetivas, únicas, en las que no tiene excesivo sentido una aproximación numérica, un enfoque de tipo fenomenológico, empleando la metodología cualitativa, es el que nos puede dar una visión más completa de las mismas⁵.

A fin de dar respuesta a los diferentes objetivos planteados, se considera necesario conocer las necesidades y experiencias de los distintos usuarios y del equipo de enfermería en la UCI, así como el tipo de comunicación que se establece entre ellos y cómo son los resultados obtenidos a partir de esa relación.

Percepciones y necesidades del usuario de una Unidad de Cuidados Críticos.

Entendemos como usuarios, las personas que “usan algo común”. En este caso se consideran usuarios a los diferentes actores hacia los cuales van dirigidos los cuidados proporcionados en una Unidad de Cuidados Intensivos y que son los propios pacientes ingresados en la unidad, así como sus respectivas familias. Dentro de este contexto, se estudian en primer lugar las percepciones y necesidades del paciente y por otro lado, las de sus familiares.

Haciendo relación a las sensaciones traumáticas que siente el *paciente* a su ingreso en la UCI, se describen principalmente: el miedo, la ruptura, el desamparo, el aislamiento, la soledad, la desorientación, el dolor y la angustia⁵. A todo ello se suma el temor a la muerte, pérdida de autonomía, separación de los suyos y de su ambiente. En la mayoría de ocasiones desconoce el lenguaje técnico aquí utilizado, así como el significado de las curvas y cifras de los monitores, pierde su individualidad, en algunos casos se encuentra incapacitado para comunicarse verbalmente e incluso puede verse imposibilitado para moverse. También se siente afectado por la vergüenza que le transmite la desnudez física, que incluye en ciertas circunstancias, el sentir sus partes más íntimas invadidas¹⁰,
12.

La soledad se explica como la sensación que perciben debida en parte a la falta de contacto físico (distinto al que normalmente se proporciona para la realización de procedimientos), del afecto, de la comunicación verbal. A pesar de que el equipo de salud está permanentemente cerca de la cama, el *paciente* se siente sólo, y esto nos lleva a pensar que la presencia de estos no implica una verdadera compañía. Se sienten necesitados de aquellas personas con quienes están acostumbrados a estar y compartir su vida^{7, 13}. Pero por el contrario, en otras ocasiones coinciden en necesitar esa “solitud”, como soledad intencionada que en este lugar es imposible de alcanzar, y refieren que “en ocasiones prefieren estar solos y no acompañados”¹⁰.

Entre los sentimientos compartidos por algunos de los *pacientes* se halla también la vulnerabilidad, puesto que se sienten indefensos, minimizados por el equipo profesional. Con respecto a la frialdad percibida, no es debida sólo al ambiente frío y a las bajas temperaturas del aire acondicionado, sino que también puede responder a los estados de bajo gasto cardíaco y de hipoperfusión de los sistemas corporales. Al mismo tiempo esta frialdad expresa la falta de calor humano de las personas que están a su

alrededor y de la falta de sus seres queridos junto a ellos. Pero aparte de esto, algunos de ellos valoran positivamente la comunicación como una herramienta terapéutica⁷.

El entorno es descrito por los *pacientes* como un ambiente de soledad, tristeza, frío, y olores propios, en donde se recibe un cuidado tecnológico especial. También es un lugar donde la palabra y el diálogo tienen una fuerza reparadora, de acompañamiento, de emoción. Pero es curioso que por otro lado éstas también molestan y causan angustia, y hacen que el enfermo se percate de que debe ser un buen paciente para recibir el cuidado de enfermería y para alcanzar la aprobación del equipo de salud⁷.

El que la tecnología en estas unidades sea complicada y absorba la atención del equipo de salud, provoca que el *paciente* como persona pase a un segundo plano, cediendo el protagonismo a la relación entre su cuerpo y los aparatos tecnológicos. Todo ello conlleva la deshumanización del cuidado, a descuidar y pasar por alto realidades que son importantes para ellos, lo cual repercute produciendo malestar e incomodidad. Los monitores, así como los demás elementos tecnológicos favorecen el funcionamiento del cuerpo, pero nada tienen que ver con el funcionamiento de la persona como tal, ni con sus sentimientos, ni con su espíritu⁷.

El equipo de salud se considera “propietario” del espacio donde trabaja y no como un espacio público que debería ser compartido con el usuario². Lo que para los profesionales de la salud es un entorno familiar, donde pasan innumerables horas de trabajo y convivencia con los demás profesionales, no lo es para el *paciente*, para el cual significa un entorno hostil, donde se siente inseguro y angustiado con respecto al futuro. Todo ello nos lleva a pensar en que debemos establecer una relación profesional personalizada e individualizada, que incluya al paciente en la unidad, haciendo que éste se sienta entendido y respaldado por los sanitarios, informándole, orientándole, explicándole todo aquello que se le vaya a realizar (bien sean técnicas, procedimientos y/o cuidados), ayudándole también dentro de sus posibilidades a participar en su propio cuidado. Se trata de hacerlo individualmente, con respeto, dirigiéndose a él por su nombre, puesto que cada ser humano es único. Todo ello favorece e intensifica esa relación de cercanía-empatía que comporta ese anhelo de recuperarse y mejorar de su delicado estado de salud¹⁴.

