



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Factores generadores de estrés en el paciente adulto hospitalizado en la UCI: una revisión integrativa**

Diana Mayerly Parrado Bermúdez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de enfermería

Programa de Maestría en enfermería con profundización en cuidado crítico

Área de investigación en urgencias y cuidado crítico

BOGOTÁ

2016



# **Factores generadores de estrés en el paciente adulto hospitalizado en la uci: una revisión integrativa**

Diana Mayerly Parrado Bermúdez

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Magíster en Enfermería con énfasis en cuidado crítico**

Director (a):

McS. Diana María Blanco Ávila

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de enfermería

Programa de Maestría en enfermería con profundización en cuidado crítico

Área de investigación en urgencias y cuidado crítico

BOGOTÁ

2016

## **Agradecimientos**

A Dios por colmarme de fe, fuerza y dedicación para culminar con este reto.

A la profesora Diana Blanco por su paciencia, profesionalismo, orientación, continuo acompañamiento y disponibilidad para culminar con el estudio.

A mi madre por su persistencia día tras día brindando su apoyo y motivación para alcanzar mis objetivos.

A la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia por permitirme crecer como profesional y ser humano enalteciendo siempre en el ejercicio cotidiano el nombre de la enfermería.

# Contenido

<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>VIII</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>4</b>
1.1    MARCO DE REFERENCIA .....	4
1.2    SURGIMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMA .....	4
1.3    JUSTIFICACIÓN .....	7
<b>CAPÍTULO II .....</b>	<b>11</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
<b>OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>11</b>
2.    MARCO CONCEPTUAL .....	12
EL ESTRÉS EN EL PACIENTE CRÍTICO HOSPITALIZADO EN LA UCI.....	12
2.1.1    Estrés:.....	12
2.1.2    Factor estresor: .....	13
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>15</b>
3.    MARCO TEÒRICO.....	15
3.1    FASES DEL ESTRÉS:.....	15
3.2    GENERACIÓN DEL ESTRÉS: .....	17
3.3    MANIFESTACIONES CLÍNICAS SOBRE RESPUESTAS ASOCIADAS AL ESTRÉS:.....	19
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>21</b>
4.    MARCO DE DISEÑO.....	21
4.1    CONSIDERACIONES ÈTICAS.....	43
4.2    PRINCIPIOS ÈTICOS:.....	43
4.3    CONSIDERACIONES AMBIENTALES:.....	44
4.4    PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR:.....	44
4.5    DIFUSIÓN Y SOCIALIZACIÓN: .....	44
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>45</b>
<b>5.    MARCO DE ANÁLISIS.....</b>	<b>45</b>
5.1    DÉFICIT DE INFORMACIÓN: .....	47
5.2    EL AMBIENTE DE LA UCI:.....	50
5.3    DÉFICIT EN EL PERIODO DE SUEÑO Y DESCANSO:.....	53
5.4    DESPRENDIMIENTO DE LA REALIDAD:.....	55
5.5    INTERRUPCIÒN DE LA COTIDIANIDAD: .....	56
5.6    DIFICULTAD PARA ENTABLAR UNA COMUNICACIÒN EFECTIVA: .....	61

6.	CONCLUSIONES.....	65
7.	RECOMENDACIONES.....	66
8.	BIBLIOGRAFIA .....	68

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.....	25
Tabla 2.....	42

## Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión integrativa con el fin de identificar los factores estresores en el paciente crítico adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, tanto desde el reconocimiento a partir de la perspectiva personal así como la del profesional de enfermería. La búsqueda en diversas bases de datos con revistas indexadas comprendió un total de 22 artículos, que abordaran la temática relacionada bajo los términos claves en su búsqueda y contenido.

Desde su análisis, se obtuvieron resultados acerca de los factores estresores en la UCI, a partir de perspectivas tanto del paciente como del profesional de enfermería, evidenciando el déficit de información, y el ambiente de la UCI como transversales; adicionalmente desde la perspectiva del paciente se encontró el déficit de sueño, desprendimiento de la realidad, la dificultad para entablar una comunicación efectiva y la interrupción de la cotidianidad.

Se concluye que el profesional de enfermería debe considerar la gama de expresiones del paciente con el fin de formular una comprensión de la experiencia del individuo y reflexionar sobre su significado. La clasificación de experiencias y las sensaciones experimentadas permiten otorgar el carácter único de la percepción del paciente de manera singular y de esta manera acceder un plan de cuidado individualizado basado en la integralidad.

**Palabras clave:** Estrés, factores estresores, cuidado crítico, enfermería, paciente.



## **Abstract**

This work aims to carry out an integrative review in order to identify stressors critical factors in the adult patient hospitalized in the intensive care unit, both recognition from the personal perspective as well as professional nursing. Search multiple databases with journals indexed included a total of 22 articles, which addressed the topic under the key terms related to your search and content.

From his analysis, results about stress factors were obtained in the ICU, from perspectives of both the patient and nurse, showing the information gap, and the ICU environment as cross; further from the patient's perspective sleep deficit, detachment from reality, the difficulty was found to engage in effective communication and disruption of everyday life.

It is concluded that the nurse should consider the range of expressions of the patient in order to formulate an understanding of the individual's experience and reflect on its meaning. The classification of experiences and sensations experienced grant allow the uniqueness of the patient's perception uniquely and thus access individualized care plan based on comprehensiveness.

**Keywords:** Stress, stress factors, critical care, nursing, patient.





## **Introducción**

El ser humano en el proceso de salud y enfermedad se encuentra susceptible a experimentar infinidad de sensaciones asociadas a sentimientos y emociones generados tanto por sus percepciones personales como sociales las cuales se encuentran sujetas a modificación según los estímulos del entorno.

En condiciones críticas de salud y bajo la necesidad de requerimiento de cuidado intensivo para el tratamiento de la enfermedad en fases agudas, los factores condicionantes a los que se encuentra expuesto un individuo generan cambios de alto impacto para el ser humano debido al traslado a un nuevo contexto como lo es el hospitalario bajo perspectivas de riesgo de muerte, soledad, abandono, cambios anímicos, incapacidad temporal o definitiva entre otros, que predisponen respuestas de estrés asociadas.

De forma inicial la transformación de la cotidianidad, la restricción de visitas y los medios invasivos terapéuticos delimitan el contacto físico y verbal, generando respuestas emocionales como el estrés, ansiedad, depresión, ira, incertidumbre y temor entre otros, los cuales son contribuyentes en la condición física y mental del individuo ocasionando altas demandas orgánicas e intervenciones complejas por parte del personal interdisciplinario.

Adicional a ello, los múltiples factores responsables de las respuestas emocionales giran en torno a la experiencia del ser humano al encontrarse hospitalizado, entre ellos, se encuentra la prolongada estadía hospitalaria, la sedación continua, la invasión corporal y el ambiente artificial que los hace ser vulnerables, reduciendo su autonomía y libertad, llevándolo a perder su rutina

diaria y por ende someterlo a una situación desconocida, que la mayoría de las veces se convierte en amenazante, para su integridad cognitiva, física y emocional

A partir de la anterior problemática, el presente trabajo tiene como objetivo reconocer los factores estresores para el paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo a través de la perspectiva propia como del profesional de enfermería respectivamente, a través de la revisión de literatura científica se encontró un total de 22 artículos de abordaje cualitativo y cuantitativo que permitió evidenciar la información requerida bajo los aspectos contemplados, los resultados producto del análisis crítico fueron concluyentes en cuanto a los factores generadores de estrés; de forma transversal se evidenció que tanto para los pacientes como para el personal el desconocimiento del entorno tecnificado y el déficit de información fueron significativos en la generación de alteraciones emocionales al igual que el déficit de periodos de descanso, la dificultad para entablar una comunicación efectiva, desprendimiento de la realidad y finalmente la transformación abrupta de la cotidianidad .

Desde este aspecto, el abordaje de enfermería en el reconocimiento diferencial del paciente ante la experimentación de estrés debe ser ampliamente identificado debido a que los contextos en los cuales el ser humano se desenvuelve generan percepciones alternas según las características psicosociales del individuo, este reconocimiento, permitirá transformar el ejercicio del cuidado desde perspectivas integrales en el manejo del ser humano en condiciones agudas de salud, propendiendo por incentivar su capacidad crítica hacia la reflexión para la atención y el mantenimiento de la estabilidad emocional; de esta forma el cuidado se constituye en el centro o la esencia de la praxis, lo cual exige que la actuación del profesional de enfermería deba guiarse por la responsabilidad ética; el desarrollo de relaciones comprensivas empleando sistemas de resolución de problemas bajo perspectivas de toma de decisiones basadas en apreciaciones exactas, conocimiento apropiado y juicios sólidos; además, de desarrollar sensibilidad comprometido con el arte de cuidar y de respaldar la enfermería

(Leddy, 1989), de este modo y en contraste la “Enfermería es una ciencia humana y el proceso de cuidado humano en enfermería es un humanitarismo significativo y un acto epistémico que contribuye a la preservación de la humanidad; de tal manera que conservar el avance del cuidado de enfermería es importante porque dentro de la ciencia, al igual que dentro de la sociedad, el llamado es ver al ser humano en su totalidad”(Watson, 2008).

# Capítulo I

## 1.1 MARCO DE REFERENCIA

### Factores generadores de estrés en el paciente adulto hospitalizado en la uci

#### 1.2 Surgimiento y descripción del área problema

El paciente crítico se define como aquel que “debido a alteraciones en una o varias de sus funciones vitales se encuentra en peligro inminente de perder la vida requiriendo continuos y coordinados cuidados de un grupo de profesionales y técnicos del área de la salud, quienes proveen desde su experticia clínica procesos terapéuticos y de vigilancia permanente tendientes a restablecer en un corto tiempo el equilibrio vital requerido, evitando de esta manera el desencadenamiento de estados clínicos difícilmente reversibles”(Parra, 2010).

Partiendo desde la conceptualización; el paciente crítico ante los requerimientos de cuidado permanente y de manera intensiva, experimenta sensaciones emocionales asociadas al traslado ante un nuevo contexto altamente tecnificado el cual presta asistencia en situaciones agudas de salud brindando soporte y mantenimiento vital en conjunto con el equipo multidisciplinario; este ámbito genera un grado de dependencia que define gran variedad de respuestas en el ser humano y su entorno ante los ajustes a los que debe ser sometido de acuerdo a su estado de gravedad.

Según (Gutiérrez, 2008) en la revisión sistemática acerca de las experiencias, percepciones y necesidades se refiere que al ingreso a la unidad uno de los sentimientos experimentados más incidente es el miedo a la muerte debido a la percepción bajo el estado de gravedad generando respuestas de estrés, ansiedad, frustración, y desaliento; a partir de (Solano, 2005) estas respuestas se establecen en dos periodos de experiencias por el paciente, vividas tanto al ingreso como en la estancia del mismo; al ingreso, los pacientes refieren sus percepciones a partir del conocimiento con el que cuentan de su enfermedad y su

estado de gravedad respectivamente; sus respuestas enmarcan sentimientos como el estrés, temor, ansiedad y miedo asociado a conceptos de vivencias previas, sin embargo durante la estancia otras experiencias referidas tanto emocionales como sentimentales giran en torno al desánimo, la injusticia, y la invalidez; repercutiendo en la significancia psicológica como fisiológica en el paciente y su entorno.

Tras el ingreso a la UCI las respuestas del ser humano ante el nuevo contexto se encuentran enmarcadas en tres aspectos que encierran sus manifestaciones; las alteraciones a nivel sensorial, afectivo y de descanso; generan respuestas sincrónicamente asociadas al nuevo entorno; el peligro real de morir, la terapia técnica necesariamente invasiva, agresora y dolorosa, la interrupción de la privacidad y sueño, el entorno dinámico y la interacción con el ruido, la luminosidad y múltiples actores de intervención multidisciplinaria constituyen los factores en la incidencia de respuestas de diverso tipo, que merecen de especial consideración.

El anterior contexto concibe la realidad de la problemática del paciente crítico en la UCI; las múltiples respuestas ante factores generadores de emociones y sentimientos constituyen la necesidad de intervenir de manera inicial a partir del ingreso. Desde el concepto de cuidado, el proceso de atención que conforma el pilar de la profesión lo define como: “La esencia de la enfermería que implica el deseo de dar cuidado bajo acciones positivas de soporte, comunicación o intervenciones físicas con el objetivo de plantear el fin de proteger, mejorar y preservar la dignidad de otros”(Pinto, 2001). A partir de ello, el cuidado del ser humano como eje fundamental de intervención debe responder ante las necesidades del paciente crítico frente a la perspectiva psico emocional y física de manera primordial; la serie de sensaciones experimentadas de cada individuo debe ser abordada de manera única por el profesional a cargo, otorgando relevancia trascendental a las perspectivas del paciente ante su entorno en el momento de ingreso y permanencia para que de esta manera se minimicen las



respuestas de adaptación inefectiva tanto a nivel fisiológico como psicológico y social.

### 1.3 Justificación

Según la AACN (American Association of Critical Care Nurses) se define al profesional de enfermería como aquel que se dedica al cuidado de pacientes en condiciones agudas y críticas de salud, independientemente del diagnóstico o cuadro clínico, mediante un abordaje que asegura el reconocimiento y apreciación total, la integralidad y la relación con el medio (Nurses, 2000). Los pacientes internados en la UCI se encuentran vulnerados tanto fisiológicamente como psicológica, espiritual y socialmente, por tal motivo necesitan de cuidado integral para revertir su estado clínico.

Las respuestas emocionales como reacciones necesarias que se anticipan a los posibles peligros generados por el ambiente se constituyen como una de las respuestas adaptativas del ser humano ante situaciones desconocidas que desencadenan respuestas físicas y psicológicas en el individuo; tras el ingreso del paciente a la UCI, factores personales, sociales y espirituales generan un desequilibrio subyacente al problema principal biológico de ingreso que condicionan problemáticas potencialmente relevantes en el estado actual de salud (Keegan, 2003), (Justic, 2000).

