

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**REVISIÓN CRÍTICA: ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DEL
PACIENTE CRÍTICO FRENTE A LA
ENFERMEDAD**

**INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE:
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

AUTOR: Lic. GRETA CARRILLO GONZALEZ

Chiclayo, 14 de Diciembre de 2017

**REVISIÓN CRÍTICA: ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DEL
PACIENTE CRITICO FRENTE A LA
ENFERMEDAD**

POR:

Lic. GRETA CARRILLO GONZALEZ

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica
Santo Toribio de Mogrovejo para optar el Título de:
**SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

APROBADO POR:

Mgtr. Mercedes E. López Díaz
Presidente de Jurado

Mgtr. Marianela Medalit Cienfuegos Huamán
Secretaria de Jurado

Lic. Aurora Violeta Zapata Rueda
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 14 de Diciembre de 2017

ÍNDICE

	Págs.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	08
CAPÍTULO I: MARCO METODOLOGICO	10
1.1. Tipo de Investigación.	11
1.2. Metodología: Enfermería Basada en Evidencia (EBE)	11
1.3. Formulación de la pregunta según esquema PICOT:	11
1.4. Metodología de Búsqueda de Información:	12
1.5. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro:	14
1.6. Nivel de evidencia y grados de recomendación.....	14
CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO:	15
2.1. El Artículo para Revisión: Sufrimiento y su afrontamiento en UCI	15
2.2. Comentario Crítico:	18
2.3.-Importancia de los resultados.	25
2.4.- Nivel de evidencia	25
2.5.-Respuesta a la pregunta.....	25
2.6.-RECOMENDACIONES.....	26
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	27
ANEXOS	29

DEDICATORIA

A todos los pacientes en estado crítico, esperando que la investigación ayude a mejorar su salud a través de los cuidados enfermeros.

A mis padres, por su ayuda incondicional en cada dificultad, por demostrarme su amor.

Greta

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y guiar mi camino, iluminando día a día cada una de mis acciones y sobre todo por darme salud.

Greta

RESUMEN

El paciente crítico a pesar de sus limitaciones necesita afrontar y adaptarse a su nueva situación, permanecer en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) genera un impacto, y el paciente tiene que utilizar ciertas estrategias que le ayuden a mejorar y afrontar su nueva esta situación, es por ello tanto el paciente con ayuda del personal de salud crearán y/o usaran ciertas estrategias de afrontamiento, es así que el *Objetivo* de la investigación fue Identificar las estrategias de adaptación y afrontamiento que utilizan los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos; se trata una Investigación Secundaria, la misma que utiliza la *metodología* de la Investigación Basada en Evidencia (EBE), se tomó en cuenta 06 artículos científicos relacionados con el tema, los que fueron buscados en bases de datos reconocidas en comunidad científica, como: Scielo, Enfermería Global, Dialnet, Google Académico. Se seleccionó un estudio cuantitativo, descriptivo, multicéntrico, que se trató con la lista de chequeo de Astete, el nivel de evidencia se dió a través de la Canadian Task Force on Preventive Healt Care (CTFPHC). La respuesta a la pregunta clínica: ¿Qué estrategias utiliza el paciente crítico para el afrontamiento y adaptación en las Ucis? Refiere que El apoyo en la información y atención proporcionado por el personal sanitario al paciente crítico, así como el apoyo de la familia y amigos; además de Pensar en positivo con respecto a su situación de salud; asimismo usan como estrategias el apoyo en creencias religiosas y el apoyo en la experiencia previa; otra estrategia no menos importante es, Evitar pensar en su situación de salud.

Palabras claves: estrategias de afrontamiento, adaptación, Unidad de cuidados intensivos, cuidados de enfermería

ABSTRACT

The critical patient, despite his limitations, needs to face and adapt to his new situation, staying in an Intensive Care Unit (ICU) generates an impact, and the patient has to use certain strategies that help him to improve and face his new situation, that is why the patient with the help of health personnel will create and / or use certain coping strategies, so the objective of the research was to identify the adaptation and coping strategies used by patients in the Intensive Care Unit; it is a Secondary Investigation, the same one that uses the methodology of the Investigation Based on Evidence (EBE), it was taken into account 06 scientific articles related to the subject, those that were looked for in data bases recognized in scientific community, like: Scielo, Global Nursing, Dialnet, Google Scholar. A quantitative, descriptive, multicenter study was selected, which was treated with the Astete checklist, the level of evidence was given through the Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC). The answer to the clinical question: What strategies does the critical patient use for coping and adaptation in Ucis? It refers that the support in the information and attention provided by the health personnel to the critical patient, as well as the support of the family and friends; in addition to Think positive about your health situation; they also use as strategies the support in religious beliefs and the support in the previous experience; Another strategy no less important is, Avoid thinking about your health situation.

Keywords: coping strategies, adaptation, intensive care unit, nursing care

INTRODUCCIÓN

En un artículo “Suspiro de Vida” se redacta la respuesta de un paciente que permaneció en la unidad de cuidados intensivos:

“...noo!!! Eso sí fue tremendo...imagínese yo estaba consciente y ahí con ese tubo que no me dejaba mover porque uhh no, es muy fuerte...yo lloraba, me sentía como desesperado en ese momento de no poder moverme al menos un poco”.

El paciente crítico definido como aquellos que sufren una inestabilidad orgánica, estructural y funcional y están en situación de riesgo real o potencial su vida. Y pesar de sus limitaciones necesita afrontar y adaptarse a una nueva situación, el impacto que genera estar en una unidad de cuidados intensivos, es tan grande, que el paciente tiene que utilizar ciertas estrategias que le ayuden a mejorar su estancia hospitalaria y ello lo logrará con ayuda de la enfermera, quién es la persona que más tiempo permanece a su lado.¹

A menudo observamos que la enfermera de la unidad de cuidados intensivos se centra más en brindar cuidados encaminados a la función fisiológica y estructural. Sin embargo la persona sujeto de cuidado, no sólo requiere atención física, sino también acciones que le ayuden a adaptarse y afrontar su entorno.

El paciente en UCI es un ser vulnerable que ha depositado su confianza y su vida en el personal de salud, es un ser humano en el cual la conciencia está total o parcialmente comprometida, su libertad está restringida o suspendida.¹

Por todos los cambios que experimenta el paciente crítico y que sin lugar a duda es inevitable dada su condición médica, es necesario que el paciente adquiera estrategias para afrontar y adaptarse a su nueva situación y de esta forma llevar una estancia más cómoda y a la vez aminorar su permanencia en la unidad de cuidados intensivos, todo ello con ayuda del personal sanitario.

Callista Roy relaciona de manera importante el entorno con el proceso de adaptación del ser humano, ella nos dice que el entorno es la fuente de los estímulos que amenazan o fomentan la existencia de una persona para su supervivencia, el sistema de adaptación del hombre debe responder de manera positiva a estímulos ambientales.²

Por lo que menciona Roy, es necesario que el paciente en estado crítico adquiera ciertas estrategias que le ayuden en la recuperación de su salud. Para ello es necesario conocer todos los estímulos que contribuyan a la recuperación de su estado de salud.

El Modelo de Adaptación de Callista Roy, nos dice que el estímulo es un factor que provoca una respuesta. Los estímulos pueden surgir tanto del entorno interno como externo. El nivel de adaptación está compuesto por el efecto combinatorio de tres tipos de estímulos: Estímulos focales, que son los que se presentan ante el individuo. Estímulos contextuales, que son el resto de los estímulos presentes que contribuyen en el efecto de los estímulos focales. Estímulos residuales, factores del entorno cuyo efecto no queda muy claro en una situación determinada.²

Es así que el rol de la enfermera juega un papel muy importante, y que mucho depende de sus cuidados la recuperación del paciente en estado crítico, es la enfermera en combinación con el paciente quienes logran estrategias de adaptación y/o afrontamiento.

Por otro lado, Roy, menciona que los mecanismos de afrontamiento hacen referencia a procesos innatos o adquiridos que una persona utiliza para enfrentarse a estímulos ambientales.²

Sin lugar a duda la interacción entre paciente y enfermera cobra demasiada importancia y de esa interacción dependerá la adaptación y afrontamiento a su “nueva vida” del paciente en estado crítico.

Por tanto es necesario conocer qué estrategias han ayudado a que el paciente se adapte y afronte al entorno actual de su salud. Para lograr reconocer qué estrategias ayudan a afrontar de manera positiva la situación del paciente en estado crítico, se realizó una investigación, usando la metodología de Enfermería Basada en Evidencia.

La pregunta de investigación fue: ¿Qué estrategias de afrontamiento y adaptación utiliza el paciente crítico frente a la enfermedad?

El **Objetivo** formulado: Identificar las estrategias de adaptación y afrontamiento que utilizan los pacientes en la Unidad de cuidados intensivos.

La investigación se **Justifica**: pues muy a menudo estamos acostumbrados a brindar cuidados cotidianos encaminados a la función fisiológica y estructural del paciente de la unidad de cuidados intensivos, cuidados como, cambio de posición, aspiración de secreciones, baño diario, cambio de pañal, limpieza de catéter, etc, no se minimiza aquellos cuidados, los cuales son muy importantes para su recuperación; sin embargo el paciente de Uci es un ser que depende netamente del personal sanitario que lo cuida y por tanto tenemos que tratar de suplir todas sus necesidades. Y una forma de cuidar es ayudar a que el paciente se adapte a su “nueva situación” de salud, a través de estrategias propias que mejoren su calidad de vida y aminoren su estancia en la UCI y además a tener menos secuelas traumáticas.

La presente investigación secundaria basada en evidencia se realiza porque se quiere conocer qué estrategias de afrontamiento y adaptación en el paciente crítico, se evidencian en los escenarios ajenos a nuestra realidad. Con el resultado de la revisión sistemática, se podrá justificar el cambio de la práctica en nuestro entorno laboral en las unidades de cuidados intensivos y porque no también en todo el entorno laboral hospitalario.

CAPÍTULO I: MARCO METODOLOGICO

1.1. Tipo de Investigación: Investigación secundaria, que tiene como prioridad describir los hechos encontrados en las fuentes primarias, luego interpretar, evaluar y recomendar o no la evidencia encontrada. ³

1.2. Metodología: Enfermería Basada en Evidencia (EBE)

La Práctica Basada en la Evidencia, se desarrolla a partir de la integración de la mejor evidencia de investigación en la experiencia clínica y las necesidades y valores de los pacientes. La mejor evidencia de investigación es el conocimiento empírico generado a partir de la síntesis de hallazgos de estudios de calidad para analizar un problema de la práctica.³

El cambio en la práctica se justifica con los estudios de investigación, los cuales nos dan evidencia fundamentada⁴; es por ello se tuvo en cuenta 05 investigaciones que pasaron la lista de chequeo y así fundamentar el cambio en la práctica de nuestra realidad.

Además se siguieron las pautas de Galvez Toro, para dar mayor rigor científico a la investigación, siguiendo sus etapas aplicables.

- a. **Formulación de pregunta:** ¿Qué estrategias de afrontamiento y adaptación utiliza el paciente crítico frente a la enfermedad? Según cuadro PICOT.
- b. **Localizar las mejores evidencias con las que responder:** En todo momento se trató de buscar las mejores fuentes documentales, en las bases de datos como google académico, proquest, dialnet, scielo, enfermería global, enfermería cardiológica, etc.
- c. **Valoración y evaluación crítica de la evidencia:** Se determinó su validez y utilidad haciendo uso de la lectura crítica y respondiendo nuestra pregunta.
- d. **Aplicación de las conclusiones a nuestra práctica,** teniendo en consideración los riesgos y beneficios para el paciente, al utilizar estrategias de afrontamiento en Uci.
- e. **Evaluación** del rendimiento de esta aplicación.

1.3. Formulación de la pregunta según esquema PICOT:

Qué estrategias de afrontamiento y adaptación utiliza el paciente crítico frente a la enfermedad?

Viabilidad y pertinencia de la pregunta:

Conocer qué estrategias usan los pacientes de otros escenarios ajenos a los nuestros, para afrontar y adaptarse en la unidad de cuidados críticos, nos ayudará a cambiar la práctica que tenemos en nuestro entorno laboral y así contribuir a mejorar la salud, a través de los resultados podemos seguir pautas de cuidados encaminados a aumentar el afrontamiento y adaptación. Es una pregunta viable e interesante de responder a través de las investigaciones existentes relacionadas con el tema abordado.

1.4. Metodología de Búsqueda de Información:

La metodología de búsqueda que se utiliza es de tipo bibliográfica a través de la obtención de evidencias científicas relacionadas con el tema investigado.

Se investigó los estudios pertinentes relacionados al tema en cuestión, en bases de datos, como Dialnet, Proquest, Google Académico, Scielo, Enfermería Global, etc; durante la búsqueda se tuvo como criterio de inclusión artículos en español, y portugués con una antigüedad no mayor de 5 años, se utilizaron palabras claves como paciente crítico, afrontamiento, adaptación y Uci.

Cuadro N°03: Paso 1: Elección de las palabras claves			
Palabra Clave	Inglés	Portugués	Sinónimo
Paciente crítico	Critical patient	Paciente critico	Paciente grave
Estrategia	Strategy	estratégia	Arte para dirigir un asunto.
Afrontamiento	Font facing	lidar	Afrontar. Hacer cara a un peligro, problema o situación comprometida.

Adaptación	Adaptation	adaptação	Adaptar. Dicho de una persona: Acomodarse, avenirse a diversas circunstancias, condiciones de su entorno.
Unidad de cuidados intensivos	Intensive Care department	Unidad de cuidados intensivos	Terapia intensiva
Cuidados de enfermería	nursing care	cuidados de enfermagem	Asistir, guardar, conservar

Cuadro N° 04: Paso 2: Registro escrito de la búsqueda				
Base de datos consultada	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda o ecuación de búsqueda	N° de artículos encontrados	N° de artículos seleccionados
Google académico	11/2015	Estrategias de afrontamiento en paciente crítico	15	2
Revistas enfermería Global	11/2015	UCI	23	1
Dialnet	11/2015	afrontamiento en uci	13	2
Google académico	11/2015	SUFRIMIENTO Y SU AFRONTAMIENTO EN UNA UCI	12	1

1.5. Síntesis de la Evidencia encontrada a través de la Guía de Validez y utilidad aparentes de Gálvez Toro:

Título del Artículo	Tipo de Investigación- Metodología	Resultado	Decisión
EXPERIENCIAS, PERCEPCIONES Y NECESIDADES EN LA UCI: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS CUALITATIVOS	Metaestudio tipo revisión sistemática cualitativa.	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería.	Estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo	Responde 3 de la 5 las preguntas	No se puede emplear
Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias	Estudio cualitativo descriptivo mediante entrevista a profundidad.	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
HAY QUE PONER DE SU PARTE PARA AFRONTAR UNA ENFERMEDAD GRAVE.	Investigación cualitativa basada en la teoría fundada.	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometidos a soporte ventilatorio.	Está enmarcada dentro del paradigma cualitativo, con un enfoque fenomenológico de tipo retrospectivo.	Responde todas las preguntas	Para pasar lista
SUFRIMIENTO Y SU AFRONTAMIENTO EN UNA UCI	Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, longitudinal, y prospectivo	Responde todas las preguntas	Pasar para lista

1.6. Nivel de evidencia y grados de recomendación

Del estudio seleccionado, al ser cuantitativo y al darse en una línea de tiempo y además abarcar varios escenarios, como UCI del Hospital General de Requena, UCI del Hospital de Manises y UCI del Hospital Arnau de Vilanova, todos en España, para mi conveniencia es el mejor metodológicamente hallado y además responde a la pregunta planteada y los resultados se acercan más a nuestra realidad dentro de las Ucis de los hospitales donde se tuvo experiencia laboral.

CAPÍTULO II: DESARROLLO DEL COMENTARIO CRÍTICO:

2.1. El Artículo para Revisión: Sufrimiento y su afrontamiento en UCI

a. Título de la Investigación secundaria que desarrollará.

Estrategias de afrontamiento y adaptación del paciente crítico y el rol de enfermería.

b. Revisor(es): Greta Carrillo González

c. Institución: Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

d. Dirección para correspondencia: gcarrillo25@hotmail.com

e. Referencia completa del artículo seleccionado para revisión:

Montoro L. Yurena: Sufrimiento y su afrontamiento en una Uci. Observatorio de Bioética. 2014 [Consultado 3 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.observatoribioetica.org/wp-content/uploads/2015/03/Sufrimiento-y-su-afrontamiento-en-una-UCI-2.pdf>

f. Resumen del artículo original:

En el problema de investigación se menciona que el riesgo de la excesiva tecnificación de la especialidad médica es que las UCIs se conviertan en lugares donde la tecnología, la eficiencia y la eficacia predominen sobre las relaciones personales, distanciando la relación médica – paciente - familia. En este sentido la re-humanización de los profesionales sanitarios, brindando atención integral, lo cual implica la atención de su patología, de su dolor y de su sufrimiento y como saber afrontarlos. En este sentido se justifica la realización del estudio de la Dra. Montoro,

Ya que nos da a conocer un aspecto muy importante del paciente crítico, que es, el sufrimiento y sus mecanismos de afrontamiento. El problema que denota, es una problemática actual y su importancia radica en que muchas veces no se toma en cuenta el sufrimiento del paciente, enfocándonos más en la parte tecnológica. Es por ello que la investigación resulta factible para aplicarla y lograr cambios en la práctica.

Su objetivo fue Conocer y describir el sufrimiento que provoca en los pacientes y en los familiares el ingreso y la estancia en Uci., así como los motivos que lo desencadenan, además de Conocer los mecanismos de afrontamiento que utilizan ambos grupos. El Diseño que la autora toma en cuenta es el de Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo. Cuantitativo,

desarrollado en la Uci del Hospital General de Requena, Uci del Hospital de Manises, Uci del Hospital Arnau de Vilanova, todos en España. La recogida de datos se llevó a cabo a través de reparto de cuestionarios anónimos, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia a un grupo de pacientes y sus familiares. El análisis de datos, fue el análisis descriptivo por variables seleccionadas y análisis bivariado.

En el análisis descriptivo por variables se tuvo en cuenta, La edad (pacientes y familiares), sexo (pacientes y familiares), grado de parentesco, nivel de estudios, profesión/oficio, estado civil, existencia de hijos, número de hijos, edad de los hijos, creencias, diagnóstico, índice de gravedad, estancia media, conocimiento de la existencia de las Ucis, sentimientos que despertó el ingreso en la Uci, existencia de sufrimiento, motivos negativos que provocaron este sentimiento, experiencia de acogimiento por el personal de la Uci, herramientas para sobrellevar la estancia en Uci y entre otros estrategias de afrontamiento del ingreso en Uci, que es el motivo de nuestro estudio. Y en el análisis bivariado: Relación entre grado de dolor según Eva y grado de sufrimiento, relación entre la gravedad y grado de sufrimiento, relación entre las creencias y el grado de sufrimiento.

Finalmente, los en los resultados: los pacientes son mayoritariamente hombres sexagenarios, casados, padres de familia, y en general con bajo nivel educativo y ocupaciones acordes al nivel de formación, con patología fundamentalmente médica de gravedad moderada; las cuidadoras siguen siendo fundamentalmente mujeres, familiares de primer grado (hijas y esposas). Se observa en las generaciones posteriores mayor nivel cultural, y el matrimonio con hijos como forma de convivencia mayoritaria. Tanto en pacientes como en familiares el ingreso en UCI provoca (a pesar de conocerlos, sentirse bien acogidos, y confiar en nuestro trabajo) un sufrimiento leve en el caso de los pacientes, y un sufrimiento importante en el caso de los familiares, relacionado con la gravedad de los diagnósticos y lo inesperado de la situación. Nuestros pacientes se encuentran bien analgésicos con una media de escala EVA de dolor de 3,5 puntos. Destacan en los pacientes los sentimientos positivos como la esperanza y la serenidad, mientras que en los familiares por el contrario los negativos como el miedo y la ansiedad. Ambos grupos valoran muy positivamente la atención directa, la monitorización continua, y la percepción de un mejor control del dolor físico en la UCI. Pero llama la atención que definiéndose ambos grupos ampliamente

como creyentes, **las estrategias de afrontamiento** son mayoritariamente la información médica y el apoyo en el entorno familiar, y minoritariamente la oración, la reflexión personal o el contacto con un sacerdote. Con respecto al análisis bivariado, se objetiva que el sufrimiento es una sensación que depende de forma directa y moderada del dolor, y que sólo el 16,3% de la variación del sufrimiento depende de la sensación álgica. La gravedad se relaciona de forma directa y débil con el sufrimiento, en el caso de los pacientes médicos y quirúrgicos, pero no en los coronarios. Sin ser estadísticamente significativo, ser creyente es factor de riesgo para el sufrimiento en los pacientes, y factor protector en los familiares. Y la acogida positiva es factor protector para el sufrimiento ($p > 0,05$) tanto en pacientes como en familiares. **Conclusiones:** La atención integral de las necesidades del paciente crítico y sus familiares es un imperativo ético, y un estándar de calidad en la atención sanitaria actual. Es una responsabilidad del equipo sanitario multidisciplinar. Sería recomendable que los servicios de medicina intensiva, ofrecieran de forma generalizada y normalizada, los recursos necesarios para la cobertura de dichas necesidades (por ejemplo contacto con un psicólogo clínico/sacerdote o guía espiritual), y que el sistema sanitario a través de los diferentes departamentos de salud, contemplara de forma protocolizada dichos recursos.

La investigación de la Dra Montoro no ha sido financiada por ninguna entidad y además la autora declara no tener conflictos de interés., pero si limitaciones por sesgos del estudio.

E-mail de correspondencia: Dra.Yurena M. Montoro Lozano, Médico Intensivista de la Uci del Hospital General de Requena, miembro del Proyecto HUCI Humanizando los Cuidados Intensivos. Valencia-España. Contactarse en: <http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com/2015/04/sufrimiento-y-su-afrontamiento-en-la.html>

2.2. Comentario Crítico:

La lista de chequeo que se utilizó en la investigación seleccionada fue la lista de chequeo de Boverieth Astete.

Con relación al **Título de la investigación** seleccionado: “Sufrimiento y su afrontamiento en una Uci”, el título nos da una idea de lo que la investigación

quiere lograr: conocer cómo es el afrontamiento del paciente crítico, a través de estrategias como ya lo podemos encontrar en la investigación de la Dra. Montoro. En cuanto a los **Autores:** Durante el proceso de la investigación la autora conto con un tutor, ya que la mejor manera de escribir un artículo científico es haciéndolo y aceptando la crítica de los revisores, porque lo que se escribe es menos preciso de lo que se piensa, el autor al repasar el manuscrito, lee lo que escribió y lo que pensó; en cambio el revisor sólo lee lo que se escribió, esta lectura permite la detección de errores, la expresión de ideas incompletas desde una posición externa que ayudan al autor a corregir sus deficiencias.¹²

En cuanto al **Resumen:** nos permite identificar el contenido básico de forma rápida y exacta, además de ser entendible, describe claramente el objetivo, diseño metodológico, los resultados conclusiones. Sin embargo no cumple con ser conciso, al abarcar cerca de 500 palabras, lo cual no minimiza su rigor e importancia. Probablemente la autora se excede de palabras para explicar mucho más detallado el resumen de su investigación, que a mi parecer se justifica, pues en el resumen esta todo lo que necesitamos saber del estudio en mención.

Por otro lado en el **Problema de la investigación:** la autora menciona que el riesgo de la excesiva tecnificación de la especialidad médica es que las Ucis se conviertan en lugares donde la tecnología, la eficiencia y la eficacia predominen sobre las relaciones personales, distanciando la relación médica – paciente - familia. En este sentido la re-humanización de los profesionales sanitarios, brindando atención integral, lo cual implica la atención de su patología, de su dolor y de su *sufrimiento y como saber afrontarlos*. Por tal motivo queda claro la razón por la que se seleccionó el estudio, ya que menciona un aspecto muy importante del paciente crítico, que es, el sufrimiento y sus mecanismos de afrontamiento.

En cuanto a la **Revisión bibliográfica,** El problema de investigación está referido con el sufrimiento y su afrontamiento y durante el proceso del estudio observamos una óptima revisión bibliográfica para la intervención del problema que plantea el estudio. Revisión referida al contraste con otros estudios.

Sin embargo se identifican ciertas fuentes que se deben profundizar, es decir los enfoques teóricos relacionados con el problema. Creo debe mencionar teorías existentes que ayuden a entender el tema de sufrimiento y afrontamiento.

No obstante la revisión que el autor plasma cumple con los criterios mínimos de selección, es lógica, contiene fecha de publicación, siguen pautas bibliográficas.

De igual modo en el **Marco teórico**, El estudio para lograr su objetivo se vincula con teorías existentes de ciertos autores, por ejemplo incluye lo que Bayes (2006) en su libro Cuidados Críticos y sufrimiento, menciona acerca las causas concretas que originan el sufrimiento de los enfermos durante su ingreso a UCI. El estudio se basa en teorías existentes e investigaciones realizadas, para a partir de ellas formular una teoría propia guiada por el resultado.

Nos podemos dar cuenta que el marco teórico es adecuado para resolver el problema de investigación, además de ser útil para clarificar conceptos pertinentes de acuerdo al resultado logrado.

Sin embargo a mi parecer hubiese sido mucho mejor que la investigación haya incluido el marco teórico en un capítulo amplio, como las investigaciones tipo tesis, de esta forma nos ayuda a atender mucho mejor las referencias bibliográficas. Sin embargo ello no minimiza sus resultados, pues lo que considera en la investigación es útil para lograr conceptos pertinentes que ayuden al problema de investigación.

En relación a la **Metodología**, se trata de un estudio con diseño multicéntrico descriptivo, observacional longitudinal y prospectivo, lo que lo hace apropiado para lograr el objetivo del estudio. Los estudios multicéntricos tienen la ventaja de un reclutamiento más rápido, un mayor número de pacientes y un desarrollo más rápido. Por tanto las conclusiones se extienden a una población mayor y más representativa que las que pudieran obtenerse en un solo centro.¹⁵ Es un estudio prospectivo, pues analiza los hechos desde el inicio de la investigación hacia los sucesos siguientes, haciendo de la investigación, un estudio más consistente. Pero por otro lado, es un estudio descriptivo y el objetivo de la investigación descriptiva es, observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación del desarrollo de teoría.¹⁴ Es lo que el autor quiere lograr, describir el sufrimiento y su afrontamiento y luego documentar los hechos.

En el estudio, la población y muestra estuvo conformada por pacientes de UCI y sus familiares, la muestra se conformó utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia, caracterizándose por un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas, mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos.

Por otro lado, la muestra para nosotros resulta ser representativa en cuanto que las unidades críticas de nuestra realidad alojan entre 6 a 10 pacientes por mes

dependiendo de su estancia hospitalaria, que a veces sobrepasa los 30 días de estancia en Uci.

Con respecto a los **Resultados**: A menudo la investigación cuantitativa, reúne datos numéricos, que resultan de algún tipo de medición formal que se analizan por medio de procedimientos estadísticos.¹⁴

El instrumento que se usó (Cuestionario) resulta adecuado y formal para el diseño usado, cuantitativo-descriptivo, cuestionario que la autora da a conocer en los anexos de su investigación. El autor toma en cuenta ciertas variables para sus análisis, variables que son seleccionadas de acuerdo al objetivo que se quiere lograr. Y a través de los cuestionarios se obtienen los datos estadísticos que se analizan según cada tipo de variable. El instrumento/cuestionario consta de preguntas cerradas y abiertas, conteniendo preguntas dicotómicas (2 alternativas) y preguntas de opción múltiple, así como preguntas que permiten al participante responder con sus propias palabras a ciertos ítems. La decisión del autor de utilizar preguntas abiertas o cerradas tiene su fundamento en aspectos importantes como lo delicado del tema, las aptitudes de expresión verbal de los informantes y el tiempo disponible, entre otras; es muy recomendable combinar ambos tipos de preguntas a fin de compensar ventajas y desventajas.