En general se tiende a olvidar que el paciente tiene una *familia* y que debemos considerar la prestación de cuidados a ésta si pretendemos conseguir unos cuidados integrales para el paciente, considerando paciente-familia como una unidad¹⁵.

Teniendo en cuenta por lo tanto, a la *familia* como usuaria de la UCI y como receptora de los cuidados en ésta, se describe que el paso de ésta por la unidad de los familiares del paciente crítico supone una dura experiencia, puesto que de pronto se encuentran en un entorno hostil, que produce miedo, inseguridad, aprehensión, donde predominan los sentimientos de incertidumbre en cuanto no saben si su familiar quedará con alguna incapacidad de por vida o incluso, en la idea de que en algún momento pueda producirse la muerte de éste^{6, 5, 16}. Es un hecho que la familia se halla sometida a tensión, causado en parte por la gravedad del estado del paciente, así como por su desconocimiento del contexto de la unidad. Esta tensión induce al nerviosismo, al estrés y a la ansiedad en los familiares, lo que probablemente afectará a la comprensión, el razonamiento y la comunicación^{17, 3}.

En general se produce una desestructuración importante dentro de la unidad familiar, sobre todo en el momento del ingreso, que producen además sensaciones de ansiedad, de estrés emocional, pesadillas, inquietudes, desorganización de la vida cotidiana, e incluso en ocasiones se pueden producir conductas agresivas. En muchos casos las necesidades no se ven cubiertas y precisan de ayuda especializada, por lo que se pone de manifiesto la condición de promocionar la investigación en cuidados dirigidos a la *familia* del paciente crítico^{15, 16}.

A través de las experiencias vividas podemos reconocer las distintas necesidades que perciben los *familiares* de los pacientes ingresados en la UCI. Para poder acercarnos y amparar estas necesidades, es necesario familiarizarse con estas vivencias desde la subjetividad de la familia⁹. Habitualmente, los familiares con pacientes cercanos a la muerte necesitan: poder estar junto al enfermo, ayudarlo, saber que física y emocionalmente está lo más cómodo posible,...Y en cuanto a las necesidades personales destacan: la de información y la de sentirse arropado por los profesionales sanitarios¹⁸.

Existe unanimidad en que la principal necesidad destacada por encima de las demás es la de información. Por parte de enfermería, requieren información sobre el cuidado diario de su pariente, de los tratamientos efectuados, del equipamiento, de los elementos

tecnológicos, del propio cuidado que puedan prodigar ellos a su ser querido y sobre los planes de transferencia si cabe. Prefieren hablar con la misma enfermera siempre que ello sea posible y que se les avise particularmente sobre cualquier cambio que se produzca en relación con el paciente. Por otra parte, hay que señalar que en ocasiones la necesidad de esperanza y confianza, destaca por encima de la de información en algunos *familiares*¹⁸.

En cuanto a la necesidad de intimidad, se diría que ésta se ve amenazada por la estructura abierta de la unidad, en parte porque el cuerpo del paciente queda a la vista de miradas ajenas (visitas, otros pacientes, personal de limpieza,...) y porque además dificulta el que exista un espacio diferenciado donde se pueda establecer la relación entre el enfermo y su *familia*. Mayoritariamente, el ejercicio diario se resume en entrar y salir en los horarios establecidos en la unidad y a recibir el parte médico en la hora concertada para ello³.

Por otra parte, se produce un sufrimiento añadido al que ya padecen los *familiares* por la circunstancia de tener a su ser querido ingresado en la unidad, relacionado con el hecho de que las decisiones que aquí se toman se llevan a cabo sin su propia participación. Se les impone una política de visitas, un horario para la información, una elaboración de cuidados de los cuales se les suele excluir y donde no se percata que son necesarios unos procesos de cambio de estas prácticas para la mejora en la atención de la familia¹⁹.

Generalmente es la *familia* la que inicia la relación de forma espontánea, requiriendo información repetidamente y que incluso suele resultar molesta. Para ésta es más fácil y cercano relacionarse con la enfermera que con el médico, que a veces es visto como alguien muy atareado y que dispone de menos tiempo para ellos. No obstante hay algunas ocasiones en que los profesionales transmiten una atención despersonalizada, que los *familiares* detectan tanto a través del lenguaje verbal, como del no verbal. En ciertas circunstancias y como mecanismo de defensa emocional, se esquivo establecer algún tipo de vínculo afectivo con la unidad familiar³. Pero es necesario percatarse de que tanto los pacientes como sus familias demandan un compromiso por parte del equipo de enfermería, en que se dé una atención personalizada en forma de trato humanizado, considerando a la persona como alguien único y distinto. La *familia* destaca la profesionalidad de las enfermeras en cuanto a habilidades técnicas, pero

también anhela la humanización como aditivo particular de cada profesional. La unión de estas dos habilidades en la enfermera la hace considerar como el prototipo que desean los familiares para el enfermo y para ellos mismos⁵.