El paciente crítico entendido como aquel que presenta alteraciones que condicionan estados graves de salud requiriendo de asistencia en funciones vitales y monitoreo permanente, experimenta situaciones tanto a nivel personal como familiar y social susceptibles a intervenir; dichas situaciones predisponen transformaciones en cada una de las esferas del ser humano entendiendo que el traslado a un nuevo contexto como lo es el hospitalario exige de adaptación en un periodo de tiempo limitado, tanto de actividades que normalmente hacían parte de la cotidianidad del paciente así como de los roles que desempeñaba en la sociedad. La pérdida de equilibrio en su estado de salud, tras situaciones agudas o crónicas exacerbadas generan de una transformación repentina ocasionando

dependencia de factores humanos como de la tecnología y el ambiente clínico respectivamente.

El estrés, el miedo a las complicaciones y a la pérdida de funciones físicas, pérdida del trabajo, generación de inseguridad entre otras, se resumen en la esfera de dimensiones únicas e independientes de cada ser humano que solicitan un abordaje inicial con el objetivo de prevenir la desadaptación y desequilibrio durante la estancia en la unidad de cuidado intensivo, sumando a ello, la mayoría de los pacientes no reciben ningún tipo de preparación previa lo cual hace que las expectativas sean impactantes tanto por su condición de salud como por el entorno ofrecido; dicha experiencia asocia un entorno donde hay déficit de apoyo familiar y atención humanizada lo cual repercute en el estado general y la experiencia emocional (Beltrán, 2009).

Adicionalmente, factores como la sobrecarga sensorial, el aislamiento social, la interdependencia y la alteración de la cotidianidad condicionan inminentemente estados emocionales como el estrés, a partir de su reconocimiento el abordaje debe estar sustentado a través de la comprensión de los procesos psicológicos que experimenta el ser humano los cuales son secundarios al desequilibrio que supone el traslado al contexto hospitalario; se debe propender por implementar planes integrales que controlen y manejen especificidad frente a la personalidad, estilo de vida, creencias, relaciones sociales entre otros, respondiendo de esta manera a las exigencias de la UCI sobre el proceso de cuidado. Las respuestas emocionales negativas del paciente y la influencia sobre su condición física y psicológica son determinantes para la estructuración integral de la atención en enfermería durante el ingreso y la hospitalización en la UCI, frecuentemente la necesidad de un abordaje en cuidado crítico instaura de manera fundamental las prioridades físicas soportadas en las herramientas tecnológicas y el recurso humano entrenado que conservarán constantes vitales y proporcionarán medios para el éxito de abordaje terapéutico, sin embargo, factores externos pertenecientes al ambiente y los internos concernientes al paciente y sus percepciones son esenciales en la intervención holística, requiriendo de

características perceptivas, identificando al ser humano como un sujeto único, y contemplando sus necesidades de manera singular; a fin de constituir una red integradora con el objetivo de formar dinámicas sensitivas en la singularidad humana tras la experimentación de diversos impactos emocionales atribuibles a las condiciones que alteren su bienestar.

Dicho de este modo, el profesional de enfermería quien se encuentra ante un individuo que requiere de intervención prioritaria para el mantenimiento de su bienestar físico, debe contemplar de forma paralela las múltiples dimensiones y responsabilidades que como persona lo hacen dinámico, la identificación de necesidades, el conocimiento de sus círculos personales, familiares y sociales permiten ampliar el panorama, siendo de esta manera un aspecto esencial en la valoración y abordaje pro de la generación de adaptación ante el nuevo contexto y búsqueda de equilibrio en algunas de las esferas que predisponen una situación crítica de salud, propendiendo de esta manera por la detección y coordinación de planes de cuidado que incluyan el reconocimiento y tratamiento temprano de condiciones emocionales para reducir los signos, los síntomas, su duración, y los potenciales eventos adversos atribuibles (Backes, 2012). Por lo anterior, y con el objetivo de minimizar estas respuestas, algunos investigadores plantean una serie de actividades que las enfermeras de la UCI pueden emprender tras su identificación para disminuir el estrés. Estas actividades incluyen propender por estimular la autonomía del paciente antes del traslado a UCI; así como la notificación temprana del traslado (Cutler, 1995); sin embargo, un factor significativo identificado y a tener en cuenta sustenta que 9 de cada 10 enfermeras no se sienten adecuadamente preparadas para hacer frente a situaciones de estrés que implican a los pacientes; aunque en el estudio realizado se observó que la mayoría de enfermeras tenían más de 20 años de experiencia en la UCI, se concluyó que no se contaba con la formación suficiente para el abordaje del estrés en la UCI (Dy, 2005); de este modo, el profesional de enfermería tiene el reto de proporcionar apoyo emocional a sus pacientes y familiares, sin embargo, una mejor comprensión tanto del estrés previo a la transferencia y las posibles intervenciones de enfermería para disminuir

respuestas emocionales negativas son necesarias para que las enfermeras sean más eficaces en esta área.

Para concluir, la necesidad de abordar temáticas concernientes al paciente y su estado psico emocional tras el ingreso a UCI, propuso la utilización de la revisión integrativa como metodología que permite presentar un enfoque sistemático que facilita sintetizar el conocimiento ampliando el campo de estudio y consecuentemente brindando una nueva perspectiva acerca del estrés en la UCI; desde la búsqueda de literatura científica sobre los factores generadores de estrés del paciente adulto en la UCI, se expuso ahondar y condensar sobre el estado del arte desde perspectivas internacionales que aporten nuevas conclusiones extendiendo la temática, mejorando el entendimiento, y por ende propendiendo por la necesidad de implementar el reconocimiento por parte del profesional sobre los factores identificados tanto desde la perspectiva del paciente como la del profesional respectivamente, su importancia se sustenta en las situaciones críticas de salud y las alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a los impactos generados tanto por el entorno al que se encuentra sometido como por la transformación de los roles que ejercía en la sociedad; de este modo, y a partir del contexto planteado, el profesional de enfermería en la planificación del cuidado integral, debe responsabilizarse por la detección, evaluación y abordaje del paciente bajo la atención de las necesidades físicas como psicológicas aportando una intervención enmarcada en la integralidad del ser humano desde la descripción, reconocimiento y abordaje de los factores generadores de estrés en ambientes como la unidad de cuidado intensivo.

## **Capítulo II**

**TEMA:** El estrés en el paciente crítico de la uci

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** ¿Cuáles son los factores estresores en la UCI reconocidos desde la perspectiva del paciente y del profesional de enfermería a través de la revisión de literatura científica?

### **OBJETIVO GENERAL**

Realizar una revisión integrativa con el fin de identificar en la literatura los factores generadores de estrés en el paciente crítico adulto hospitalizado en la Unidad de cuidado intensivo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reconocer a partir de la revisión de literatura científica la perspectiva del paciente en el reconocimiento de los factores generadores de estrés asociados al ingreso y su estancia en la UCI.
- Reconocer a partir de la revisión de literatura científica la perspectiva del profesional de enfermería para el reconocimiento de los factores generadores de estrés en el paciente adulto desde su ingreso y estancia en la UCI.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

### **El estrés en el paciente crítico hospitalizado en la uci**

#### **DEFINICIÓN DE CONCEPTOS:**

##### **2.1.1 Estrés:**

“El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. (McEwen, 2000) En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan”. Según la definición, “el estrés es un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis; la respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica, así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal” (Chorous, 1992)

En contraste, el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se lo somete a fuertes demandas, a partir de ello, las reacciones psicológicas y conductuales frente a los estímulos del entorno provocan en el individuo un desequilibrio emocional, resultado del exceso de los propios recursos poniendo en peligro su bienestar (Melgosa, 1995), la experimentación de estrés presenta dos procesos, el primero es la valoración; donde el ser humano evalúa la situación, sus causas y consecuencias y segundo donde estima cada una de sus capacidades y recursos tanto personales como sociales y del medio para mejorar la situación y de tal manera su perspectiva (Folkman, 1986).

Otra representación parte de los enfoques fisiológicos y bioquímicos; los cuales se contextualizan como todas aquellas respuestas orgánicas que son el

resultado de una exposición a situaciones amenazantes, y que son percibidas a través de la orientación cognitiva que el individuo realiza tras evaluar la situación, siendo de esta manera una interacción permanente entre el ser humano y su entorno (Oblitas, 2004); dependiendo de la forma en la que el individuo interpreta los sentimientos y las imágenes se puede obtener una respuesta diferencial de estrés, la cual estará determinada por las percepciones que le brinda el medio, aumentando, disminuyendo, creando o manteniendo las respuestas desagradables, bajo un entorno fuera del rango normalmente experimentado por una población (entorno estresante) y los cambios que esto genera en los organismos, ya sean morfológicos, fisiológicos o comportamentales, acompañados en su mayoría de los cambios evolutivos (Hallgrímsson, 2005).

En la actualidad, el término estrés hace referencia a una sobrecarga emocional que experimenta el individuo, vinculada a una exigencia desproporcionada del ambiente, y que se manifiesta en un estado de nerviosismo porque requiere un sobreesfuerzo por parte del individuo, poniéndole en riesgo de enfermar. Este, es la respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo (estresor), que puede ser un evento, objeto o persona, generando demandas emocionales que activan diversos aspectos como fisiológicos, psicológicos y sociales desencadenando reacciones mayores como la ansiedad.

### **2.1.2 Factor estresor:**

El concepto estresor describe todas las cargas o exigencias externas que provocan una reacción de estrés, dichas situaciones pueden ser producto de un estímulo externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (Homeostasis). Las causas definidas son las responsables de ocasionar respuestas en el ser humano, en primera medida las circunstancias pueden ser provenientes del ambiente, de la familia, del contexto laboral entre otras; sin embargo pueden ser factores intrínsecos los cuales



estarán determinados por las características del individuo, su personalidad, y su forma particular de enfrentar las problemáticas, características como la autoestima, el dominio y la buena disposición son determinantes para hacer frente a las situaciones estresantes (Holahan, 1986).

Adicionalmente, se hace referencia a las causas del estrés como a experiencias traumáticas, molestias cotidianas, ambientes físicos y sociales desconocidos, asociado a ello se da la escogencia entre dos situaciones las cuales crean dificultad de elección, así como las relaciones personales, asociadas a factores del individuo y su entorno, condiciona repercusiones que generan alteraciones a nivel emocional, cognitivo y físico respectivamente, sus causas deben ser abordadas en este caso desde la intervención del profesional de enfermería desde aspectos tanto extrínsecos como intrínsecos

Dependiendo de la intensidad, predictibilidad y recurrencia de este estresor, las respuestas de los individuos pueden ir desde tolerancia y evitación del estresor a nivel individual a la rápida aparición de nuevos rasgos o extinción a nivel poblacional. Así, un nivel moderado de estrés es esencial para el crecimiento y diferenciación de los sistemas metabólicos, fisiológicos, neurológicos y anatómicos de un organismo.

## Capítulo III

### 3. MARCO TEÒRICO

#### 3.1 Fases del estrés:

El estrés se divide en tres etapas las cuales son alarma, resistencia y agotamiento; en cuanto a la alarma el proceso se refiere a la aparición de un factor estresante, generando reacciones fisiológicas con el ánimo de tomar medidas de mitigación; sin embargo cuando las barreras estresantes superan al individuo se toma conciencia del estrés existente.

Posterior a la primera etapa, y tras su prolongación de la misma el individuo intenta utilizar las herramientas para enfrentar la situación, sin embargo las limitaciones tanto personales como sociales se hacen evidentes y la presencia de agotamiento genera sufrimiento para el individuo.

Finalmente se presenta la fase terminal del estrés la cual se caracteriza por reacciones emocionales asociadas a la fatiga por el uso de condiciones que mitigan el estrés manifestadas como la ansiedad y la depresión; generando respuestas como la ira, la irritabilidad, y la tensión respectivamente. A partir de ello, las actitudes referentes a las fases del estrés estarán íntimamente relacionadas con las respuestas del ser humano frente a la consideración de la situación que enfrenta; ya sea tanto percibida como positiva o como negativa, se asumirán los factores estresores con las capacidades para afrontar la situación y de esta manera buscar alternativas de solución (Melgosa, Nuevo estilo de vida sin estrés, 1995).

A partir de Taylor el estrés adicionalmente hace referencia específica a la situación; en cuanto al término, éste se encuentra definido como aquella sensación de aflicción proveniente del término "Distress", este se contextualiza como responsable de respuestas emocionales (Taylor, 1986). "La vivencia del

estrés como positivo o negativo va a depender de la valoración que realiza el individuo de las demandas de la situación y de sus propias capacidades para hacer frente a las mismas. Según esto, el ser humano se enfrenta continuamente a las modificaciones que va sufriendo el ambiente, percibiendo y reinterpretando las mismas con objeto de poner en marcha conductas en función de dicha interpretación. Hay ocasiones en las que la demanda del ambiente es excesiva para el individuo, por lo que su repertorio conductual para hacer frente a la situación generadora de estrés es insuficiente, al igual que cuando se enfrenta a una situación nueva para él”(Olga, 1997).

El agente desencadenante del estrés es un elemento que atenta contra el equilibrio del organismo, incrementando la necesidad de reequilibrarse. “El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga”; dicha respuesta puede ser de tipo psicológico (mental) o fisiológico (física/orgánica). Sin embargo, según la literatura científica, el estrés implica cualquier factor que actúe interna o externamente, al cual se hace difícil adaptarse y que produce un aumento en el esfuerzo por parte de la persona con el fin de mantener un estado de equilibrio dentro de sí mismo y con su ambiente externo” (Seyle, 1974). Por lo anterior, en la actualidad el término es frecuentemente utilizado para designar a aquellas respuestas ante el organismo, con la finalidad de proporcionar un sistema de emergencia a nivel cognitivo, social, físico y psicológico, con el fin de “Procesar e interpretar información de forma rápida y eficiente, lo que permite al organismo mostrar una respuesta adecuada a la demanda (Fernández, 1995).