La elaboración de un cuestionario meticuloso y bien desarrollado no se genera en cuestión de minutos o de algunas horas, el investigador debe dedicar mucho tiempo a analizar los requisitos de investigación y atender hasta el mínimo detalle.¹⁴ Por lo tanto para el estudio, los instrumentos y procedimientos de recolección de datos son los adecuados, demostrando confiabilidad y validez de instrumentos, además del rigor metodológico que la autora usa; sin dejar pasar por alto que los cuestionarios contienen los datos inherentes al estudio.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se ha realizado con programas informáticos existentes y de mucha confiabilidad.

El análisis estadístico constituye un método para presentar la información cuantitativa de manera significativa y comprensible. Sin la estadística, los datos cuantitativos colectados para una investigación podrían resultar poco más que una masa caótica de números.¹⁴ Por ello el procedimiento estadístico de análisis es el adecuado en esta investigación, por otro lado los procedimientos estadísticos se aplican de acuerdo al nivel de medición de los datos obtenidos. Analizando los datos en relación a los objetivos propuestos.

Para el análisis bivariado (del resultado) se utilizó la covarianza y la correlación de Pearson para la relación entre las variables cuantitativas. Grado de dolor- grado de sufrimiento y, gravedad-grado de sufrimiento.

En el análisis bivariado (dos variables), el método más común para describir la relación entre dos variables es la aplicación de procedimientos de correlación (con variables proporcional, intervalo u ordinal), estas permiten determinar el grado de relación entre dos variables y el índice de correlación que se emplea con mayor frecuencia es el coeficiente de correlación momento-producto, también conocido como r de Pearson.¹⁴

El chi cuadrado, se emplea cuando se cuenta con datos clasificados en categorías acerca de las proporciones de casos, esta estadística se calcula (χ^2) a partir de las tablas de contingencias para probar la significancia de las diferentes proporciones.¹⁴ El chi cuadrado se usó para el análisis de la relación entre variables dicotómicas (*existencia o no de creencias religiosas y percepción de la acogida en UCI*) y la variable cuantitativa *grado de sufrimiento*.

Los datos fueron analizados en relación al objetivo que plantea el estudio. En los resultados se evidencia que el autor en su estudio logra su objetivo planteado, y consecuentemente para nuestro estudio, responde a nuestra pregunta de investigación.

Los datos son presentados de forma objetiva a través de las variables seleccionadas, cada una con sus gráficos estadísticos (gráficos de sectores), seguido de una breve afirmación del resultado estadístico (por ejm. 65% son hombres y 32% son mujeres, concluyendo que los pacientes son mayoritariamente hombres) El resultado no sigue el orden de los objetivos planteados, ya que el autor ha considerado en su estudio tomar en cuenta ciertas variables inherentes al paciente crítico (como edad, sexo, nivel de estudios, etc); es así, que en el estudio el autor inicia el capítulo del resultado con el análisis estadístico de aquellas variables (Edad, sexo, nivel educativo, etc), seguidamente con el análisis de variables relacionadas con su objetivo propuesto. Es así que sus resultados los presenta con el análisis descriptivo por variables y el análisis bivariado variables.

Los valores resultantes de las variables, son interpretados profesionalmente, además que en el estudio, la sección de resultados es completa y convence al lector por todos los datos que presenta.

Las tablas y gráficos de sectores, se presentan de forma simple y autoexplicativa, incluyendo datos numéricos exactos y necesarios para lo que se quiere mostrar, permitiendo analizar los patrones y tendencias. La decisión del autor de tomar el tipo de gráfico (gráfico de sectores) seleccionado, probablemente sea por su facilidad de entendimiento, rescatando así el buen juicio del autor.

En referencia a la **Discusión:** En sus interpretaciones el autor remarca que los datos obtenidos y los hallazgos que se discuten están en relación al objetivo planteado del estudio, obviamente encontrando relación con el marco teórico desarrollado.

El autor al margen de especular hace aseveraciones a cerca del resultado de su estudio, contrastándolos con los de otros estudios que coinciden con los resultados propios, de ahí su generalización justificada y garantizada en base a su resultado. Uno de los estudios que fortalecen sus resultados, son los de Blanca Gutiérrez, quien concluye en su estudio sobre “Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI”, que una de las estrategias de afrontamiento, es el apoyo familiar, las creencias religiosas, etc.

Por otro lado el autor hace énfasis que al margen de los datos estadísticos, el estudio es relevante en cuanto a su aplicación clínica de su hallazgo y la de otros estudios.

Montoro, inicialmente discute sobre los resultados obtenidos, luego contrasta con los resultados publicados de otras investigaciones, toma en cuenta una serie de investigaciones, por ejemplo de Martínez Qués, quien describe en su estudio sobre las estrategias de afrontamiento, también toma el estudio de Gómez Carretero. Experiencias en Uci. La de Gutiérrez, sobre el padecimiento de los pacientes en Uci, entre otros.

Se puede diferenciar entre los hallazgos del estudio y lo que el autor piensa al respecto, además de reforzar su estudio con resultados similares con otras investigaciones.

Como en toda investigación, el autor refiere a cerca de las limitaciones por sesgos de su estudio, sin embargo las conclusiones que presenta se relacionan con sus objetivos y con los de nuestro estudio secundario.

Para nosotros, al margen de los sesgos, el estudio nos ayuda a concientizarnos sobre nuestros cuidados y de cómo podemos instaurar el cambio de la práctica habitual.

Sobretudo haciendo alusión al ítem 10, la autora nos llama a la reflexión a los profesionales de la salud, que debemos ejercer con una actitud vital de ayuda y servicio a los demás, para lograr que las personas afronten y superen su sufrimiento.

Personalmente, después de leer muchos estudios, quedé admirada del profesionalismo que denotan los estudios, del estilo que irradian, de los diseños metodológicos, los resultados, cada autor muestra un estilo propio y argumentativo.

Sin embargo el que llamó más mi atención fue este, porque a la autora en su discusión redacta una serie de argumentos con uso juicioso, creando polémica y debate, gracias a su idea teórica del resultado y a la literatura tomada en cuenta.

Desde el resumen hasta la conclusión se evidencia el estilo descriptivo y narrativo. Finalmente, las conclusiones que Montaro nos presenta se relacionan con los objetivos propuestos, pero además con la problemática del estudio, además de ser presentados de forma clara, logrando así el autor, su objetivo.

Además responde también a nuestra pregunta de investigación, de entre las tantas conclusiones, todas se relacionan unas con otras, pero para nuestro estudio tomamos en cuenta, las relacionadas a las estrategias de afrontamiento.

Sin embargo a modo de recomendación sería bueno que se profundice en los resultados de la investigación, es decir que explique minuciosamente cada estrategia de afrontamiento encontrada, ya que la autora sólo menciona las estrategias, mas no explica a fondo cada una de ellas, por ejemplo es interesante saber a qué se refiere con la estrategia de “Apoyo en la experiencia previa”.

En cuanto al **Nivel de evidencia:** se trabajo con Los niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención-cuantitativas (Canadian Task Force on Preventive Health Care – CTFPHC), mencionados por Merce.¹⁷

Como el estudio esta englobado en el diseño descriptivo-cuantitativo:

Se concluye:

Nivel de evidencia III: (referida a la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comité de expertos.

*Para lograr el grado de recomendación, se tomó en cuenta: Grados de recomendación para intervenciones de prevención- Cuantitativa. (CTFPHC).¹⁷

Grado de recomendación B: (Existe moderada evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención) III-B

2.3.-Importancia de los resultados del estudio de Montoro, yace en sus hallazgos al dar respuesta a nuestra pregunta referida a las estrategias de afrontamiento del paciente crítico y es en base a estos resultados que podemos analizar nuestra labor como profesionales de la salud, y si es necesario poder instaurar cambios en la práctica clínica diaria, en mejora de los paciente de las Unidades de Cuidados Críticos.

2.4.- Nivel de evidencia

Siendo esto que la

2.5.-Respuesta a la pregunta del estudio responde la pregunta clínica formulada en nuestra investigación; dando como resultado que las estrategias de afrontamientos en orden de prioridad, según lo que nos revela la investigación de Montoro son:

1. Apoyo en la información y atención proporcionado por el personal sanitario: por ejemplo entre otra información, es dar a conocer sobre su salud, sobre la orientación temporo-espacial.
2. Apoyo en la familia y amigos: diversos estudios demuestran que la soledad es un sentimiento negativo que debilita física y psicológicamente a las personas, por ello es importante involucrar a la familia en el cuidado del paciente crítico así como permitir la visita.
3. Pensando en positivo: entrar a Uci con la idea que se le brindara un cuidado que ayude a su pronta recuperación, adoptar una actitud positiva ante la noticia del ingreso.
4. Apoyo en la experiencia previa: saber que hay personas que salieron pronto de su estancia en Uci
5. Apoyo en creencias religiosas: Refugiarse en la fe.
6. Evitando pensar en su situación de salud.

Sin embargo cada resultado no es descrito minuciosamente por la autora, dado que su objetivo era conocer los mecanismos de afrontamiento que utilizan tanto los pacientes como sus familiares en las UCIs. Por ello sería excelente que se profundice en los resultados de la investigación, es decir que explique minuciosamente cada estrategia de afrontamiento encontrada, ya que la autora

sólo menciona las estrategias, mas no explica a fondo cada una de ellas, por ejemplo es interesante saber a qué se refiere con la estrategia de “Apoyo en la experiencia previa”.

2.6.-RECOMENDACIONES

- Que se profundice en los resultados de la investigación, es decir que explique minuciosamente cada estrategia de afrontamiento encontrada, ya que la autora sólo menciona las estrategias, mas no explica a fondo cada una de ellas, por ejemplo es interesante saber a qué se refiere con la estrategia de “Apoyo en la experiencia previa”.
- Debemos brindar cuidados que abarquen la esfera emocional, física, social, espiritual todo ello en conjunto con la familia.
- Como profesionales sanitarios debemos fomentar la creación de estrategias que ayuden a afrontar la situación de salud del paciente crítico.
- Las estrategias mencionadas en esta investigación son resultados de otra realidad ajena a la nuestra, que podría ayudar en nuestros cuidados, mas no es una situación que se tenga que dar en nuestro ámbito, pues depende de cada paciente y de cada realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gutiérrez B., Alvarino B., Pérez L., Pérez Ramírez: Experiencias, percepciones y necesidades en la Uci: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería Global* [Revista online] 2008 [Consultado 3 noviembre 2015]; 7 (12). Págs 14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
2. Qués M. AA., Rodríguez R., Rodríguez Fernández: Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una Unidad de coronarias. *Enfermería en Cardiología* [revista online] 2005 [Consultado 3 noviembre 2015]; 4(34). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331645>
3. Montoro L. Yurena: Sufrimiento y su afrontamiento en una Uci. *Observatorio de Bioética*. 2014 [Consultado 3 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.observatoriobioetica.org/wp-content/uploads/2015/03/Sufrimiento-y-su-afrontamiento-en-una-UCI-2.pdf>
4. Polit. Hungler. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ta ed: México; McGraw-Hill Interamericana. 2000. Pág. 27-30
5. Luque C. A., Eguia Balderrama Antonio: Los estudios clínicos basados en puntos duros y estadística. Nuevo paradigma; creer o no creer, he ahí el dilema. Segunda parte. *Revista Mexicana de Cardiología*. 2007 [consultado 17 noviembre 2015]; 18 (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2007/h073f.pdf>
6. Supo José: Mito todos los trabajos de investigación tiene Hipótesis. *Seminarios de Investigación*. 2014 [consultado 21 noviembre 2015] disponible en: <http://seminariosdeinvestigacion.com/todos-los-trabajos-de-investigacion-tienen-hipotesis/>
7. Marzo, M. C., Viana Cristina: Calidad de la evidencia y grado de recomendación. *Guías Clínicas*. 2007. [consultado 24 noviembre 2015]; 7 (1:6). Disponible en : <http://www.fisterra.com/guias2/fmc/sintesis.pdf>
8. Pulgarín T. A., Osorio G. S., Varela L. L. *Fundamentos de Enfermería. Cuidado del Paciente en Estado Crítico*. 1ª ed: Medellín-Colombia; Corporación para Investigación Biológicas. 2012. Pág. 7
9. Marriner T.A, Raile A.M. *Modelo y Teorías de Enfermería*. España; ELSEVIER-MOSBY. 2007. Pág 353-373
10. Burns N., Grove K. S. *Investigación en Enfermería. Desarrollo de la Práctica Enfermera Basada en la Evidencia*. 5ta ed: España; ELSEVIER – SAUNDERS. 2012.

11. Gerrish K., Lacey A. Investigación en Enfermería. 5ta ed: España; Mc Graw Hill Interamericana. 2008. Pág 493.
12. Burns N., Grove K. S. Investigación en Enfermería. España; ELSEVIER. 2005. Pág. 29-30.
13. Da Cruz S. F., Machado L., Regimar Carla: Estrés del paciente en Uci: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enfermería Global [Revista Online] 2013 [Consultado 3 noviembre 2015]; 12 (32). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/154061> PORTUGUES / español.
14. Beltran Salazar Oscar: Hay que poner de su parte para afrontar una enfermedad grave. Revista Aquichan [revista online] 2010 [consultado 3 noviembre 2015]; 10 (3). Págs 214-227. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet:HayQuePonerDeSuParteParaAfrontarUnaEnfermedadGrave-3400982.pdf>
15. Bohorquez A., Ramírez A., Rodríguez E., Polentino C., Medina M., Aceros Míryam: Suspiro de vida: vivencias de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos sometido a soporte ventilatorio. Ciencia y Cuidado [revista online] 2011 [consultado 3 noviembre 2015]; 8 (1). Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-SuspiroDeVidaVivenciasDeLosPacientesDeLaUnidadDeCu-3853519.pdf>
16. Artilles Bisbal Leticia: El artículo científico. Revista Cubana de Medicina General Integral. 1995 [consultado 15 noviembre 2015]; 11 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000400015
17. Muestreo. [consultado 17 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO DE DESCRIPCION DEL PROBLEMA

P	Paciente o Problema	Paciente en estado crítico con dificultad para la adaptación y afrontamiento en las UCIs.
I	Intervención	Paciente crítico que muestra poca mejoría y días prolongados en la Uci, así como secuelas al momento del alta. Por lo que se piensa que los cuidados de enfermería no van encaminados a la creación de estrategias de afrontamiento.
C	Comparación o Control	El personal de enfermería considera estrategias de afrontamiento como parte de cuidado basado en la experiencia del paciente.
O	Outcomes o Resultados	A través de las estrategias de afrontamiento, lograr la recuperación del paciente positivamente y una permanencia menor en Uci; cambiando la práctica habitual por la práctica encontrada en la evidencia fundamentada.
T	Tipo de Diseño de Investigación	Secundaria, con metodología EBE
Oxford-Centre of Evidence Based Medicine.		

ANEXO 2 : ARTICULOS SELECCIONADOS

GUIA DE UTILIDAD DE GALVEZ TORO

Cuadro de validez de Galvez Toro . ARTICULO N ° 1		
Título de la investigación a validar: EXPERIENCIAS, PERCEPCIONES Y NECESIDADES EN LA UCI: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS CUALITATIVOS		
Metodología: Metaestudio tipo revisión sistemática cualitativa.		
Año: 2008		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
<p>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</p> <p>Las Estrategias de afrontamiento identificadas en los propios pacientes son: negación y minimización (de la enfermedad, de las emociones o de las posibles consecuencias de la enfermedad), el escape/evitación de la situación, la resignación, la auto justificación, el futuro cambio hacia hábitos de vida más saludables, evitar asumir el rol de enfermo, el apoyo familiar, la aceptación de la enfermedad, las creencias religiosas, la confianza en el personal y la esperanza en la curación. Para algunos pacientes se trata de vivir un proceso de adaptación a una nueva vida.</p> <p>La alteración que se produce de roles (familiar, social, lúdico y laboral), hace que a veces la familia o el entorno desarrolle una actitud de superprotección hacia el paciente. Los pacientes, para afrontar la situación, necesitan ver que en sus familiares hay ánimo y esperanza.</p> <p>Algunos pacientes depositan gran confianza en los medicamentos como herramientas para disminuir la ansiedad-estrés.</p> <p>El sueño es considerado como beneficioso y se considera sueño y estrés como dos extremos opuestos.</p> <p>En el caso de pacientes que se iban a someter a transplante, conocer a</p>	<p>Las estrategias que el paciente generalmente utilizan, van encaminadas a adaptarse a su nueva situación de salud y ello la enfermera cumple también un rol importante, al involucrar a la familia en el cuidado del paciente.</p>	<p>El estudio concluye que Las Estrategias de afrontamiento identificadas en los propios pacientes son: negación y minimización (de la enfermedad, de las emociones o de las posibles consecuencias de la enfermedad), el escape/evitación de la situación, la resignación, la auto justificación.</p> <p>Para las enfermeras el control del dolor y la información son intervenciones muy destacadas para ayudar a controlar el estrés del paciente. Hay enfermeras que son capaces de “utilizar” a las familias para aliviar la</p>

<p>otros pacientes transplantados supuso un estímulo positivo. Para las enfermeras el control del dolor y la información son intervenciones muy destacadas para ayudar a controlar el estrés del paciente. Hay enfermeras que son capaces de “utilizar” a las familias para aliviar la situación de tensión, incitando a los familiares a que toquen, hablen, besen al enfermo, le manifiesten físicamente su apoyo y cercanía.</p>		<p>situación de tensión, incitando a los familiares a que toquen, hablen, besen al enfermo, le manifiesten físicamente su apoyo y cercanía.</p>
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? Los hallazgos dan respuesta explícita a su problema o no? Los hallazgos son relevantes, útiles ya que refleja el proceso de adaptación del paciente crítico. Y además responde a la pregunta la revisión sistemática.</p>	<p>Problema: Paciente en estado crítico con dificultad para la adaptación y afrontamiento en las Ucis. Respuesta del estudio: Existen estrategias de afrontamiento y adaptación y en ello la enfermera juega un rol importante, involucrando a la familia en el cuidado del paciente.</p>	<p>Resuelve el problema</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio? Según nuestra realidad a mucho de nuestros pacientes en las Ucis, les resulta difícil la adaptación a su nueva situación, sin embargo según los resultados de esta investigación existen ciertas estrategias de afrontamiento que la ayudan en su salud. Por supuesto que se puede implantar el cambio y es función de la enfermera intervenir en ello con</p>	<p>En nuestro medio la enfermera maneja dos pacientes, claro que se puede lograr que el paciente afronte y se adapte a su “nueva vida”</p>	<p>Puedo aplicarlo</p>

ayuda de la familia, lo cual no demanda demasiada inversión monetaria, sino un cuidado humano.		
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente? Las evidencias si son seguras en lo posibles, pues se realizan 21 investigaciones originales y rigurosas y de ellas al final se obtuvieron un resultado que nos ayuda para la intervención en estudio.</p>	Aparentemente no acarrea riesgos, pues lo único que el profesional debe tener en cuenta es el cuidado humano.	Si
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos? Si, son válidos en cuanto que es una investigación rigurosa con una metodología confiable.</p>	<p>Metaestudio tipo revisión sistemática cualitativa. Tipo de estudios: Estudios originales, no revisiones críticas de un estudio ni proyectos de investigación; Diseño cualitativo; idioma español. Participantes: pacientes no pediátricos (mayores de 14 años) ingresados en una UCI y sus familiares (mayores de 14 años). Enfermeras de cuidados críticos.</p>	Si
<p>* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.</p>		
<p>Cuadro de validez de Gálvez Toro . ARTICULO N ° 2</p>		
<p>Título de la investigación a validar: Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería.</p>		

Metodología: Estudio descriptivo, exploratorio y cuantitativo.		
Año:2013		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
<p>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</p> <p>Los factores que actúan como estresores en los pacientes internados en las dos UTI investigadas son principalmente: <i>quedarse mirando el techo, con dificultad para pasar el tiempo, no tener privacidad, no saber qué día es hoy y escuchar el gemido de otros pacientes.</i></p> <p>Respecto de los mecanismos utilizados por el equipo de enfermería para amenizar los factores desencadenantes de estrés al paciente, se observó que, de manera general, los colaboradores de enfermería realizan de forma significativa, importantes acciones de humanización en su vida diaria laboral.</p> <p>Sin embargo, es importante considerar que la acción “menos” realizada por los colaboradores de enfermería que participaron del estudio es la de <i>“Buscar orientar siempre al paciente en estado despierto sobre qué día es hoy, qué horario, etc.”</i>. Esta cuestión de desorientación temporal es un factor establecido como estresor que el equipo de salud no debe descuidar.</p>	<p>Existen diversos factores estresantes que no ayudan a que el paciente se adapte o afronte su nueva situación de vida. Y para ello la enfermera cuenta con ciertos mecanismos para el afrontamiento.</p>	<p>El estudio concluye que la intervención de la enfermera es primordial para minimizar los factores estresantes en los pacientes críticos.</p>
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</p> <p>Los resultados encontrados sobretodo ayudaran para recomendaciones posteriores.</p>	<p>Problema: Paciente en estado crítico con dificultad para la adaptación y afrontamiento en las Ucis.</p> <p>Respuesta: existen factores estresantes en las Ucis que los pacientes presentan durante su estadía.</p>	<p>Lo resuelve parcialmente</p>

Comentado [U1]: Todo con el mismo tipo de letra

<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? ¿Podemos implantar el cambio? Los resultados son aplicables en cuanto a que si nosotros conocemos los factores estresantes en las Ucis, nos ayudará a actuar sobre estos factores y consecuentemente ayudaremos al paciente en el proceso de adaptación. Lo cual demanda mucha inversión, sino cambio en la práctica diaria.</p>	<p>Solo es necesario el cambio de la práctica diaria. Y conociendo cuales son los principales estresores en las Ucis, se hace mucho más fácil la adaptación del paciente, pues se actuará en base a esos estresores encontrados en el estudio</p>	<p>Puedo aplicarlo Bajo ciertas condiciones</p>
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente? En la medida de lo posible son seguras. Ya que es una investigación metodológica. Con el objetivo de proteger los sujetos del estudio, el protocolo de investigación fue enviado al Comité de Ética en el área de Investigación de la Universidad do Vale de Paraíba, y aprobado bajo el n° H196/CEP/2010.</p>	<p>Los posibles riesgos de cambiar la práctica, es que se encuentre resistencia por parte del profesional, al cambio de práctica habitual.</p>	<p>Si</p>
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos? Son muy válidos, ya que uso una metodología muy exquisita.</p>	<p>Estudio descriptivo, exploratorio, de procedimiento transversal, con enfoque en la incidencia y/o en la prevalencia de una o más variables, con abordajes cuantitativos. En primer lugar, los sujetos de este estudio constaron de 16 pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos de dos instituciones diferentes, pero con las mismas características en cuanto al perfil de</p>	<p>Si</p>

	<p>las unidades. Todos los pacientes que aceptaron participar del estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre y Claro (TCLE, por sus siglas en portugués).</p>	
<p>* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.</p>		

Cuadro de validez de Gálvez Toro . ARTICULO N ° 3		
Título de la investigación a validar:		
Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias		
Metodología: Cualitativo descriptivo mediante entrevista a profundidad		
Año: 2004		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
<p>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</p> <p>Se obtuvieron cuatro categorías principales: percepción del dolor, vivencia de la enfermedad, información recibida y respuestas de afrontamiento.</p> <p>Las respuestas de afrontamiento englobaron un total de once subcategorías (11 estrategias de afrontamiento):</p> <p>La negación (enfermedad), considerada como el esfuerzo por negar el problema o acontecimiento estresante.</p> <p>Negativa a reconocer el estado emocional: “no miedo ni preocupado”.</p> <p>La evitación es otra de las respuestas más comunes, de forma verbal.</p> <p>La acción directa de Escape/evitación: se trata de no ya de</p>	<p>Los pacientes críticos asumen estrategias de afrontamiento, ya sea de negatividad o positividad. Y en todo ese proceso la enfermera interviene y ayuda al afrontamiento.</p>	<p>En las estrategias que el paciente muestra para sobrellevar la enfermedad, la enfermera también está involucrada y es ella quien ayudará a que el afrontamiento se más eficaz.</p>

<p>evitar el acontecimiento estresante sino de huir de él. La resignación aparece como conformidad ante el estado de sufrimiento. Voluntad de realizar cambios de vida positivos. Adopción o evitación del papel de enfermo. El recurso al auxilio de la familia es utilizado para obtener información en muchos casos. La aceptación de la enfermedad y la edad refuerzan la búsqueda de apoyo. La confianza en el personal y la curación. Las enfermeras pueden reconocer fácilmente las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes a través de sus propias palabras y deben asumir un importante papel en la información suministrada a los pacientes.</p>		
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema? Los hallazgos encontrados son relevantes para resolver nuestro problema y dar respuesta a nuestra pregunta</p>	<p>Problema: Paciente en estado crítico con dificultad para la adaptación y afrontamiento en las Ucis. Respuesta: existen estrategias de afrontamiento</p>	<p>Resuelve el problema</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio? Por supuesto que son aplicables, ya que no demanda inversión económica, sino cambios de prácticas habituales observadas. Se puede implantar el cambio a través del cuidado humano.</p>	<p>Las estrategias están relacionadas más con el paciente y su entorno y es ahí donde la enfermera interviene. Y que usualmente no hacemos, nos encaminamos más a la atención fisiológica. Por ahí podría haber</p>	<p>Puede aplicarlo.</p>

	una resistencia de cambio.	
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente? Fue investigación que siguió rigurosamente criterios de selección de participante, además se realizó el consentimiento informado. Por otra parte antes de la investigación se realizó un estudio piloto para dar más realce a la investigación.</p>	Posible resistencia a cambiar prácticas habituales.	Si
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos? Son válidas porque sigue un marco metodológico riguroso.</p>	<p>Método: Cualitativo descriptivo mediante entrevista a profundidad. La selección de los informantes fue intencional en base a los criterios de adecuación y diversidad. Con criterios de selección. Tamaño de la muestra por principio de saturación. Estudio piloto previo que permitió constatar los criterios con los que se seleccionaría la muestra.</p>	Si
<p>* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.</p>		

Cuadro de validez de Gálvez Toro . ARTICULO N ° 4

Título de la investigación a validar:

HAY QUE PONER DE SU PARTE PARA AFRONTAR UNA ENFERMEDAD GRAVE.