A continuación se recoge una tabla de las principales necesidades de la *familia*, descrita en la bibliografía estudiada¹³.

Necesidades clave de los familiares del paciente crítico

- Sentir que hay esperanza.
- Proximidad con el paciente.
- Información honesta y en términos que puedan comprender respecto a los progresos/pronósticos del paciente.
- Ser tranquilizados y aliviados de la ansiedad/sentirse seguros.
- Sentir que el paciente recibe cuidados de alta calidad.
- Sentir que el equipo de la unidad se preocupa por el paciente.
- Poder tranquilizar y dar soporte a su ser querido.

Por el momento, las UCI españolas siguen sin adaptarse a estas necesidades de cambio, a pesar de que se evidencia que los *familiares* del paciente crítico requieren cuidados y atenciones, y que ello repercute en el beneficio de todos ellos. En parte, la cultura cerrada de estas unidades impide la proximidad entre el paciente y su familia, y por otro lado la prioridad tecnológica, hace que la *familia* quede excluida de los cuidados que proporcionan las enfermeras. Ello nos lleva a detectar que generalmente éstas últimas desconocen la angustia y el estrés que padecen los *familiares*, y que además poseen una falta de formación ante situaciones de elevada carga emocional³. Además, se pone de manifiesto que existe una discrepancia entre lo que refiere el *familiar* y lo que interpreta el equipo de salud, lo que nos lleva a la necesidad de contacto y aproximación a la *familia*, con el fin de incorporar unos cuidados que además de la parte tecnológica incluyan un adecuado cuidado emocional⁶.

Perspectiva y actuaciones de las enfermeras de UCI con respecto a sus usuarios.

Las enfermeras son el elemento clave en la relación terapéutica paciente-enfermera-familia, ya que son ellas las que están en constante permanencia con el paciente a lo largo de las 24 horas del día y que por tanto podrían intervenir de modo eficaz en la

comunicación con la familia de éste²⁰. Pero por otro lado, son ellas las que según la afinidad con la familia deciden relacionarse de un modo u otro con ella. También hay que tener en cuenta que las enfermeras suelen considerar a los familiares como sujetos no integrantes de la unidad y se les excluye del cuidado del paciente. Una parte de ellas piensa que la familia entorpece su trabajo, en parte debido a que la unidad les provoca sensaciones estresantes e incluso puede acarrearles situaciones de elevada tensión. En cambio para otras son indispensables para la recuperación positiva del paciente, influyendo de forma positiva en ellos³.

Otra característica es que las enfermeras suelen considerar a la familia como un conjunto y no la suelen contemplar como individuos distintos y con diferentes necesidades³. Se hace necesario que el profesional se humanice e intente ponerse en el lugar de los familiares, para ayudarles así a enfrentar de un modo adecuado la hospitalización de su ser querido⁶. Aún y así, las enfermeras tienden a estereotipar a los diferentes tipos de familia, aunque luego expresen que no tienen prejuicios ante la diversidad de estas. Es más, suelen clasificarlas en: las que cumplen (o no las normas), las demandantes, las que adoptan un rol pasivo, las que no preguntan en exceso,...³.

Habitualmente, la enfermera de UCI se centra sobre todo en el paciente como foco de su labor e intenta evitar ciertos vínculos emocionales con la familia en el intento de eludir el sufrimiento en su propia persona, que va desde la pena por las vivencias del familiar, hasta la ansiedad que este mismo le pueda transmitir^{20, 3}. Muchas de las conductas de evitación vienen derivadas de no saber qué hacer o cómo comportarse. Según las enfermeras las causas son debidas a: falta de competencia en manejar estos procesos; falta de formación específica y de experiencia; carencia de habilidades sociales y de comunicación; el desconocimiento del impacto que producen estos procesos en la familia¹⁹. Por otro lado, las necesidades emocionales de los usuarios consideradas como “realidades menos cuantificables” tienden a ser relegadas a un segundo plano¹⁶.

Cuando los pacientes no están en condiciones de relacionarse de modo eficaz con las enfermeras, es ineludible que estas deberán plantearse otras medidas de cuidado basadas en conocimientos científicos y habilidades humanas, además de incorporar una especial sensibilidad humana, siendo capaz de interpretar adecuadamente las necesidades del paciente. La enfermera precisa de una especial habilidad que conduzca a la solución de problemas, la cual va mucho más lejos que el dominio en técnicas y

aplicación de procedimientos, siendo capaz a través de la observación y valoración de dar solución a los problemas más personales e íntimos de la persona¹².