### 3.2 Generación del estrés:

El estrés es la respuesta psicológica generada ante presiones externas reales o percibidas; la acumulación de éste genera el desencadenamiento de respuestas y efectos a nivel físico y psicológico. Dentro de los síntomas psicológicos se encuentran la irritabilidad, la ansiedad, la dificultad para concentrarse, la confusión mental, y frustración entre otros. Dentro de los síntomas físicos se encuentran la tensión muscular, la cefalea, dolor lumbar, insomnio e incremento de la presión sanguínea.

Las reacciones emocionales asociadas al ingreso del paciente en UCI son generadas desde la concepción del entorno hospitalario al que son sometidos, y desde variables socio demográficas como la edad, grado de escolaridad, estresores externos entorno a la vida, entornos patológicos relacionados al estilo de vida, hábitos saludables y /o nocivos del paciente entre otros (Chocròn, 2000). En el estudio realizado por Durán y cols en la descripción de factores psicosociales se identificó que del total de la cohorte correspondiente a 624 pacientes en un periodo de seis meses un porcentaje del 21% que no presentaron adaptación emocional reflejaron ansiedad (7,7%) 48 pacientes , depresión (3%)y 19 pacientes, confrontación (2,7%) (Duràn, 2010).

Cuando se perciben presiones externas reales como la hospitalización se generan respuestas de activación del centro cortical enviando señales al hipotálamo y al cortex, posteriormente se liberan hormonas provenientes de las glándulas pituitarias y adrenales resultando en manifestaciones sistémicas y psicológicas con un alto compromiso orgánico y social. Dentro de las respuestas se encuentran el incremento de la frecuencia cardiaca, aumento del trabajo respiratorio, hiperglicemia, aumento del consumo de oxígeno muscular, con una significancia altamente adversa para el individuo quien se encuentra internado en la UCI.

Partiendo desde la anterior conceptualización el estrés como respuesta emocional, es el pilar de estudio sujeto a abordar desde la enfermería ante las manifestaciones asociadas al ingreso y a la estancia; dichas reacciones cuentan con manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales sino que se manifiestan en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso pudiendo llegar al pánico, el estrés a diferencia del miedo se anticipa a peligros futuros; indefinibles e imprevisibles. Cuenta con la función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de preservación y protección ante posibles daños(Sierra, 2003).

De esta manera, es la respuesta emocional que permite la adaptación del paciente ante el desconocimiento de la realidad en un contexto diferente de cuidado directo y permanente; las vivencias del ser humano en estado crítico de salud generan la perspectiva amenazante que contra posiciona la realidad de vida y recuperación ante la gravedad y muerte; la intensidad y duración es variable de acuerdo al grado de amenaza percibida; sin embargo esta variabilidad mencionada dependerá directamente de los estímulos sensoriales, ambientales y sociales de manera positiva o negativa respectivamente.

El estrés como respuesta ante situaciones desconocidas genera manifestaciones no solo a nivel psicológico, sino también a nivel fisiológico observándose representadas a nivel hemodinámico en el paciente; la realidad del ingreso a la unidad de cuidado intensivo constituye gravedad física que instaura el riesgo de perder la vida siendo la razón primordial para el soporte vital y monitoreo permanente; sin embargo ante las demandas de cuidado el profesional de enfermería bajo perspectivas holísticas en el análisis de necesidades prioritarias intervendrá de manera global pues las respuestas se constituirán en un marco contribuyente a la inestabilidad.

### **3.3 Manifestaciones clínicas sobre respuestas asociadas al estrés:**

Las situaciones de inestabilidad emocional entendidas como el estrés o la ansiedad incrementan el riesgo ante el padecimiento de enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, enfermedades respiratorias, cirrosis entre otros, adicionalmente podría predisponer a conductas como el consumo de drogas, y violencia intrafamiliar (Harenstam, 2000)

El estrés como respuesta emocional ante situaciones desconocidas que pueden representar peligro o no generan respuestas a nivel cognitivo, fisiológico y conductual. A nivel de la activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático se refieren manifestaciones producto de la liberación de catecolaminas como la adrenalina generando respuestas como palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.). A partir de ello se contextualiza la respuesta como la señal de permanecer alerta ante situaciones que ponen en peligro el bienestar del ser humano.

Además de las respuestas físicas, se referencian respuestas tanto a nivel psíquico como de conducta y emocional (Neidhart, 1989), (Melgosa, Nuevo estilo de vida, sin estrés, 1995); las psíquicas están relacionadas con la incapacidad para concentrarse, la dificultad en la toma de decisiones la pérdida de confianza y la aparición de irritabilidad entre otros. En cuanto a las respuestas de conducta, se referencia el aumento de la distracción, falta o exceso de apetito, impulsividad y agresividad respectivamente, la retención memorística se reduce así como la capacidad de evaluar y enfrentar una situación presente, el patrón de sueño se

ve considerablemente alterado reflejándose en insomnio, y finalmente en cuanto al área emotiva referente a los sentimientos y emociones, la persona evidencia una clara dificultad para permanecer relajado, evidencias como la impaciencia, el autoritarismo y la falta de consideración por otras personas.

Un enfrentamiento inadecuado del estrés origina aparición de síntomas y signos asociados a trastornos psicósomáticos; este se define como aquellas reacciones o enfermedades que generan reacciones orgánicas donde su origen son causas psicológicas, algunas se contextualizan como la alopecia, acné, dolores de espalda, reumatismo, alteraciones en el aparato respiratorio como el asma, rinitis, y alergias, entre las más importantes las nerviosas comprendidas como la cefalea, y dolores musculares.

## Capítulo IV

### 4. MARCO DE DISEÑO

Para el presente estudio se aplicó la revisión integrativa, la cual se define como un estudio observacional retrospectivo secundario, producto de la práctica basada en la evidencia en la cual se combinan estudios que examinan una misma pregunta; dicha revisión posibilita la toma de decisiones y la calidad de la práctica clínica, considerando la síntesis de los resultados de la investigación sobre determinada temática, de manera sistemática y ordenada. La revisión permite definir conceptos, examinar teorías, revisar pruebas y analizar cuestiones metodológicas acerca de un tema en particular. Es el método más amplio de revisión donde se incluyen estudios primarios con diversos diseños de investigación. Este método permite la búsqueda, la evaluación crítica y la síntesis de la evidencia disponible sobre el tema de investigación, y su producto final, el estado actual de los conocimientos sobre el tema de interés así como la identificación de las brechas que conducen al desarrollo de las investigaciones futuras, los pasos descritos para la investigación integrativa son: (Galvao CM & Silveira, 2010)

1. Identificación del tema
2. Establecimiento de los criterios de inclusión
3. Identificación de los estudios seleccionados
4. Análisis e interpretación de los resultados
5. Presentación de la revisión: síntesis del conocimiento

La primera etapa para el desarrollo de la revisión comprendió la formulación de la pregunta: ¿Cuáles son los factores generadores de estrés para el paciente adulto hospitalizado en la Uci? , la segunda etapa se constituyó por una revisión de bases de datos como PUBMED, SCIELO, SCOPUS Y SCIENCE DIRECT respectivamente (Colombia, 2016); en un periodo de febrero a Junio de 2016 utilizando descriptores de consulta definidos como Mesh (Medical Subjects



Headings)se definieron los siguientes términos: Stress, stress factors, critical care, nursing, patient,

En tercera etapa se seleccionaron los trabajos según los siguientes criterios de inclusión:

- AÑO DE PUBLICACIÓN: 2010-2016
- TEMA: Factores generadores de estrés en el paciente crítico de la UCI
- POBLACION ESTUDIO: Adultos
- TIPO DE ARTICULO: Randomizados, revisiones sistemáticas, fenomenológicos, exploratorios, descriptivos, observacionales, Fenomenológicos
- ABORDAJE: Cualitativo y cuantitativo
- REVISTAS: Avances de cuidado intensivo
- IDIOMA: Inglés y portugués
- PERIODO DE BÚSQUEDA: Febrero – Mayo de 2016

A partir de la definición de los criterios de inclusión, la depuración de artículos estuvo representada a partir de la conjugación de términos Mesh y la congruencia con el abstract bajo la perspectiva del paciente y del profesional de enfermería en el reconocimiento de factores estresores; el primer filtro proporcionó un total de 186 artículos bajo los criterios de búsqueda definidos; sin embargo se evidencio que en un 70% de la búsqueda los artículos direccionaban su contenido hacia los factores estresores tanto para el paciente y su influencia en la familia principalmente en servicios como unidades de cuidado intensivo pediátrico y neonatal respectivamente; adicional a ello la perspectiva desde la enfermería se encontraba subyugada hacia determinaciones desde la psicología, y sus aspectos teóricos en la aplicabilidad de escalas para valorar el estrés o la ansiedad en la UCI y adicional a ello propendían por la identificación de delirium.

Para refinar la muestra de artículos, se realizó lectura de los títulos, resumen y objetivos, posteriormente se realizó su análisis y selección de las investigaciones potencialmente relevantes que fueran congruentes con la temática en estudio. Es

de resaltar que la literatura sobre la temática planteada es ampliamente limitada sobre términos de estrés y paciente adulto, por lo cual los estudios con niveles de evidencia 1 A sobre los criterios estandarizados, no se evidenciaron en la búsqueda realizada. A continuación se presenta la búsqueda realizada basada en el tipo de estudio y el nivel de evidencia de cada uno.

A continuación se evidencia el total de artículos encontrados y el tipo de estudio identificado en cada uno de ellos.



TIPO DE ESTUDIO	Niveles de Evidencia CEBM(Manterola, 2009)										Total seleccionados Bajo los criterios de inclusión
	1 a	1 B	1 C	2 A	2 B	2 C	3 A	3 B	4	5	
<i>RANDOMIZADO</i>								5			5
<i>REVISIÓN SISTEMÀTICA</i>				4							4
<i>ESTUDIO TRANSVERSAL</i>								3			3
<i>ESTUDIO LONGITUDINAL</i>								3			1
<i>DESCRIPTIVO EXPLORATORIO</i>								4			4
<i>DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL</i>								3			3
<i>FENOMENOLÒGICO</i>							2				2

**Tabla 1.**

---

Por lo anterior búsqueda final arrojo un total de 22 artículos que abordaban temáticas desde la perspectiva del paciente y del profesional de enfermería respectivamente. Para la interpretación de la información, se utilizó la ficha de análisis de literatura científica proporcionado por la Facultad de Enfermería, con la cual se conformó la matriz de base de datos donde se consignaba la información de cada uno de los artículos revisados y la extracción de la información de los mismos. (Facultad de Enfermería)

A continuación se presenta el condensado de artículos revisados para el presente estudio y su aporte principal:

BASE DE DATOS	REVISTA	AÑO	TITULO DEL ARTICULO	AUTORES	TEMÁTICAS PRINCIPALES	OBJETIVOS	RESULTADOS	APORTES
PUBMED Estudio Cualitativo descriptivo	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2012	<b>RE BUILDING LIFE AFTER ICU: A QUALITATIVE STUDY OF THE PATIENTS PERSPECTIVE.</b>	DEACON, KATE.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información y educación durante la hospitalización en la UCI.</li> <li>• Importancia del personal de apoyo para aminorar la carga estresante para el paciente y su familia.</li> <li>• Evaluación y terapia en el paciente después del ingreso a UCI.</li> </ul>	Explorar las experiencias de los pacientes quienes estuvieron hospitalizados en la UCI, como elemento fundamental para un programa de rehabilitación posterior a la UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidenció que los pacientes hospitalizados en la UCI requieren de exteriorizar sus sentimientos, necesidades y emociones durante su estancia, con el fin de darle manejo por parte del profesional y su familia.</li> <li>• Se evidenció una necesidad importante sobre información actualizada sobre su estado y el entorno en el que se encuentra el paciente con el fin de disminuir los factores generadores de estrés.</li> <li>• La necesidad de incorporar profesiones especializadas merecen de especial atención para el abordaje del paciente en situaciones agudas tanto físicas como emocionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posterior a la hospitalización en UCI, el paciente requiere de intervención de manera holística para aminorar las cargas estresantes generadas tanto en la hospitalización como en el egreso de la UCI; este manejo debe otorgarse de manera individual para evidenciar la singularidad de las necesidades</li> <li>• Se resalta la importancia de trabajar de manera interdisciplinaria con el objetivo de abordar las problemáticas por especialidad.</li> <li>• Es necesario que el profesional de enfermería instaure una comunicación terapéutica para facilitar la confianza y la exteriorización de sentimientos asociados al estrés generados en la Uci.</li> </ul>
SCOPUS Estudio descriptivo exploratorio	HEART& LUNG	2014	<b>RELEASING A LOT OF POISONS FROM MY MIND": PATIENTS DELUSIONAL MEMORIES OF INTENSIVE CARE</b>	GUTTORMSON, JILL L.	Identificación de alucinaciones delirios y efectos asociados con la memoria durante la hospitalización en la UCI.	Describir los recuerdos delirantes de los pacientes y su interpretación durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se evidencio que los pacientes durante los periodos de descanso y sueño, experimentan pesadillas asociadas a la oscuridad, soledad y encierro.</li> <li>• La presencia de pesadillas en el</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las intervenciones de enfermería encaminadas a la satisfacción de necesidades deben garantizar periodos de sueño reponedores con el ánimo de disminuir la fatiga y facilitar la</li> </ul>