Metodología: Estudio cualitativo realizado con instrumentos de organización y análisis de datos de la teoría fundada.		
Año: 2006		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
<p>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</p> <p>“Poner de su parte” hace referencia a los medios personales y externos que los participantes utilizaron para aceptar la enfermedad, adaptarse a ella y atenuar su condición amenazante. El afrontamiento personal, la creencia religiosa y el apoyo de familiares, amigos, personas desconocidas y del equipo de enfermería fueron como elementos de ayuda para el afrontamiento de la experiencia de una enfermedad crítica y la hospitalización en una UCI: “Pero yo creo que uno tiene que poner de su parte también uno mucho. Considero que es parte del éxito del tratamiento que le están realizando” La forma de afrontar la realidad y las situaciones difíciles involucra un aprendizaje personal. El afrontamiento dirigido a la emoción que la situación despierta. La forma de afrontamiento dirigida hacia la emoción es útil en situaciones muy difíciles o irreversibles y no busca modificar la situación sino evitarla mediante el alejamiento ilusorio y mental, y se logra con algunos mecanismos psicológicos de defensa. El olvido voluntario o supresión es otro mecanismo de afrontamiento dirigido a la emoción que despierta la experiencia, que los participantes utilizaron en la vivencia de la enfermedad crítica. Entre las formas personales de afrontamiento los participantes utilizaron determinados comportamientos para evadirse de una situación difícil. Ignorar la situación permitía el descanso, servía para no tener que escuchar frases estereotipadas de falsa seguridad como</p>	<p>Que existen tanto estrategias internas como externas para ayudar a la adaptación y/o afrontamiento del paciente. Los recursos personales y sociales ayudan a los pacientes a afrontar las emociones que despierta una situación que no pueden resolver por sí mismos como es el padecimiento de una enfermedad grave. La enfermera actuara con un recurso social.</p>	<p>Ciertas estrategias de adaptación intervienen positivamente en la salud del paciente crítico.</p>

“todo está bien”, y no requerir actividades adicionales de valoración o intervención.		
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</p> <p>Los hallazgos encontrados son relevantes para resolver nuestro problema y dar respuesta a nuestra pregunta</p>	<p>Problema: Paciente en estado crítico con dificultad para la adaptación y afrontamiento en las Ucis.</p> <p>Respuesta: existen estrategias internas y externas de afrontamiento.</p>	Resuelve el problema
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</p> <p>Son aplicables, ya que no demanda inversión económica, sino cambios de prácticas habituales observadas. Se puede implantar el cambio a través del cuidado humano.</p>	<p>Las estrategias están relacionadas más con el paciente y su entorno y es ahí donde la enfermera interviene.</p>	Puedo aplicarlo
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente?</p> <p>Son segura por cuanto fue una investigación siguió ciertos criterio ético y de investigación.</p>	<p>Riesgo de resistencia de cambiar la práctica cotidiana.</p>	Si
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos?</p> <p>Son válidas porque sigue un marco metodológico riguroso. Y el diseño permitió dar respuesta a nuestra pregunta</p>	<p>Investigación cualitativa basada en la teoría fundada, realizada en Medellín, Colombia, de abril a octubre de 2006; incluyó a nueve personas adultas entre 24 y 80 años que estuvieron críticamente enfermas y hospitalizadas en UCI. La entrevista en profundidad se utilizó para la recolección de información. Los datos se analizaron según el esquema</p>	Si

	<p>propuesto por Cohen, Kahan y Steeve.</p> <p>Este número de participantes está acorde con los planteamientos de algunos autores (9, 10), y la selección se hizo por muestreo “teórico” con “propósito”, esto es, “seleccionar el mejor informante para los requerimientos del estudio.</p>	
<p>* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.</p>		

Cuadro N° 06: Validez y utilidad aparentes ARTICULO 5		
Título de la investigación a validar:		
SUFRIMIENTO Y SU AFRONTAMIENTO EN UNA UCI		
Metodología: Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, longitudinal, y prospectivo.		
Año:2014		
Pregunta	Descripción	Respuesta*
<p>¿Cuáles son los resultados o los hallazgos?</p> <p>Nuestros pacientes son mayoritariamente hombres sexagenarios, casados, padres de familia, y en general con bajo nivel educativo y ocupaciones acordes al nivel de formación, con patología fundamentalmente medica de gravedad moderada. Las cuidadoras siguen siendo fundamentalmente mujeres, familiares de primer grado (hijas y esposas). Se observa en las generaciones posteriores mayor nivel cultural, y el matrimonio con hijos como forma de convivencia mayoritaria. Tanto en pacientes como en familiares el ingreso en UCI provoca (a pesar de conocernos,</p>	<p>Las estrategias de afrontamiento que se muestran a menudo son relacionadas a la familia y al entorno externo.</p>	<p>Y en estas estrategias de afrontamiento si la familia y otros factores externos intervienen, la recuperación del paciente es positiva.</p>

<p>sentirse bien acogidos, y confiar en nuestro trabajo) un sufrimiento leve en el caso de los pacientes, y un sufrimiento importante en el caso de los familiares, relacionado con la gravedad de los diagnósticos y lo inesperado de la situación.</p> <p>Destacan en los pacientes los sentimientos positivos como la esperanza y la serenidad, mientras que en los familiares por el contrario los negativos como el miedo y la ansiedad. Ambos grupos valoran muy positivamente la atención directa, la monitorización continua, y la percepción de un mejor control del dolor físico en la UCI. Pero llama la atención que definiéndose ambos grupos ampliamente como creyentes, las estrategias de afrontamiento son mayoritariamente la información médica y el apoyo en el entorno familiar, y minoritariamente la oración, la reflexión personal o el contacto con un sacerdote.</p>		
<p>¿Parecen útiles los hallazgos para mi problema?</p> <p>Los hallazgos encontrados son relevantes para resolver nuestro problema y dar respuesta a nuestra pregunta.</p>	<p>Problema: Paciente en estado crítico con dificultad para la adaptación y afrontamiento en las Ucis.</p> <p>Respuesta: existen estrategias principales que ayudan positivamente al paciente, estrategias externas como la familia y la información médica.</p>	<p>Resuelve el problema</p>
<p>¿Son aplicables los resultados para la resolución del problema en tu medio?</p> <p>¿Podemos implantar el cambio?</p> <p>Las estrategias de afrontamiento, según los resultados del estudio, inciden que la familia y la información médica son las estrategias habituales de recuperación.</p>	<p>Mucha posibilidad de aplicación en nuestro ámbito.</p>	<p>Puedo aplicarlo</p>

Sabiendo que esto no demanda esfuerzo mayor, si, se puede implantar el cambio.		
<p>¿Son seguras las evidencias para el paciente? Son evidencias seguras, ya que se usaron criterios éticos y metodológicos.</p>	Resistencia a cambiar la rutina de trabajo	Si
<p>¿Son válidos los resultados y los hallazgos? Son válidas porque sigue un marco metodológico riguroso. Y el diseño permitió dar respuesta a nuestra pregunta.</p>	<p>Diseño: Estudio multicentrico, descriptivo, observacional, longitudinal, y prospectivo. Realizado mediante el reparto de un cuestionario anónimo a pacientes de UCI y a sus familiares, indagando sobre los sentimientos que aparecen a raíz de esta experiencia. Por muestreo no probabilístico por conveniencia a un grupo de pacientes (n=40) y sus familiares (n=47) en el momento del alta de la UCI. Las unidades de cuidados intensivos en las que se recogieron los datos fueron: UCI del Hospital General de Requena, UCI del Hospital de Manises, y UCI del Hospital Arnau de Vilanova. Los pacientes incluidos eran mayores de edad y permanecieron ingresados en las unidades por un periodo igual o superior a 24 horas.</p>	Si.

<p>* Cualquier respuesta negativa o la dificultad de obtener una conclusión clara y explícita tras la lectura de un estudio son suficientes para excluir el estudio. Esta lista de comprobación rápida permite descartar muchos estudios con la simple lectura del resumen.</p>		

ANEXO 3: ARTICULO SELECCIONADO

“SUFRIMIENTO Y SU AFRONTAMIENTO EN UNA UCI”

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA

“San Vicente Mártir”

Máster Oficial en Bioética

Presentado por: Dña. Yurena M. Montoro Lozano

Tutor/a: Dr. Germán Cerdá Olmedo

Valencia, a 8 de Septiembre de 2014

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Germán Cerdá Olmedo, tutor de este trabajo.

Al Dr. David Cuesta Peredo, estadista de este trabajo.

A D. Juan Ismael Martínez Cebrián, por tu inestimable ayuda y generoso apoyo.

ABREVIATURAS:

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

TIMI SCORE RISK: Trombolysis In Myocardial Infarction Score Risk

EVA: Escala Visual Analógica graduada numéricamente para valoración del dolor

RR: Riesgo Relativo

OR: Odds Ratio

OMC: Organización Médica Colegial OMS: Organización Mundial de la Salud

SCA: Síndrome Coronario Agudo

PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder

“Sufrimiento y su afrontamiento en una UCI”

1.- RESUMEN:

Introducción: La enfermedad y el ingreso hospitalario, en particular en una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un proceso socio-psico-biológico que provoca dolor y sufrimiento. Este sufrimiento es una experiencia vital subjetiva y personal de cada enfermo y cada familiar. Conocer con mayor exactitud los motivos que lo desencadenan, así como qué mecanismos ayudan a afrontarlo y superarlo, es la herramienta que tienen los profesionales sanitarios para proporcionar alivio mediante un soporte pluridimensional, y ofrecer una atención sanitaria centrada en las personas.

Objetivo: Conocer y describir el sufrimiento que provoca en los pacientes y en los familiares el ingreso y la estancia en una UCI, así como los motivos que lo desencadenan y los mecanismos de afrontamiento que utilizan ambos grupos.

Material y método: Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, longitudinal, y prospectivo.

Realizado mediante el reparto de un cuestionario anónimo a pacientes de UCI y a sus familiares, indagando sobre los sentimientos que aparecen a raíz de esta experiencia.

Resultados: Nuestros pacientes son mayoritariamente hombres sexagenarios, casados, padres de familia, y en general con bajo nivel educativo y ocupaciones acordes al nivel de formación, con patología fundamentalmente médica de gravedad moderada. Las cuidadoras siguen siendo fundamentalmente mujeres, familiares de primer grado (hijas y esposas). Se observa en las generaciones posteriores mayor nivel cultural, y el matrimonio con hijos como forma de convivencia mayoritaria. Tanto en pacientes como en familiares el ingreso en UCI provoca (a pesar de conocerlos, sentirse bien acogidos, y confiar en nuestro trabajo) un sufrimiento leve en el caso de los pacientes, y un sufrimiento importante en el caso de los familiares, relacionado con la gravedad de los diagnósticos y lo inesperado de la situación. Nuestros pacientes se encuentran bien analgesiados con una media de escala EVA de dolor de 3,5 puntos. Destacan en los pacientes los sentimientos positivos como la esperanza y la serenidad, mientras que en los familiares por el contrario los negativos como el miedo y la ansiedad. Ambos grupos valoran muy positivamente la atención directa, la monitorización continua, y la percepción de un mejor control del dolor físico en la UCI. Pero llama la atención que definiéndose ambos grupos ampliamente como creyentes, las estrategias de afrontamiento son mayoritariamente la información médica y el apoyo en el entorno familiar, y minoritariamente la oración, la reflexión personal o el contacto con un sacerdote. Con respecto al análisis bivariado, se objetiva que el sufrimiento es una sensación que depende de forma directa y moderada del dolor, y que sólo el 16,3% de la variación del sufrimiento depende de la sensación algica. La gravedad se relaciona de forma directa y débil con el sufrimiento, en el caso de los pacientes

médicos y quirúrgicos, pero no en los coronarios. Sin ser estadísticamente significativo, ser creyente es factor de riesgo para el sufrimiento en los pacientes, y factor protector en los familiares. Y la acogida positiva es factor protector para el sufrimiento ($p > 0,05$) tanto en pacientes como en familiares. **Conclusiones:** La atención integral de las necesidades del paciente crítico y sus familiares es un imperativo ético, y un estándar de calidad en la atención sanitaria actual. Es una responsabilidad del equipo sanitario multidisciplinar. Sería recomendable que los servicios de medicina intensiva, ofrecieran de forma generalizada y normalizada, los recursos necesarios para la cobertura de dichas necesidades (por ejemplo contacto con un psicólogo clínico/sacerdote o guía espiritual), y que el sistema sanitario a través de los diferentes departamentos de salud, contemplara de forma protocolizada dichos recursos.

2.- INTRODUCCIÓN:

“Los pacientes críticos se definen como aquellos que sufren una inestabilidad orgánica, estructural o funcional, y están en situación de riesgo vital, real o potencial; o bien sufren el fracaso de uno o más órganos vitales” (1). “Las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen el espacio tecnológico y personal [...] cuya misión es ofrecer el tratamiento y los cuidados integrales [...]” (1) a estos enfermos, “[...] y para ello están dotadas de profesionales especializados y de equipamiento tecnológico complejo” (1). El riesgo de esta excesiva tecnificación de la especialidad médica es que las UCI se conviertan en lugares donde la tecnología, la eficiencia y la eficacia predominen sobre las relaciones personales (2), distanciando y enfriando la relación médico-paciente y médico-familiar (3). En este sentido, la re-humanización de los profesionales sanitarios, cultivando actitudes como la paciencia, la capacidad de acercamiento, la empatía o el sentido del humor, es un reto de la medicina intensiva del s.XIX (1). El profesor Gómez Rubí afirma que “La humanización del entorno de la UCI no puede hacerse desde fuera, buscando el apoyo de persona ajenas, estén o no vinculadas al enfermo, sino cambiando hasta donde sea necesario las actitudes de los profesionales vinculados a la medicina crítica” (4). “Y la responsabilidad es fundamentalmente nuestra” (5). “Siempre lo es” (5).

Si la atención del enfermo crítico debe ser integral, buscando la máxima calidad, “la responsabilidad del cuidado [...] exige un esfuerzo en equipo” (1), y su aproximación es, o debería ser, multidisciplinar y pluridimensional, con profesionales especialistas en diferentes áreas que hayan recibido una formación específica y completa (6).

La atención integral del paciente implica por tanto, la atención de su patología, de su dolor y de su sufrimiento, del área psico-afectiva y espiritual del enfermo, y de su entorno socio-familiar, es decir, la atención integral del paciente es referida a la atención integral de la persona.

Pero, ¿qué entendemos por persona? “El coche, el motor, la carretera, los compañeros de viaje, el paisaje, son elementos que hacen posible y enriquecen el viaje pero no son el viaje. La persona no es el cerebro; la persona no es la mente, la persona no es la conducta; la persona no es el coche, no es el motor, no es la carretera. La persona, con toda su riqueza y complejidad, es el viaje” (7). “[...] Como dice Antonio Machado (1949): Caminante, son tus huellas el camino, y nada más: caminante, no hay camino, se hace camino al andar” (7). “La persona es el resultado de una historia individualizada de interacciones, y se puede explorar a través de la observación, [...] (7) la empatía, la escucha activa y el lenguaje” (7). Si en ocasiones no tratamos a los pacientes como personas, si no sólo como individuos enfermos, “tal vez sea porque carecemos de las habilidades para hacerlo y, en este caso debemos reconocer que tenemos una asignatura pendiente; o creemos que no es de nuestra incumbencia, lo cual quizás signifique que nos hemos equivocado de profesión; o puede que no nos encontremos cómodos ante la presencia del sufrimiento de los demás y tendamos a evitarlo [...] (7).

Cómodos con ella o no, la realidad, nuestra realidad, es que la enfermedad es un proceso que provoca dolor y sufrimiento, y “si partimos de la confluencia conceptual multidisciplinaria que identifica como principal ingrediente del sufrimiento la percepción de amenaza ante un acontecimiento frente al cual nos sentimos sin recursos, probablemente no existe, en nuestra sociedad, una situación –exceptuando tal vez los casos de secuestro, tortura o violación– en la cual las percepciones de amenaza y de impotencia puedan ser más intensas que las que experimenta un paciente que se encuentra, total o parcialmente consciente, en una unidad de cuidados intensivos” (2).

Por tanto, “evaluar e investigar las causas concretas que originan el sufrimiento de los enfermos durante su ingreso en una unidad de críticos para, en lo posible, intentar evitarlos o paliarlos constituyen objetivos sanitarios de primera magnitud” (2).

Entonces, “¿Hasta qué punto se encuentran plenamente conscientes los pacientes de una unidad de críticos? ¿Hasta qué punto experimentan sufrimiento? ¿Qué factores lo producen? ¿Y los familiares? ¿Cuáles, cómo, cuándo y por quién estos padecimientos podrían ser, total o parcialmente, evitados o paliados? ¿Existen secuelas psicológicas futuras, en los enfermos o en sus familiares, susceptibles de prevención?” (2). Por otro lado, “¿hasta qué punto los pacientes de una unidad de críticos son capaces de identificar sus necesidades? ¿Cuál es la mejor forma de averiguarlo?” (2).

¿Preguntarles durante el ingreso? “[...] ¿después de un año, [...] (2) o al cabo de pocos días del alta de la unidad, o de varias semanas o meses [...]?” (2). “¿Cómo debe recogerse la información que pueden proporcionar los enfermos? ¿A través de cuestionarios cerrados, entrevistas semi-estructuradas o con estrategias mixtas [...]?” (2).

Los últimos trabajos apuntan a la conveniencia de la utilización de una metodología cualitativa (entrevista) al menos en la etapa inicial de la investigación, completada con una breve lista de vivencias concretas (ruidos, sed, insomnio, miedo, ansiedad) puntuadas según una escala tipo Likert (escala con 5 posibles valoraciones de cada ítem: “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “de acuerdo”, “totalmente de acuerdo”). Ésta debe ser realizada en el hospital, de forma anónima, a los pocos días del alta de la UCI, y por un entrevistador empático e independiente de la unidad (2). Esto podría proporcionar información no sólo para adquirir nuevos conocimientos, “sino también para proponer cambios en la unidad de la que acaban de ser dados de alta” (2).

Sabemos que el sufrimiento es una experiencia vital subjetiva y personal de cada enfermo y cada familiar, con causas diferentes según la persona y el momento vital en el que se encuentre (8). También sabemos que “La única manera de conocer la intensidad y la causa del sufrimiento de otra persona -y, por tanto, de mantener abierta la posibilidad de aliviarlo- es que nos descubra qué es lo que la hace sufrir” (8).

Y en esta línea, la única manera de conseguir este descubrimiento es la adecuada comunicación entre médico y enfermo, entre médico y familiar, incluso la comunicación del profesional consigo mismo y con el resto del equipo asistencial. “Las habilidades de comunicación, [...] (7) constituyen la tecnología punta para aliviar el sufrimiento de las personas. Los sanitarios, deberían conocerlas a fondo

para llevar a cabo buenos diagnósticos y administrar buenos tratamientos [...]” (7).

“La práctica efectiva de la medicina requiere una competencia “narrativa”, es decir, el reconocer, absorber, interpretar, y actuar sobre las historias y aprietos de otros. La medicina practicada con competencia narrativa, llamada medicina narrativa, se propone como un modelo de práctica médica humana y efectiva” (9). El conocimiento científico lógico-positivista pretende llegar a la verdad general-universal a partir de trascender lo particular, de generalizar lo particular mediante método hipotético- deductivo. El conocimiento narrativo pretende llegar a lo universal a partir de la revelación de lo particular (9). “La medicina nunca ha sido ajena a los asuntos narrativos, pues como iniciativa en la que un ser humano ayuda a otro, siempre se ha fundamentado en la esfera intersubjetiva de la vida” (9). “[...] La práctica médica requiere del compromiso de una persona con otra y obtiene del compromiso auténtico una transformación para todos los participantes” (9), médico, paciente, colegas y sociedad.

“Escuchar historias de enfermedad y reconocer que con frecuencia no hay respuestas clarificadoras para las preguntas de los pacientes, demanda el coraje y la generosidad para tolerar y sobrellevar como testigo pérdidas injustas y tragedias casuales” (9). Conseguir esto con honestidad, humanidad, humildad, lealtad, altruismo, respeto, y confianza, permite al médico establecer una alianza terapéutica con el paciente e involucrarlo en su proceso de cuidado y curación (9).

Por tanto, saber ver además de mirar, saber escuchar además de oír, aprender a “sentir al otro”, a “sentir con el otro”; adquirir las habilidades para descubrir qué nos comunican nuestros enfermos, especialmente en lo referente a aquello que les hace sufrir, es lo único que nos puede llevar hacia su alivio, al ejercicio de una medicina humana, y a la comprensión del paciente como una persona.

3. - OBJETIVO:

Conocer el sufrimiento en un grupo de pacientes críticos y sus familiares, así como los motivos que lo provocan y las herramientas para afrontarlo.

4. - MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio multicéntrico, descriptivo, observacional, longitudinal, y prospectivo. La recogida de datos se llevó a cabo a través del reparto de cuestionarios [Anexo 1 y Anexo 2] anónimos durante el mes de mayo de 2014 mediante muestreo no probabilístico por conveniencia a un grupo de pacientes (n=40) y sus familiares (n=47) en el momento del alta de la UCI. Las unidades de cuidados intensivos en las que se recogieron los datos fueron: UCI del Hospital General de Requena, UCI del Hospital de Manises, y UCI del Hospital Arnau de Vilanova. Los pacientes incluidos eran mayores de edad y permanecieron ingresados en las unidades por un periodo igual o superior a 24 horas.

El cuestionario recogía los siguientes datos:

- A) Demográficos/epidemiológicos: condición de paciente vs. familiar, sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, hijos, número de hijos, edades de los hijos, y la existencia o no de creencias religiosas así como la especificación del credo si existía deseo de expresarlo. En el caso del grupo pacientes se recogía también el diagnóstico principal y un índice pronóstico en relación con la patología (Apache II -Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-, para pacientes médicos o quirúrgicos [Anexo 3], y Timi Score -Trombolysis In Myocardial Infarction Score Risk-, para paciente coronario [Anexo 4]).
- B) Preguntas referentes a los sentimientos despertados por la experiencia del ingreso y la estancia en UCI. Las preguntas indagaban desde el conocimiento/desconocimiento de la existencia de las unidades de cuidados intensivos, los sentimientos que aparecían al conocer la necesidad de ingreso en las mismas y los motivos que los despertaban, la percepción de la sensación de acogida por parte del personal sanitario, la existencia o no de dolor físico y su puntuación en la escala EVA (Escala Visual Analógica), la existencia o no de sufrimiento durante el ingreso y en qué grado, las molestias durante el mismo, y finalmente los mecanismos de afrontamiento utilizados.
- Los encuestados podían marcar varias opciones como respuesta (excepto en aquellas preguntas cerradas y dicotómicas tipo si/no) y a la vez expresar en una línea una opinión con sus propias palabras si así lo deseaban. En aquellos casos en los que las respuestas podían ser múltiples, el porcentaje del resultado fue calculado sobre el número total de respuestas obtenidas (especificado en cada caso y para cada grupo). Cuando alguna característica del paciente (edad avanzada, presbicia, problemas en la lectura, etc...) dificultaba la cumplimentación del mismo, se realizaba la encuesta de manera personal.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se ha realizado con el programa informático Excel 2007.

En el examen bivariado se han utilizado:

- A) La covarianza y la correlación de Pearson para la relación entre las siguientes variables cuantitativas:
- 1- grado de dolor - grado de sufrimiento, y
 - 2- gravedad - grado de sufrimiento. (Realizado en el grupo pacientes).
- B) El Chi cuadrado para la relación entre variables dicotómicas (existencia o no de creencias religiosas y percepción de la acogida en UCI como positiva o negativa) y la variable cuantitativa grado de sufrimiento. (Realizado tanto en pacientes como en familiares).

Se han establecido medidas de asociación de efecto (riesgo relativo [RR] / odds ratio [OR]) entre las variables dicotómicas previamente mencionadas y el grado de sufrimiento transformada de variable continua a variable dicotómica, estableciendo el punto de corte en la existencia de sufrimiento cuando el valor numérico expresado por los encuestados era ≥ 4 puntos. El punto de corte se establece por similitud con la escala EVA de dolor, en la que se considera que la sensación algica no está controlada cuando los pacientes expresan valores ≥ 4

puntos (10).

5. - RESULTADOS:

5.1. - *Análisis descriptivo por variable:*

5.1.1 SEXO:

La muestra del grupo de pacientes (n=40) está constituida por un 65% de hombres (n=26), un 32% de mujeres (n=13), y un 3% de la muestra (n=1) “no sabe/no contesta” (Figura 1).

La muestra del grupo familiares (n=47) está constituida por un 60% de mujeres (n=28), un 34% de hombres (n=16), y un 6% de cuidadores (n=3) que “no sabe/no contesta” (Figura 2).

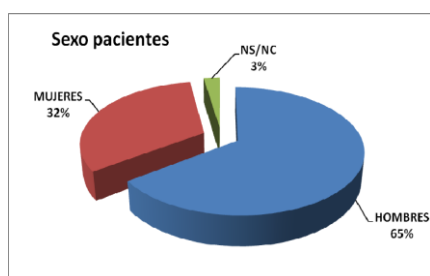


Figura 1

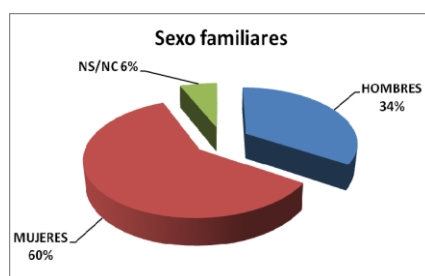


Figura 2

Los pacientes son mayoritariamente hombres mientras que los familiares/cuidadores fundamentalmente mujeres.

5.1.2 EDAD:

Respecto a la variable edad (expresada en años), la muestra del grupo pacientes (n=40) presenta un 10% de pacientes (n=4) con edad comprendida entre 18-30 años, un 12,5% entre 31-45 años (n=5), un 7,5% entre 46-60 años (n=3), un 47,5% entre 61-75 años (n=19), un 17,5% de pacientes mayores de 75 años (n=7), y un 5% de la muestra de pacientes “no sabe/no contesta (n=2) (Figura 3).

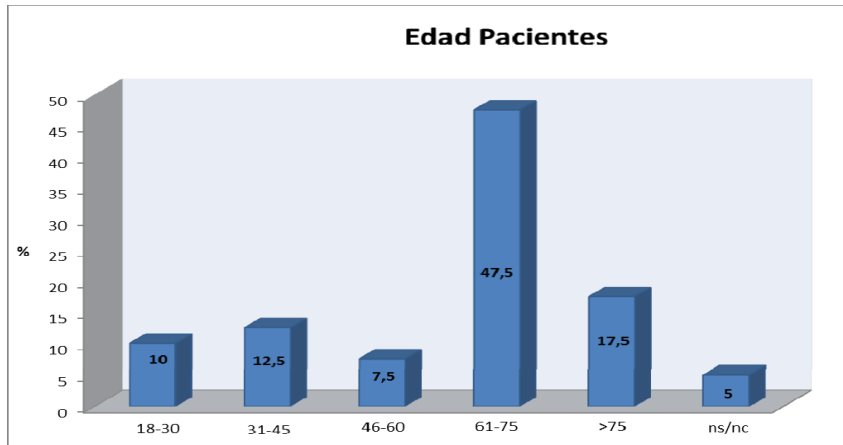


Figura 3

La muestra del grupo familiares (n=47) presenta un 6,4% (n=3) de personas con edad comprendida entre 18-30 años, un 23,4% (n=11) con edad entre 31-45 años, un 34% (n=16) entre 46-60 años, un 25,5% (n=12) entre 61-75 años, un 2,1% (n=1) mayores de 75 años, y un 8,5% (n=4) de la muestra “no sabe/no contesta” (Figura 4).

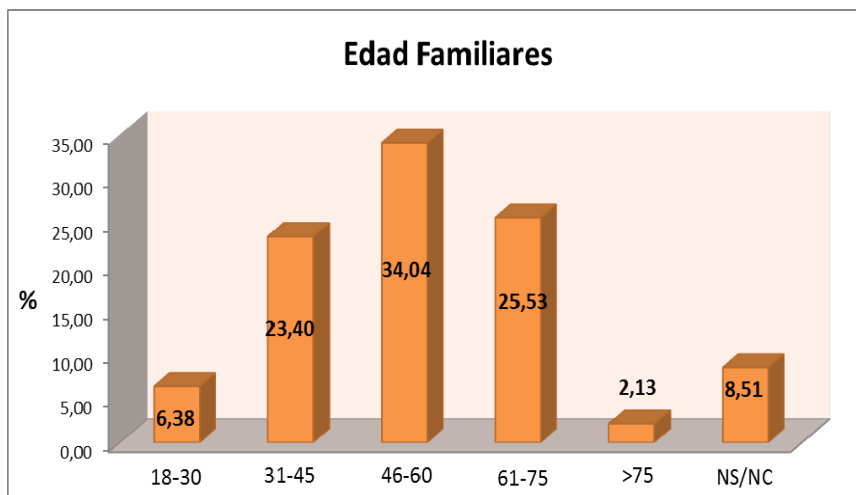


Figura 4

El grupo de edad mayoritario entre los pacientes es el comprendido entre 61-75 años. Mientras que entre las cuidadoras, el grupo de edad más frecuente es el comprendido entre 46-60 años.