El desconocimiento por parte de los profesionales de las necesidades de los usuarios en la UCI y del sufrimiento que estos padecen, provoca que se tomen decisiones impropias de estos cuidados y que sean menospreciadas sus carencias. Se presta más atención al aspecto biológico, dejando de lado otros aspectos personales que no son tratados debidamente, debido en parte a la falta de habilidad y sutileza para canalizar los sentimientos de los familiares y a la falta de formación específica especialmente a la hora de comunicar malas noticias²⁰.

Un problema relacionado con es que la mayoría de veces no existe un protocolo de mínimos para esa atención a las familias y que tampoco está normalizada, así que en la mayor parte de veces la comunicación se rige por el estado de ánimo de la enfermera, la educación de la familia (las más educadas exigen menos información), la afinidad por la familia y el tiempo que el enfermo pase en la unidad (a mayor tiempo, mayor grado de relación y confianza)³.

En cuanto a la necesidad de información, como una de las principales peticiones manifestadas por los familiares, esta suele realizarse una vez al día exclusivamente por los facultativos, lo cual ocasiona que el resto de los profesionales desconozca que información se ha proporcionado y genera contradicciones al aportarse puntos de vista distintos. Desde una perspectiva de atención integral y multidisciplinar, este tipo de situaciones se debería minimizar. Se han detectado diferencias de valores interdisciplinarios. En este sentido, la permanencia durante periodos continuados junto al enfermo, el contacto continuado con la persona, proporcionan a la enfermera una visión global de la persona además de una especial sensibilidad hacia su sufrimiento. En cambio, el contacto del personal médico con el paciente se produce de forma más esporádica, donde además el enfoque se ve relacionado con otros datos tecnológicos, lo que dificulta esa visión global de la persona, limitándose en ocasiones a la visión biológica del paciente²¹.

En cuanto a las posibles mejoras para los familiares del paciente crítico, las enfermeras suelen excluir aquellas que implican el tener que influir en el comportamiento de los médicos, por considerar que éstos poseen más poder, relacionándolo con la diferencia

de categorías profesionales². Además hasta ahora se viene considerando que la tarea de la información es específica del facultativo¹⁸.

También en las situaciones para tratar de evitar el sufrimiento extremo, se denota cierta falta de autonomía en los profesionales de enfermería²¹. En la mayoría de toma de decisiones los profesionales de enfermería se sienten excluidos. No existe la comunicación conjunta durante el pase de visita diario por parte del equipo multidisciplinar, puesto que éste lo realiza únicamente el médico, lo que provoca que en consecuencia, el resto del personal sanitario desconozca el alcance de la información proporcionada a la familia. En algunas ocasiones incluso tienen más datos informativos los familiares que la enfermera. Ello a diferencia de facilitar las cosas, las complica generando inseguridad en los sanitarios y reduciendo la comunicación con la familia².

Está evidenciado que la información a las familias es favorable para éstas, menguando el grado de estrés en ellos. Pero una parte de los profesionales de enfermería se ve frenada a la hora de actuar en parte debido a: la falta de consenso dentro del equipo interdisciplinar, de qué información puede proporcionar, a que se solape su información con la considerada “médica” con la posibilidad de que se ello sea considerado intrusismo profesional, a la falta de habilidades sociales y de comunicación en situaciones de elevado contenido emocional y sobre todo en la notificación de malas noticias. En parte, podríamos decir que las enfermeras no se sienten suficientemente formadas y preparadas para hacer frente a estos procesos^{20, 19}.

Existe unanimidad en que la información y la comunicación de forma adaptada a los conocimientos cognitivos de la familia, mejoran la relación paciente-enfermera-familiar, creando un ambiente más confortable entre ellos. El objetivo está encaminado a establecer una relación terapéutica que mejore las relaciones entre ellos y que mejore la atención dirigida hacia ambos, paciente y familia. Pero en ocasiones la enfermera se enfrenta al dilema de quién debe proporcionar esa información y cuál es la información que debe proporcionar ella^{15, 20}. Tal vez se debería tener en cuenta la descripción que se hace en cuanto a los niveles de actuación por parte de enfermería, donde se explica que la dimensión independiente (que abarca los diagnósticos de enfermería) comprende las actuaciones reconocidas como legítimas de este colectivo y que no requieren la dirección o supervisión de otros profesionales. Con ello se pretende señalar que la enfermera puede proporcionar información referente a aquellas actuaciones

proporcionadas de las cuales se es responsable, de las que se tiene el conocimiento, la habilidad y la destreza para ser competente. En el resto de intervenciones, las que denominadas interdependientes y dependientes, únicamente se tiene competencia para orientar, es decir, aclarar posibles dudas, ofrecer recursos y derivar al facultativo cuando no se esté posibilitado para proporcionar la información²⁰. De todos modos, en muchas ocasiones es difícil hacer una diferenciación de aquellas intervenciones sobre las que se puede informar, y a pesar de que efectivamente la enfermera es indispensable en la comunicación con la familia del paciente crítico, siguen existiendo muchas barreras que lo entorpecen²².