						<p>periodo nocturno de descanso dificulta considerablemente la recuperación de energía durante el día incidiendo en la presencia de fatiga y dificultando la recuperación y adaptación al tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se evidenció que la mayoría de los pacientes presentó delirium durante la estancia en UCI.</li> </ul>	<p>adaptación al entorno durante la noche en ausencia de familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es necesario que el abordaje con pacientes sujetos a ventilación mecánica cuenten con medios comunicacionales alternos que faciliten la exteriorización de necesidades y sentimientos que le generen estrés.</li> </ul>	
<p>SCIENCE DIRECT</p> <p>Estudio de grupo focal</p>	<p>INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING</p>	<p>2010</p>	<p><b>PATIENTS' EXPERIENCES OF INTENSIVE CARE DIARIES—A FOCUS GROUP STUDY</b></p>	<p><b>EGEROD, INGRID BAGGER CHRISTINE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Experiencias de los pacientes hospitalizados en la uci y sus escritos en el diario de UCI</li> <li>Importancia de la exteriorización de percepciones tras la hospitalización en UCI.</li> </ul>	<p>Explorar las experiencias y percepciones de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos a través del diario de UCI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El uso del diario en la UCI, como herramienta comunicacional facilita al paciente exteriorizar sus sentimientos y percepciones alrededor de su enfermedad y estancia en un periodo crítico.</li> <li>El uso del diario en la UCI, es adicionalmente un mecanismo para los pacientes que cuentan con emisión limitada de comunicación, como en el caso de la ventilación mecánica y presencia de traqueotomía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El uso de herramientas como el diario escrito facilita a los pacientes reconstruir sus historias basadas en la experiencia de la UCI durante su tratamiento.</li> <li>La facilidad de la exteriorización de sentimientos permite al paciente evidenciar sus necesidades para el abordaje objetivo desde el punto de vista del profesional.</li> <li>Factores adicionales como las acciones colaborativas de la familia para satisfacer las necesidades expresadas en el diario se convierten en fundamentales para disminuir las cargas de estrés.</li> </ul>

SCIENCE DIRECT Grupo Focal	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2012	<b>NURSES' PERCEPTIONS OF COMMUNICATION TRAINING IN THE ICU</b>	<b>RADTKE, J, TATE, J, ,HAPP, M</b>	Valor de comunicación / percepción de competencia; la intención de comunicación de los beneficios de la formación; los obstáculos para la aplicación; las preferencias y la utilización de estrategias comunicacionales.	Describir la experiencia y las percepciones de los pacientes hospitalizados en la UCI con respecto a la aplicación de herramientas de intervención sobre la comunicación y formación para los individuos críticamente enfermos con dificultad para hablar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las enfermeras participantes del estudio revelaron que la comunicación con los pacientes ventilados es limitada ya que no se logra efectuar una adecuada comunicación verbal lo cual dificulta identificar sus necesidades.</li> <li>Se identifico que existe una dificultad en el entrenamiento para efectuar una comunicación asertiva con el paciente y su familia quien se encuentra hospitalizado en la UCI.</li> <li>El profesional de enfermería reconoce la necesidad de ser entrenado de una manera integral para brindar un abordaje completo en situaciones críticas de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es necesario que el profesional de enfermería utilice herramientas que faciliten la comunicación en pacientes bajo ventilación mecánica.</li> <li>Se hace necesario entrenar el personal de enfermería, con el ánimo de proporcionar herramientas, sensibilizar y responsabilizar el cuidado de las respuestas del ser humano bajo las necesidades referenciadas por el paciente y su familia respectivamente.</li> </ul>
SCIENCE DIRECT Fenomenológico	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2013	<b>PHENOMENOLOGICAL STUDY OF EXPERIENCES OF BENEFITARY PATIENTS IN A CRITICAL CARE SETTING: THE MEANING OF THE PATIENT ROOM AS A PLACE OF CARE</b>	<b>OLAUSSON SEPIDEH, LI NDAHL, BERIT, EKE BERGHMAR GARET</b>	Factores estresantes ambientales y no ambientales que influyen en el cuidado del paciente en la habitación donde se ejercen las actividades del cuidado.	Utilizar las perspectivas de vida sobre las vivencias del cuidado tras la hospitalización del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo en la relación del profesional y el paciente en la habitación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La habitación de la UCI, reconocida como el entorno para efectuar actividades de cuidado bajo condiciones críticas se convierte en un ambiente tecnificado y hostil para el paciente y su familia</li> <li>La estructura arquitectónica, la</li> </ul>	La habitación de la UCI, entendida como el entorno para efectuar actividades de cuidado en condiciones agudas merece, de reconocimiento en cada uno de los elementos que la componen, el manejo tecnológico, la seguridad otorgada por los soportes a los que el paciente se encuentra



						<p>presencia de tecnología, el ruido, y la exposición son factores generadores de estrés para el paciente durante la hospitalización.</p>	<p>expuesto, el garante de privacidad, y el sitio de contacto con el personal asistencial y su familia debe conformarse como el más agradable en términos de disminuir aquellos factores que le generan estrés al paciente como el ruido, la soledad, la falta de privacidad, entre otros.</p>	
<p>SCIENCE DIRECT</p> <p>Revisión Sistemática</p>	<p>INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING</p>	<p>2013</p>	<p><b>TAKING CARE: PRACTICE AND PHILOSOPHY OF COMMUNICATION IN A CRITICAL CARE FOLLOW UP CLINIC.</b></p>	<p>HAZZARD, ANTHONY; HARRIS, WENDY; HOWELL, DAVID.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación terapéutica</li> <li>• Identificación de la vulnerabilidad del paciente ante el ingreso a UCI.</li> <li>• La memoria la depresión y el trauma como factores emocionales que merecen deber ser abordados desde la hospitalización del paciente en UCI.</li> </ul>	<p>Explorar a través de la práctica y la filosofía de la comunicación la responsabilidad del profesional en la intención de interacción para proporcionar información y facilitar acceso al cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes que han sido traumatizados por su enfermedad suelen experimentar recuerdos intrusivos recurrentes que se acompañan de emociones angustiantes.</li> <li>• El profesional debe considerar la gama de expresiones del paciente con el fin de formular una comprensión de la experiencia del paciente y reflexionar sobre su significado</li> <li>• La aplicación práctica de un enfoque hermenéutico en la clínica sugiere la consideración de la respuesta del paciente a su enfermedad, sus antecedentes y la vida cultural y social la experiencia, los eventos traumáticos anteriores, los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la Unidad de Cuidados Intensivos el personal se enfrenta a obstáculos particulares con respecto a la interpretación de las comunicaciones de los pacientes, ya que son a menudo incapaces de hablar y demasiado débiles para escribir.</li> <li>• En la clínica los problemas están íntimamente relacionados con la sensibilidad de los temas, las emociones frágiles, y la vulnerabilidad física y psicológica.</li> <li>• La tarea comunicativa implica un cierto intercambio de la experiencia subjetiva del paciente, la identificación de las necesidades actuales y futuras del paciente, y la provisión de</li> </ul>

						conflictos inconscientes y los significados existenciales que pueden ocasionar influencia.	información apropiada, la asistencia con acceso a más ayuda y atención a la agenda del paciente.	
SCIENCE DIRECT Revisión sistemática	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2013	<b>PATIENTS TRANSITION IN THE INTENSIVE CARE UNITS: CONCEPT ANALYSIS</b>	LUDIN, SALIZAR; ARBON, PAUL; PARKER, STEVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptación del paciente ante el ingreso a la UCI mediante el abordaje de factores estresores en la transición.</li> <li>Interpretación de los efectos potenciales en cambios biopsico sociales y culturales tras el ingreso a la UCI.</li> </ul>	Explorar a través de la revisión de literatura científica el concepto de transición del paciente a la Unidad de cuidado intensivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante la transferencia de los pacientes a menudo se referencia que no son consultados ni dan oportunidad de expresar sus necesidades, que pueden ser estresantes para ellos.</li> <li>Es la responsabilidad de las enfermeras de cuidados intensivos ayudar con el proceso de afrontamiento para la identificación de las necesidades de los pacientes y hacer plan de alta individual para cada uno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La buena comunicación es fundamental para cualquier traslado del paciente con éxito, lo que acentúa su importancia en la continuidad de atención al paciente.</li> <li>Se recomienda que el proceso de abordaje sea colaborativo para facilitar la transición de los pacientes de la UCI a la sala para garantizar la continuidad de la atención del paciente y mejorar proceso de comunicación entre la UCI, las enfermeras de piso y la familia respectivamente.</li> </ul>
SCIENCE DIRECT Fenomenológico	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2016	<b>TO FEEL STRONG IN A UNFAMILIAR SITUATION; PATIENTS LIVED EXPERIENCES OF NEUROSURGICAL INTENSIVE CARE. A QUALITATIVE STUDY</b>	MYLEN, JENNY; NILSOON, MARIA; BOTERO, CARINA.	Sensaciones físicas y emocionales asociadas a las experiencias de hospitalización en la UCI tras intervenciones quirúrgicas.	Explorar las experiencias de vida sobre la conciencia de los pacientes que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas neurológicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La seguridad es la experiencia más esencial para el paciente, esta es proporcionada por la prestación competente y segura de la atención.</li> <li>Los pacientes describen el contacto corporal y la comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La conversación interpersonal entre el personal y los pacientes confirmó el paciente como un ser humano.</li> <li>La presencia de los familiares proporciona un puente a la vida y le otorga al paciente una oportunidad de</li> </ul>

						personal como especialmente importante cuando se encontraban en la zona entre el sueño y la vigilia.	recuperar el papel de la familia. <ul style="list-style-type: none"> <li>La interacción con el personal y los familiares fortaleció el paciente y le dio poder para luchar por la recuperación y la esperanza para el futuro.</li> </ul>
SCIENCE DIRECT  Estudio de grupo focal	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2012	<b>HOW CAN NURSES FACILITATE PATIENTS TRANSITIONS FROM INTENSIVE CARE. A GROUNDED THEORY OF NURSING</b>	HAGGSTRM MARIE; ASPLUND, KENNETH, KRISTIANS EN, LISBETH.	El cuidado del paciente sustentado en la teoría de la enfermería en el proceso de transición del individuo a la UCI, fundamenta el abordaje de la enfermera para facilitar la adaptación del paciente a la unidad.	Explorar los sentimientos y la vulnerabilidad de los pacientes que fueron transferidos de sala general a la UCI a través del proceso de cuidado. <ul style="list-style-type: none"> <li>Las enfermeras de la UCI deben estar especialmente entrenadas ya que son responsables de los pacientes que son emocional y físicamente vulnerables; tienen una tarea importante para tratar de asegurar que el proceso de transferencia es una experiencia positiva.</li> <li>Las intervenciones de enfermería durante la planificación del alta son importantes para garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria y la reducción de la ansiedad en pacientes ingresados a la UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El concepto de transición cae en el ámbito de la enfermería, ya que las respuestas a la transición se manifiestan en comportamientos relacionados con la salud y ofrecen una clave para interpretar la interacción persona-medio ambiente en términos de efectos reales o potenciales sobre la salud</li> <li>Las enfermeras deben desarrollar las habilidades y conocimientos que requieren de ser perceptivo y ajustable durante el proceso.</li> <li>Es necesario crear un entorno en el que la restauración de reacciones emocionales generen control durante la estancia del paciente en la UCI.</li> </ul>

SCOPUS Descriptivo exploratorio	AUSTRALIAN CRITICAL CARE	2015	<b>THE EXTENT AND APPLICATION OF PATIENT DIARIES IN AUSTRALIAN INTENSIVE CARE UNITS: A NATIONAL SURVEY</b>	NAIR, RAJNI; MITCHELL, MARION; KEOGH, SAMANTHA.	El impacto del diario implementado por las enfermeras en los hospitalizados en la UCI son herramientas que permiten expresar emociones y sentimientos durante la experiencia en la UCI.	Identificar las percepciones de las enfermeras y los pacientes tras el uso del diario de la UCI en la hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las enfermeras indicaron que los diarios potencialmente actuaron como una manera para que las familias sean incluidas y se conecten con el paciente durante la fase de la enfermedad y la recuperación crítica.</li> <li>Un diario del paciente podría tener un componente terapéutico que podría mejorar la recuperación del paciente.</li> <li>La información contenida en el diario podría potencialmente ayudar a la memoria de los pacientes y la posterior recuperación psicológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La utilización de los diarios en la uci se convierten en una herramienta útil de comunicación, una ayuda para recuperarse, y una forma importante para satisfacer las necesidades de las familias y el paciente.</li> <li>Se valoran los pacientes en persona las oportunidades de seguimiento no sólo para ser capaz de explicar las entradas del diario, sino también para evaluar el progreso del paciente</li> </ul>
SCIENCE DIRECT Descriptivo exploratorio	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2015	<b>NURSES EXPERIENCES OF CARING FOR CRITICALLY ILL, NON SEDATED MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNITS: A QUALITATIVE STUDY</b>	LAERKNER, EVA; EGEROD, INGRID; HANSED, HELLED.	Aspectos de cuidado sobre las necesidades poco exploradas en los pacientes sometidos a ventilación mecánica; incluyendo aspectos de cuidado, negociación, manejo físico y emocional asociado a la intervención de enfermería.	Explorar las experiencias de cuidado de las enfermeras en los pacientes no sedados y que requirieron de ventilación mecánica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La oportunidad de interactuar, obtener retroalimentación y adaptar cuidado para el beneficio del paciente individual, se percibió como gratificante.</li> <li>Las enfermeras realizan sus tareas, mientras que al mismo tiempo tratan de integrar las necesidades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La negociación de la atención relacional e instrumental y la gestión de la cercanía física y emocional es fundamental para la recuperación rápida del paciente.</li> <li>Se prefiere una relación más comunicativa a través del contacto permanente con los</li> </ul>