5.1.3 GRADO DE PARENTESCO:

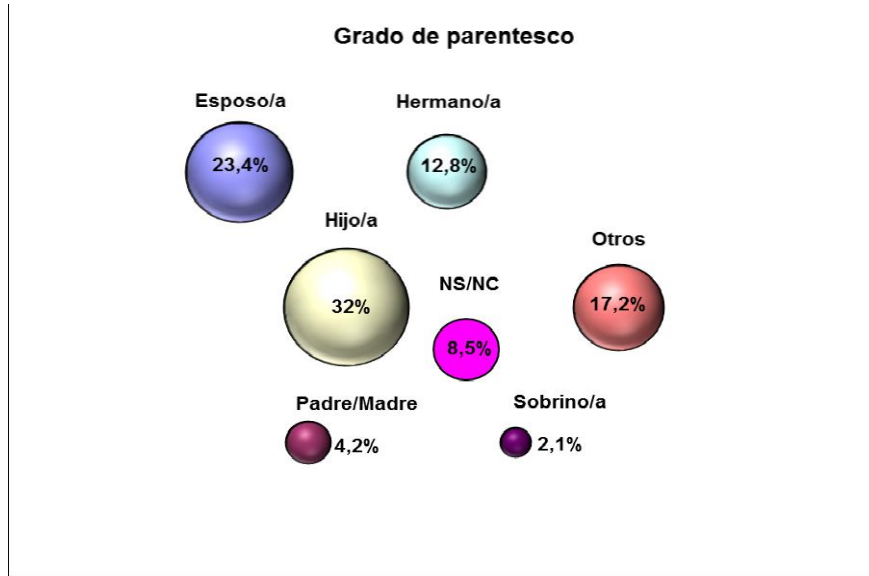


Figura 5

En lo referente al grado de parentesco, entre los familiares encuestados objetivamos: un 32% de hijos (n=15), un 23,4% de esposos (n=11), un 17,2% de “otros” entre los que se encuentran mayoritariamente amigos (n=8), un 12,8% de hermanos (n=6), un 4,2% de padres (n=2), un 2,1% de sobrinos (n=1), y existe un 8,5% de la muestra de familiares que no especificó qué grado de parentesco le unía con el paciente ingresado en UCI (n=4).

Por tanto constatamos que el grupo mayoritario de cuidadores son los familiares de primer grado, siendo hijas y esposas las familiares-acompañantes en la mayoría de los casos. Ambos grupos constituyen el 55,4% (n=26) del total de la muestra de familiares (n=47).

5.1.4 NIVEL DE ESTUDIOS:

En referencia al nivel de estudios un 18% (n=7) de los pacientes no tenía estudios, un 37% (n=15) tenía estudios primarios, un 25% (n=10) tenía estudios secundarios, un 10% (n=4) era licenciado, graduado o diplomado, un 0% (n=0) doctorado o máster, y un 10% (n=4) pertenece al subgrupo “no sabe/no contesta” (Figura 6).

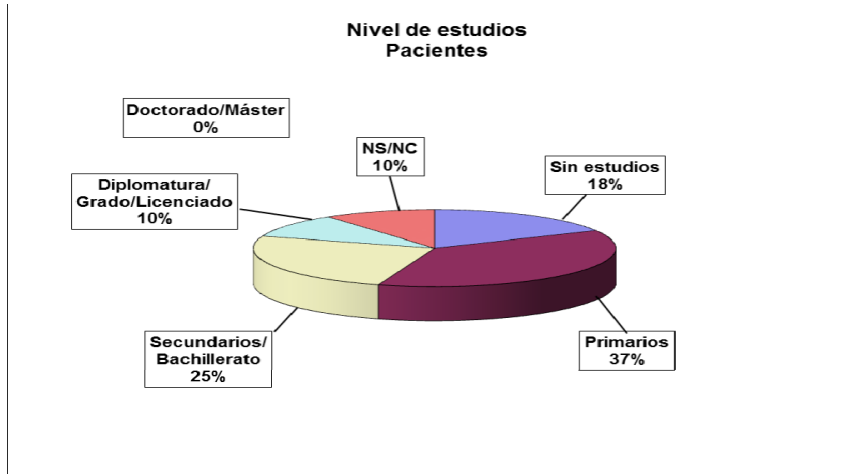


Figura 6

En el grupo familiares la muestra presenta los siguientes porcentajes; un 6,4% de los familiares no tiene estudios (n=3), un 38,3% de los familiares tiene estudios primarios (n=18), un 23,4% tiene estudios secundarios (n=11), el 25,5% de la muestra son diplomados, graduados o licenciados (n=12), un 6,4% de los familiares "no sabe /no contesta" (n=3), y ningún familiar es doctor o master (n=0) (Figura 7).

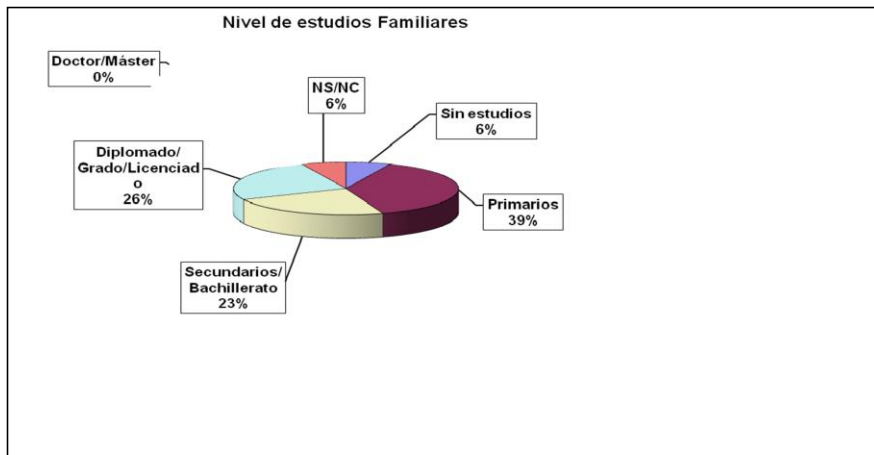


Figura 7

En conclusión, podemos decir que entre los pacientes existe un bajo nivel educativo, con más de la mitad de la muestra sin estudios o con estudios primarios solamente, mientras que entre los familiares, sólo una minoría de la muestra no tiene estudios, y más de la mitad de la misma tiene estudios secundarios o universitarios. No hay doctores en ninguno de los dos grupos.

5.1.5 PROFESIÓN/OFICIO:

En el grupo pacientes la distribución de profesiones y oficios objetiva lo siguiente; un 22,5% de pacientes que “no saben/no contestan” (n=9), un 17,5% de amas de casa (n=7), un 12,5% de jubilados (n=5), siendo estos tres grupos los mayoritarios. Hay un 5% de electricistas (n=2), y el resto de las profesiones con un porcentaje de 2,5% (n=1) son: contable, médico, carpintero, educadora infantil, mecánico, cocinera, desempleado, trabajador de la industria cárnica, músico, administrativa, operario de fábrica, limpiadora, técnico de organización, ingeniero de telecomunicaciones, policía local, pintor y conserje (Figura 8).

En la muestra de familiares, el 29,8% “no sabe/no contesta” (n=14), las amas de casa suponen un 12,8% (n=6) de la muestra, los jubilados son el 8,5% (n=4), hay un 4,3% de desempleados (n=2), igualmente de autónomos 4,3% (n=2) y de soldadores 4,3% (n=2), y el resto de los oficios se presentan con un 2,1% (n=1) y son los de ebanista, administrativo, médico, enfermera, conductor, funcionario, carpintero, músico, comercial, cocinero, impresor, auxiliar de enfermería, dependienta, informático, profesora, conserje, e ingeniero (Figura 9).

Existe entre pacientes y familiares una gran diversidad de profesiones y oficios, pero amas de casa y jubilados son por grupos los mayoritarios.

5.1.6 ESTADOCIVIL:

En cuanto al estado civil el 50% de los pacientes (n=20) está casado vs. el 74,5% de los familiares (n=35). El 20% de los pacientes es soltero (n=8) vs. el 8,5% solteros de los familiares (n=4). No hay pacientes o familiares separados 0% (n=0). Tienen pareja estable el 7,5% de los pacientes (n=3) vs. un 2,1% de los familiares con pareja estable (n=1). El 12,5% de los pacientes es viudo (n=5), vs. el 4,2% de los familiares viudos (n=2). El 5% de los pacientes está divorciado (n=2) vs. el 4,3% de los familiares divorciados (n=2). Y finalmente un 5% de los pacientes (n=2) “no sabe/no contesta” vs. un 6,4% de los familiares que “no sabe/no contesta” (n=3) (Figura 10).

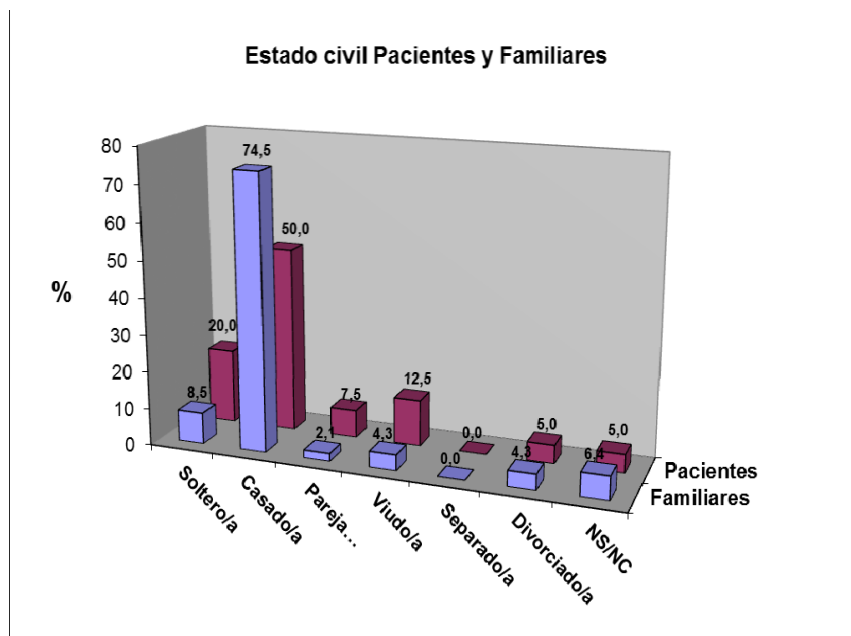


Figura 10

Constatamos que la forma de convivencia mayoritaria entre pacientes y familiares es el matrimonio. En ambos grupos se siguen de personas solteras y viudas, pero porcentualmente hay más viudos y solteros entre los pacientes y más casadas entre las cuidadoras, y esto se corresponde desde el punto de vista generacional con la distribución por sexos, edades y grados de parentesco que ambos grupos (pacientes y familiares) había manifestado en los cuestionarios.

5.1.7 EXISTENCIA HIJOS:

Respecto a la existencia de hijos, en el grupo pacientes, un 75% de la muestra (n=30) tiene hijos vs. un 78,7% de los familiares (n=37), un 20% de los pacientes no tiene descendencia (n=8) vs. un 12,7% de los familiares sin hijos (n=6), y finalmente un 5% de la muestra de pacientes (n=2) "no sabe/no contesta" vs. el 8,5% (n=4) de los familiares (Figura 11).

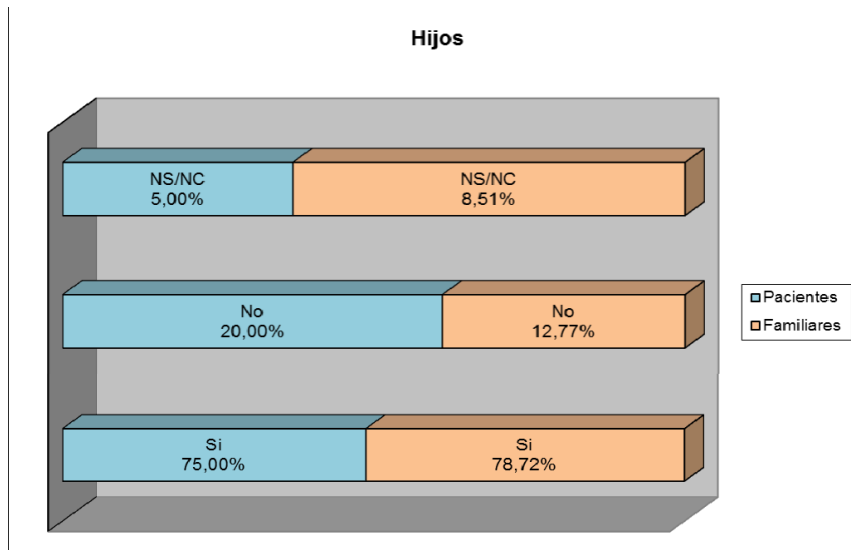


Figura 11

Objetivamos que mayoritariamente tanto pacientes como familiares tienen descendencia, aunque porcentualmente entre familiares la existencia de hijos sea discretamente superior a la de los familiares.

5.1.8 NÚMERO DE HIJOS:

En el grupo pacientes la media del número de hijos es de 2,11 hijos, con una mediana de 2, una desviación típica de 1,84.

En el grupo familiares la media del número de hijos es de 2,14 hijos, con una mediana de 2, y una desviación típica de 1,38.

En la muestra no se evidencia un descenso del índice de natalidad entre familiares respecto de los pacientes.

5.1.9 EDAD DE LOS HIJOS:

En la muestra de los pacientes la media ($\pm\sigma$) de edad de los hijos es de 40,13 ($\pm 14,69$)

años, con una mediana de 47,50.

En la muestra de los familiares la media ($\pm\sigma$) de edad de los hijos es de 38,38 ($\pm 11,76$)

años, con una mediana de 38.

La media de edad de los hijos de los familiares es ligeramente inferior respecto a la media de edad de los hijos de los pacientes.

5.2.0 CREENCIAS:

En lo referente a la existencia o ausencia de creencias religiosas, el 62% (n=25) de los pacientes se definía como creyente vs. el 71% de los familiares (n=34), el 13% (n=5) de los pacientes se definía como agnóstico vs. el 9% (n=4) de los familiares, y el 5% (n=2) de los pacientes se definía como ateo vs. el 9% (n=4) de los familiares. Entre los pacientes hay un 20% de los encuestados que “no sabe/no contesta” (n=8) vs. un 11% de familiares que “no sabe/no contesta” (n=5) (Figuras 12 y 13).

Entre el subconjunto de los pacientes creyentes un 12% (n=3) se declararon católicos, y un único paciente (4% de la muestra) se identificó como cristiano. En el caso del subgrupo de los familiares creyentes, un 14,7% se declara católico (n=5), y un único familiar (2,9% del subgrupo) se definió como cristiano.

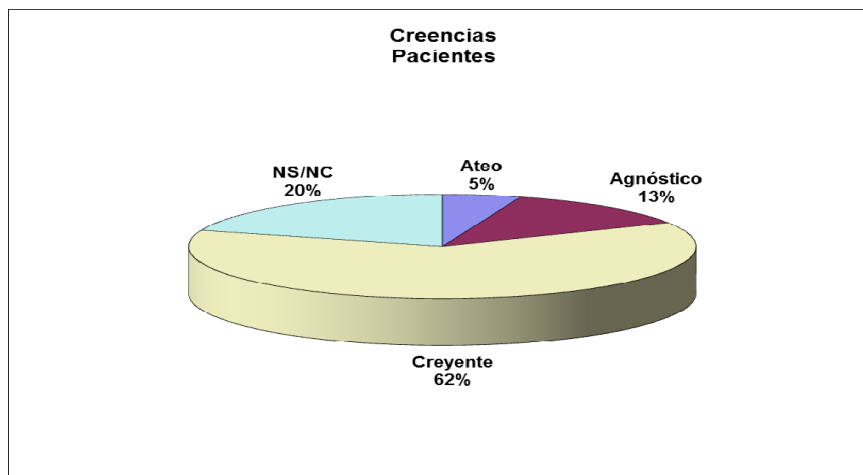


Figura 12

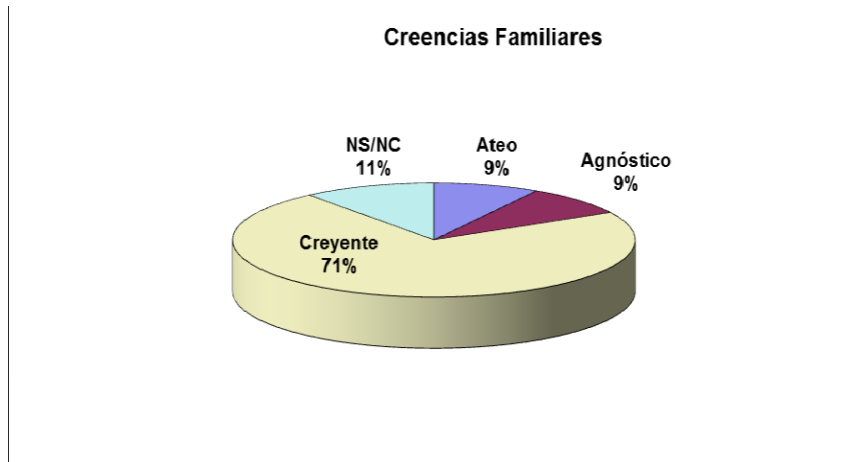


Figura 13

En conclusión, la mayoría de los encuestados, tanto pacientes como familiares se definen como personas creyentes, y los pocos que decidieron especificar su credo se definieron como católicos o cristianos.

5.2.1 DIAGNÓSTICO:

Los pacientes se agruparon según el diagnóstico principal al ingreso en UCI en tres grupos patológicos;

- Grupo 1 Patología de origen médico, que supuso el 47,5% de los ingresos (n=18).
- Grupo 2 Patología de origen quirúrgico, un 17,5% de los ingresos (n=7).
- Y Grupo 3 Patología de origen coronario, un 32,5% de los ingresos (n=13).

En un único caso no se recogió el tipo de patología que presentaba el paciente (2,5%). (Figura 14).

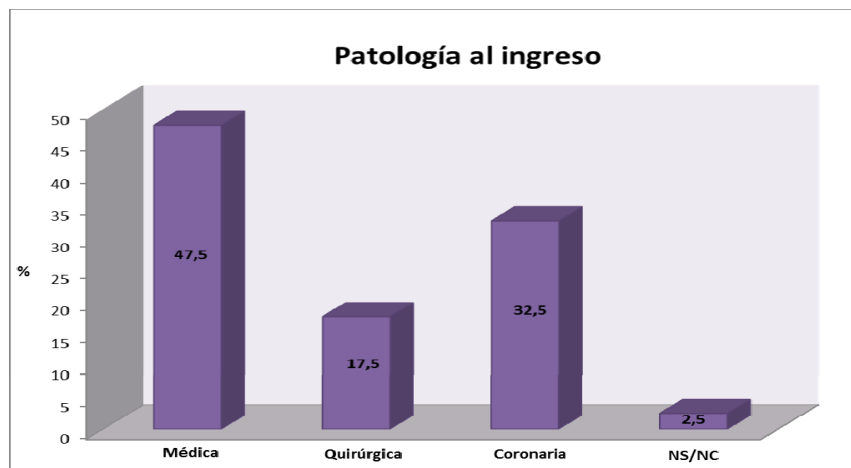


Figura 14

La patología mayoritariamente atendida en las UCIs que participaron en el estudio es de origen médico.

5.2.2 ÍNDICE DE GRAVEDAD:

En cada uno de los grupos expuestos previamente se describió la gravedad en función de los índices pronósticos Apache II (para los Grupos 1 y 2) y Timi Score (para el Grupo 3).

- La media ($\pm\sigma$) del Apache II para el Grupo 1, pacientes con patología médica es de 11,06 ($\pm 6,83$), con una mediana de 11,5. La mortalidad asociada al valor de la media es del 15%.
- Para el Grupo 2, pacientes con patología quirúrgica el Apache II presenta una media ($\pm\sigma$) de 11,43 ($\pm 6,26$), con una mediana de 13. Mortalidad asociada al valor de la media es del 15%.
- En el Grupo 3, pacientes con patología coronaria, el índice pronóstico elegido fue el TIMI Score, cuya media ($\pm\sigma$) fue de 4,23 ($\pm 2,30$), con una mediana de 4. Esto que supone un riesgo de muerte, infarto nuevo o recurrente o angina refractaria (asociado al valor de la media) del 19,9%.

Por tanto, la gravedad de los pacientes médicos y quirúrgicos oscila entre leve y moderada, y los pacientes coronarios que participaron en el estudio tenían un riesgo de muerte combinado intermedio o moderado.

5.2.3 ESTANCIA MEDIA:

Los pacientes presentaron una estancia media ($\pm\sigma$) de 3,61 ($\pm 3,64$) días, con una mediana de 2. Se constataron un 92,5% de altas (n=37), 2,5% de fallecimientos (n=1), y un 5% (n=2) de datos no recogidos.

La dispersión en la estancia media puede deberse a que en general, los pacientes médicos y quirúrgicos presentan unas estancias medias superiores a los pacientes coronarios por el propio curso de la patología. Pero mayoritariamente tras el ingreso los pacientes son dados de alta a otras salas hospitalarias, lo que se corresponde con los índices de gravedad objetivados en cada uno de los grupos.

5.2.4 CONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE LAS UCIS:

Objetivamos que entre el grupo de pacientes el 82% (n=33) conocía la existencia de las UCIs, frente al 5% (n=2) que expresaba desconocimiento, y el 13% (n=5) que “no sabe/no contesta” (Figura 15).

En el grupo familiares el 91% (n=43) expresaba tener conocimiento de la existencia de las UCIs, ningún familiar desconocía su existencia (n=0), y el 9% (n=4) pertenecía a encuestados que no contestaron la pregunta (Figura 16).

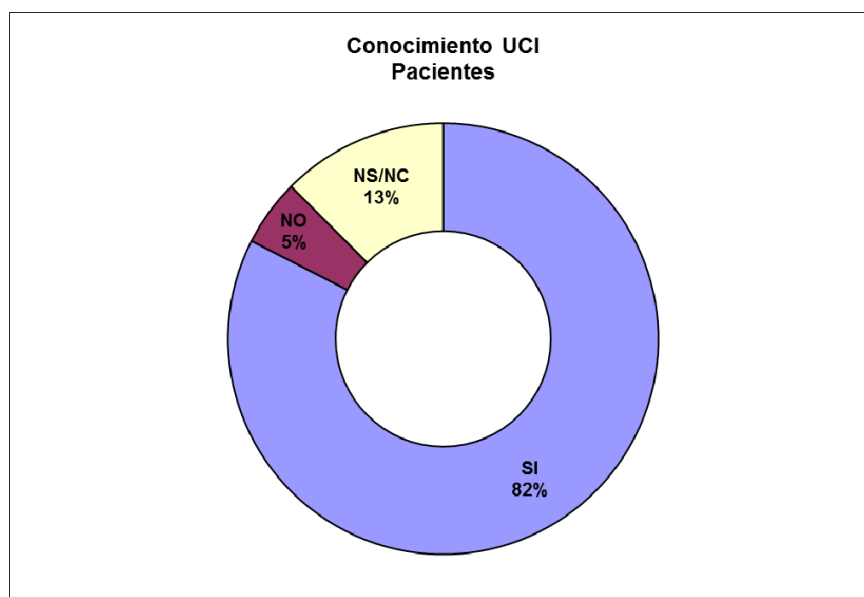


Figura 15

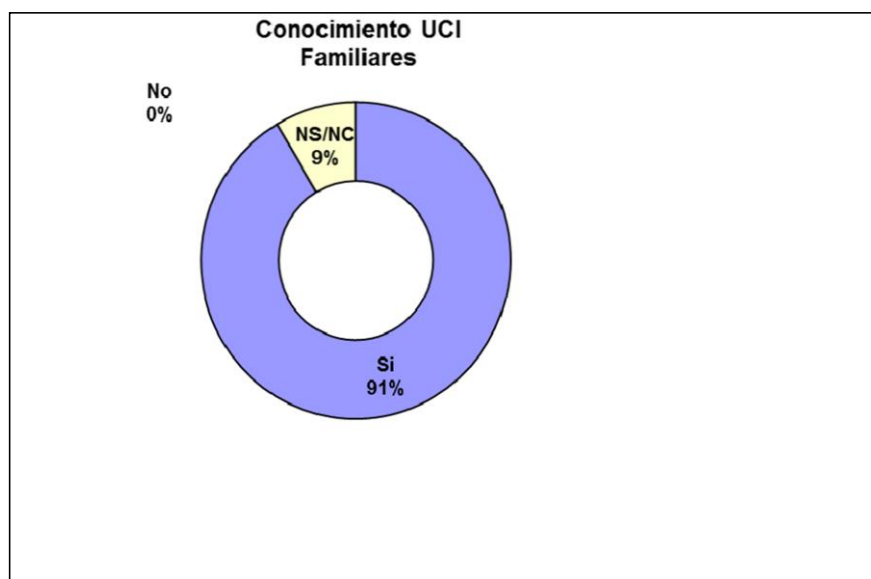


Figura 16

Tanto entre pacientes como entre familiares existe amplio conocimiento de la existencia de las Unidades de Cuidados Intensivos.

5.2.5 SENTIMIENTOS QUE DESPERTÓ EL INGRESO EN LA UCI:

Entre los pacientes, los sentimientos mayoritariamente expresados ante la noticia del ingreso en UCI fueron (en orden de frecuencia): confianza 37,1% (n=23), serenidad 14,5% (n=9), esperanza 14,5% (n=9), miedo 9,7% (n=6), ansiedad 9,7% (n=6), soledad 4,8% (n=3), expectación 3,2% (n=2), y existe un 6,5% (n=4) indican “no sabe/no contesta”. Ningún paciente sintió desconfianza ante el ingreso en la UCI.

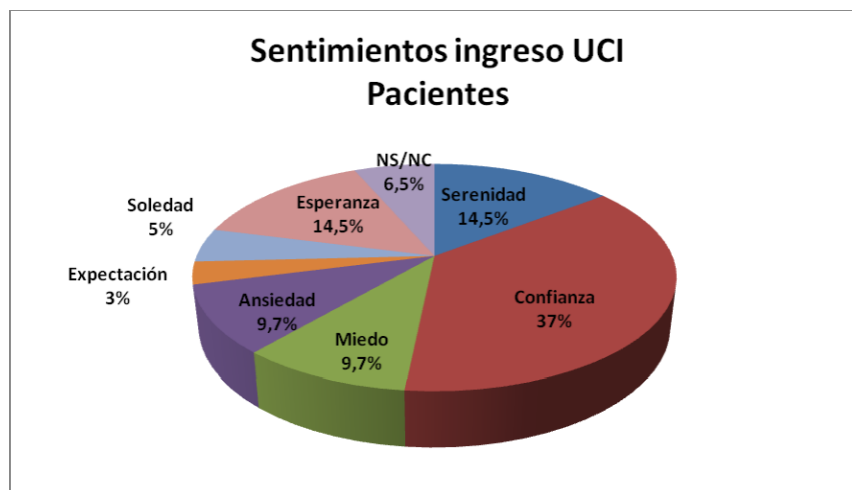


Figura 17

Entre los familiares, los sentimientos mayoritariamente expresados ante la noticia del ingreso en UCI fueron (en orden de frecuencia): confianza 27,5% (n=22), miedo 18,8% (n=15), ansiedad 16,3% (n=13), esperanza 10% (n=8), serenidad 8,8% (n=7), expectación 6,3% (n=5), y otro 6,3% (n=5) que “no sabe/no contesta”. Existe un 3,8% (n=3) de las repuestas escritas con las propias palabras de los encuestados que referían preocupación, inquietud, y asombro. La soledad apareció en el 2,5% (n=2) de los encuestados y tampoco entre los familiares se expresó desconfianza ante el ingreso en la UCI.