Como consecuencia se expone que sigue persistiendo la evidencia de que en las Unidades de Cuidados Intensivos tanto españolas como de otros países, subsiste discordancia entre las necesidades de los familiares de pacientes críticos y la percepción enfermera, dando lugar como resultado a la tenue atención que en ciertos casos se recibe por parte de los diferentes profesionales de la salud⁵.

Áreas de mejora en los procesos de comunicación de la UCI.

En particular, el tema de la humanización se describe como un reto, sobre todo en este tipo de unidades donde se encontraba relegado a un segundo plano. Se viene dando una incesante búsqueda del bienestar físico, psicológico y espiritual del paciente, de su familia y también del personal sanitario que es alcanzable a través de la humanización del cuidado. Ello va encaminado a la producción de servicios de salud, a través de la combinación no excluyente de la utilización de la mejor tecnología, junto con el respeto cultural y ético de cada usuario y del profesional de la salud^{11, 14}. Es por ello, que estos tratamientos se deben dar de manera simultánea en manos de los profesionales de la sanidad. Pero también hay que ser conscientes de que esto conlleva un suplemento de tiempo personal y medios suficientes; y que a través de la planificación de recursos debe contemplarse la humanización de la atención como un compromiso institucional. El incumplimiento de todo esto degenerará en una tenue atención, que generará descontento en el profesional y en el usuario a la vez^{21, 16}.

Por consiguiente, la comunicación se traduce en un importante factor de motivación en este tipo de pacientes, para intentar superar esa sensación de desamparo y soledad. Es importante asimismo poseer o desarrollar habilidades especiales para interpretar los distintos tipos de mensajes que utilizan a través de la expresión oral, gestos,

movimientos, llanto y miradas, con el fin de mejorar los planes de cuidados⁷. Si nos percatamos de las prioridades de los pacientes en cuanto a sus preocupaciones e incomodidades por la dependencia (sobre todo para los relacionados con los cuidados más íntimos y elementales) y somos conscientes de ello, podremos optimizar las intervenciones de enfermería. Para lograrlo, es necesario ver las cosas desde el “otro lado”, ponernos en el lugar del paciente, entenderlo y mejorar así la práctica clínica diaria¹⁰.

Destacan dos momentos que causan más angustia e inquietud en los familiares, que son el del ingreso en la UCI y por otro lado el traslado a la planta de hospitalización. Tanto en uno como en otro se puede mejorar el proceso de comunicación, a través de la investigación de lo que siente el familiar durante el transcurso de estos hechos¹⁶. Existe consenso en que se mejora la relación paciente-enfermera-familiar a través del suministro de información de forma organizada e individualizada, considerándolo como un componente esencial en los cuidados de enfermería²⁰. Se considera que durante la visita es cuando se produce la interacción profesional-familiar-paciente, y es aquí donde destaca la importancia del papel del equipo de enfermería en la atención para el alivio de la ansiedad de los familiares, a través de la comunicación y en ocasiones del toque terapéutico¹⁹.

Por lo tanto, existe la necesidad de implicar a las enfermeras en una atención de calidad, enfrentándose al reto que supone el soporte a la familia del paciente crítico, incluyendo para ello la formación en habilidades para el afrontamiento y manejo del estrés emocional, además de estrategias de comunicación. Al mismo tiempo, se reconocen otras ventajas relacionadas con estos procesos, como son además de la mejora en la calidad de la atención, la disminución del absentismo laboral y la satisfacción del usuario^{16, 21}.

De algunos trabajos incluidos en el estudio, se extraen dos aspectos claves que podrían conseguir una atención y unas relaciones de mayor calidad entre pacientes, familias y enfermeras: una mayor formación de las enfermeras en habilidades sociales y que en la gestión sanitaria se tuviera en cuenta que la familia también es receptora de cuidados y de atención en estas unidades, por lo que habrá que proporcionar para ello una serie de recursos específicos⁵. También se propone que la investigación pase de ser descriptiva a ser de intervención: donde se plasme la evidencia de los resultados de elaborar

programas de cuidados a los familiares, de la presencia de los familiares en la unidad y de la efectividad de todo ello relacionado con la salud del paciente. La consecuencia de todo ello debería repercutir en recomendaciones para el cambio dirigidas a todos los integrantes tanto en el servicio como en la gestión a fin de conseguir la mejora en el bienestar y satisfacción de los usuarios de la UCI¹⁶. Ahora bien, además de la continua formación del profesional de enfermería, que proporciona conocimientos, habilidades intelectuales y hábitos profesionales vislumbrados desde un alto nivel académico, se requieren otros aspectos que favorezcan el cuidado terapéutico al paciente crítico, como son una especial sensibilidad humana que ayude a proporcionar una atención de calidad¹⁴.