						<p>particulares de cada paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las Enfermeras consideraron que era gratificante colaborar con el paciente y que a menudo se anima a los pacientes a expresar sus sentimientos y deseos, a pesar de que a veces era más importante dedicar atención al estado físico crítico en el cuidado.</li> </ul>	<p>pacientes despiertos bajo soporte ventilatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El cuidado de los pacientes ligeramente sedados puede aumentar la satisfacción del trabajo de las enfermeras.</li> </ul>	
<p>SCIENCE DIRECT</p> <p>Descriptivo observacional</p>	KONTAKT	2015	<p><b>PATIENTS ANXIETY DURING THE PERIOPERATIVE CARE FROM THE POINT OF VIEW OF THE NURSING STAFF AND PATIENTS</b></p>	<p>KOMOLAFE, CINDERELLA; CSERNUS, MARIANN; FULOP, EMOKE.</p>	<p>Después de las intervenciones quirúrgicas los pacientes suelen cursar con respuestas de estrés y de ansiedad manifestadas a través de expresiones verbales y no verbales. Estas deben ser identificadas ampliamente por el profesional de enfermería en el momento de brindar cuidado.</p>	<p>Examinar cuales son los factores socio demográficos influyentes en los pacientes en el proceso peri operatorio para generar estrés y ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El papel de la reducción de la ansiedad preoperatoria de los pacientes debe ser enfatizada en colaboración con un entorno familiar adecuado.</li> <li>El período de la atención hospitalaria antes de una operación es relativamente corta y las intervenciones de enfermería se convierten en trabajo de rutina.</li> <li>Las enfermeras no son plenamente conscientes del impacto de la ansiedad en los pacientes y su relación con las intervenciones de enfermería.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durante el período alrededor de la cirugía, los pacientes experimentan una sensación de estrés y el dolor se convierte en permanente lo cual induce el denominado " trance negativo ", un estado alterado de conciencia.</li> <li>Cuando una enfermera está impaciente, de mal humor, desconsiderada, nerviosa o no asiste al paciente de una manera cálida, se genera una mayor sensación de ansiedad y estrés en el paciente.</li> <li>Una recuperación más rápida se puede</li> </ul>

								llevar a cabo con la ayuda de la aplicación de la comunicación consciente y la aplicabilidad de métodos de reducción de ansiedad, obteniendo disminución del dolor, menos complicaciones, disminución en la demanda de consumo de medicamentos y hospitalización más corta.
SCIELO Descriptivo exploratorio	ENFERMERIA GLOBAL	2013	<b>ESTRÉS DEL PACIENTE EN UCI: VISIÓN DE LOS PACIENTES Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA</b>	FERNANDEZ DE CRUZ, LETICIA, MACHADO, CARLA; GIARETTA, MARIA; POSSO, MARIA.	El ingreso en la UCI fue considerado como no estresante a poco estresante para el paciente. El profesional de enfermería tiene la capacidad de proyectarse y sensibilizarse hasta el punto de saber en qué medida determinado factor es estresante para el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar los factores estresantes en pacientes ingresados en dos Unidades de Cuidados Críticos</li> <li>Identificar los mecanismos utilizados por el equipo de enfermería para minimizar los factores que desencadenan el estrés al paciente y comparar las contestaciones de los pacientes y del equipo de enfermería según las variables del grado de estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los factores que actúan como estresores en los pacientes internados en la UCI investigadas son principalmente 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se hace necesario que el profesional de enfermería instaure la humanización del cuidado en el abordaje y reconocimiento de las necesidades del paciente de manera individual, para realizar de esta manera un abordaje integral y eficiente frente al cuidado crítico.</li> </ul>
SCOPUS Revisión Sistemática	AACN ADV CRIT CARE	2011	<b>SLEEP DISTURBANCES AND FATIGUE IN CRITICALLY ILL PATIENTS</b>	ELLYN E. MATTHEWS	Los disturbios como el sueño, son factores generadores de debilidad y fatiga generando	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar una revisión acerca de los trastornos del sueño como factor generador de estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los trastornos del sueño y la fatiga son problemas significativos para los pacientes en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Después de una evaluación exhaustiva de los factores ambientales y de pacientes, un</li> </ul>

				<p>inestabilidad tanto a nivel físico como psicológico. Para el abordaje integral es necesario intervenir desde sus orígenes y de manera multi dimensional.</p>	<p>y fatiga en el paciente hospitalizado en la UCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar las intervenciones farmacológicas como no farmacológicas para su abordaje.</li> </ul>	<p>unidades de cuidados críticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los trastornos del sueño existentes, las condiciones médicas / quirúrgicas subyacentes, factores ambientales, el estrés, medicamentos y otros tratamientos, contribuyen a la incapacidad de un conciliar el sueño. Un enfoque combinado que incorpora la evaluación de los trastornos del sueño y la fatiga, controles ambientales, manejo farmacológico, la educación, y las intervenciones conductuales, son necesarios para reducir el impacto de los trastornos del sueño y la fatiga en pacientes de UCI.</li> </ul>	<p>plan de atención se puede diseñar para proporcionar períodos de sueño ininterrumpido, identificar medicamentos que promueven el sueño y reducen la fatiga.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las necesidades de los pacientes deben ser abordadas de manera individual para avanzar en el tratamiento y facilitar la conservación energía durante su estancia</li> </ul>	
SCOPUS Estudio randomizado	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2014	<b>FACTORS AFFECTING STRESS EXPERIENCED BY SURROGATE DECISIONMAKERS FOR CRITICALLY ILL PATIENTS: IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE</b>	ELLEN IVERSON, AARONCELI OUS, , CARIE R. KENNEDY, ERICASHEH ANE, ALEXANDER EASTMAN, VICTORIA WARREN, AND	El estrés es uno de los factores reales e influyentes en los pacientes en condiciones críticas de salud. Las intervenciones del profesional de enfermería como la comunicación deben reforzarse para responsabilizarse sistemáticamente de las necesidades tanto a	Explorar los factores generadores de estrés en las decisiones sobre el cuidado del paciente y su influencia a nivel personal y social. Adicional a ello identificar las temáticas influyentes para la práctica del cuidado en la UCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identificaron factores individuales, relacionados con el profesional, y que parecen agravar la tensión. Estos factores incluyen 'pobre comprensión de los pacientes' acerca de su condición y tratamiento, las percepciones sobre el personal de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los factores de estrés adicionales incluyen la interrupción de la rutina diaria, la necesidad de viajar largas distancias, las consecuencias económicas de tomar tiempo fuera del trabajo, los conflictos dentro de la familia, y la fatiga física como</li> </ul>

				BRADLEY D. FREEMAN,	nivel personal, social y familiar.		apoyo insuficiente, la falta de comunicación con los cuidadores, y la falta de profesionales con capacidad de respuesta a las necesidades de la familia.	<p>resultado de una vigilancia constante en la UCI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las cualidades de la interacción y la interacción que alivió estrés y aumento de la confianza se percibieron a través de la transparencia, inclusividad, disponibilidad para responder a las preguntas, la claridad de la información, la paciencia y la capacidad de respuesta y empatía.</li> <li>Las redes sociales ofrecen una amortiguación significativa de la carga de la toma de decisiones, la comunicación con los cuidadores y la atención del paciente.</li> </ul>
SCOPUS Estudio Transversal	JOURNAL OF CARING SCIENCES	2013	<b>NURSES EMPATHY AND FAMILY NEEDS IN THE INTENSIVE CARE UNITS</b>	SIMA MOGHADD ASIAN, SIMA LAKDIZAJI, MOKHTARM AHMOUDI.	La familia y los pacientes en las unidades de cuidado intensivo, frecuentemente experimentan estrés; para tal fin es necesario que el profesional de enfermería ejerza empatía para brindar satisfacción del cuidado sobre las necesidades y las perspectivas de los familiares del paciente en la UCI.	Explorar el nivel de empatía enfermera, paciente y familia sobre las intervenciones ejercidas por el profesional en la UCI, con el ánimo de incrementar el grado de satisfacción sobre las necesidades y las perspectivas del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los resultados de algunos estudios han enfatizado la importancia de las necesidades de información de los pacientes durante la hospitalización en UCI.</li> <li>La comunicación empática es uno de los componentes clave.</li> <li>La empatía es un aspecto clave para proporcionar una herramienta para la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe tenerse en cuenta que el exceso de estrés experimentado por los miembros de la familia de los pacientes de la UCI puede perturbar su desempeño de la vida diaria. Por otro lado, un mejor cumplimiento con el estado existente se puede lograr mediante la identificación de las necesidades.</li> </ul>



							<p>evaluación de la calidad de la atención clínica. También es una habilidad emocional que permite a los cuidadores a comprender las experiencias individuales del paciente y se comunican con el fin de identificar las inquietudes de los clientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las enfermeras, administradores de enfermería, y los instructores deben poner énfasis en la elevación de la virtud de la empatía en los cuidados de enfermería.</li> </ul>
<p>SCIENCE DIRECT</p> <p>Estudio prospectivo de cohorte</p>	<p>INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING</p>	<p>2013</p>	<p><b>CO-OCCURRENCE OF AND REMISSION FROM GENERAL ANXIETY, DEPRESSION, AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS AFTER ACUTE LUNG INJURY: A 2-YEAR LONGITUDINAL STUDY</b></p>	<p>O. JOSEPH BIENVENU, ELIZABETH COLANTUONI, PEDRO A. MENDEZ-TELLEZ, CARL SHANHOLTZ, CHERYL R. DENNISON-HIMMELFARB, PETER J. PRONOVOST, AND DALE M. NEEDHAM,</p>	<p>Las secuelas de salud mental representadas en trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad son la evidencia a la necesidad de intervenir de manera preventiva para maximizar la recuperación física y mental.</p>	<p>Evaluar la concurrencia, y los factores predictores de la generación de ansiedad, depresión y estrés postraumático en los pacientes con falla renal aguda hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las características demográficas basales como la edad avanzada, el sexo femenino, el desempleo y el estado socioeconómico bajo no afectaron negativamente a la incidencia de la ansiedad generalizada o depresión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las mejoras en el funcionamiento físico pueden promover un sentido de independencia / capacidad, así como un aumento de la capacidad para el ejercicio, lo que podría afectar positivamente el bienestar emocional</li> <li>Es importante destacar que, en la UCI la terapia física y ocupacional parece reducir la duración del delirio y mejorar los resultados funcionales de los pacientes al alta hospitalaria</li> </ul>
<p>MEDPLUS</p> <p>Estudio prospectivo observacional</p>	<p>BIOMED RESEARCH INTERNATIONAL</p>	<p>2015</p>	<p><b>SYMPTOMS OF POSTTRAUMATIC STRESS AFTER INTENSIVE CARE DELIRIUM</b></p>	<p>HELLESVE NNINGSSEN, INGRIDEGEROD, DORISCHRISTENSEN, ET. AL.</p>	<p>Evaluar la correlación entre el delirio de la UCI y la prevalencia de la ansiedad y síntomas depresivos. Adicional a ello, explorar asociaciones entre el trastorno de estrés</p>	<p>El Objetivo de este estudio fue evaluar la correlación del delirio de la UCI y los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) ansiedad y depresión después de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La asociación del trastorno de estrés postraumático sus síntomas, la ansiedad, la depresión y el recuerdo de la UCI depende del tipo de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes dados de alta en las unidades de cuidados críticos podrían tener altas tasas de complicaciones físicas y psicológicas</li> </ul>

				postraumático síntomas post UCI, ansiedad y depresión	hospitalización en la UCI.	<p>memorias experimentadas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los recuerdos de los delirios se asociaron significativamente con la ansiedad después de dos meses.</li> <li>• Los estudios demuestran que los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos pueden presentar problemas psicológicos debido a intervenciones agresivas y por la utilización de equipos tales como ventiladores, aparatos de diálisis y desfibriladores.</li> </ul>	<p>trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático son algunas de estas complicaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En consecuencia con el ingreso y la hospitalización en UCI el paciente tendría una disminución sustancial en la calidad de vida, deterioro en las relaciones interpersonales y sociales, disfunción sexual, impotencia y sensación de frustración, el miedo y la muerte inminente.</li> <li>• Los trastornos de estrés postraumático son más frecuentes en personas que han experimentado eventos traumáticos, como accidentes de tráfico, peleas, guerras o desastres naturales.</li> </ul>	
SCOPUS Estudio Descriptivo prospectivo	ARC. TRAUMA	2 0 1 5	<b>PREVALENCE OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS DISCHARGED FROM CRITICAL CARE UNITS IN</b>	ZOREH, SADAT; ABDI, MOHAMMA D AGHAJANI, MOHAMMA D.	La prevalencia del trastorno de estrés postraumático es de alta frecuencia entre los pacientes hospitalizados en la UCI; algunos factores individuales influyentes se atribuyen a la soltería, a la ventilación	Investigar la prevalencia de trastorno de estrés postraumático y sus factores relacionados en pacientes dados de alta en las unidades de cuidados críticos en Kashan, Irán, durante el año 2014.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los resultados del presente estudio mostraron que más del 48% de los pacientes que recibieron terapia intensiva experimentaron después del alta trastorno de estrés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las respuestas como el estrés y la ansiedad experimentadas durante la estancia del paciente en la uci dejan secuelas al egreso que se contextualizan como los trastornos de</li> </ul>