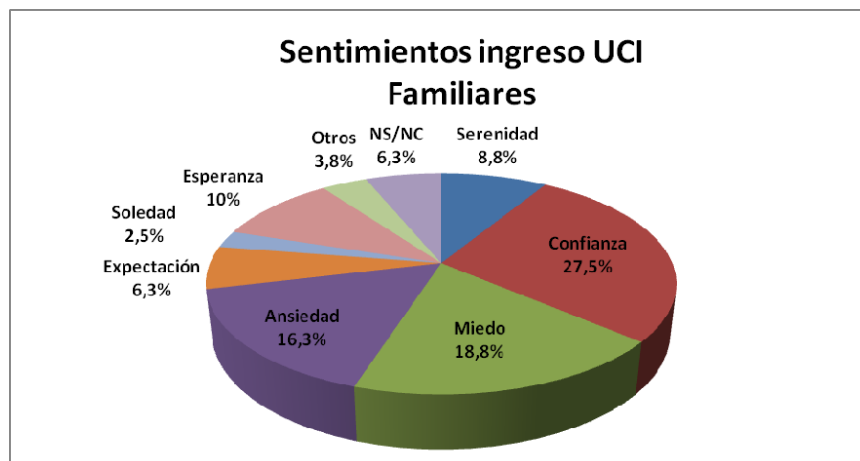


Figura 18

Se observa que en ambos grupos ante la noticia del ingreso en la UCI el sentimiento más frecuentemente expresado es la confianza. Aunque entre los pacientes destaca también la serenidad y la esperanza (sentimientos claramente positivos), entre los familiares, tras la confianza en los profesionales y el sistema, el miedo y la ansiedad (sentimientos claramente negativos) son los más expresados. Esto se corrobora en ambos grupos con las siguientes variables descritas.

5.2.6 EXISTENCIA DE SUFRIMIENTO:

Respecto a si el ingreso en la UCI provocó algún sufrimiento en los pacientes, objetivamos que un 59% de la muestra contestaba negativamente (n=24), un 28% contestó afirmativamente (n=11), y un 13% (n=5) de los pacientes encuestados no contestó a la pregunta (Figura 19).

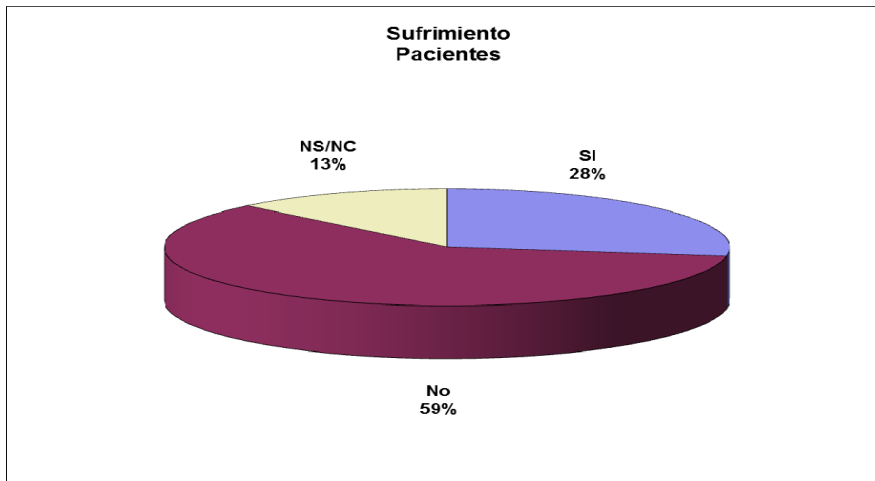


Figura 19

En cuanto a los familiares, respecto a si el ingreso en la UCI de su allegado les provocó algún sufrimiento el 57% (n=27) contestó afirmativamente, el 28% (n=13) contestó negativamente y el 15% (n=7) de los encuestados no contestó (Figura 20).

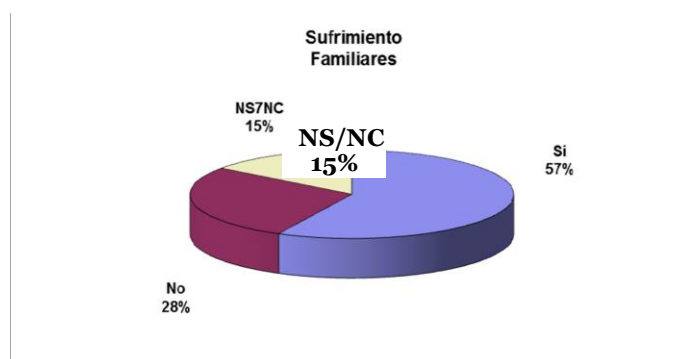


Figura 20

Aunque inicialmente se puede pensar, que ante el ingreso en UCI sufre más el enfermo que el familiar, a la vista de los resultados, podemos concluir que del total de los encuestados, expresan mayoritariamente sentir sufrimiento los familiares frente a los pacientes.

5.2.7 MOTIVOS NEGATIVOS QUE PROVOCARON ESTE SUFRIMIENTO:

En cuanto a los motivos que provocaron este sufrimiento por el ingreso en la UCI, entre los pacientes destacan los siguientes: la comprensión de que el diagnóstico revestía gravedad 25% (n=14), "no saben/no contestan" 23% (n=13), el ingreso en UCI se trataba de una situación inesperada 17,9% (n=10), otros motivos 10% (n=6), la restricción de las visitas 7,1% (n=4), el miedo a las posibles secuelas 5,4% (n=3), la posibilidad de una evolución desfavorable de la enfermedad 3,6% (n=2), y el miedo a la ausencia durante el fallecimiento del familiar 3,6% (n=2) (Figura 21). En esta pregunta del cuestionario los pacientes podían contestar varias de las opciones, por lo que el porcentaje de los resultados se calculó sobre el total de opciones marcadas (n=56). Ninguno manifestó el miedo a la propia muerte. En el apartado otros los motivos reflejados eran similares a las opciones ofertadas, y en un caso se hizo referencia al recuerdo de un familiar de primer grado (esposo) ingresado y fallecido en la UCI con anterioridad.

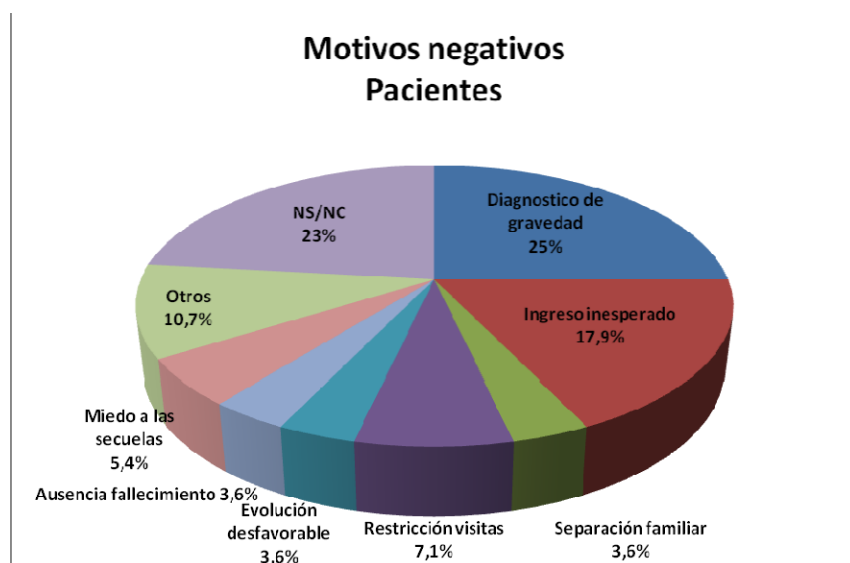


Figura 21

Entre los familiares destacan los siguientes motivos provocadores de sufrimiento ante el ingreso en la UCI: la gravedad del diagnóstico 26,4% (n=23), el ingreso como situación inesperada 17,2% (n=15), la posibilidad de evolución desfavorable de la enfermedad 12,6% (n=11), “no sabe/no contesta” 12,6% (n=11), la separación del familiar 9,2% (n=8), el miedo al fallecimiento del familiar 9,2% (n=8), la restricción de las visitas 4,6% (n=4), la ausencia en el momento del fallecimiento del familiar 3,4% (n=3), miedo a las posibles secuelas 3,4% (n=3), y otros 1,1% (n=1) (no especificado el motivo) (Figura 22). (Igualmente opción de marcado múltiple, total de respuestas obtenidas n=87).

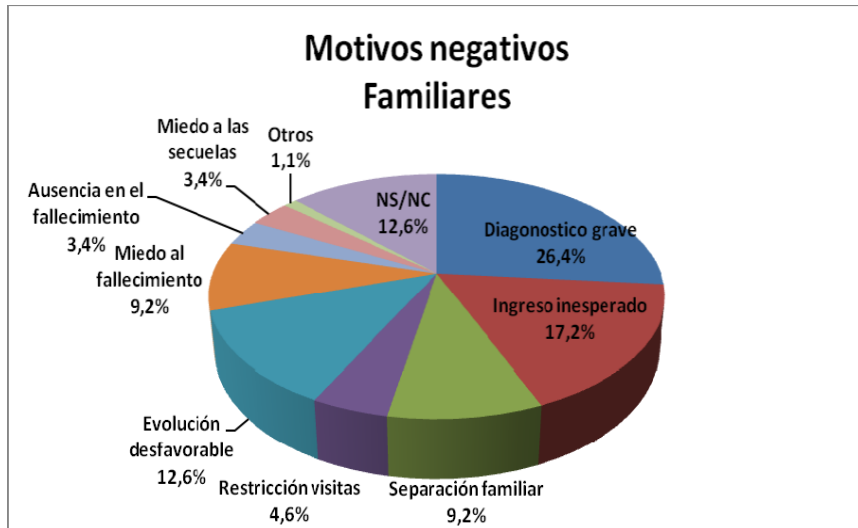


Figura 22

Tanto en pacientes como en familiares las razones negativas que provocan sufrimiento en el momento del ingreso en la UCI son mayoritariamente la comprensión de que el diagnóstico reviste gravedad y el hecho de que el ingreso en la UCI se trate de una situación inesperada. Sigue habiendo un mayor porcentaje de familiares respondedores frente a pacientes, a preguntas relacionadas con el evento estresante de la enfermedad y el sufrimiento que conlleva.

5.2.8 EXPERIENCIA DE ACOGIMIENTO POR EL PERSONAL DE LA UCI:

En el caso de los pacientes, se sintieron acogidos en un 85% (n=34), frente a un 2,5% (n=1) que no se sintió acogido y un 12,5% (n=5) que “no sabe/no contesta” (Figura 23).

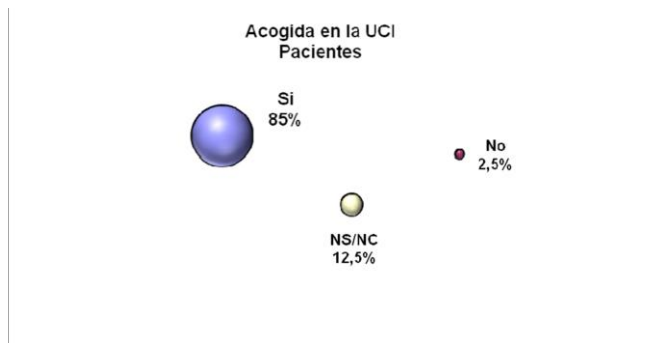


Figura 23

En el caso de la muestra de familiares, se sintieron acogidos un 87,2% (n=41), frente a un 2,1% (n=1) que no se sintió acogido, y un 10,6% (n=5) que “no sabe/no contesta” (Figura 24).

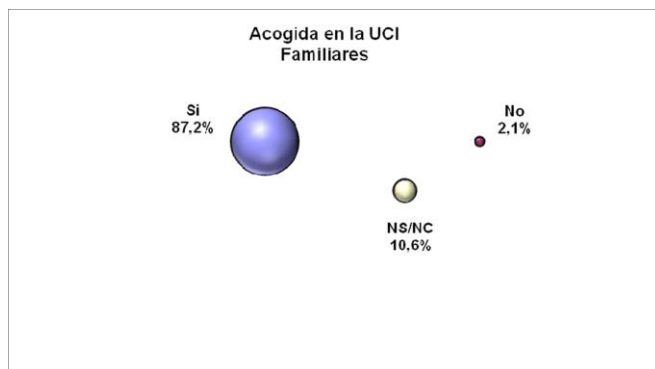


Figura 24

Objetivamos que tanto pacientes como familiares se sienten mayoritariamente acogidos por el personal de la UCI.

5.2.9 MOTIVOS CONSIDERADOS COMO POSITIVOS DEL INGRESO EN LA UCI:

Entre los pacientes los motivos considerados como positivos del ingreso en la UCI son: la atención directa 31,1% (n=28), la monitorización continua 24,4% (n=22), un mejor control del dolor 12,2% (n=11), un mejor control de la sedación en caso de ser necesaria 11,1% (n=10), el cuidado nocturno por profesionales 8,9% (n=8), la tranquilidad frente a las visitas continuas que se producen en una sala 5,6% (n=5), otros 2,2% (n=2), y un “no sabe/no contesta” 4,4% (n=4). También en este apartado los encuestados podían marcar varias opciones, así que el porcentaje de resultados se calculó sobre el total de respuestas obtenidas (n=90) (Figura 25). En el apartado otros, los pacientes expresaron con sus propias palabras los siguientes motivos considerados como positivos del ingreso en la UCI: “Pensé que era lo mejor para mí”, “Conocía la UCI por la experiencia de un familiar, y fue positiva”, “Confiaba en la resolución del proceso”, “Sentí que el personal estaba muy cualificado”, “Me habían puesto hablado favorablemente”.

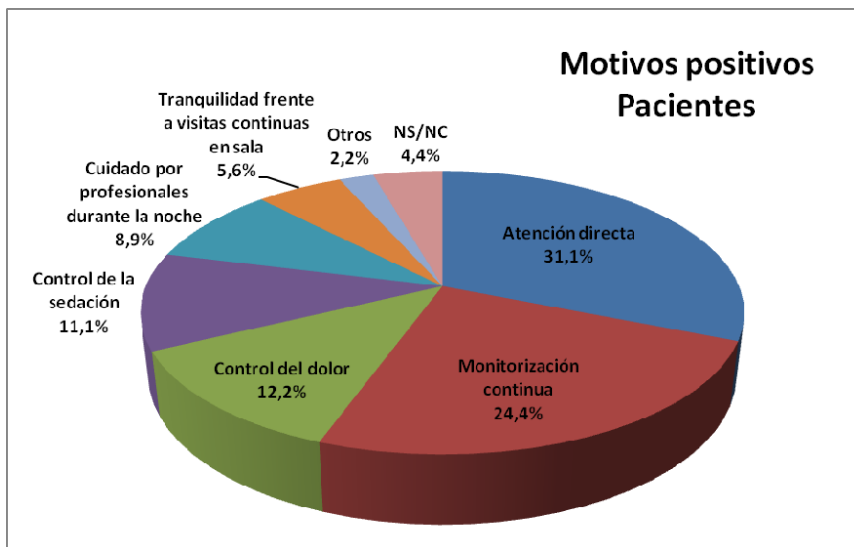


Figura 25

Entre los familiares los motivos considerados como positivos del ingreso en la UCI son: la atención directa 27,9% (n=36), la monitorización continua 24,8% (n=32), un mejor control del dolor 14% (n=18), un mejor control de la sedación en caso de ser necesaria

11,6% (n=15), el cuidado nocturno por profesionales 12,4% (n=16), la tranquilidad frente a las visitas continuas que se producen en una sala 6,2% (n=8), otros 0% (n=0), y un "no sabe/no contesta" 3,1% (n=4) (Figura 26). (Pregunta con opción de respuesta múltiple, porcentaje de resultados calculado sobre el total de respuestas obtenidas: n=129)

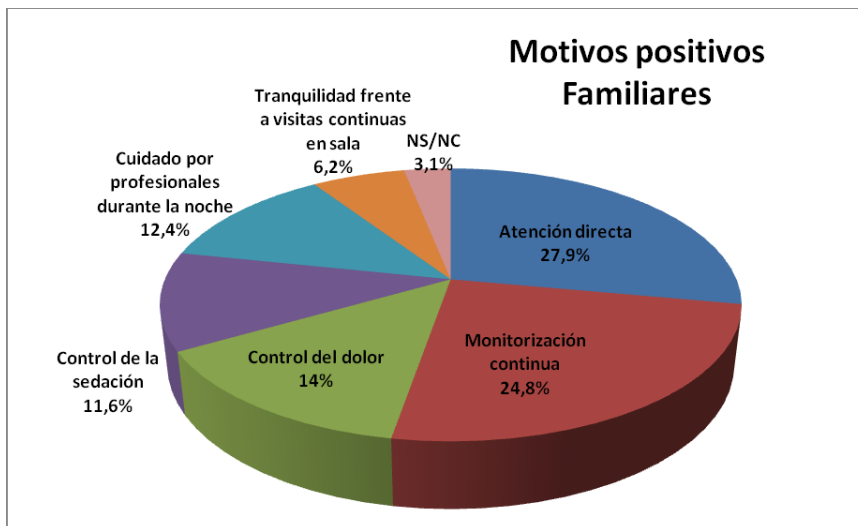


Figura 26

Objetivamos que en ambos grupos, pacientes y familiares, consideran como principales razones positivas en el ingreso en UCI una atención más directa, la monitorización continua, y un mejor control del dolor, siendo el resto de las opciones ofrecidas de menor importancia para ellos, pero también coincidiendo ambos grupos en el orden de importancia.

5.3.0 GRADO DE DOLOR (EVA):

Un 85% de la muestra de pacientes (n=34) respondieron esta pregunta del cuestionario manifestando un grado de dolor según la escala EVA (1-10) con una media ($\pm\sigma$) de 3,59 ($\pm 3,13$) puntos, y una mediana de 4 puntos. El 15% de la muestra (n=6) “no sabe/no contesta”.



Figura 27

Nuestros pacientes están aceptablemente analgesiados, aunque siempre es deseable que la valoración en la escala de dolor EVA no sea superior a 3.

5.3.1 GRADO DE SUFRIMIENTO:

Respecto al grado de sufrimiento, valorado con una escala no validada numérica del 0 al 10, entre los pacientes, un 80% (n=32) contesta la pregunta y éstos manifiestan de una puntuación media ($\pm\sigma$) de 3,06 ($\pm 2,72$), y una mediana de 2,5 (Figura 28), mientras que entre el grupo de los familiares contesta a esta pregunta el 91,4% (n=43) de la muestra y la puntuación alcanza una media ($\pm\sigma$) de 5,56 ($\pm 2,76$) puntos, con una mediana de 6 (Figura 29).

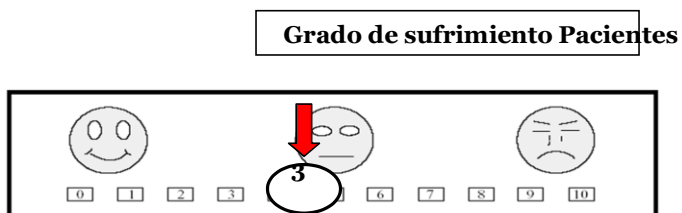


Figura 28

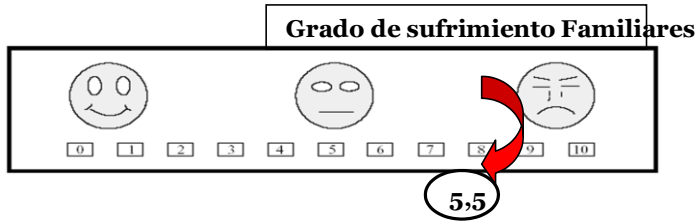


Figura
29

Los familiares que manifestaron con anterioridad mayor existencia de sufrimiento respecto a los enfermos, expresan también una mayor intensidad de ese sufrimiento respecto a los pacientes.

5.3.2 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL INGRESO EN UCI:

Respecto a las estrategias de afrontamiento que manifiestan haber utilizado los pacientes al ingresar en la UCI destacan: apoyo en la información y atención proporcionada por el personal sanitario 30,9% (n=21), apoyo en la familia y amigos

27,9% (n=19), pensando en positivo 11,8% (n=8), apoyo en la experiencia previa 10,3% (n=7), “no sabe/no contesta” 10,3% (n=7), apoyo en creencias religiosas 7,4% (n=5), evitando pensar 1,5% (n=1) (Figura 30). (Pregunta con opción múltiple de respuesta, total de respuestas n=68). Ningún paciente expresó en el apartado “otros” ninguna estrategia.

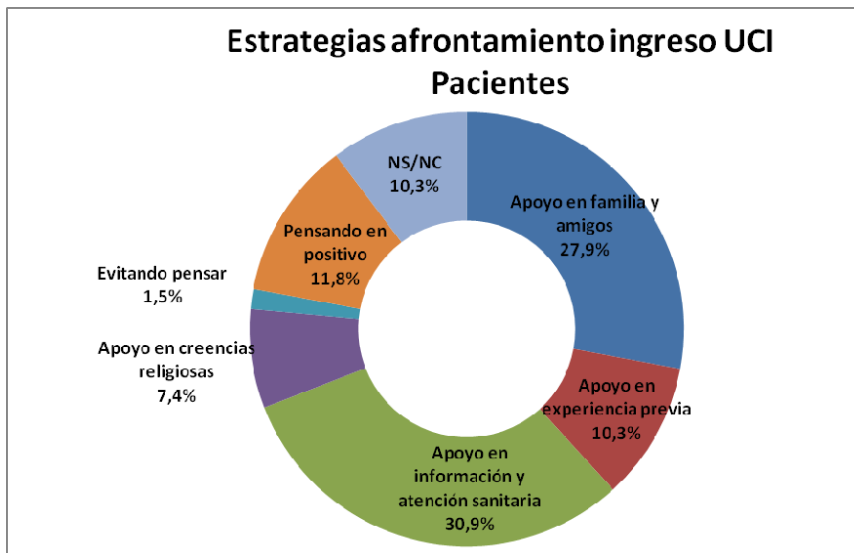
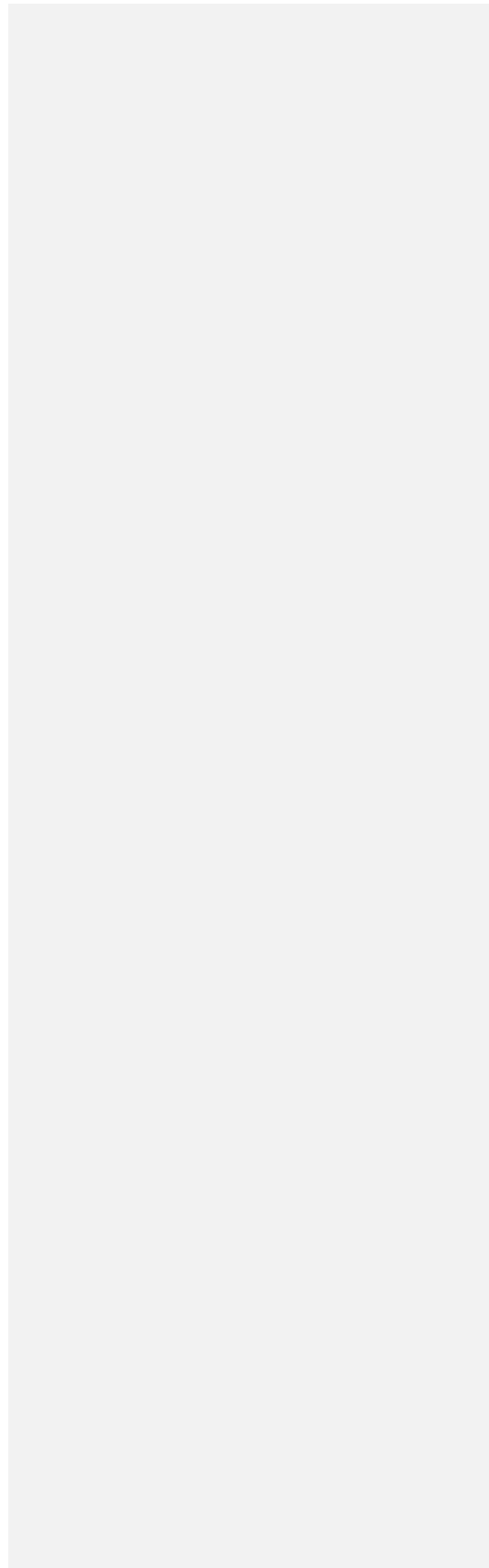


Figura 30



En el grupo familiares, el 36% (n=30) se apoyó en la información y atención sanitaria, el 33% (n=28) en la familia y los amigos, el 11% (n=9) pensando en positivo, el 7% (n=6) manifestó apoyarse en sus creencias religiosas, el 6% (n=5) en su experiencia previa, el 5% (n=4) “no sabe/no contesta”, y el 2% (n=2) expresó que evitaba pensar (Figura 31). (Pregunta con opción de respuesta múltiple, porcentaje de resultados calculado sobre el total de respuestas obtenidas: n=84)

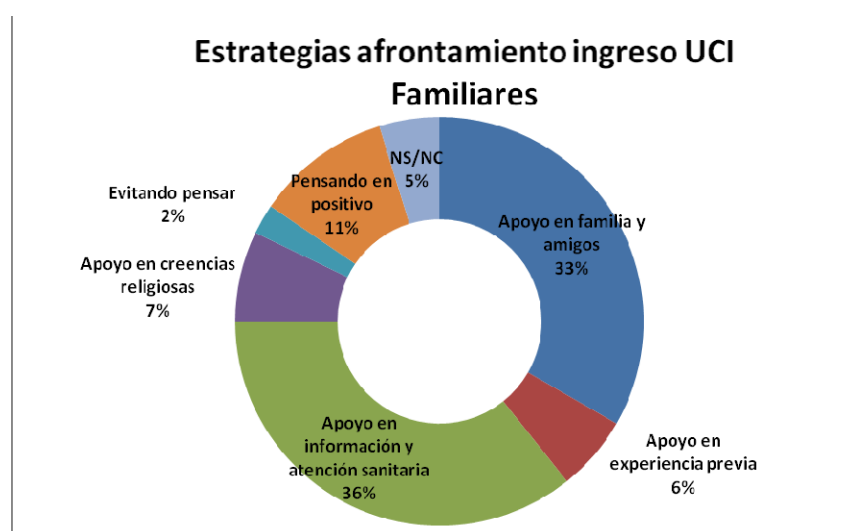


Figura 31

Más de la mitad de la muestra en ambos grupos manifiestan afrontar el ingreso en UCI, apoyándose en la información y la atención sanitaria, y en segundo lugar en las personas allegadas. Y ambos grupos reconocen en tercera posición adoptar una actitud positiva ante la noticia del ingreso así como un refugio en la fe. Las estrategias de evitación son minoritarias en ambos grupos. El porcentaje de no respondedores a las preguntas se vuelve a doblar entre pacientes frente a familiares (10% vs. 5%).

5.3.3 PARTICULARIDADES DE LA UCI QUE RESULTARON MÁS MOLESTAS A LOS PACIENTES:

En lo referente a las causas que provocaron mayores molestias a los pacientes durante su estancia en la UCI, los encuestados destacan: “no sabe/no contesta” 20,7% (n=12), otros 15,5% (n=9), la soledad 12,1% (n=7), la desorientación temporal y espacial 12,1% (n=7), la monitorización continua 10,3% (n=6), la falta de intimidad 8,6% (n=5), los ruidos y alarmas 6,9% (n=4), las conversaciones del personal 6,9% (n=4), la utilización de sondas 3,4% (n=2), la luz 1,7% (n=1), y la

temperatura ambiental 1,7% (n=1) (Figura

32). (Pregunta con opción de respuesta múltiple, porcentaje de resultados calculado sobre el total de respuestas obtenidas: n=58). En el apartado “otros” los pacientes expresaron con sus propias palabras opciones que se ofertaban como respuestas anteriormente pero que no habían marcado, o manifestaron que no había habido nada que les resultara molesto durante el ingreso.