De igual forma se podría mejorar la protección a la intimidad, un aspecto muchas veces olvidado en este entorno, preservando el pudor corporal y proporcionando un entorno privatizado donde los procesos emocionales queden protegidos de la vista de testigos externos. Las enfermeras son conscientes de que disminuye la calidad de la relación terapéutica si no se respeta la intimidad del paciente y además se excluye a éste del derecho de decidir quién puede o debe entrar en su espacio inmediato¹⁹.

Ahora bien, además de la continua formación del profesional de enfermería de la UCI, que proporciona conocimientos, habilidades intelectuales y hábitos profesionales vislumbrados desde un alto nivel académico, se requieren otros aspectos que favorezcan el cuidado terapéutico al paciente crítico, como son una especial sensibilidad humana que ayude a proporcionar una atención de calidad¹⁴.

Otra propuesta de mejora considerada es la de elaborar un protocolo de acogida del familiar, sobre todo en el momento del ingreso del paciente en la UCI, para informarle y explicarle el tecnicismo al que está expuesto su pariente. Lo ideal sería que la información se proporcionara de forma conjunta entre la enfermera y el médico, lo cual proporcionaría cierta seguridad al personal de enfermería a la hora de hablar con los familiares sobre la evolución del paciente, puesto que se conocerían todos los informes que se les habrían suministrado. Además, también se debería incidir para beneficio del paciente, en la inserción del familiar dentro del plan de cuidados de enfermería, de modo que ello no entorpeciera la labor diaria de los cuidados²².

El trabajo de soporte emocional a la familia representa un aditivo a la elevada carga de trabajo que ostentan ya de por sí las enfermeras, por lo que se hace necesario a nivel

educacional el incremento una formación continuada en las enfermeras de UCI, con el propósito de prepararlas para su actuación con todos los distintos integrantes que requieren sus cuidados en la unidad^{3, 16}. Se deduce así que es necesario “impulsar programas de formación dirigidos a los profesionales de la UCI y de los servicios que atienden a pacientes críticos”, sobre todo los dirigidos a la atención de los familiares, de sus necesidades, en los procesos de duelo, a las estrategias de protección contra el estrés, etc. Es necesario conseguir que los profesionales se conciencien de las condiciones y requisitos reales de los familiares y que les proporcionen los instrumentos para que sean capaces de manejar ciertas situaciones de elevado contenido emocional. Por tanto, se hace necesario que se destine una reserva presupuestaria para los departamentos de docencia y de formación continua sobre todo en las Unidades de Cuidados Intensivos^{22, 13}.

Además, esto nos lleva a pensar que a través de la estandarización de unas normas de acogida al familiar, la atención a éste es mejorable, de modo que quede definido qué hacer, cuándo y cómo en cada situación, dejando así la improvisación habitual de lado²⁰. La voluntad de mejorar los estándares mínimos de atención a las familias, tiene como objetivo “optimizar la información que se proporciona a los familiares”¹⁹.

También se especifica que debería existir más confianza por parte del equipo médico con respecto a la capacidad de las enfermeras para la detección de situaciones de sufrimiento. Esto derivaría en una mejora en la atención al dolor, sueño y otras posibles experiencias que padezcan los pacientes. Por supuesto que las competencias enfermeras no deben estar por encima de las habilidades en la detección de problemas, la administración de los tratamientos pautados por el médico y la valoración de la efectividad de dichos tratamientos y técnicas realizadas. Todo ello repercutiría sin lugar a dudas en una mejora del bienestar del usuario, y en el reconocimiento de la tarea profesional para la cual están capacitadas²¹.

Se sugieren algunas estrategias facilitadoras de la relación y por consiguiente relacionadas con una mejora en la comunicación como son: la consideración de un espacio dentro de la jornada laboral para la preparación de protocolos asistenciales conjuntos entre enfermeras y médicos, donde se lleven a cabo las reuniones interdisciplinares a fin de tratar los temas propios de la unidad y sus usuarios y donde se

favorezca la atención humanizada conjunta por parte de todo el personal que conforma el equipo asistencial²¹.

Las enfermeras, por lo tanto, identifican a la comunicación interdisciplinar como un mecanismo elemental para el funcionamiento del trabajo en equipo, y como consecuencia, como componente básico para la consecución de la humanización en la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos. Además también consideran positivamente la comunicación interdisciplinaria en la calidad de la atención proporcionada y en la satisfacción de ambos profesionales (enfermeros y médicos)²¹.