			<b>KAHAN, IRAN.</b>		mecánica y enfermedades preexistentes. Por lo tanto, se recomienda llevar a cabo el plan educativo de apropiación de estos pacientes para reducir el riesgo de trastorno de estrés		<p>postraumático.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el presente estudio, se encontró una asociación significativa entre la edad de los sujetos y después del alta al experimentar trastorno de estrés postraumático, por lo que fue más frecuente en los pacientes de mayor edad</li> <li>• La prevalencia de trastorno de estrés postraumático fue mayor en los sujetos individuales que en los casados</li> </ul>	<p>estrés postraumático; alrededor de este, las intervenciones de enfermería son significativas desde su reconocimiento hasta su seguimiento debido a que la atención del paciente durante su hospitalización es determinante para disminuir las percepciones negativas al egreso del individuo.</p>
SCIELO Revisión Sistemática	ENFERMERIA GLOBAL	2008	<b>EXPERIENCIAS, PERCEPCIONES Y NECESIDADES EN LA UCI: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS CUALITATIVOS.</b>	BLANCA GUTIÉRREZ, BLANCO ALVARIÑO, LUQUE PÉREZ, M., RAMÍREZ PÉREZ, M.A.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes-familias demandan información, un sistema abierto de visitas, atención personalizada, y humanización. Las enfermeras demandan una formación más amplia en habilidades sociales.</li> <li>• La gestión sanitaria debe considerar también a la familia como núcleo de atención en estas unidades, proporcionando recursos para ello.</li> </ul>	Recopilar las vivencias, necesidades de los pacientes-familias y enfermeras en la unidad de cuidado intensivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La información es un elemento que se repite tanto en las vivencias y necesidades de los pacientes-familias, como en el discurso de las propias enfermeras.</li> <li>• La información es percibida como escasa, sometida a normas y horarios estrictos y mayoritariamente proporcionada por los médicos.</li> <li>• Una mayor participación de enfermería en este proceso contribuiría a hacerla más flexible, más completa y más satisfactoria para</li> </ul>	<p>La relación enfermera paciente, exige habilidades y responsabilidades sociales fundamentales para la atención en situaciones críticas, se requiere de recursos específicos en formación y habilidad práctica para facilitar el entendimiento de las necesidades tanto del paciente como de la familia en situación aguda de salud.</p>

							sus receptores	
SCIENCE DIRECT Estudio Randomizado	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2012	<b>DEVELOPING USER CENTRED CRITICAL CARE DISCHARGE INFORMATION TO SUPPORT EARLY CRITICAL ILLNESS REHABILITATION USING THE MEDICAL RESEARCH COUNCIL'S COMPLEX INTERVENTIONS FRAMEWORK</b>	<b>SUZANNE BENCH, TINAL DAY, PETER GRIFFITHS</b>	Se reconoce la necesidad de los pacientes para entender lo que han sufrido y el proceso de tratamiento que han tenido, se reconoce la necesidad de información de los pacientes y sus familiares, reconociendo su vulnerabilidad física y psicológica. A través del uso de la reflexión y la participación, se cuenta con el potencial para optimizar el apoyo de los pacientes adultos y sus familias durante la rehabilitación temprana de la enfermedad crítica	Informar sobre una intervención diseñada durante un proyecto de dos fases en curso destinado a mejorar la rehabilitación temprana de la enfermedad crítica. Se centra específicamente en la justificación de un paquete de información sobre los cuidados críticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La información brindada a la familia durante el periodo de hospitalización del paciente en la UCI, es determinante para definir responsabilidades de cuidado, solucionar dudas sobre la hospitalización, y tratamiento, y facilitar finalmente la rehabilitación del paciente en el momento del egreso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los programas estructurados para el paciente y su familia en la UCI, son innovadores para reconocer la vulnerabilidad previa al ingreso y permanencia en la unidad.</li> <li>El abordaje de factores físicos y psicológicos como intervención de enfermería son determinantes para disminuir las respuestas negativas asociadas a la incertidumbre frente a la enfermedad y el contacto con el nuevo entorno.</li> </ul>
SCIENCE DIRECT Cuantitativo longitudinal	INTENSIVE AND CRITICAL CARE NURSING	2015	<b>AFTER CRITICAL CARE: PATIENT SUPPORT AFTER CRITICAL CARE. A MIXED METHOD LONGITUDINAL STUDY USING EMAIL INTERVIEWS AND QUESTIONNAIRES</b>	<b>NATALIE PATTISON, GERALDINE GARA, JANICE, RATTRA Y</b>	La recuperación es determinada por la calidad de vida y las respuestas sobre la ansiedad y depresión, para ello el profesional de enfermería debe abordar desde su ingreso las necesidades reflejas del paciente y su familia favoreciendo la adaptación al nuevo entorno y el regreso a su cotidianidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorar las experiencias, las necesidades y los resultados a través del tiempo, de los pacientes dados de alta de la unidad de cuidado intensivo, utilizando cuestionarios, predictores clínicos asociados y encuestas de correo.</li> <li>Describir las necesidades y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las percepciones de los pacientes sobre sus necesidades radican en la información y comunicación sobre su estado y el contacto con factores estresantes producto del medio ambiente y de problemáticas personales.</li> <li>La utilización de herramientas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para el análisis objetivo de las necesidades del paciente es imprescindible realizar cuestionamientos sobre su estancia, su perspectiva previa al ingreso y su experiencia durante su hospitalización; para ello, la utilización de herramientas como</li> </ul>

					sentimientos de los pacientes de cuidados intensivos después del alta de cuidados críticos y cómo se podrían intervenir de manera objetiva desde el abordaje de enfermería.	permite indagar sobre las necesidades de los pacientes de manera objetiva utilizando diversas perspectivas de análisis posteriores al egreso de la UCI.	los cuestionarios se convierten en una forma innovadora de indagar factores generadores de estrés desde el reconocimiento del paciente tras su perspectiva en la UCI.
--	--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Tabla 2.**

---

#### 4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente revisión sistemática se ajusta éticamente debido a que cumple con las siguientes consideraciones:

- El diseño de la investigación se encuentra sustentado bajo los métodos de revisión validos científicamente; los criterios de búsqueda para la selección de información permitió un análisis netamente interpretativo.
- El método propuesto para el análisis de la información recolectada es consistente con los objetivos de estudio, el ordenamiento y la interpretación de los mismos.
- El desarrollo del estudio no genera daños a terceros; permite el aporte a la profesión frente al abordaje del paciente crítico en la unidad de cuidado intensivo bajo perspectivas psico emocionales.
- La información recolectada en la búsqueda de artículos se sustento a partir de revistas indexadas netamente de cuidado crítico lo cual permite garantizar principios como la veracidad y la fidelidad de los resultados.

#### 4.2 PRINCIPIOS ÉTICOS:

Los principios éticos que fueron tenidos en cuenta para la presente revisión integrativa fueron:

- **Beneficencia:** En este principio existe compromiso por garantizar al máximo los posibles beneficios y reducir los riesgos. A través de la revisión integrativa se propendió por la búsqueda de estudios en donde los participantes de los mismos no fueran expuestos ni vulnerados a ningún daño intencionado tras el análisis de sus esferas bio psico sociales. Los resultados serán aplicados para la intervención de pacientes en condiciones agudas buscando su bienestar tras la hospitalización en UCI.
- **Justicia:** A través de la obtención de los resultados se propenderá por aplicar de manera transversal los beneficios identificados con igual consideración para los pacientes objetivo.

- **Veracidad:** A lo largo de la búsqueda e interpretación de los resultados se presento la información de forma honesta y veraz, los datos obtenidos, y el respeto por la propiedad intelectual se hace expreso en la totalidad del documento.

#### 4.3 **CONSIDERACIONES AMBIENTALES:**

El estudio no desarrollo situaciones generadoras de impacto ambiental en ningún sentido; la búsqueda, análisis e interpretación se realizo únicamente vía magnética garantizado el ahorro de documentación impresa.

#### 4.4 **PROPIEDAD INTELECTUAL Y DERECHOS DE AUTOR:**

La autora-investigadora detenta los derechos morales de la investigación y tendrá derecho a ser citada. Los derechos patrimoniales pertenecen a la Universidad Nacional de Colombia quien autorizará la utilización de los resultados del estudio a los interesados.

#### 4.5 **DIFUSIÓN Y SOCIALIZACIÓN:**

Los hallazgos producto del análisis de la información recolectada serán publicados en una revista nacional como un artículo de revisión.

## **CAPITULO V**

### **5. MARCO DE ANÁLISIS**

El paciente en condiciones agudas de salud quien requiere de ingreso inmediato a la unidad de cuidado intensivo demanda de intervenciones claves desde la transición a un nuevo entorno hasta su permanencia en el mismo, dicho proceso implica conceptos que estructuran la experiencia como la integración entre la persona, la enfermedad y el ambiente clínico; la cohesión entre los mismos debe garantizar una completa intervención terapéutica que facilite la adaptación del individuo y su familia ante un nuevo espacio y por ende retornando a un estado de equilibrio en la salud. A partir de lo anterior, se experimentan mecanismos como la desconexión de la cotidianidad, la percepción del nuevo entorno y el desarrollo de patrones de respuesta (Chick, 1987).

Desde este punto, el individuo para adaptarse a, o hacer frente a una situación cambiante, debe aprender las reglas, regulaciones, normas y expectativas del nuevo sistema debido a que se encuentra en modo de supervivencia, durante este proceso puede experimentar sentimientos de dolor, y de inestabilidad emocional asociada (Schlossberg, 1981), sin embargo su adaptabilidad también puede tornarse positiva experimentando sentimientos de ambivalencia. El grado de participación en el proceso dependerá del nivel de compromiso con él (Meleis, 2000), el cual obedecerá estrictamente de la relación con el medio, modificando los estresores y su relación con los mismos.

A partir de ello, el traslado a un nuevo contexto como lo es la UCI, predispone a cambios abruptos debido a que el individuo experimenta transformaciones tanto a nivel personal como social; sus expectativas frecuentemente no son



satisfechas y se perciben como diferentes ante un nuevo entorno, de aquí la necesidad de que el profesional de enfermería contemple el nivel de confort y dominio de un paciente para el abordaje integral de sus necesidades (Chaboyer M, 2009).

Estos pacientes y sus familias necesitan preparación para anticipar las transiciones urgentes e inesperadas ya que pueden experimentar transiciones de desarrollo durante o después de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, implicando cambios en una situación familiar o la reubicación de un entorno a otro, cambiando sus funciones de una persona normal a una persona enferma (paciente) durante la hospitalización y tratamiento médico (Faulkner, 2002).

Sin embargo, algunos pacientes pueden no recuperar su anterior estado de salud o capacidad funcional anterior a la crisis, ya que requieren atención compleja y apoyo continuo (Dowdy, 2005), estos pueden experimentar síntomas leves a moderados fisiológicos o psicológicos que pueden afectar su calidad de vida y estado de salud a largo plazo.

Estas respuestas, tanto emocionales como físicas exponen a los pacientes críticos a retrasar la recuperación predisponiendo complicaciones asociadas y potencialmente influyentes en la adaptación al entorno y a la recuperación de su enfermedad, para tal fin, el profesional de enfermería debe contemplar en su proceso de cuidado el abordaje imprescindible de los factores más reconocidos; a continuación se han propuesto las temáticas que encierran las principales problemáticas encontradas en el paciente crítico tras su ingreso a UCI, desde la perspectiva personal y del profesional respectivamente.

## **OBJETIVO 1:**

*Reconocer a partir de la revisión de literatura científica la perspectiva del profesional de enfermería para el reconocimiento de los factores generadores de estrés asociados al ingreso y su estancia en la UCI.*

### **5.1 DÉFICIT DE INFORMACIÓN:**

Los problemas identificados con mayor frecuencia entre los pacientes dados de alta en unidades de cuidados intensivos u hospitales son el estrés, la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático (McKinney A, 2002). Existe la posibilidad de que la descarga desde el conocimiento de la enfermedad hasta el tratamiento requerido pueda inducir estrés o angustia en algunos pacientes, especialmente cuando las rutinas, el medio ambiente y los procedimientos de monitorización invasiva alteran el estado de equilibrio inicial.

A partir de lo anterior y el desarrollo profesional determinado por los años de experiencia, los profesionales contemplan que "explicar siempre al paciente sobre el tratamiento/procedimiento realizado"; preocuparse con la privacidad del paciente en toda intervención y procedimiento ", "estar siempre atento de que un paciente no observe los cuidados médicos y de enfermería realizados con otros pacientes", "buscar orientar siempre al paciente despierto sobre qué día es hoy, qué horario, etc.", son factores determinantes y reconocidos a través de la práctica para la disminución del estrés el paciente y que se convierte en fundamental para el abordaje integral desde la intervención de la enfermería.

Los efectos perjudiciales pueden extenderse mucho más allá de la transferencia de la Unidad de Cuidados Intensivos, teniendo resultados a largo plazo que puedan interferir de manera significativa tanto en el paciente como en sus familias, así como en los profesionales de la salud que cuidan de ellos en diferentes contextos multidisciplinares(Parker, 2013). El proceso de transición del paciente a UCI y sus respuestas de estrés, deben estar íntimamente relacionadas con la intervención de la enfermera antes,

durante y después del proceso. La transición del paciente a la UCI, debe incluir variables como las necesidades, el estado de salud, el medio ambiente y el apoyo social con el objetivo de identificar de manera individual la vulnerabilidad a la que se encuentra expuesto cada paciente y de esa manera intervenir objetivamente. Tras este aspecto una de las principales necesidades se encuentra centrada alrededor de la información y la educación sobre el entorno tecnológico y la necesidad de conocimiento acerca de técnicas mínima o máximamente invasivas para el mantenimiento y recuperación de estados de bienestar (Haggstrom, 2012), (Gutiérrez, 2008).

Un programa de educación y formación tanto para el paciente como para la familia basado en el apoyo terapéutico profesional permite aminorar las cargas asociadas al desconocimiento de un nuevo medio al que se encuentra sometido un individuo; para tal fin, los profesionales deben trabajar de manera conjunta con el objetivo de brindar información integral al paciente desde su ingreso; respondiendo inquietudes tanto desde su estado de salud así como del requerimiento de terapéuticas avanzadas para el mantenimiento del mismo; todo lo anterior basado en una comunicación terapéutica que facilite la confianza y la exteriorización de sentimientos tanto para satisfacer las necesidades personales como de su entorno respectivamente.