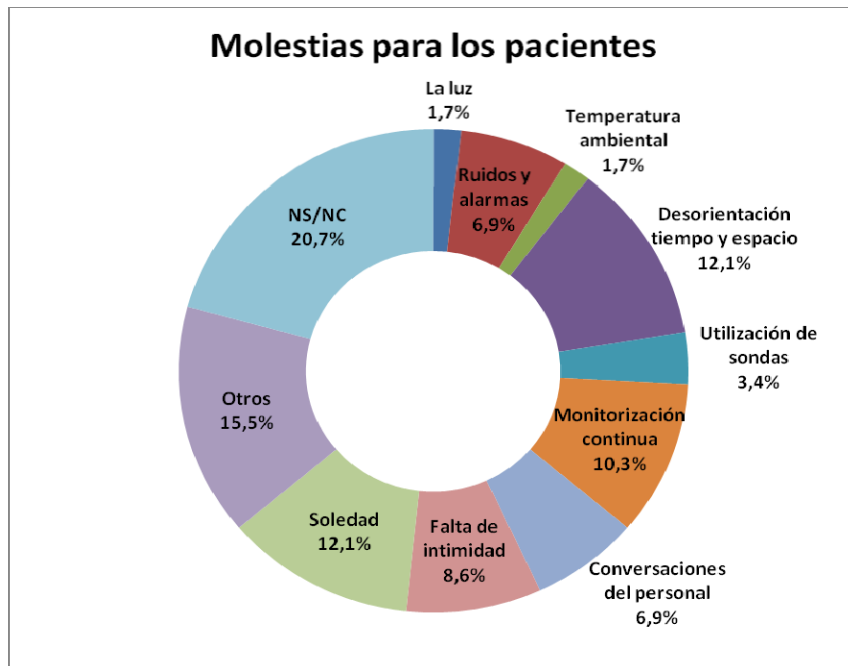


Figura 32

Nuevamente los pacientes mayoritariamente evitan contestar determinadas preguntas, pero destacan como molesto para ellos la sensación de soledad, la desorientación temporal y espacial, la monitorización continua y la falta de intimidad. Otros aspectos como los ruidos y alarmas, los sondajes, las conversaciones, la luz ambiente o la temperatura son minoritariamente mencionados.

5.3.4 HERRAMIENTAS PARA SOBRELLEVAR LA ESTANCIA EN UCI:

Respecto a las herramientas expresadas para sobrellevar mejor la estancia en la UCI, los pacientes destacaron: las visitas de los familiares 30% (n=27), la información del equipo médico 28,9% (n=26), los cuidados de enfermería 24,4% (n=22), 8,9% (n=8) “no sabe/no contesta”, la reflexión personal y la introspección 4,4% (n=4), la oración 2,2% (n=2), el consejo de psicólogo o psiquiatra 1,1% (n=1), y el contacto con un sacerdote

0% (n=0) (Figura 33). (Pregunta con opción de respuesta múltiple, porcentaje de resultados calculado sobre el total de respuestas obtenidas: n=90).

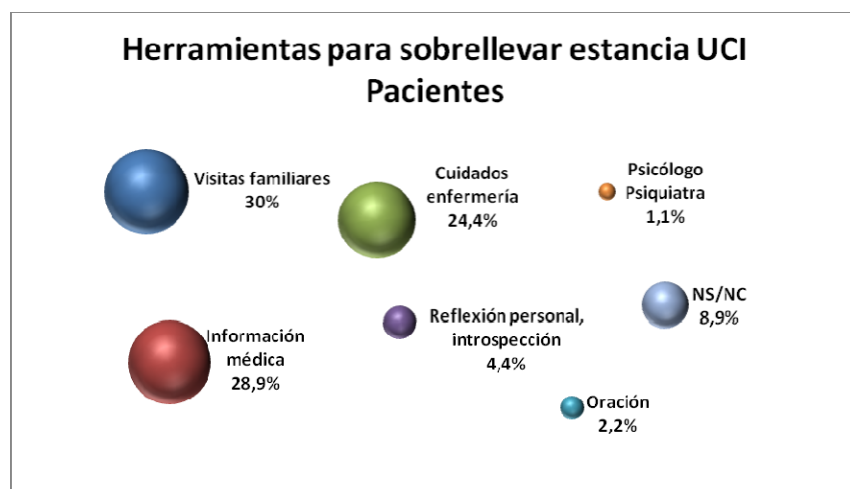


Figura 33

Respecto a las herramientas expresadas para sobrellevar mejor la estancia en la UCI, los familiares destacaron: la información del equipo médico 40,9% (n=38), los cuidados de enfermería 22,6% (n=21), las visitas de los familiares 20,4% (n=19), la reflexión personal y la introspección 7,5% (n=7), un 4,3% (n=4) “no sabe/no contesta”, la oración se evidencia en un 3,2% (n=3), el consejo de psicólogo o psiquiatra 1,1% (n=1), el contacto con un sacerdote 0% (n=0) (Figura 34). (Pregunta con opción de respuesta múltiple, porcentaje de resultados calculado sobre el total de respuestas obtenidas: n=93).

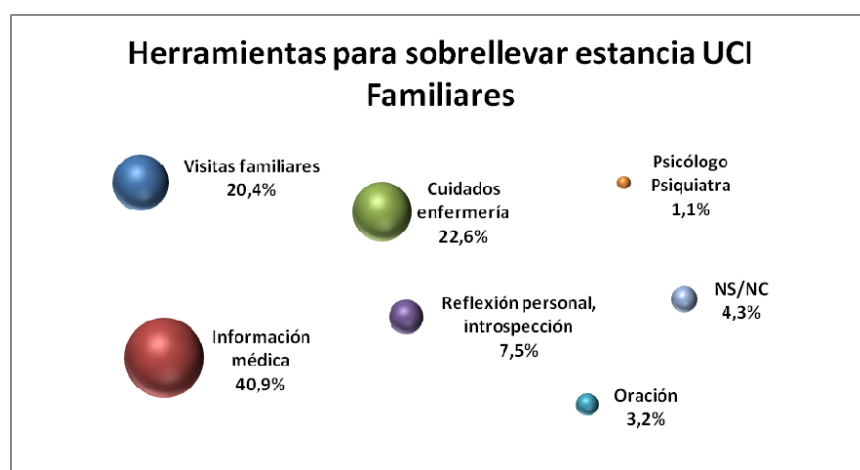


Figura 34

Los pilares para sobrellevar un ingreso en UCI son: las visitas de la familia para los pacientes, y la información médica para los familiares, ambas opciones seguidas muy de cerca por los cuidados de enfermería. Llama la atención que, a pesar de que tanto pacientes como familiares se definieron mayoritariamente como creyentes, en las herramientas para sobrellevar la estancia en la UCI, la opción de la oración fue minoritaria en ambos grupos, así como la necesidad de contacto con sacerdote que fue manifestada como inexistente. La necesidad de apoyo psicológico es minoritaria también en ambos grupos.

5.3.5 MOTIVO DE MAYOR PREOCUPACIÓN (INGRESO, ESTANCIA, ALTA):

Entre los pacientes, el 34% (n=14) expresa que su mayor preocupación ha sido el ingreso en la UCI, frente a un 22% (n=9) a los que les preocupaba principalmente la estancia, un 10% (n=4) cuya preocupación se centraba en el alta, un 5% (n=2) que marcó una combinación de varios, y un 29% (n=12) de la muestra de pacientes que “no sabe/no contesta (Figura 35)”.

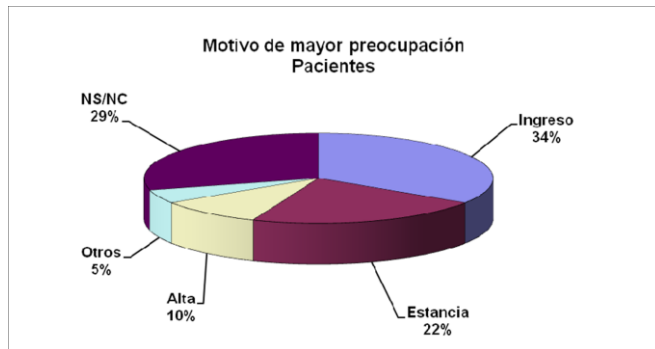


Figura 35

Entre los familiares, el 58% (n=27) expresa que su mayor preocupación ha sido el ingreso en la UCI, frente a un 21% (n=10) a los que les preocupaba principalmente la estancia, un 4% (n=2) cuya preocupación se centraba en el alta, otro 4% (n=2) que marcó una combinación de varios, y un 13% (n=6) de la muestra de pacientes que “no sabe/no contesta” (Figura 36).

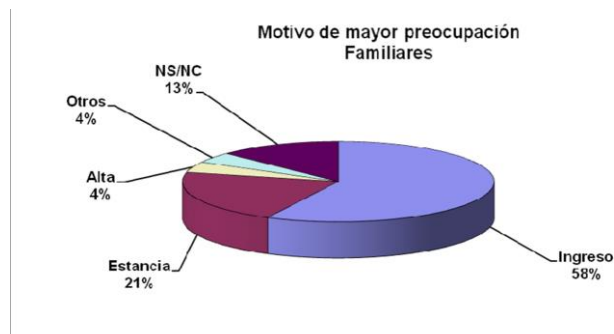


Figura 36

Podemos concluir que mayoritariamente tanto a pacientes como a familiares lo que más les preocupa es el ingreso en la UCI, especialmente a los familiares.

En general observamos que ante las preguntas referentes a la existencia o no de sufrimiento, la intensidad o grado del mismo y la preocupación ante el ingreso/estancia/alta, resulta llamativo que el grupo de familiares responde más a este tipo de preguntas, y manifiesta claramente mayores niveles de sufrimiento y preocupación.

5.2. - Análisis bivariado:

5.2.1 RELACIÓN ENTRE GRADO DE DOLOR SEGÚN EVA Y GRADO DE SUFRIMIENTO:

En los pacientes, en cuanto a la relación entre el grado de dolor según la escala EVA, y el grado de sufrimiento, el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson muestra una relación directa, (a mayor dolor mayor sensación de sufrimiento), y moderada entre las variables. Y respecto al Coeficiente de Determinación Lineal, en el modelo de regresión lineal construido, el 16,2% de la variación del sufrimiento es consecuencia de la variación del dolor (Figura 37).

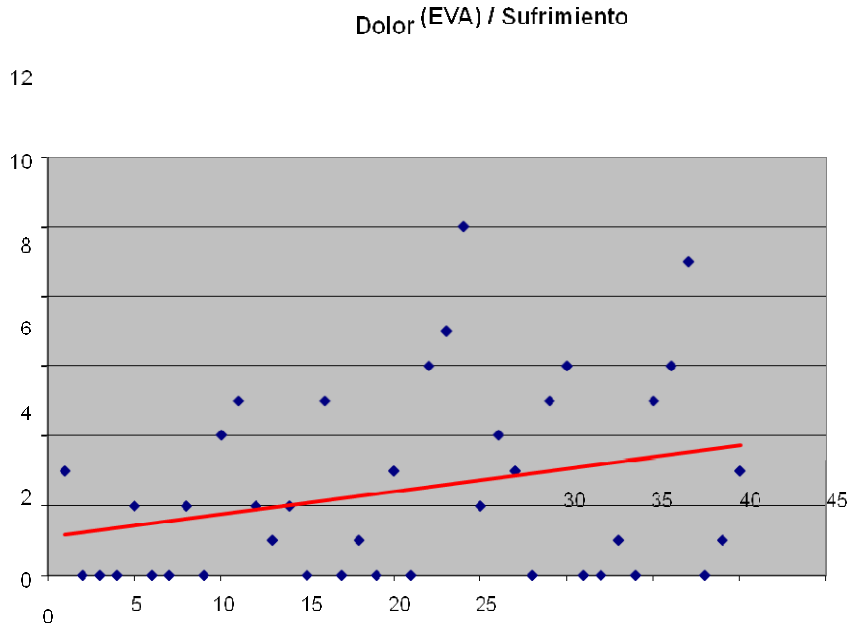


Figura 37

El sufrimiento es una sensación que depende de forma directa y moderada del dolor, pero no únicamente del dolor. Sólo el 16,2% de su variación depende de la variación de la sensación álgica.

5.2.2.RELACIÓN ENRE LA GRAVEDAD Y GRADO DE SUFRIMIENTO: A) APACHE II - SUFRIMIENTO

En los pacientes médicos y quirúrgicos, en cuanto a la relación entre la gravedad según el APACHE II, y el grado de sufrimiento, el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson muestra una relación directa, (a mayor gravedad mayor sensación de sufrimiento), pero muy débil entre las variables ($<0,4$). Y respecto al Coeficiente de Determinación Lineal, en el modelo de regresión lineal construido, el 3,6% de la variación del sufrimiento es consecuencia de la variación de la gravedad (Figura 38).

B) TIMI RISK SCORE – SUFRIMIENTO

En los pacientes coronarios, en cuanto a la relación entre la gravedad según el TIMI risk score, y el grado de sufrimiento, el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson no muestra una relación entre las variables. Y respecto al Coeficiente de Determinación Lineal, en el modelo de regresión lineal construido, el 0% de la variación del sufrimiento es consecuencia de la variación de la gravedad (Figura 39).

El sufrimiento y la gravedad (en pacientes médicos y quirúrgicos) se relacionan de forma directa, pero más débil que el dolor, y sólo el 3,6% de su variación depende de la gravedad.

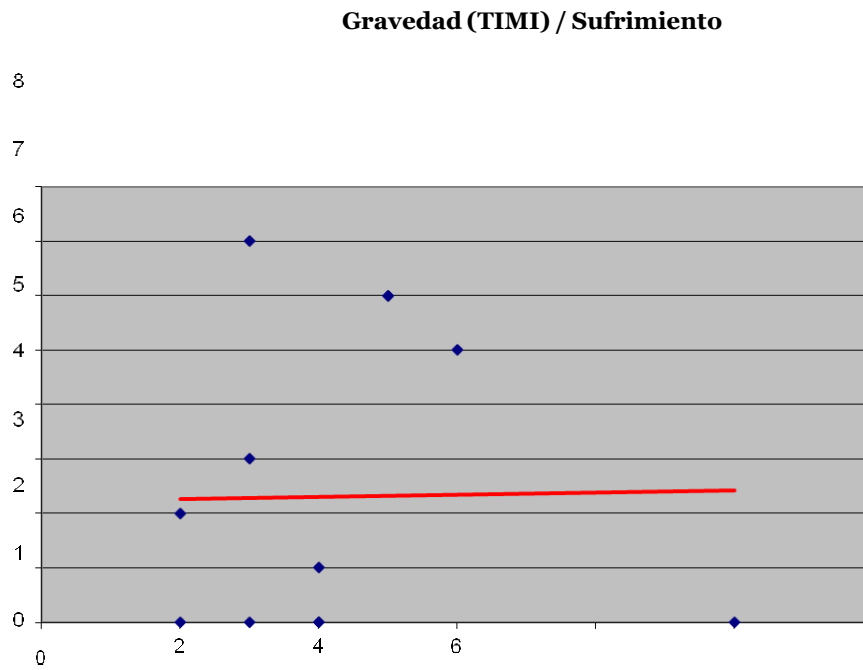


Figura 39

5.2.3 RELACIÓN ENTRE LAS CREENCIAS Y GRADO DE SUFRIMIENTO:

En los pacientes, entre la variable creencias y la variable sufrimiento, se objetiva un RR (Riesgo Relativo) de 1,43, y un OR (Odds Ratio) de 1,73. Aunque la relación entre ambas variables no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$) (Figuras 40 y 41).

Riesgo Relativo (RR)		IC 95% Riesgo Relativo	
0,40909	=	1,43	Ln RR = 0,3589
0,28571			Error Estandar = 0,6502
			Constante = 1,9600
			Limite Inferior 0,4003
			Limite Superior 5,1212
Los "Creyentes=SI" tiene una probabilidad 1,43 veces mayor de padecer "Sufrimiento=SI" que los "Creyentes=NO"			
ODDS RATIO (OR)		IC 95% Odds Ratio	
45	=	1,73	Ln OR = 0,5486
26			Error Estandar = 0,9424
			Constante = 1,9600
			Limite Inferior 0,2730
			Limite Superior 10,9746
Los "Creyentes=SI" tiene una probabilidad 1,73 veces mayor de padecer "Sufrimiento=SI" que los "Creyentes=NO"			
RIESGO ATRIBUIBLE (RA)		IC 95% Riesgo Atribuible	

Figura 40

Calculadora Ji ²		Sufrimiento		
Creyente		NO	SI	Total
NO		4,3	2,7	7
SI		13,7	8,3	22
Total		18	11	29

Calculadora Ji ²	
0,099	0,162
0,031	0,051
Ji ² =	0,343
p =	0,558

La relacion entre la variable creencia y la variable sufrimiento NO es estadisticamente significativa ($p > 0,05$)

Figura41

Por tanto, aunque no hay relación estadísticamente significativa entre ambas variables (creencias y sufrimiento en los pacientes), si podemos afirmar que hay una tendencia, de forma que el ser creyente puede ser factor de riesgo para un mayor sufrimiento entre los pacientes.

En los familiares, sin embargo la relación entre el factor ser creyente, y el sufrimiento, presenta un RR de 0,92 y un OR de 0,62, sin que haya tampoco relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p > 0,05$) (Figuras 42 y 43).

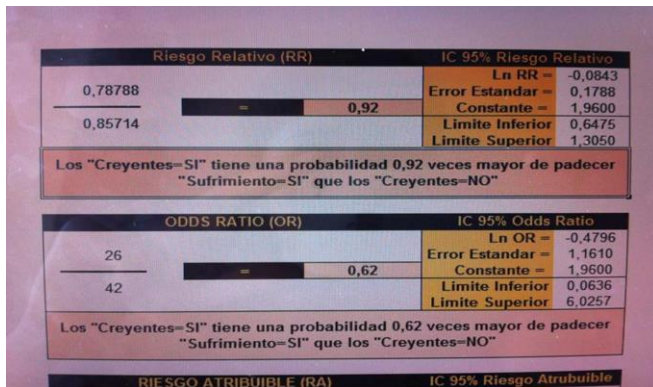


Figura 42

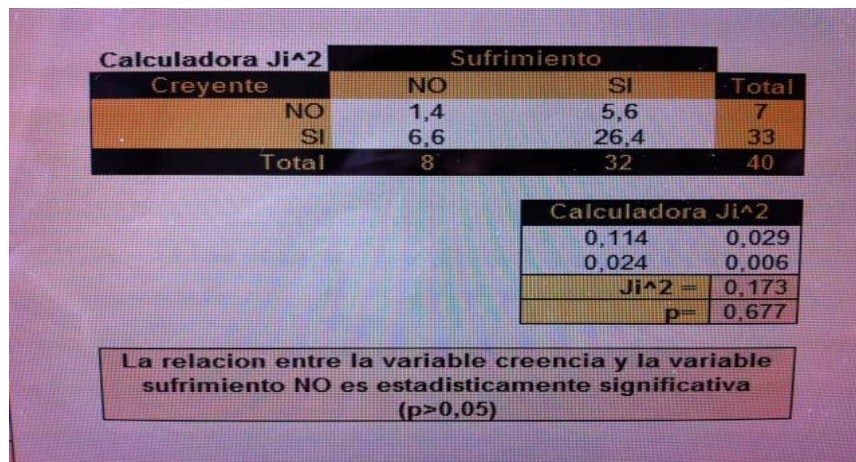


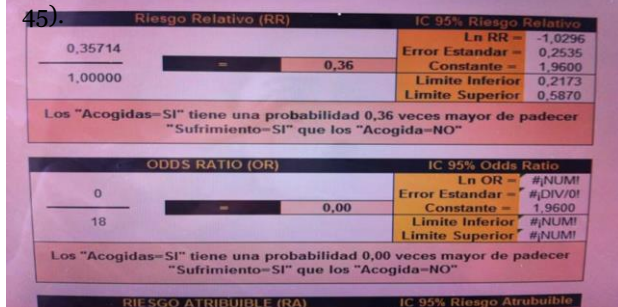
Figura 43

Es decir, en este caso, aunque tampoco hay relación estadísticamente significativa entre ambas variables (creencias y sufrimiento en los familiares), si podemos afirmar que también hay una tendencia, de forma que el ser creyente puede ser factor protector para el sufrimiento entre los familiares.

5.2.4 RELACIÓN ENTRE LA ACOGIDA Y GRADO DE SUFRIMIENTO:

En los pacientes, entre la variable acogida y la variable sufrimiento, se objetiva un RR

de 0,36, y un OR de 0,00, ambas medidas de asociación con $p > 0,05$ (Figuras 44 y 45).



6. - DISCUSIÓN:

La dimensión ética y los compromisos éticos que adquirimos los agentes sanitarios en el ejercicio de nuestra profesión se han recogido a lo largo de La Historia de La Medicina desde el Juramento Hipocrático o la Oración de Maimónides, hasta los actuales códigos éticos de las distintas especialidades médicas o el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial (OMC). Todos estos documentos que son garantes de los derechos tanto de los pacientes como de los profesionales, elevan, o al menos encaminan el desarrollo de nuestro trabajo hacia la excelencia. El objetivo clásico de La Medicina, “el médico cuando puede curar, cura, cuando no [puede], alivia, y cuando no [puede], consuela y acompaña” (3) se mantiene vigente actualmente. “La prevención de la enfermedad [...], la promoción de la salud, el alivio del dolor y del sufrimiento [...], la asistencia y curación de los enfermos, el cuidado de los que no pueden ser curados, y finalmente, la evitación de una muerte prematura [...]” (11), proporcionando a nuestros pacientes una muerte acorde a la dignidad ontológica del ser humano, siguen siendo los objetivos generales de La Medicina. Es decir, concebir la profesión sanitaria como una vocación de servicio requiere ese compromiso ético que lleva implícito el abordaje del paciente de forma global, no sólo su dimensión biológica, sino también su dimensión psíquica y espiritual. Se habla del enfoque holístico al paciente, atender no sólo su patología, sino también a su persona, e incluso a sus familiares. Nunca debemos olvidar que el eje de la atención sanitaria desde la perspectiva del servicio al otro son las personas.

Dado que la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel “estado completo de bienestar físico, mental y social” (12), y no sólo como la ausencia de enfermedad, en este contexto, la enfermedad debe entenderse

como un proceso pluridimensional. Es un “proceso biológico porque supone una alteración estructural o funcional del organismo, pero también es un proceso psicológico que conlleva dolor y sufrimiento, y un proceso social porque supone [...]” (13), aunque sea de forma temporal, una discapacidad o una dificultad de adaptación al entorno socio- laboral habitual. “Enfermar conlleva enfrentarse a una situación nueva y estresante, en algunas ocasiones desconocida y/o negada” (14) hasta ese momento y que va a requerir, tanto por parte del enfermo como por parte de sus cuidadores, el desarrollo de mecanismos de afrontamiento y adaptación. Todo individuo cuando enferma experimenta este proceso socio-psico-biológico, y el médico sus colaboradores deben saber reconocerlo, porque la responsabilidad de vehicular su atención, o atender directa y adecuadamente al sujeto enfermo en las tres dimensiones de la persona, - cuerpo, mente y espíritu-, corresponde al conjunto de los profesionales sanitarios.

La enfermedad supone una ruptura con la cotidianidad y resulta comprensible que todas las áreas de la vida de los pacientes y sus familiares se vean afectadas aunque lo hagan en distinta medida (15). Se modifica la situación física, la psico-afectiva, la familiar, la laboral, y en ocasiones hasta la espiritual, y existen muchos factores que intervienen en la reacción del individuo ante la misma. Entre ellos se encuentran desde la personalidad del paciente y su edad, el tipo de enfermedad, el entorno familiar y social y la necesidad o no de hospitalización, hasta la personalidad y actuación de los profesionales de la salud (13). Cuando además la enfermedad requiere ingreso hospitalario, y éste se produce en una UCI, donde se presupone una mayor gravedad o potencial letalidad de la patología, “[...] la permanencia en la misma durante varios días condiciona por sí misma una serie de respuestas psicológicas, más allá de las acarreadas [...]” (16) por la propia enfermedad. En nuestro estudio, es el ingreso en UCI lo que genera mayor preocupación y sufrimiento (frente a la estancia o el alta de la unidad) tanto en pacientes como en familiares, aunque fundamentalmente en los familiares. Y esto se produce a pesar de conocer bien la existencia de las unidades y sentirse ampliamente acogidos como demuestran los resultados. Los motivos que tanto pacientes como familiares describen como causantes de este sufrimiento al ingreso son como se apunta anteriormente el diagnóstico de gravedad, y la situación inesperada del mismo. Pero tras la comunicación del ingreso en la unidad el primer sentimiento manifestado por los pacientes es la confianza, seguido de la esperanza y la serenidad, siendo minoritarios sentimientos como el miedo a la muerte o a las secuelas o al dolor.

Nuestros resultados coinciden con algunos de los resultados obtenidos por Blanca Gutiérrez JJ et al. (17) que realizaron un estudio descriptivo cualitativo, sobre el padecimiento de los enfermos con Síndrome Coronario Agudo (SCA) mediante entrevista en profundidad a 15 pacientes. También encontraron que sus pacientes confiaban en los profesionales pero vivían el ingreso con angustia. Ellos si reconocían sentir miedo; miedo al dolor, miedo al sufrimiento, miedo a las secuelas. Sin embargo la posibilidad de muerte se aceptaba como algo inherente a la vida y que tendría lugar cuando Dios lo tuviera dispuesto (17). Es posible que estas diferencias se deban a la diferencia cualitativa entre los pacientes de ambos estudios, ya que en nuestro estudio la patología mayoritaria es médica, y secundariamente coronaria, y en el suyo, la muestra es exclusivamente coronaria. El miedo al dolor se explicaría porque en el SCA y en la cardiopatía isquémica crónica, el síntoma princeps es el dolor, un dolor muy intenso, de características opresivas, que algunos enfermos describen incluso como sensación de muerte

inminente.

Gómez-Carretero y cols. (18) revisaron que durante la estancia en la UCI, frecuentemente los pacientes experimentan sentimientos de temor al dolor, ansiedad, estrés, depresión, así como el denominado “síndrome de cuidados intensivos, cuyos síntomas consisten en una fluctuación de los niveles de conciencia, pobre orientación, ilusiones y alucinaciones, anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad y negativismo y alteraciones de la memoria” (18). También manifiestan como principales estresores la ausencia de autonomía expresada como la pérdida de control sobre uno mismo, la incertidumbre (el no saber qué está pasando) y las dificultades de comunicación. También se recogen varios estresores físicos como favorecedores de estas alteraciones, entre otros el dolor físico y el ruido excesivo y “no habitual” que dificulta el descanso. Sin embargo, para Ayllón Garrido et al. (19) en un estudio transversal, descriptivo y cualitativo sobre 91 pacientes, los factores percibidos como más estresantes fueron por orden de frecuencia la sed (62,6%), la dificultad/imposibilidad para dormir (42,9%), los tubos en nariz o boca (35,2%) y no saber la hora (34,1%), es decir, los pacientes daban mayor importancia a las necesidades físicas. Nuestros resultados coinciden parcialmente con ambas fuentes pues a nuestros pacientes les resultaron menos molestas las alarmas, las luces, la falta de intimidad o las conversaciones del personal durante la estancia en UCI, (que pueden sin duda dificultar el descanso), y sin embargo, la desorientación temporo-espacial y la soledad se expresan como las situaciones más gravosas durante la misma. Probablemente estas diferencias se deban a que en el estudio referido de Ayllón Garrido y cols. (19) el cuestionario utilizado es una escala de estresores ambientales adaptada con 43 items, en el que se preguntaba específicamente por estos tres factores (sed, dificultad en el descanso, y tubos), y en nuestro cuestionario no se preguntaba por ellos, (lo cual puede constituir por sí mismo un sesgo para nuestro estudio), y nosotros sí preguntábamos específicamente por la desorientación temporo-espacial y la soledad. Cabe destacar también que, para Ayllón Garrido et al. (19) el subgrupo de pacientes que padeció delirio, comparado con el que no se etiquetó de delirante, recuerda como situación angustiosa la desorientación temporo-espacial y haber vivido situaciones amenazantes no reales (alucinaciones).

Con respecto a la soledad, que es también para nuestros pacientes una de las circunstancias más estresantes de la UCI, en la actualidad, existen múltiples estudios que demuestran que esta condición, es un sentimiento negativo, que debilita física y psicológicamente a las personas, y depende tanto de factores externos y objetivos, como de factores internos y subjetivos. “Se la considera factor de riesgo para la hipertensión arterial, el síndrome metabólico, el sueño fragmentado, el aumento de la actividad adrenocortical, la insensibilidad glucocorticoidea, el peor control de las reacciones inflamatorias y la disminución de la respuesta inmune” (20).