Según esto, se determina que sería conveniente, elaborar un protocolo de acogida para el familiar al ingreso en la unidad del paciente, realizada conjuntamente entre médico y enfermera, favoreciendo todo tipo de explicaciones relacionadas con la patología así como con el aparataje, con el fin de disipar miedos. Esto también proporcionaría más seguridad en el personal de enfermería a la hora de comunicar a los familiares la evolución del paciente. Y por otro lado, se debería trabajar para la integración de los familiares en los cuidados de enfermería, donde ellos pudieran participar y que presentara beneficios para el enfermo, sin llegar a entorpecer la labor diaria del resto de profesionales²².

Al mismo tiempo, es oportuno tener en cuenta que dichas acciones transformadoras además de implicar a los profesionales, deben hacerlo también con la gestión en este sector y con la institución. Por el momento se van introduciendo pequeños cambios en cuanto a las relaciones terapéuticas personales, que aunque no son suficientes representan el comienzo de un nuevo cambio dentro de la humanización del cuidado en la UCI⁶.

CONCLUSIONES

Del total de los artículos recopilados, 7 están dirigidos a la atención a los pacientes, 11 a los familiares, 3 a los pacientes y familiares a la vez y 1 trata sobre las relaciones interdisciplinarias de los profesionales de la salud. De estos resultados, además de otros artículos relacionados con el tema y que han sido excluidos de esta revisión bibliográfica, se deduce que se elaboran menos artículos desde la perspectiva del paciente.

A través de los resultados obtenidos con el análisis de las distintas bibliografías, se llega a la conclusión inequívoca de que efectivamente existe relación entre la efectividad de mejora del estado psicoemocional entre los usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos y una comunicación terapéutica por parte del equipo de enfermería.

Hay que destacar que los pacientes tienen sensaciones de soledad, vulnerabilidad, frialdad (como falta de calor humano). Donde el entorno es un lugar extraño que infunde inseguridad, en el que prima la importancia de la tecnología por encima de la persona, lo cual conduce a la deshumanización del cuidado, impidiendo en muchos casos la apreciación de ciertos problemas personales, individuales y espirituales, favoreciendo el malestar y la incomodidad. Todo ello nos lleva a la determinación de que se hace necesario ofrecer cuidados específicos e individuales para cada paciente.

En cuanto a los familiares, el hecho de tener a uno de sus parientes ingresado en la UCI, supone una dura experiencia que acarrea negativas desestructuraciones en su vida familiar y cotidiana. Se trata de un entorno adverso, de donde emanan sensaciones de estrés, ansiedad, incertidumbre y donde en muchas ocasiones su actuación se reduce a realizar las visitas dentro del horario establecido y a recibir la información por parte del médico dentro de la agenda programada para ello.

En general, las necesidades descritas por parte de los familiares se dividen en dos grandes grupos: las relacionadas con el paciente y las relacionadas con los familiares. Dentro de estas últimas, prima la necesidad de información por encima de las demás. En lo que hay consenso, es en que la información es un componente esencial en los cuidados de enfermería, si bien, hasta ahora generalmente se ha ido realizando de forma no reglada, basada en la experiencia de los profesionales, lo que nos lleva a la conclusión que para evitar ciertas lagunas existentes en cuanto a ésta, se hace necesario trabajar intensamente en la elaboración de un protocolo de actuación relativo a ello, de tal forma que quede reglada en mayor medida.

En consecuencia debería darse formación complementaria y continuada, que debería ir también unida a un acuerdo de mínimos a fin de saber reconducir las conductas de evitación en los tratos con el usuario, a tener en cuenta la evidencia, a cómo podemos informar y orientar dentro de nuestras competencias y a cómo adquirir habilidad y destreza en la identificación y solución de problemas. Estas acciones no serán

suficientes, pero pueden ser un buen principio en la continuidad de intentar mejorar los cuidados integrales tanto de los pacientes como de sus familias.

Desde la propia experiencia, parece seguir coexistiendo un cierto miedo al intrusismo a la hora de informar tanto al paciente como a su familia, donde podría servir de ayuda la existencia de un espacio de comunicación conjunta por parte de médicos y enfermeras, que en cierto modo se podría llevar a cabo durante el pase de visita matutino y que en consecuencia evitaría los falsos temores a proporcionar información contradictoria y a entrar en conflicto con el facultativo encargado de atender a ese paciente. Asimismo se debería considerar un espacio para realizar reuniones interdisciplinarias que unificaran el tipo de actuación y que favorecieran una atención humanizada.

Por supuesto, que en las relaciones entre las enfermeras y los pacientes y sus familias, la profesionalidad destaca entre las principales características que debe poseer el personal de enfermería, puesto que se prioriza el bienestar del paciente ante todo. Pero no debemos olvidar que tanto unos como otros también requieren de una atención personalizada donde se incluya el trato humanizado. La alianza de estas dos características conformaría el procedimiento ideal en la tarea de la atención de los cuidados integrales.

A pesar de las evidencias plasmadas en la bibliografía, sigue existiendo una laguna en cuanto a la falta de atención de los familiares en las UCI españolas, incluso sigue existiendo divergencia entre lo manifestado por el familiar y lo que percibe y/o interpreta la enfermera.