De este modo, las alteraciones emocionales de transferencia dependerán de la capacidad del personal de salud para reconocer y reaccionar positivamente a los factores psicológicos que afectan negativamente a sus pacientes (Deacon, *Re Building life after ICU: A qualitative study of the patients perspective*, 2012).

Adicional a ello, es importante resaltar que los pacientes experimentan mayor trauma emocional cuando perciben que los cuidadores no son claros o transparentes en la discusión de pronóstico o cuando evitan comunicarse para evitar el pronóstico completo.

Factores individuales, relacionados con la pobre comprensión de los pacientes, su condición y tratamiento, evidencia que el personal de apoyo para el abordaje integral es insuficiente, la deficiencia en la comunicación y la falta de capacidad

de respuesta a las necesidades de la familia y tensiones, no son suficientes para el impacto asociado a la permanencia en UCI (Buckley, 2011).

Por otra parte, se han encontrado factores y políticas estructurales para contribuir al estrés y el malestar de la familia, como un espacio limitado para visitar, limitaciones en el número y la edad de los visitantes, y áreas de espera inadecuados (Van Dijk, 2010). Factores adicionales incluyen la interrupción de la rutina diaria, la necesidad de viajar largas distancias, las consecuencias económicas de tomar tiempo fuera del trabajo, los conflictos dentro de la familia, y la fatiga física como resultado de una vigilancia constante en la UCI.

D este modo, las cualidades de la comunicación y la interacción para el alivio del estrés y aumento de la confianza se percibieron a través de la transparencia, inclusividad, disponibilidad para responder a las preguntas, la claridad de la información, la paciencia y la capacidad de respuesta y empatía (Aronceliuis, 2014), sin embargo los profesionales concluyen que es una dificultad entablar comunicaciones efectivas con pacientes que se encuentren con limitación verbal tales como la intubación orotraqueal; para ello es necesario que el profesional utilice herramientas a través de un entrenamiento específico con el ánimo de satisfacer necesidades en el individuo de manera integral (Radtke, Nurses perceptions of communications training in the ICU, 2012).

Para entablar una comunicación efectiva en la resolución de dudas, la empatía es un aspecto clave; esta se convierte en una habilidad emocional que permite a los cuidadores comprender las experiencias individuales del paciente en la comunicación con el fin de identificar las inquietudes de los pacientes (Sima, 2013). La oportunidad de interactuar, obtener retroalimentación y adaptar cuidado para el beneficio del paciente individual, se percibió como gratificante, la negociación de la atención relacional e instrumental y la gestión de la cercanía física y emocional es fundamental para la recuperación rápida del paciente; los profesionales por su parte, consideraron que era gratificante colaborar con el paciente y que a menudo se anima a expresar sus sentimientos y deseos, a pesar

de que a veces era más importante dedicar atención al estado físico crítico en el cuidado (Laerkner, 2015).

Para concluir, el profesional de enfermería debe satisfacer las necesidades psicológicas y emocionales de los pacientes y sus familiares para facilitar el proceso de descarga y una mayor investigación en relación con las transiciones (Kralik, 2014), las características imprescindibles para facilitar la adaptación del paciente ante un nuevo entorno contemplan las actividades educativas o de asistencia primordialmente emocionales, la información proporcionada por el profesional debe permitir que los pacientes participen de manera activa en el proceso, preparándola ante un nuevo contexto clínico bajo la información adecuada y sobre todo brindando cabida a la libre expresión de sus preocupaciones para abordar de manera específica y a necesidad sobre las percepciones asociadas a su ingreso a la UCI; todo enmarcado en una relación terapéutica.

## **5.2 EL AMBIENTE DE LA UCI:**

La enfermera de la UCI, ejerce un papel fundamental en la prevención y abordaje de los efectos negativos del paciente tras su ingreso a la unidad, ya que a través de una comunicación efectiva y de la interacción se debe facilitar de manera comprensible entornos que beneficien las relaciones con el medio de manera positiva integrando experiencias de seguridad sobre el ambiente de la UCI, así como la promoción de la integridad individual tras un proceso de enfermedad aguda (Mylena, 2016).

La seguridad generada en el paciente se encuentra directamente relacionada con el contacto con profesionales competentes bajo tecnologías necesarias para la recuperación del proceso patológico; para tal fin ante los estímulos desagradables generados por el ambiente el profesional debe ser capaz de comunicar de manera efectiva los fines del tratamiento de forma comprensiva y

oportuna para el paciente. Adicional a ello, factores identificados asociados desde el contacto con el ambiente como el ruido generado tanto por el personal como por la tecnología y la luz intensa y persistente en las habitaciones se convierten en aspectos de gran magnitud sobre el estrés del paciente; ante la dificultad de conciliar el sueño, se da lugar a experimentar desorientación en tiempo y espacio siendo una información sensorial distorsionada; representada en malestar y miedo cuando se dificulta separar experiencias reales de las irreales.

De este modo, los factores estresantes asociados al entorno del paciente frecuentemente se asocian a elementos pertenecientes al ambiente que generan influencia tanto al ingreso del paciente como a la estadía del mismo en la UCI (Olausson, 2012), las habitaciones de los pacientes en unidades de cuidados intensivos son el punto focal de todas las actividades de provisión de cuidados para los pacientes más gravemente enfermos (Seligman, 2006), adicional a ello se evidencia que los pacientes pueden presentar problemas psicológicos debido a intervenciones agresivas y por la utilización de equipos tales como ventiladores, aparatos de diálisis y desfibriladores.

En consecuencia con ello el paciente tras su regreso, tendría una disminución sustancial en la calidad de vida, deterioro en las relaciones interpersonales y sociales, disfunción sexual, impotencia y sensación de frustración, el miedo y la muerte inminente, pues los trastornos de estrés postraumático son más frecuentes en personas que han experimentado eventos traumáticos. (Seveningsen, 2015).

Por otra parte, la prevalencia de los factores de estrés tales como altos niveles de sonido una iluminación intensa y falta de luz circadiana junto con la actividad constante afecta el sueño de los pacientes y, posteriormente genera un impacto negativo en el proceso de recuperación, adicional a ello, la prevalencia de delirio aumenta en habitaciones sin ventanas y cuando las visitas se encuentran limitadas (Dubois, 2001).

El tono y el toque de cuidado de la misma manera son vitales para determinar la influencia de la habitación de un paciente en la UCI, este espacio se experimenta como seguro o tan aterrador e inseguro como se le muestre al paciente. El diseño de interiores, acciones y sucesos en la habitación del paciente, así como espacios en los alrededores se entrelazan con los sueños y las respuestas emocionales asociadas, adicional a ello, la administración de sedantes y analgésicos afecta a la memoria del paciente y aumenta el riesgo de pesadillas y experiencias estresantes.

Desde este aspecto, los pacientes experimentan la UCI como un evento de vida traumático debido a la pérdida de las funciones corporales y de control (Johansson, 2005), una capacidad restringida para comunicarse, experiencias de los recuerdos que le generaban estrés, pesadillas acontecimientos irreales, malestar, el estrés ambiental y la soledad existencial son altamente significativos en la incidencia de inestabilidades emocionales (Steven-Tore, 2010).

El abordaje integral de factores estresantes pertenecientes al ambiente, el sonido e iluminación tenue son muy apreciados en relación con la sensación de seguridad. De ese modo, el equipamiento tecnológico, tal como un ventilador, es considerado como una fuente de seguridad, pese a la incomodidad y una situación de dependencia; la tecnología se constituye como fundamental, debido a su necesidad para la supervivencia del ser humano, las pertenencias personales, sino también los objetos que normalmente se asocian con el hogar, por ejemplo, radio, televisión o flores, crean un sentido de hogar. El diseño puede servir como una fuente para hacer resistencia y fomentar lucha durante esta situación vulnerable y puede apoyar los procesos de recuperación. Por lo anterior, los factores relacionados con el entorno de cuidado exacerban o mitigan el estrés, para tal fin, el profesional debe considerar la necesidad de intervenir cada uno de ellos según las características individuales de cada sujeto y sus percepciones dadas a partir del medio en el que se encuentra y el grado de afectación que le refiere cada estímulo.

## **OBJETIVO 2:**

*Reconocer a partir de la revisión de literatura científica la perspectiva del paciente en el reconocimiento de los factores generadores de estrés asociados al ingreso y su estancia en la UCI.*

### **5.3 DÉFICIT EN EL PERIODO DE SUEÑO Y DESCANSO:**

Los trastornos del sueño y la fatiga son problemas significativos para los pacientes en unidades de cuidados críticos. Los trastornos del sueño existentes, las condiciones médicas y/o quirúrgicas subyacentes, factores ambientales, el estrés, medicamentos y otros tratamientos, contribuyen a la incapacidad de un conciliar el sueño. Un enfoque combinado que incorpora la evaluación de los trastornos del sueño y la fatiga, controles, ambientales, manejo farmacológico, la educación, y las intervenciones conductuales, son necesarios para reducir el impacto de los trastornos del sueño y la fatiga en pacientes de UCI. Los pacientes que cuentan con la posibilidad de descansar y reponer efectivamente las horas de descanso, experimentan sentimientos de felicidad que son evocados en la satisfacción de las necesidades básicas, estas se encuentran asociadas al estar vivo y ser interconectado con el mundo exterior generando sentimientos de libertad, esperanza y la creencia en el regreso a casa.

Desde las perspectivas de ingreso y permanencia en UCI (Deacon, La reconstrucción de la vida después de la UCI: Un estudio cualitativo de la perspectiva del paciente , 2012), las percepciones del paciente tras su estancia reflejan que el tratamiento en la UCI es estresante para los pacientes y puede causar problemas físicos y psicológicos a largo plazo; factores como el cansancio y la debilidad tal vez exacerbados por problemas para conciliar el sueño , que son comúnmente reportados, resultaron ser un problema para el 20% de los participantes a los 7-8 meses después del alta (Broomhead, 2002).



Después de una evaluación exhaustiva de los factores ambientales y de pacientes, un plan de atención se puede diseñar para proporcionar períodos de sueño ininterrumpido, identificando medicamentos que promuevan el sueño y reduzcan la fatiga (Matthews, 2011); en congruencia, los pacientes describen el contacto corporal y la comunicación personal como especialmente importante cuando se encontraban en la zona entre el sueño y la vigilia (Mylén, 2016).

Por otra parte, los pacientes buscan explicaciones y desean comprender sus sueños y los sucesos que tienen lugar en la habitación, sin embargo, la incapacidad para comunicar sus necesidades, provoca sentimientos de impotencia, adicional a ello la habitación puede compensar la necesidad de espacio, proporcionando y respetando los límites, por ejemplo, mediante el uso de pantallas y cortinas entre las camas, en el mantenimiento de la vida privada, en la minimización de los factores angustiantes y en la creación de un ambiente de calma alrededor de la misma (Magnus, 2006).

Durante la dificultad para conciliar el sueño, los pacientes durante este periodo de descanso experimentan episodios de pesadillas asociadas a la oscuridad, soledad y encierro; la presencia de pesadillas en el periodo nocturno de descanso dificulta considerablemente la recuperación de energía durante el día incidiendo en la presencia de fatiga y dificultando la recuperación y adaptación al tratamiento (Guttorsom, 2014).

Factores incidentes en el desarrollo del estrés, son determinantes en su abordaje para la mitigación de complicaciones asociadas como la fatiga, de este modo, las intervenciones de enfermería encaminadas a la satisfacción de necesidades deben garantizar periodos de sueño re ponedores con el ánimo de disminuir la fatiga y facilitar la adaptación al entorno durante la noche en ausencia del ambiente de hogar y presencia familiar.

#### 5.4 DESPRENDIMIENTO DE LA REALIDAD:

Desde el punto de vista del paciente sobre sus perspectivas de ingreso asociadas al entorno de la UCI se contextualizan diversos puntos de vista asociados a experiencias dadas tanto por su proceso patológico como por el entorno hospitalario; algunos de los sentimientos experimentados después del ingreso a UCI, giran alrededor de la incertidumbre, la irritación y pérdida de control; estas respuestas emocionales frecuentemente generan procesos tales como retraso en la cicatrización de heridas y un aumento de la ingesta de sedantes y analgésicos, prolongando de esta manera el proceso de recuperación; y demandando de tratamientos y tecnología adicionales no contempladas a la patología de base y asociadas a complicaciones adyacentes (Berg, 2006), (Bench, 2012).

Tras el ingreso a la UCI, el reconocimiento del ambiente clínico como un lugar extraño y poco familiar en combinación con factores como la falta de sueño y la persistencia de ruidos está íntimamente relacionado con la incidencia del delirio; se evidencia que los pacientes se benefician de la información con respecto a varios resultados, como el estrés el dolor y la duración de la estancia, en donde procesos como la educación, la intervención frente a factores generadores de alteraciones sensoriales producidas por el entorno tecnificado y la formulación de estrategias de afrontamiento durante la estancia en la UCI son determinantes para disminuir la experiencia de emociones desagradables y que están relacionados con la estancia en la unidad.

Dentro del reflejo de la influencia de las problemáticas asociadas a los factores estresantes es determinante el impacto en aspectos cognitivos, afectivos y sociales es decir, problemas de memoria (incluyendo los recuerdos delirantes), problemas de procesamiento cognitivo, trastorno de estrés post-traumático,

depresión, estrés y disminución de la interacción social. Lo anterior se representa como un factor de riesgo para ocasionar disfunción cognitiva a largo plazo después del alta, disminuyendo así la calidad de vida y afectando la adaptación y rehabilitación posterior al egreso.