“Por otro lado, los familiares [...] sienten impotencia, tristeza, incapacidad, desasosiego, [...] dolor, deseos de descansar, rabia. Sienten la incertidumbre de las esperas [...]” (21). Brevis y Silva (21) refieren en sus hallazgos que, en contraposición a estos sentimientos más negativos, los familiares también expresan la sensación de seguridad, tranquilidad y confianza transmitida por la

tecnificación del entorno, el trabajo de los propios profesionales, y la valoración de la información proporcionada por el equipo sanitario. En nuestro estudio, a pesar de manifestar confianza en el equipo sanitario como reacción mayoritaria ante el ingreso, los familiares en ese momento, expresan sentimientos claramente negativos como miedo y ansiedad. Según Choi et al. (22) estas emociones negativas influyen en la salud física de los familiares, detectándose al menos uno o más comportamientos de riesgo en la salud entre los cuidadores de los pacientes de la UCI, como por ejemplo descanso o ejercicio inadecuado, alteración de los horarios, comidas interrumpidas, incapacidad para cuidar su propia salud, tomar su propia medicación o mantener sus propias visitas con el médico, y entre los fumadores mayor consumo de tabaco durante el ingreso de su familiar en la unidad (22).

Los autores Pardavila y Vivar (23) estructuran las necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos en cuatro grupos: A) Necesidades cognitivas referentes a la información clara, oportuna, consistente y esperanzadora (sin crear falsas expectativas) en el que deben participar tanto el equipo médico como el de enfermería. B) Necesidades emocionales, referentes a los sentimientos tanto positivos como negativos que experimentan los familiares a consecuencia del ingreso de su ser querido en la UCI, destacando la importancia de identificar los grupos familiares más vulnerables que necesitarán mayor apoyo emocional, y en los que sería deseable la acción conjunta de un equipo multidisciplinar como los servicios sociales o el apoyo espiritual de un sacerdote. C) Necesidades sociales, respecto a la relación de las familias con otras personas de su entorno cercano, destacando que el apoyo y la cercanía de los amigos es una necesidad importante para los familiares, y que la ansiedad disminuye con los horarios flexibles de visita. Y finalmente, D) Necesidades prácticas, en relación a todo aquello que hace que la familia se sienta comodidad y confort (salas de espera, teléfonos, instalaciones del hospital), y que son consideradas las menos importantes. Esta revisión destaca el papel de la enfermera en la relación terapéutica entre el equipo sanitario, el paciente y su familia, y propone herramientas (genograma y ecomapa) a través de las cuales las enfermeras intensivistas identifican la estructura familiar, los vínculos de la familia con el entorno, y las necesidades que presentan para poder prestar ayuda, apoyo y asesoramiento que alivie el sufrimiento de los familiares y les proporcione los recursos necesarios para afrontar mejor la situación por la que están pasando.

En la actualidad, a pesar de que todas estas necesidades están bien identificadas y estructuradas, y de que en los últimos años la importancia de la familia del paciente crítico ha ido aumentando en la medicina intensiva, en la en la práctica diaria todavía queda mucho por hacer. Para mejorar la cobertura en algunas áreas, proponemos estrategias como dotar al personal de la UCI de formación específica para la comunicación con los pacientes y los familiares, especialmente para el manejo de situaciones difíciles o la comunicación de malas noticias, incentivar la información conjunta por parte de enfermería, proporcionar herramientas útiles y sencillas para la identificación de pacientes y familiares en riesgo de “trauma emocional”, y generalizar a nivel hospitalario el contacto con profesionales de la salud psíquica y espiritual.

Tras la estancia en la UCI, después de la estabilización y la deseada mejoría, llega el alta a la sala. Existen estudios en los que se constata que una vez superado

el periodo crítico de la enfermedad, cuando los pacientes son trasladados a una sala de cuidados generales, (lo que debiera considerarse como un signo de mejoría respecto al estado físico del paciente), aparece nuevamente un sentimiento de temor, tanto en pacientes como en familiares, quienes al abandonar un ambiente que perciben como seguro y en el que el paciente se encuentra controlado continuamente, experimentan miedo a lo desconocido y viven este traslado como algo negativo (24). Sin embargo, nosotros hemos objetivado que el alta es la menos frecuente de las preocupaciones en ambos grupos encuestados (pacientes y familiares).

Cuando las alteraciones psico-emocionales que se han producido en nuestros pacientes durante el ingreso en la UCI, se prolongan durante semanas o meses tras el alta, llegan a constituir un trastorno por estrés postraumático (18). El trastorno de estrés postraumático, (PTSD, por sus siglas en inglés), es la consecuencia psicológica, en ocasiones acompañada de manifestaciones físicas, tras la exposición a un evento traumático en la vida de una persona (25). Su aparición condiciona la calidad de vida en la fase de recuperación post-UCI. De la misma manera entre los familiares se observa que la ansiedad, la depresión o el PTSD, aunque comienzan a disminuir a partir de los tres meses, pueden presentarse hasta 12 meses después de la experiencia, y sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre las familias de supervivientes y las de fallecidos (26).

Martínez Qués y cols. (27) describieron entre sus pacientes como estrategias de afrontamiento más frecuentes, la negación, la evitación, la resignación, la búsqueda de la familia para obtener información, la negación/adopción del papel de enfermo, y la voluntad de realizar cambios positivos en sus vidas. Así mismo, observaron cómo ellos mismos verbalizan estas estrategias, y cómo enfermería era capaz de reconocer (con alguna disparidad) las emociones de los pacientes, y las estrategias de afrontamiento (27).

Resulta razonable intuir, y la literatura lo respalda, que la planificación de intervenciones para el cuidado específico de las áreas psico-afectiva y social tanto en pacientes como en familiares, facilita la detección de afrontamiento inefectivo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas (27) que disminuyen el nivel de estrés y ansiedad durante el ingreso en la unidad. “[...] debemos reconsiderar la necesidad de dirigir las alternativas terapéuticas hacia el cambio en la valoración primaria de los individuos, debiendo actuar sobre la valoración de amenaza y tratando de incrementar las valoraciones de desafío, aspecto relacionado con una clara adaptación hacia la enfermedad [...]” (28). Incluso sería interesante realizar estudios de seguimiento y continuidad en el cuidado, para comprobar si estas intervenciones pudieran ser una forma de minimizar, incluso en algunos casos prevenir el PTSD tras el paso por la UCI.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento en nuestro estudio, objetivamos que son mayoritariamente adaptativas, centradas en el problema y en la red social. Tanto pacientes como familiares reconocen como estrategias mayoritarias de afrontamiento ante el ingreso en la unidad, en primer lugar el apoyo en la información y atención sanitaria (30,9% vs. 36%), el apoyo en la familia y los amigos como segunda estrategia (27,9% vs. 33%), y ambos grupos reconocen en tercera y cuarta posición respectivamente, adoptar una actitud positiva ante la noticia del ingreso (11,8% vs.

11%) y un refugio en la fe (7% vs. 7,4%). Soriano y Monsalve (28) en su estudio "Valoración, afrontamiento y emoción en pacientes con dolor crónico", engloban la religión y rezo como factor de afrontamiento emocional que contiene las estrategias de afrontamiento poco adaptativas, relacionándose con una afectividad negativa, con la idea de resignación y el abandono a una realidad que les supera (28). No es el caso de nuestro estudio, en el que oración y fe tienen una connotación positiva, de espiritualidad activa. En nuestro estudio las estrategias de afrontamiento desadaptativas como por ejemplo la evitación son minoritarias en ambos grupos (pacientes y familiares).

Como referíamos con anterioridad, uno de los estresores identificados como más importantes en los pacientes de UCI es el dolor (18). La experiencia del dolor es individual, el umbral de sensibilidad es diferente para cada paciente. La experiencia del dolor limita la autonomía personal de los pacientes y disminuye su calidad de vida. Hoy por hoy se considera imperativo moral el control del dolor como objetivo básico en la atención sanitaria (29). En nuestro estudio, uno de los elementos considerados como positivos del ingreso en UCI, tanto en pacientes como en familiares, es la percepción de su adecuado control (12,2% vs. 14%), junto con la atención directa (31,1% vs. 27,9%) y la monitorización continua (24,4% vs. 24,8%). En cuanto al dolor físico expresado

por nuestros pacientes, obtenemos una media en la escala EVA de dolor de 3,5, por lo que podemos concluir se encuentran bien analgesiados. En el análisis bivariado entre el dolor y el sufrimiento de los pacientes, objetivamos, según el coeficiente de regresión de Pearson y el coeficiente de regresión lineal, que el sufrimiento es una sensación que depende del dolor de forma directa y moderada (es decir, a mayor dolor, mayor sufrimiento), y que sólo el 16,3% de la variación de la sensación de sufrimiento depende de la sensación algica. Con respecto a la gravedad y su relación con el sufrimiento, objetivamos que existe una relación directa aunque débil en el caso de pacientes médicos y quirúrgicos, pero que no existe esta relación entre gravedad y sufrimiento en los pacientes coronarios. Según mi opinión personal y experiencia clínica, es posible que esto se deba a que, en el caso de los pacientes coronarios una vez controlado ese dolor característico e intenso expresado como sensación de muerte inminente, existe en el paciente una sensación de bienestar y estabilidad que no se corresponde con la gravedad real de la cardiopatía isquémica aguda.

Referente a la intensidad de sufrimiento manifestado por nuestros pacientes en una escala numérica no validada del 0 al 10, la media de sufrimiento obtenida en los pacientes es de 3. Por otro lado, en el grupo de los familiares (donde la variable dolor no ha lugar) la media en la intensidad de sufrimiento se eleva hasta 5,5 puntos. Es evidente que los familiares sufren más que los pacientes. ¿Por qué?, ¿podemos explicar esta diferencia de cuantitativa y probablemente cualitativa de sufrimiento?

Aunque dolor y sufrimiento están íntimamente relacionados en la literatura médica, son fenomenológica (30) y antropológicamente (31) distintos. El dolor es directamente causa de sufrimiento cuando se trata de un dolor de causa desconocida, cuando se convierte en crónico o no controlable, o cuando su causa es amenazante o funesta (30). Pero sufrimiento es más que dolor (29), tiene una dimensión plural (psíquica, emocional, y espiritual) que va más allá del organismo,

por eso hay autores de acuerdo con Cassel que afirman que “no sufren los cuerpos, los que sufren son las personas” (30). Entendemos que el sufrimiento es una vivencia individual, subjetiva, compleja, íntimamente relacionada con la interpretación personal de cada uno de los sucesos, con nuestras características personales, culturales, intelectuales (30-31), con nuestro pasado, y con nuestras expectativas de futuro. Pero también es una experiencia universal, y la única forma de saber si está presente, o aprender qué estímulo es el desencadenante para causarlo, (con el objetivo de atajarlo o al menos intentarlo), es preguntar al sujeto sufriente (30). En este sentido, en nuestro estudio, aunque no existe significación estadística, si objetivamos una tendencia, tanto en pacientes como en familiares, a que la percepción de la acogida por parte del personal de la UCI como positiva sea un factor protector frente al sufrimiento durante el ingreso.

Pero, ¿es posible anular o hacer desaparecer el sufrimiento? ¿O no podemos dado que se trata de una experiencia inherente a la naturaleza humana? Juan Pablo II en su encíclica papal “*Salvifici Doloris*” (32) escribe que el hombre se convierte de modo particular en camino de la Iglesia, cuando en su vida entra el sufrimiento. Esto sucede en distintos momentos, de maneras diferentes, asumiendo dimensiones diversas, pero “de una forma u otra el sufrimiento parece ser una experiencia casi inseparable de la naturaleza terrena del hombre”. Complementando esta idea, el neurólogo y psiquiatra V. Frankl (33) habla de que la experiencia del sufrimiento existencial o espiritual, deja de serlo en cierto modo, en el momento en que se le encuentra un sentido. “Curiosamente el ser humano no suele preguntarse qué sentido tienen la alegría, el éxito o el placer [...]” (34); sin embargo, ante la realidad de la enfermedad, el dolor, el sufrimiento o la muerte, “[...] a lo largo de la historia las mentes más reflexivas se han preguntado [...]” (34) ¿tiene algún sentido el sufrimiento? ¿por qué sufrimos? ¿para qué?. Desde el punto de vista espiritual el sufrimiento “[...] manifiesta la profundidad propia del hombre y de algún modo la supera” (32). Pertenece a la trascendencia humana; “es uno de esos puntos en los que el hombre está en cierto sentido “destinado” a superarse a sí mismo” (32). Porque en el sufrimiento, el hombre se encuentra a sí mismo, su propia humanidad, su propia dignidad y su propia misión (32).

Se sabe que en general los eventos traumáticos provocan emociones negativas, pero en muchos individuos, estas experiencias pueden también dirigirse hacia cambios positivos, es lo que se denomina crecimiento post-traumático (35-30), concepto íntimamente relacionado con la resiliencia (capacidad de una persona de continuar proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, situaciones difíciles y a veces traumas graves) (36). El optimismo, la esperanza, las creencias religiosas y la extraversion, son algunas de las características que de forma más frecuente aparecen en los estudios como factores de resistencia y crecimiento (36).

“Tanto si los pacientes como sus familiares, tienen creencias religiosas o no, ser tratado en una unidad de cuidados intensivos es una experiencia profundamente emocional y espiritual” (37). A este respecto, en los últimos años el rol que desempeña la espiritualidad en la vida de los pacientes ha adquirido mayor importancia en la investigación, la literatura y la formación académica de los médicos (38). En la última conferencia de consenso sobre espiritualidad y

salud (2009) (39), se concluyó que la atención de los asuntos espirituales y existenciales de nuestros pacientes es una necesidad, debe realizarse por un equipo multidisciplinar bien formado, dotado de herramientas de evaluación sistematizada de la situación y de las necesidades espirituales de los pacientes, y engarzado en un plan de atención integral psicobiosocial (38-39). Se puede decir que la atención espiritual se enmarca en la obligación ética de los sanitarios en el cuidado integral de las personas (38).

La situación de enfermedad grave, crónica o terminal, hace que las personas analicen sus vidas, sus relaciones personales y sus fracasos, que se enfrenten a sus miedos y ansiedades, a sentimientos sin resolver y en última instancia a su propia mortalidad (38). Para algunas personas la experiencia de la enfermedad (o cualquier otra situación de sufrimiento vital) puede significar un momento de recogimiento, de introspección, así como una experiencia de revelación de lo esencial, es decir hallar la sabiduría para intuir lo esencial de la existencia que acostumbramos a perder en la cotidianidad.

Pero, “¿cómo ayuda la espiritualidad a lidiar con la mortalidad?” (38). La espiritualidad y las religiones ofrecen esperanza, recuperación del sentido de control al orientar la situación o la preocupación hacia la divinidad (un poder superior), reconciliación, fortaleza y aceptación, y finalmente sentido en medio del sufrimiento y el dolor (38). En nuestro estudio llama la atención que, a pesar de que tanto pacientes como familiares se definieron mayoritariamente como creyentes, en las herramientas para sobrellevar la estancia en la UCI, la opción de la oración (entendida como momento de reflexión espiritual y no como abandono) fue minoritaria en ambos grupos, así como la necesidad de contacto con sacerdote que fue manifestada como inexistente. La necesidad de apoyo psicológico fue minoritaria también en ambos grupos. ¿Es posible que esto se deba a que los pacientes desconocen que disponen de estos recursos si los quieren o necesitan? ¿Puede ser que no exista una “cultura”, o un hábito, o una conciencia de oferta de los mismos a los pacientes por parte del personal sanitario? En nuestro estudio, aunque no existe relación estadísticamente significativa entre las variables, se observa la tendencia de que la condición de ser creyente es factor de riesgo para el sufrimiento en los pacientes, y sin embargo, factor protector para los familiares. ¿Podría deberse a que nuestros pacientes no se sienten espiritualmente y psicológicamente acompañados durante el ingreso en la UCI? ¿Sería posible cambiar esta tendencia? ¿La sistematización y protocolización del acompañamiento psicológico y espiritual en la UCI podría cambiarla?

Entonces, ante las circunstancias de enfermedad grave, ¿cómo podemos actuar los profesionales sanitarios? Ejerciendo la virtud de la compasión (entendida como capacidad de empatizar y acompañar al otro en su sufrimiento), que siendo esencial en el cuidado de todos los enfermos, se hace especialmente necesaria en estos casos (38). “La persona que sufre es sagrada y merece todo nuestro respeto y toda nuestra ayuda” (34). Los sanitarios, especialmente los médicos, “debemos proporcionar oportunidades a nuestros pacientes, a sus seres queridos, incluso a nosotros mismos para encontrar sentido en medio del sufrimiento” (39), es decir para “sanar” en el sentido más amplio y trascendental del término. Dicho de otra manera, el sufrimiento de alguien puede ser una oportunidad para que otros ejercitemos muchas virtudes humanas; la comprensión, la ayuda, el servicio, la tolerancia, la compasión, y sobretodo el amor. El paciente sufriente es también

un espejo en el que ver reflejada nuestra propia humanidad, nuestra propia vulnerabilidad. Cuando además la manera que tienen nuestros pacientes de afrontar sus dificultades vitales, está llena de sentido, serán ejemplo y referente para cuando nosotros mismos nos veamos enfrentados a algún sufrimiento existencial.

“En situaciones difíciles y de sufrimiento, debemos ejercer más que nunca ese imperativo ético de prestar ayuda a quien más lo necesita y de la manera en que lo necesita, es decir, de dar a cada uno lo suyo y de convertirnos en individuos ferozmente humanos” (40). “Se trataría pues de practicar una ética de máximos, buscando la excelencia, traspasando aquello que es puramente lo debido [...]”(41).

Para concluir y a modo de reflexión final, quisiera resaltar que sin duda la experiencia del sufrimiento es algo dramático, y de un impacto psíquico y espiritual notable, pero puede convertirse en el inicio de un proceso de maduración trascendente, que nos conduzca al final del camino, a encontrar la llave hacia una vida mejor, más feliz y más plena, en cuanto a que nos conduzca a una vida llena de sentido. Es decir, que un momento de oscuridad puede ser el inicio de un próspero, profundo, y apasionante camino hacia la luz. Entre los profesionales de la salud, ejercer sin esta actitud vital de ayuda y servicio a los demás dificulta que las personas sufrientes afronten y superen su sufrimiento, y que construyamos una sociedad más sana, más fuerte, y más resiliente, en definitiva que construyamos un mundo emocionalmente más equilibrado y mejor.

“Jamás desfallezcas ante las más sombrías aflicciones de tu vida, pues aún de las nubes más negras cae agua limpia y fecundante” (PROVERBIO CHINO)

7. - LIMITACIONES POR SEGOS DEL ESTUDIO:

La primera limitación del estudio es el tamaño muestral reducido.

La segunda, que las categorías diagnósticas incluidas sólo comprenden 3 grupos, pacientes médicos, quirúrgicos y coronarios (debido al tipo de UCI en el que se recogieron los cuestionarios), y dejan fuera del estudio a pacientes y familiares de patologías con gran impacto emocional como los politraumatismos o pacientes neurocríticos.

La tercera limitación es que a pesar de obtener un adecuado nivel de participación, existen cuestiones en las que hemos obtenido hasta un 20% de no respondedores, y este porcentaje ha sido comparativamente mayor siempre en el grupo pacientes frente al grupo familiares.

Y finalmente, otra limitación se debe a la subjetividad y pluridimensionalidad del concepto sufrimiento, ya que en nuestros cuestionarios, preguntábamos por la percepción de su aparición y su intensidad (con una escala no validada), pero no por el significado del concepto de sufrimiento, que sin duda varía de una persona a otra, y del grupo de pacientes al grupo de familiares.

8. - CONCLUSIONES:

- 1- Nuestros pacientes son mayoritariamente hombres sexagenarios, casados, padres de familia, y en general con bajo nivel educativo y ocupaciones acordes al nivel de formación. La patología que presentan es fundamentalmente médica de gravedad moderada.
- 2- Las cuidadoras siguen siendo fundamentalmente mujeres, familiares de primer grado (hijas y esposas). Se observa en las generaciones posteriores mayor nivel cultural, y el matrimonio con hijos como forma de convivencia mayoritaria.
- 3- Tanto en pacientes como en familiares el ingreso en UCI provoca (a pesar de conocernos, sentirse bien acogidos, y confiar en nuestro trabajo) un sufrimiento leve en el caso de los pacientes, y un sufrimiento importante en el caso de los familiares, relacionado con la gravedad de los diagnósticos y lo inesperado de la situación.
- 4- Nuestros pacientes se encuentran bien analgesiados con una media de escala EVA de dolor de 3,5 puntos.
- 5- Destacan en los pacientes los sentimientos positivos como la esperanza y la serenidad, mientras que en los familiares por el contrario los negativos como el miedo y la ansiedad. Ambos grupos valoran muy positivamente la atención directa, la monitorización continua, y la percepción de un mejor control del dolor físico en la UCI.
- 6- Aunque ambos grupos (pacientes y familiares) se definen ampliamente como creyentes, las estrategias de afrontamiento son mayoritariamente la información médica y el apoyo en el entorno familiar, y minoritariamente la oración, la reflexión personal o el contacto con un psicólogo o sacerdote.
- 7- El sufrimiento es una sensación que depende directa y moderadamente del dolor (pero no únicamente de él). Sólo el 16,3% de la variación del sufrimiento depende de la sensación algica. La gravedad se relaciona con el sufrimiento en el caso de los pacientes médicos y quirúrgicos, no en los pacientes coronarios.
- 8- Sin que existan relaciones estadísticamente significativas, se pueden observar las siguientes tendencias, en relación al sufrimiento:
 - a. Ser creyente es factor de riesgo para los pacientes, y factor protector para los familiares.
 - b. En ambos grupos (pacientes y familiares), la percepción de una acogida positiva por el personal de la UCI se perfila como factor

protector.

- 9- Dado que en la atención integral del paciente crítico, se reconoce de forma consensuada por la literatura, la necesidad y el imperativo ético de incluir los aspectos psico-emocionales y espirituales del paciente y sus familiares en los cuidados sanitarios habituales, sería recomendable que los servicios de medicina intensiva, ofrecieran de forma generalizada y normalizada, los recursos necesarios para la cobertura de dichas necesidades (por ejemplo contacto con un psicólogo clínico/sacerdote o guía espiritual), y que el sistema sanitario a través de los diferentes departamentos de salud, contemplara de forma protocolizada dichos recursos.

9. - CONFLICTO DE INTERESES:

La autora declara no tener conflicto de intereses.

10. - BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Bernat-Adell MD, Ballester-Arnal R, Abizanda-Campos R. ¿Es el paciente crítico para tomar decisiones? Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Med intensiva*. 2012; 36(6): 416-422.
- 2- Bayés R. Cuidados críticos y sufrimiento. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(15): 576-8.
Gómez J. La medicina interna: situación actual y nuevos horizontes. *An Med Interna*. 2004 Jun; 21(6):301-5.
- 3- Gómez J. La medicina interna: situación actual y nuevos horizontes. *An Med Interna*. 2004 Jun; 21(6):301-5.
- 4- Gómez Rubí J. *Ética en medicina crítica*. Madrid: Triacastela, 2002; p. 271.
- 5- Martínez Urionabarrenetxea K. Reflexiones sobre problemas éticos en medicina intensiva. *Med intensiva*. 2003; 27(3): 169-70.
- 6- Palencia Herrejón E, Gonzalez Díaz G, Mancebo Cortés J. El futuro de la medicina intensiva. *Med intensiva*. 2011; 35(4): 232-235.
- 7- Bayés R. Sobre la felicidad y el sufrimiento. *Quaderns de psicología*. 2009; 11(1/2): 11-16.
- 8- Bayés R. Psicología del sufrimiento y la muerte. *Anuario de psicología*. 1998; 29 (4): 5-17.
- 9- Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 2001; 286 (15): 1897-1902.
- 10- Pardo C., Muñoz T., Chamorro C.. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med. Intensiva* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2014 Sep 05]; 30(8): 379-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-

[56912006000800004&lng=es.](#)

ANEXO 4: LISTA DE CHEQUEO DESARROLLADA PARA LA INVESTIGACION SELECCIONADA

LISTA DE CHEQUEO BOVERIETH ASTETE

SUFRIMIENTO Y SU AFRONTAMIENTO EN UNA UCI

Pautas para evaluar los autores

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Hay autoría múltiple.			X	En toda la investigación se denota la autoría única, sin embargo durante el proceso de la investigación el autor contó con un tutor, porque la mejor manera de escribir un artículo científico es haciéndolo y aceptando la crítica de los revisores, porque lo que se escribe siempre es menos preciso de lo que se piensa. ¹² , el autor al repasar el manuscrito, lee lo que escribió y lo que pensó. El revisor solo lee lo que se escribió, esta lectura permite la detección de
2.—Hay autoría justificada, responsable.	X			
3.—Hay autoría completa.	X			
4.—Usa nombres completos (no usa iniciales).	X			
5.—Incluye instituciones de trabajo sin incluir grados académicos o posiciones jerárquicas	X			
6.—Incluye la dirección postal del investigador encargado de la correspondencia.			X	

				<p>errores, la expresión de ideas incompletas desde una posición externa que ayudan al autor a corregir sus deficiencias en la expresión de su discurso.¹² Es lo que la investigación denota, una autoría total, justificada y responsable; además de usar nombres completos. En la investigación se hace mención de tres (3) instituciones de salud importantes donde se desarrolló el estudio. Sin embargo una debilidad del estudio, es que no muestra una dirección postal del investigador.</p>
--	--	--	--	---

Pautas para evaluar el resumen

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Permite identificar el contenido básico de forma rápida y exacta.	X			El resumen nos permite identificar el contenido básico de forma
2.—Es claro, fácil de entender.	X			

3.—Describe claramente el objetivo / hipótesis en el primer párrafo.	X			rápida y exacta, además de ser entendible.
4.—Describe claramente el diseño / metodología en el segundo párrafo.	X			Describe claramente el objetivo en el primer párrafo, seguido del diseño metodológico y posteriormente menciona los resultados para finalmente pasar a las conclusiones.
5.—Describe claramente los resultados principales en el tercer párrafo.	X			Sin embargo no cumple con ser conciso, al abarcar cerca de 500 palabras, lo cual minimiza su rigor e importancia. Probablemente la autora se excede de palabras para explicar mucho más detallado el resumen de su investigación, que a mi parecer se justifica, pues en el resumen esta todo lo que necesitamos saber del estudio en mención.
6.— Describe claramente las conclusiones en el cuarto párrafo.	X			En los resultados evidenciamos valores numéricos,
7.—Es conciso (250 palabras).			X	
8.—Presenta resultados con valores numéricos (núm., tasas, porcentajes, proporciones, etc.).	X			
9.—Usa palabras completas (no usa abreviaturas ni siglas).	X			
10.—Usa solamente el texto (no incluye tablas, gráficos ni figuras).	X			
11.—El texto no cita referencias bibliográficas.	X			
12.—Usa denominaciones genéricas de productos farmacéuticos (no usa marcas registradas).			X	
13.—Es autosuficiente, autoexplicativo.	X			

				<p>como porcentajes, números, etc, usando palabras a través de sólo textos, no citando referencias bibliográficas. Es un resumen auto explicativo. El resumen cumple con casi la totalidad de las partes que se menciona en la Revistas sobre el Artículo Científico₁₂</p>
--	--	--	--	---

Pautas para evaluar la introducción

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Presenta claramente el qué y el porqué de la investigación.	X			La introducción se inicia mencionando el problema que el autor cree pertinente para desarrollar su estudio: menciona que el riesgo de la excesiva tecnificación de la especialidad médica es que las Ucis se conviertan en lugares donde la tecnología, la eficiencia y la
2.—Capta la atención del lector desde el párrafo introductorio; «invita» al lector a seguir leyendo.	X			
3.—El estilo es directo unívoco.	X			
4.—El tema general (campo de estudio) se presenta prontamente para pasar luego al problema de investigación.	X			