La enfermera en muchas ocasiones sigue considerando únicamente al paciente como necesitado de sus cuidados y al no considerar a la familia del mismo modo, la deja al margen de sus atenciones. Esto es algo que se puede visualizar en muchas ocasiones cuando se producen las visitas diarias, donde el personal de enfermería aprovecha esos instantes para evadirse durante unos momentos de sus quehaceres propios en la unidad. Por ello se hace necesaria la visión holística del paciente y su familia, donde se debería ser consciente de que el paciente “no es de la enfermera”, sino más bien de su familia, y que debería hacerse mucho más por integrar a ésta en sus cuidados y considerarlos al mismo tiempo como receptores de cuidados. El familiar necesita estar cerca del paciente, hablarle, tocarle, pero ante el aparataje de la tecnología y la ansiedad que le produce la situación, el sentirse observado por el resto de pacientes y del personal, hace

necesaria la presencia de una mano amiga que le indique aquellas acciones en las que puede contribuir tanto al bienestar del paciente como al suyo propio.

De todo esto se deduce que además de aquellos conocimientos académicos que pueda alcanzar el personal de enfermería, para conseguir una atención de calidad es necesaria la calidez y sensibilidad humana, que no siempre se adquiere a través de la formación. Por consiguiente se hace necesario, ponerse en el lugar del otro (paciente y familiar), simplemente mirándolo con atención e interaccionando con él, para saber qué siente y qué necesita, y así poder proporcionarle una atención individual y humanizada, sin dejarse llevar por las inercias del sistema.

En definitiva, queda perfectamente acreditado que es de suma importancia el que exista una muy buena comunicación por parte de todo el equipo de enfermería, con un trato humanizado, tanto con el paciente como con sus familiares, toda vez que ello sin lugar a dudas repercute en una mejora del estado psíquico y emocional del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallardo Jiménez N, Najarro Infante FR, Dulce García MA, Pérez Fernández C, Fernández Fernández A. Calidad en la atención e información: Opinión de los familiares. *Páginas enferurg.com* 2009; 1(3):21-23.
2. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Amorós Cerdá SM, Pérez Juan E, Maqueda Palau M, Delgado Mesquida J. Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva* 2012 0; 23(3):121-131.
3. Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gómez JE, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sánchez-Cuenca López P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enfermería Intensiva* 2003; 14(3):109-119.
4. Barlem E, Rosenheim D, Lunardi VL, Lundardi Filho W. Communication as a tool of humanization of nursing care: experiences in intensive care unit [Portuguese]. *Rev Electronica Enfermagem* 2008 12; 10(4):1041-1049.

5. Pérez M, Pérez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global* 2008; 1(12):1-13.
6. Fabiane U, Corrêa AK. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Rev Lat Am* 2007; 15(4):598-604.
7. Beltrán Salazar OA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Investigación y Educación en Enfermería* 2009; 27(1):34-45.
8. Bengoechea Ibarrodo MB. Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos. El estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enfermería Clínica* 2001; 11(6):266-274.
9. Corral Liria I. Experiencia vivida y necesidades percibidas por los familiares de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos (UCI). *Rev Paraninfo Digital* 2009;7(124).
10. Amorós Cerdá SM, Arévalo Rubert J, Maqueda Palau M, Pérez Juan E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* 2008 12; 19(4):193-203.
11. Marques IR, Souza ARd. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(1):141-144.
12. Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index de Enfermería* 2006; 15(54):48-52.
13. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Albert Miró Gayà J. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enfermería Intensiva* 2010; 21(2):52-57.
14. Ramírez Pérez PM, Conde Corona G, Manrique Nava C, Ramírez Alanís OJ, Acosta Becerril E, Ramos Flores JC. Trato del personal de enfermería al paciente en estado crítico desde un enfoque humanista. *Rev Paraninfo Digital* 2012; 16(66).

15. Bernat Bernat R. Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. *Nursing* 2008; 26(9):60-63.
16. Zaforteza C, Sánchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva* 2008 4; 19(2):61-70.
17. Santana Cabrera L, Hernández Medina E, García Martul M, Sánchez Palacios M. Satisfacción de los familiares de pacientes fallecidos en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Clínica* 2006 10; 127(14):557.
18. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005 04; 14(4):501-509.
19. Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva* 2010; 21(1):11-19.
20. Pérez Fernández C, Najarro Infante FR, Dulce García MA, Gallardo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Páginas enferurg.com* 2009; 1(3):15-20.
21. Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D, et al. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 2006 12; 17(4):141-153.
22. Santana Cabrera L, Yañez Quintana B, Martín Alonso J, Ramírez Montesdeoca F, Roger Marrero I, Pérez de la Blanca, Amaya Susilla. Actividades de comunicación del personal de enfermería con los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica* 2009 0; 19(6):335-339.