		<p>eficacia predominan sobre las relaciones personales, distanciando la relación médica - paciente - familia. En este sentido la re-humanización de los profesionales sanitarios, brindando atención integral, lo cual implica la atención de su patología, de su dolor y de su sufrimiento y como saber afrontarlos.</p> <p>Es así como nos da a conocer la problemática y el por qué y para qué del estudio.</p> <p>Por ello la investigación que realiza la Dra. Montoro, se justifica, por su relevancia, ya que menciona un aspecto muy importante del paciente crítico, que es, el sufrimiento y sus mecanismos de afrontamiento.</p>
--	--	---

				<p>El problema que denota en su estudio, es una problemática actual y su importancia radica en que muchas veces no se toma en cuenta el sufrimiento del paciente, enfocándonos más en la parte tecnológica. Es por ello que la investigación resulta factible para aplicarla y lograr cambios en la práctica. Es una introducción que desde que empieza a narrarse, capta la atención del lector y crea la duda ante los sucesos siguientes, lo que invita a seguir leyendo.</p>
--	--	--	--	--

Problema de investigación

	SÍ	DUDOSO	NO	
5.—El problema de investigación (fenómeno específico de interés) se identifica y se define.	X			El problema de investigación menciona: el riesgo de la excesiva tecnificación de la especialidad médica es que las Ucis se
6.—Los antecedentes del problema se presentan sin dilación	X			
7.—La razón fundamental por la cual se seleccionó el problema	X			

qu coasta claro. Su investigación se justifica para llenar un vacío de información.				conviertan en lugares donde la tecnología, la eficiencia y la eficacia predominen sobre las relaciones personales, distanciando la relación médica - paciente - familia. En este sentido la re-humanización de los profesionales sanitarios, brindando atención integral, lo cual implica la atención de su patología, de su dolor y de su sufrimiento y como saber afrontarlos. Por tal motivo queda claro la razón por la que se seleccionó el estudio, ya que menciona un aspecto muy importante del paciente crítico, que es, el sufrimiento y sus mecanismos de afrontamiento. Además que muchos estudios revisados se
8.—El problema es importante, es actual, es susceptible de observación y de medición.	X			
9.—La investigación del problema es factible.	X			

				enfocan sobre todo en la parte funcional, tecnológica, estructural de la persona, dejando a veces del lado el sufrimiento; es una problemática actual que podemos observar en la salas de Ucis, capaz de ser medidas por variables.. Finalmente resulta una investigación factible, ya que ayuda a cambios en la práctica.
--	--	--	--	--

Revisión bibliográfica

	SÍ	DUDOSO	NO	
10.—La revisión identifica lo que se sabe actualmente —en función de lo publicado— sobre el problema de investigación.	x			El problema de investigación está referido con el sufrimiento y su afrontamiento y durante el proceso del estudio observamos una óptima revisión bibliográfica para la intervención del problema que plantea el
11.—La revisión es relevante para el problema del estudio.	x			
12.—La revisión refleja información sobre antecedentes del problema, necesaria para apoyar la justificación del estudio.	x			
13.—Las referencias citadas en el texto están bien documentadas y son actuales.	x			
14.—La relación del problema de investigación con investigaciones previas es directa y clara.	x			

15.—La revisión presenta una gama de experiencias, teorías y opiniones con puntos de vista diversos y complementarios sobre el problema.	x			estudio. Revisión referida al contraste con otros estudios.
16.—La revisión identifica, desde la literatura, importantes vacíos de información sobre el problema.			x	Sin embargo se identifican ciertas fuentes que se deben profundizar, es decir los enfoques teóricos relacionados con el problema. Creo debe mencionar teorías existentes que ayuden a entender científicamente el tema de sufrimiento y afrontamiento.
17.—La organización de la revisión es lógica, según categorías y fecha de publicación.	x			No obstante la revisión que el autor plasma cumple con los criterios mínimos de selección, es lógica, contiene fecha de publicación, siguen pautas bibliográficas
18.—La revisión es mucho más que una mera lista ordenada de citas: cada referencia tiene una justificación, su lugar es determinante y —en ningún caso— arbitrario.	x			

Marco teórico

	SÍ	DUDOSO	NO	
19.—La investigación no es aislada y se vincula con teorías existentes.	X			El estudio para lograr su objetivo se vincula con las teorías existentes de ciertos autores, por ejemplo incluye lo que Bayes (2006) en su libro Cuidados Críticos y sufrimiento, menciona acerca las causas concretas que originan el sufrimiento de los enfermos durante su ingreso a UCI. El estudio se basa en teorías existentes e investigaciones realizadas, para a partir de ellas formular una teoría propia guiada por el resultado. El marco teórico es adecuado para resolver el problema de la investigación, además es útil para clarificar conceptos pertinentes de acuerdo al resultado logrado.
20.—La investigación describe un marco teórico ya existente o formula uno propio.	X			
21.—El marco teórico es adecuado para el problema de la investigación.			X	
22.—El marco teórico se desarrolla en forma lógica y comprensible.	X			
23.—El marco teórico es útil para clarificar conceptos pertinentes y las relaciones entre ellos.	X			

				<p>Sin embargo a mi parecer hubiese sido mucho mejor que la investigación haya incluido un marco teórico, en un solo capítulo, en donde se plasme todas las teorías en las que se basó, de esta forma nos ayudaría a atender mucho mejor el proceso de adaptación y todo lo que involucra ello, es decir debió profundizar mucho más en las teorías existentes.</p>
--	--	--	--	---

Variables

	SÍ	DUDOSO	NO	
24.—El estudio selecciona las variables adecuadas.	x			<p>En el contexto de una investigación científica cuantitativa, los conceptos generalmente se conocen como variables y como su nombre lo indica, una variable es algo que cambia.¹⁴ El investigador cuantitativo considera como variables casi todos los</p>
25.—Las variables son suficientemente claras.	x			
26.—La asociación entre variables se describe indicando su calidad de independiente y dependiente.	x			
27.—Las variables extrañas (de confusión) se reconocen y se indica su grado de control.			x	
28.—Las variables importantes se definen operacionalmente, al igual que sus grados de condición.	x			

			<p>aspectos del individuo y su ambiente, en la medida que cada propiedad del individuo cambia o difiere de un individuo a otro, se considera como una variable.</p> <p>En el estudio se selecciona las variables adecuadas en relación al objetivo que se quiere lograr, que es identificar los mecanismos de afrontamiento y conocer y describir el sufrimiento.</p> <p>Estas variables incluye la edad, sexo, nivel de estudios, etc; y que según la experiencia, los pacientes críticos que mayormente prevalecen en las UCIs son los adultos maduros y/o mayores.</p> <p>Existe además la asociación entre variables: sufrimiento (variable dependiente) y su afrontamiento (variable</p>
--	--	--	---

				independiente), manteniéndose ellas relacionadas entre sí. Todas las variables que la autor toma en cuenta son importantes para el estudio, definiéndose estas variables en los resultados. Es través de las variables tomadas en cuenta, que el estudio se hace más connotable.
--	--	--	--	---

Objetivos / hipótesis

	SÍ	DUDOSO	NO	
29.—Los objetivos son adecuados a la pregunta de la investigación (problema y sus variables).	X			Los objetivos planteados están bien estructurados, ya que buscan resolver lo que la investigación plantea como problemática. Describe claramente lo que el investigador quiere lograr, que es conocer y describir el sufrimiento en UCI y sus mecanismos de afrontamiento.
30.—Los objetivos indican en forma inequívoca qué es lo que el investigador intenta hacer (observar, registrar y medir).	X			
31.—Los objetivos descriptivos son pocos, concretos, medibles, y factibles.	X			
32.—Los objetivos anuncian un resultado concreto previsto, unívoco, claro y preciso.	X			
33.—Los objetivos se presentan redactados en forma afirmativa, con verbos activos transitivos, en tiempo infinitivo, sujetos a una sola interpretación.	X			

34.—La redacción de los objetivos diferencia claramente los de carácter descriptivo de aquellos otros de carácter analítico.	X			Está redactada en forma afirmativa con verbos activos. Las hipótesis no se encuentran plasmadas.
35.—Las hipótesis expresan de manera clara, precisa y concisa, una relación (o diferencia) entre dos o más variables.				El estudio no muestra hipótesis, por ser un estudio descriptivo.
36.—Las hipótesis explican o predicen esa relación (o diferencia) entre dos o más variables en términos de resultados esperados.				Por ello hay ítems que no aplica. Los estudios que tienen hipótesis son aquellos cuyo enunciado corresponde a una proposición (se podrá decir si es verdadero o falso) y los estudios que no tiene hipótesis son aquellos cuyo enunciado no corresponde a una proposición (no se puede decir si es verdadero o falso). ¹⁶
37.—La formulación de las hipótesis incluye las variables de estudio, la población de estudio y el resultado predicho (efecto).				Y que pare el estudio, no corresponde a una proposición, sino a una afirmación de lo que se va a estudiar: el
38.—Las variables identificadas en las hipótesis se definen operacionalmente.				
39.—Cada hipótesis se refiere solamente a una relación entre dos variables, para claridad de su comprensión (hipótesis simple).				
40.—La dirección de la relación se establece de manera inequívoca en la redacción de la hipótesis.				
41.—Cada hipótesis está lógicamente relacionada con el problema de investigación.				

				<p>sufrimiento y su afrontamiento en UCI.</p> <p>Los ítems de 35 a 41 no aplican porque es un trabajo descriptivo.</p>
--	--	--	--	--

Pautas para evaluar materiales y métodos

Diseño

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—El diseño parece apropiado para el objetivo del estudio.	x			<p>Es un diseño multicéntrico descriptivo, observacional longitudinal y prospectivo, lo que lo hace apropiado para lograr el objetivo del estudio, pues los estudios multicéntricos, tienen la ventaja de un reclutamiento más rápido, un mayor número de pacientes y un desarrollo más rápido. Por tanto las conclusiones se extienden a una población mayor y más representativa que las que pudieran obtenerse en un solo centro.¹⁵ Además de ser un estudio</p>
2.—El diseño se describe suficientemente, caracterizando la dimensión de intervención del investigador (manipulación) de la variable independiente.	x			
3.—El diseño explica la dimensión temporal (momento y núm. de veces de recogida de información).	x			
4.—El diseño especifica la unidad de análisis (caso, serie de casos, muestra o población total).	x			
5.—El diseño indica el nivel de análisis (no análisis, correlación, causalidad o inferencia).				
6.—El diseño seleccionado encaja el paradigma epistemológico / metodológico (cuantitativo o cualitativo) con los datos que se intenta producir.	x			
7.—El diseño está actualizado con el nivel de conocimientos disponibles sobre el problema de investigación.	x			
8.—El diseño garantiza un grado de control suficiente, especialmente en investigaciones cuantitativas,	x			

<p>contribuyendo así a la validez interna del estudio.</p>			<p>prospectivo, analizando los hechos desde el inicio de la investigación hacia los sucesos siguientes. Esto hace que el estudio sea más original. Pero por otro lado, es un estudio descriptivo, pues el objetivo de la investigación descriptiva es, observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación del desarrollo de teoría.¹⁴ Es lo que el estudio o el autor quiere lograr describir el sufrimiento y su afrontamiento y luego documentar los hechos. El diseño especifica la unidad de análisis, que es la muestra seleccionada.</p>
--	--	--	---

				Es un estudio que se enfoca en el paradigma metodológico cuantitativo, por usar variables que contribuyen a la validez interna del estudio.
--	--	--	--	---

Población y muestra

	SÍ	DUDOSO	NO	
9.—La población diana se identifica y describe con claridad.	x			La población está conformada por pacientes de UCI y sus familiares, descritos con claridad en el estudio, se conformó la muestra utilizando el muestreo no probabilístico por conveniencia, caracterizándose se por un esfuerzo deliberado para obtener muestras representativas, mediante la inclusión en la muestra de grupos
10.—La población accesible al estudio se describe con exactitud.	x			
11.—Se explica si se utilizó un muestreo aleatorio probabilístico o un muestreo no probabilístico.	x			
12.—En caso de muestreo aleatorio, se explica el procedimiento: aleatorio simple, aleatorio estratificado, aleatorio por conglomerado, o aleatorio sistemático.				
13.—En caso de muestreo no aleatorio, se explica el procedimiento: muestreo de conveniencia, muestreo de cuota o muestreo intencional.			x	
14.—El tamaño de la muestra se informa a la luz del objetivo del estudio, el diseño del estudio, el método de muestreo y el análisis estadístico de los datos.	x			
15.—La muestra indica cuán representativa es de la población diana, a la que se	x			

intenta generalizar los resultados.				supuestamente típicos. La muestra está conformada por los pacientes de la UCIs y sus familiares en diferentes escenarios.
16.—La muestra parece suficiente como para garantizar la validez externa del estudio.	x			La muestra resulta ser representativa en cuanto que las unidades críticas de nuestra realidad alojan entre 6 a 10 pacientes por mes dependiendo de su estancia hospitalaria, que a veces sobrepasa el mes. Por lo que del estudio se puede generalizar sus resultados y aplicarlos en la práctica diaria. La selección de los sujetos estuvo regidos por criterios de inclusión y exclusión.
17.—El método de selección y asignación de sujetos a los grupos de estudio y de control se describe con claridad.				

Consideraciones éticas

	SÍ	DUDOSO	NO	
18.—Se describe el procedimiento para obtener consentimiento informado.			x	Al evaluar esta parte de la investigación se crea cierto grado de
19.—Hay constancia de la revisión de la investigación por	x			

algún consejo o comité de ética de la institución.				discrepancia, pues dentro del estudio no se remarcan las consideraciones éticas en su totalidad, lo que no minimiza el resultado del estudio, ya que la investigación se realiza para obtener un Master Oficial en Bioética, por lo tanto es indudable que el estudio está basado en ciertas normas éticas, pero que no están redactadas en el estudio.
20.—El investigador describe los riesgos potenciales de los sujetos participantes del estudio.			x	La crítica sería que debió plasmarse los procedimientos éticos, que es indudable que si los tiene, por el tipo de investigación para master en bioética.
21.—Hay constancia que se aseguró el anonimato y la confidencialidad a los participantes del estudio.	x			El estudio no plasma la revisión por algún consejo o comité de ética, sin embargo menciona sobre la dimensión ética y los compromisos éticos que adquirimos los agentes

				sanitarios en el ejercicio de la profesión y así como los códigos éticos y deontológicos, todos estos documentos son garantes de los derechos de los pacientes. Además existe constancia que se aseguró el anonimato de los participantes, tal y como consta en el cuestionario donde se hace mención del anonimato.
--	--	--	--	--

Pautas para evaluar los resultados

Recogida de datos

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Los instrumentos de recolección son adecuados para el diseño del estudio.	x			A menudo la investigación cuantitativa, reúne datos numéricos, que resultan de algún tipo de medición formal que se analizan por medio de procedimientos estadísticos. ¹⁴ Por lo mencionado, el instrumento que se usó (Cuestionario) resulta adecuado y formal para el
2.—Se menciona la razón fundamental para la selección de cada instrumento / método.	x			
3.—Se describe la validez y la confiabilidad de cada instrumento.	x			
4.—Se describe claramente los pasos en el procedimiento de recogida de datos.	x			
5.—El procedimiento de recolección de datos es adecuado	x			

			<p>diseño usado, cuantitativo-descriptivo. Ya que el estudio, busca el análisis de la variables tomadas en cuenta. Y través de los cuestionarios se obtienen los datos estadísticos que se analizan según cada tipo de variable.</p> <p>El instrumento/cuestionario consta de preguntas cerradas y abiertas, conteniendo preguntas dicotómicas (2 alternativas) y preguntas de opción múltiple, así como preguntas que permiten al participante responder con sus propias palabras a ciertos ítems. La decisión de utilizar preguntas abiertas o cerradas tiene su fundamento en aspectos importantes como lo</p>
--	--	--	---

			<p>delicado del tema, las aptitudes de expresión verbal de los informantes y el tiempo disponible, entre otras; es muy recomendable combinar ambos tipos de preguntas a fin de compensar ventajas y desventajas. Sabemos que la elaboración de un cuestionario meticuloso y bien desarrollado no se genera en cuestión de minutos o de algunas horas, el investigador debe dedicar mucho tiempo a analizar los requisitos de investigación y atender hasta el mínimo detalle. Por lo tanto para el estudio, los instrumentos y procedimientos de recolección de datos son los adecuados, demostrando confiabilidad y validez de instrumentos, además del</p>
--	--	--	--

				rigor metodológico que la autora usa; sin dejar pasar por alto que los cuestionarios contienen los datos inherentes al estudio.
--	--	--	--	---

Análisis de los datos

	SÍ	DUDOSO	NO	
6.—La elección de los procedimientos estadísticos de análisis es adecuada.	x			El análisis estadístico de los datos obtenidos se ha realizado con el programa informático Excel 2007. El análisis estadístico constituye un método para presentar la información cuantitativa de manera significativa y comprensible. Sin la estadística, los datos cuantitativos colectados para una investigación podrían resultar poco más que una masa caótica de números. ¹⁴ Por ello el procedimiento
7.—Los procedimientos estadísticos se aplican correctamente para el nivel de medición de los datos.	x			
8.—Los datos se analizan en relación con los objetivos del estudio.	x			
9.—Se prueba cada hipótesis y los resultados se informan con precisión.			x	
10.—El análisis estadístico considera el nivel de medida para cada una de las variables: nominal (categórica), ordinal, o intervalo (continua).	x			
11.—Las variables se organizan en grupos lógicos clínicamente: variables de criterios de inclusión, variables factores de riesgo y variables de resultado (desenlace).	x			
12.—Los grupos de estudio y de control son comparables.	x			
13.—Se indica con precisión la duración del estudio (seguimiento) para ambos grupos: estudio y control.	x			

			<p>estadístico de análisis es el adecuado en esta investigación, por otro lado los procedimientos estadísticos se aplican de acuerdo al nivel de medición de los datos obtenidos. Analizando los datos en relación a los objetivos propuestos. Para el análisis bivariado (del resultado) se utilizó la covarianza y la correlación de Pearson para la relación entre las variables cuantitativas. Grado de dolor-grado de sufrimiento y, gravedad-grado de sufrimiento. En el análisis bivariado (dos variables), el método más común para describir la relación entre dos variables es la aplicación de procedimientos de correlación (con variables proporcional,</p>
--	--	--	--

		<p>intervalo u ordinal), estas permiten determinar el grado de relación entre dos variables y el índice de correlación que se emplea con mayor frecuencia es el coeficiente de correlación momento-producto, también conocido como r de Pearson.¹⁴</p> <p>El chi cuadrado se usó para el análisis de la relación entre variables dicotómicas (existencia o no de creencias religiosas y percepción de la acogida en UCI) y la variable cuantitativa grado de sufrimiento.</p> <p>El chi cuadrado, se emplea cuando se cuenta con datos clasificados en categorías acerca de las proporciones de casos, esta estadística se calcula (χ^2) a</p>
--	--	--

				partir de las tablas de contingencias para probar la significancia de las diferentes proporciones. ¹⁴ Se han establecido medidas de asociación de efecto entre las variables dicotómicas previamente mencionadas y el grado de sufrimiento transformado en variable continua a variable dicotómica. Los datos fueron analizados en relación al objetivo que plantea el estudio.
--	--	--	--	--

Presentación de los datos

	SÍ	DUDOSO	NO	
14.—La sección de resultados se focaliza en aquellos hallazgos pertinentes y responde a la pregunta de la investigación y/o a la prueba de hipótesis.	x			En los resultados se evidencia que el autor en estudio logra su objetivo planteado, y consecuentemente para nuestro estudio, responde a nuestra
15.—Los datos se presentan en forma objetiva, sin comentarios ni argumentos.	x			
16.—El texto comanda la presentación en forma clara, concisa y precisa.	x			
17.—Los resultados se presentan en forma ordenada siguiendo el	x			

orden de los objetivos / hipótesis.				pregunta de investigación.
18.—Los resultados se inician con los hallazgos positivos más importantes. Las asociaciones negativas se informan al final de la sección.	x			Los datos son presentados de forma objetiva a través de las variables
19.—Se informa del riesgo relativo y del intervalo de confianza.	x			seleccionadas, cada una con sus gráficos estadísticos
20.—Los términos estadísticos se usan de forma experta (significante, aleatorio, muestra, correlación, regresión, inferencia, etc.).	x			(gráficos de sectores), seguido de una breve afirmación del resultado estadístico (por ejm. 65% son hombres y 32% son mujeres, concluyendo que los pacientes son mayoritariamente hombres.
21.—Los valores P se presentan profesionalmente, y se interpretan inteligentemente.	x			El resultado no sigue el orden de los objetivos planteados, ya que el autor ha considerado en su estudio tomar en cuenta ciertas variables inherentes al paciente crítico (como edad, sexo, nivel de estudios, etc). Es así que en resultado se inicia mencionando el análisis estadístico de aquellas
22.—La sección de resultados es completa y convincente.	x			
23.—Las tablas son simples y auto explicativas. Incluyen datos numéricos numerosos, repetitivos, con valores exactos.	x			
24.—Las tablas no contienen información redundante del texto.	x			
25.—Los gráficos son simples y auto explicativos.	x			
26.—Los gráficos permiten visualizar y analizar patrones, tendencias, comparaciones, semejanzas y diferencias en los datos.	x			
27.—Tanto los gráficos como las tablas completan el texto y ayudan a una comprensión rápida y exacta de los resultados.	x			
28.—Tanto los gráficos como las tablas clarifican la información, ponen énfasis en los datos más significativos, establecen relaciones y resumen el material de los hallazgos.	x			
29.—El autor selecciona, con buen juicio, el tipo de gráfico	x			

<p>más adecuado (barras, lineal, histograma, polígono de frecuencias, sectores, dispersión, pictograma).</p>			<p>variables, para luego entrar en sí a las relacionadas con el objetivo. Los términos estadísticos son usados de forma científica, siguiendo definiciones teóricas, por ejemplo términos de covarianza, correlación, chi cuadrado, etc. Los valores resultantes de las variables, son interpretados profesionalmente, además que en el estudio, la sección de resultados es completa y convence al lector por todos los datos que presenta. Las tablas y gráficos de sectores, se presentan de forma simple y autoexplicativa, incluyendo datos numéricos exactos y necesarios para lo que se quiere mostrar, permitiendo</p>
--	--	--	--

				<p>analizar los patrones y tendencias. La decisión del autor de tomar el tipo de gráfico (gráfico de sectores) seleccionado, probablemente sea por su facilidad de entendimiento, rescatando así el buen juicio del autor.</p>
--	--	--	--	--

Pautas para evaluar la discusión y la conclusión

	SÍ	DUDOSO	NO	
1.—Las interpretaciones se basan en los datos.	x			<p>Todas las interpretaciones que el autor denota, están basadas en los datos obtenidos y los hallazgos que se discuten están en relación al objetivo planteado del estudio, obviamente encontrando relación con los marcos teóricos pertinentes. El autor al margen de especular hace aseveraciones a cerca del resultado de su estudio, contrastándolos</p>
2.—Los hallazgos se discuten en relación con los objetivos del estudio.				
3.—El texto no repite los resultados.	x			
4.—Se especula inteligentemente con fundamento.	x			
5.—Las generalizaciones tienen como garantía y justificación los resultados.	x			
6.—Se distingue entre significación estadística y relevancia (importancia) clínica	x			
7.—Se discuten primero los resultados propios; luego se comparan los resultados propios con los resultados de otros estudio similares publicados (segunda revisión bibliográfica).		x		
8.—Se diferencia entre los hechos (hallazgos) y la opinión del autor sobre estos hechos.	x			

9.—Se discuten adecuadamente las limitaciones del estudio y la forma como pueden afectar las conclusiones.	x			con los de otros estudios que coinciden con los resultados propios, de ahí su
10.—Se sugieren investigaciones al futuro alrededor del problema de la investigación, basadas en la experiencia ganada a lo largo del proceso.	x			generalización justificada y garantizada en base a su
11.—El estilo de la discusión es argumentativo, con uso juicioso de polémica y debate. Esto contrasta bien con el estilo descriptivo y narrativo de la introducción, materiales y métodos, y resultados.	x			resultado. Por otro lado el autor hace énfasis que al margen de los datos estadísticos, el estudio es relevante en cuanto a su aplicación clínica de su hallazgo y la de otros estudios.
12.—Las conclusiones se establecen claramente, como «respuesta» del estudio a la «pregunta» de la investigación, contenida en los objetivos / hipótesis.	x			Montoro, inicialmente discute sobre sus resultados obtenidos, luego contrasta con los resultados publicados de otras investigaciones, toma en cuenta una serie de investigaciones, por ejemplo de Martínez Qués, quien describe en su estudio sobre las estrategias de afrontamiento, también toma el estudio de Gómez Carretero.
13.—El contenido de las conclusiones corresponde al contenido de los objetivos; hay tantas conclusiones como objetivos.	x			

			<p>Experiencias en Uci. La de Gutiérrez, sobre el padecimiento de los pacientes en Uci, entre otros.</p> <p>Claramente podemos diferenciar entre los hallazgos del estudio y lo que el autor piensa al respecto.</p> <p>Como en toda investigación, el autor refiere a cerca de las limitaciones por sesgos de su estudio, sin embargo las conclusiones que presenta se relacionan con sus objetivos y con los de nuestro estudio secundario.</p> <p>Para nosotros, al margen de los sesgos, el estudio nos ayuda a concientizarnos sobre nuestros cuidados y de cómo podemos instaurar el cambio de la práctica habitual.</p> <p>Sobretudo haciendo alusión al ítem 10, la autora nos llama a la</p>
--	--	--	---

				<p>reflexión a los profesionales de la salud, que debemos ejercer con una actitud vital de ayuda y servicio a los demás, para lograr que las personas afronten y superen su sufrimiento. Personalmente, después de leer muchos estudios, quedé admirada del profesionalismo que denotan los estudios, del estilo que irradian, de los diseños metodológicos, los resultados, cada autor muestra un estilo propio y argumentativo. Sin embargo el que llamo más mi atención fue este, porque a la autora en su discusión redacta una serie de argumentos con uso juicioso, creando polémica y debate, gracias a su idea teórica del resultado y a la literatura tomada en cuenta.</p>
--	--	--	--	--

				<p>Desde el resumen hasta la conclusión se evidencia el estilo descriptivo y narrativo. Finalmente, las conclusiones que Montarinos presenta se relacionan con los objetivos propuestos, pero además con la problemática del estudio. Son presentadas de forma clara, logrando así el autor, su objetivo. Además responde también a nuestra pregunta de investigación, de entre las tantas conclusiones, todas se relacionan unas con otras, pero para nuestro estudio tomamos en cuenta, las relacionadas a las estrategias de afrontamiento.</p>
--	--	--	--	--

Pautas para evaluar la bibliografía

	SÍ	DUDOSO	NO	
--	----	--------	----	--

1.—Las referencias son adecuadas (descriptores del título del artículo coinciden con descriptores de los títulos de las referencias).	x			<p>Montaro en su estudio tomó en cuenta una serie de referencias bibliográficas muy exquisitas, en el sentido que cumplen con las normas de investigación, así como rigor científico. Todas las revisiones referidas al estudio, es así el sustento de su investigación. El número de revisiones (41) hizo que su estudio tenga un sustento teórico más fuerte, además de otro punto a su favor, que la mayoría de sus referencias son actualizadas, contando con referencias en su mayoría de tipo primario. Sus referencias cuentan con los datos relevante propios, como autor, año, editorial, etc. y son presentadas de acuerdo a la normativa estipulada.</p>
2.—Las referencias son actualizadas (más del 50% de los últimos cinco años).	x			
3.—El número de referencias es adecuado (más / menos 30).	x			
4.—El tipo de referencias es adecuado (más del 50 % de publicaciones de tipo primario).	x			
5.—La documentación de las referencias es completa (autor, título, lugar de publicación, editorial y año, en caso de libro; autor, título, nombre de revista, volumen y páginas, en caso de artículo de revista)	x			