## 5.5 INTERRUPCIÓN DE LA COTIDIANIDAD:

Un análisis múltiple en la UCI, se llevó a cabo con el fin de analizar la relación entre la sensación de estrés y diferentes variables no métricas. Sobre la base de esta investigación, la sensación de inestabilidad emocional no se correlacionó con el estado civil, la religiosidad y con la existencia o la ausencia de intervenciones quirúrgicas previas. Sin embargo, había una conexión significativa con respecto a la compañía del paciente. Aquellos pacientes que vivían solos tenían la menor cantidad de sentimientos de ansiedad y fueron seguidos por los que vivían con sus familias. La mayor sensación de estrés involucraba aquellos pacientes con un grupo familiar reducido (Komolafe, 2015), (Zoreh, 2015). En comparación con la situación de las parejas casadas, solteros, las viudas y los que viven en una relación, se demostró que el sentimiento de estrés fue menor en los casos de viudas que en caso de cualquier otra forma de convivencia.

Desde este aspecto, se puede suponer que los pacientes tomaban sus decisiones sobre la base de sus disposiciones propias, y los sentimientos de estrés en lo que se consideraba como amenaza para la dignidad humana. Adicionalmente desde este punto el profesional de enfermería podría intervenir desde la independencia de sus decisiones así como en las herramientas para generar tranquilidad durante su estancia haciendo uso de redes sociales pertenecientes al paciente. Dada la naturaleza de la enfermedad crítica y el medio ambiente en el que se proporciona el cuidado, las facetas de la comunicación entre los proveedores y los modelos de distribución son fundamentales para intensificar y aliviar el estrés emocional (Iverson, 2014).

El estudio analizó los factores de estrés establecidos utilizando entrevistas entre los pacientes participantes del estudio, siendo la inactividad el principal estresor en el período de hospitalización en la UCI. Evidentemente los pacientes hospitalizados enfrentan momentos de soledad, pues el tiempo autorizado para pasarlo en familia y con personas queridas es reducido. Para un paciente despierto, lúcido y orientado, muchas veces es difícil pasar el tiempo en vista de las diversas actividades que los mismos podrían estar aptos para realizar. Por esa razón, el día del paciente ingresado se hace largo, donde el silencio, la falta de actividad, la falta de alguien con quien conversar y la soledad, pueden deprimirlo y adicional a ello, tiene un largo tiempo para reflexionar respecto de su situación actual y los aspectos de su enfermedad.

Adicionalmente, la falta de privacidad se relacionó con el hecho de que el paciente pasa por un momento de preocupación con los recursos de restauración de su salud y su estado actual, dejando de lado los pudores y las molestias al respecto. Sin embargo, se ha constatado que la exposición de la intimidad y del cuerpo es una condición única para el paciente, pero una condición múltiple y común para los profesionales de la enfermería.

Por otra parte, la cuestión de temporalidad para los pacientes es algo complejo, asociando el tiempo de ingreso con la iluminación artificial constante, la presencia de personas durante las 24 horas del día, el movimiento intenso, el horario de medicamentos durante toda la noche, la ausencia de ventanas/relojes, entre otros, causando así la pérdida referencial entre el día y la noche. Ese aspecto es importante, una vez que los pacientes pueden sentir que pierden el control de sus propias vidas cuando pierden sus referencias, teniendo la dificultad de situarse en el tiempo. Cabe recordar que es una importante responsabilidad de los profesionales que los asisten, poder situarlos en relación con el tiempo. Sucede que la mayoría de las veces, esos profesionales raramente lo perciben y se sensibilizan al respecto, pues conviven todos los días en ese ambiente cerrado y

están adaptados, sin considerar que este mismo ambiente es nuevo para el paciente, diferente, inédito y restrictivo.

A partir de ello, muchas de las referencias de los pacientes quienes estuvieron internados bajo condiciones agudas evocan sentimientos negativos, tanto como recuerdos delirantes, producidos del 26 al 75% respectivamente. Dichos recuerdos se asocian con una mayor incidencia de los trastornos de estrés postraumático y frecuentemente se representan con estrés asociado, el contenido de dichos recuerdos giraron en torno a la sensación de sentirse prisionero, siendo estrangulado o mantenidos bajo el agua, estando en un país o un lugar extraño (Guttormson, 2014).

Se evidenció que los pacientes reportaron al menos una memoria delirante refiriendo alucinaciones en el 42,9%, mientras que el 34,3% recordaron que tuvieron algunos episodios de pesadillas. La memoria mínima común era de alguien que intentaba hacerles daño sobre un porcentaje del 14,3% del total de los pacientes. Estas respuestas emocionales reconocidas como las pesadillas de estar bajo el agua o sintiendo la sensación de estrangulación se encuentran íntimamente relacionadas con los informes del paciente sobre la experimentación de disnea moderada, al igual que la asociación de sedantes en el manejo de pacientes bajo ventilación mecánica. A partir de lo anterior, la mayoría de los pacientes describen los delirios como sensaciones de angustia, miedo y dificultad para procesar las experiencias en la UCI, sin embargo gran dificultad está asociada a la semántica y los términos en la evaluación de los pacientes para detectar la presencia de los recuerdos delirantes.

Se extraen adicionalmente aportes innovadores para la intervención de los mismos, como el uso de herramientas que faciliten la expresividad de las necesidades mediante formas comunicacionales escritas; hay algunas pruebas que sugieren que el uso de los diarios donde se reflejen los impactos emocionales vividos pueden tener un efecto significativo en la mejora de los resultados psicológicos particularmente sobre los síntomas (Jones, 2012). También hay alguna evidencia de que pueden disminuir el estrés, donde el

paciente pueda exteriorizar sus sentimientos y de esta manera refleje sus necesidades.

Herramientas como los diarios de cuidados intensivos que se escriben durante la enfermedad crítica para ayudar a los pacientes a tomar conciencia de su enfermedad después del alta hospitalaria (Egerod I. B., 2010) también son conocidos como los diarios de los pacientes a pesar de que no están escritos directamente por ellos estos se han descrito como una intervención de bajo costo para reducir los síntomas después de la descarga de trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión y se sustentan como beneficiosos en tanto que permiten al paciente compartir su historia y sufrimiento con sus familias y el personal de salud quien se encuentra a su cargo.

A partir de la formulación de los mismos se enuncia la estructura narrativa que consta de tres etapas: la crisis, punto de inflexión, y la normalización

La primera etapa se describe como crisis y rescate, donde se describe la inserción de tubos y catéteres a los que se encuentra conectado. El punto de inflexión es una etapa de avances y retrocesos como el despertar del paciente y la reanudación de la respiración espontánea. Esto también ha sido descrito como una fase donde el paciente vacila entre la profundidad de la sedación y el dolor de la realidad (Egerod I. S., 2007) y finalmente la etapa de la normalización, la cual se caracteriza por el regreso a las habilidades como comer, sentarse, pararse y caminar; la confusión se supera y se restablece la comunicación. Los estudios noruegos han hecho hincapié en algunos de los beneficios existenciales de diarios de los pacientes, tales como ayudar a los pacientes a encontrar un sentido a sus experiencias en la UCI (Storli, 2008), y de esta manera generar afrontamientos y recuerdos positivos a lo largo de su hospitalización.

La característica principal del diario es su contribución para completar la historia del paciente, llenando algunas lagunas de memoria y reconstituyendo poco a poco su propia narrativa de enfermedad, en el estudio, los participantes consideraron que el diario es una gran fuente de información ya que responde a los recuerdos del paciente siendo estos significativos para el mismo; adicional a

ello, elementos como las imágenes, los comportamientos e inclusión de la familia, demostró que de igual manera se obtiene beneficio para los miembros parentales (Agard, 2007).

Finalmente, un hallazgo importante en el estudio fue la significancia de las fotografías, ya que añaden realismo y neutralizan las fantasías (Backman, 2001), desde lo anterior las recomendaciones sugeridas indican la implementación de un diario que incluya eventos críticos, el comportamiento del paciente, la resolución de cuestiones de la participación de la familia y la individualización de las experiencias como únicas, permitiendo exteriorizar al paciente los aspectos y situaciones generadoras de estrés, y sirviendo como mecanismo de socialización de sus experiencias.

La incursión de herramientas producto de las percepciones del paciente, han puesto de manifiesto la necesidad de adoptar un enfoque holístico para el diseño de la rehabilitación post UCI para hacer frente a las necesidades identificadas por los pacientes, como la de información sobre la estancia en la UCI, que no solo debe ser identificado desde su egreso sino intervenido desde su permanencia, la utilización de diarios de cuidados intensivos puede proporcionar una fuente de información clara sobre la incidencia de los recuerdos delirantes, ayudando al paciente a realizar el proceso de exteriorización y disminución de reingresos a malas experiencias en la UCI, sin embargo la asociación de recuerdos negativos puede estar potencialmente manifestado hacia alteraciones fisiológicas desencadenantes, el abordaje de enfermería debe facilitar la adaptabilidad a los factores estresantes con el ánimo de reducir el impacto; la necesidad de una evaluación psicológica y de intervención terapéutica es necesaria para detectar y tratar los trastornos potenciales con el ánimo de disminuir experiencias estresantes; este abordaje se convierte en punto determinante del plan de cuidado para facilitar la adaptación del paciente al entorno al que debe enfrentarse en una condición aguda de enfermedad.

Se destaca la importancia de la ciencia del equipo multiprofesional, especializado en enfermería, por dedicar más tiempo al lado del paciente y en procedimientos de gran exposición y vulnerabilidad (ej.: baño), y preocuparse por las formas de disminuir la exposición, proporcionando al menos, un mínimo de privacidad, sin embargo factores adicionales reconocidos como la falta de presentación del enfermero por su nombre, tener sed y escuchar comentarios externos son generadores de altos niveles de estrés, de este modo, el profesional de enfermería tiene la capacidad de tener empatía, proyectándose y sensibilizándose a tal punto de saber cuándo y cuánto un factor es considerado estresante o no para el paciente (Fernandes, 2013)

Para concluir, las percepciones de los pacientes sobre sus necesidades radicaron en la información y comunicación sobre su estado y el contacto con factores estresantes producto del medio ambiente y de problemáticas personales. La utilización de herramientas permite indagar sobre las necesidades de los pacientes de manera objetiva utilizando diversas perspectivas de análisis posteriores al egreso de la UCI (Pattison, 2015).

## **5.6 DIFICULTAD PARA ENTABLAR UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA:**

La comunicación desde la definición descriptiva se contextualiza como el proceso de transmisión de información de un emisor a un receptor a través de un medio, utilizando un código específico que debe ser interpretado por el emisor y decodificado por el receptor. En el ser humano, la comunicación es un acto propio de su actividad psíquica, derivado del lenguaje y del pensamiento, así como del desarrollo y manejo de las capacidades psicosociales de relación con el otro. Permite al individuo conocer más de sí mismo, de los demás y del medio exterior mediante el intercambio de mensajes principalmente lingüísticos que le permiten influir y ser influido por las personas que lo rodean (Madrid).



De este modo, el proceso comunicativo desde su concepto, debe facilitar la emisión de un mensaje por diversos mecanismos con el fin que el receptor lo interprete adecuadamente; sin embargo frente a dificultades entre los mecanismos para emitir el mensaje el profesional de enfermería y el paciente pueden experimentar sensaciones de estrés asociadas a la dificultad para identificar las necesidades por parte del paciente y a la intervención adecuada de las mismas.

A raíz de dicha dificultad, la sensación de acompañamiento y disminución de experiencias negativas se ve representado de forma significativa en el contacto existente entre el profesional de enfermería y el paciente durante el desarrollo de las actividades diarias, el contacto corporal y la comunicación efectiva respectivamente; dicha relación permite al paciente incluirse dentro de un ambiente social donde pueda percibirse como importante en donde todas las acciones vayan dirigidas hacia la recuperación sobre su estado de salud y la incorporación a su cotidianidad, llegando a tener un control individual de la situación .

Las enfermeras por lo general no reciben capacitación en evaluación de la comunicación especializada o técnicas para utilizar con los pacientes que no hablan. Por el contrario, las enfermeras de UCI informan que se comunican con los pacientes intubados a través del ensayo y error y observando la técnica utilizada por los demás (Radtke, 2012). Esta dificultad genera frustración por los conflictos de comunicación y admiten que no asisten pacientes con los que se dificulta entablar una relación verbal, por lo anterior se excluye al paciente del tratamiento en la toma de decisiones, y conduce a la angustia del paciente, la frustración, la pérdida de la sensación de control y sensación de retirada (Bergbom-Engberg, 1989)

En el campo de los pacientes, las discusiones de grupo concluyeron que los pacientes tienen la intención principalmente para transmitir las necesidades básicas, tales como síntomas y solicitudes de medidas de tratamiento o de confort, sin embargo la falta de una formación adecuada, falta de disponibilidad

de materiales de comunicación, y la falta de acceso al habla debido a patologías que impiden el lenguaje son las barreras que dificultan intervenir adecuadamente las necesidades de comunicación de los pacientes en la UCI y por ende se desencadenan respuestas de insatisfacción y estrés asociado (Hemsley, 2001)

Desde este aspecto, las enfermeras ocupan un espacio relacional en el medio de los pacientes, familiares y médicos como intérpretes de las preferencias del paciente sobre sus tratamientos o solicitudes (Happ, 2011), atribuyen de manera personal, que los beneficios comunicacionales efectivos incluyen ganancias prácticas y profesionales como la reducción en el estrés y el cambio en sus actitudes y en la práctica, como resultado de la formación, de forma simultánea, en términos de beneficios para el paciente, varias enfermeras refieren que mejorar la comunicación alivia el estrés del paciente y el mismo de esta manera, mejora su bienestar y una recuperación más rápida de la enfermedad crítica, por lo anterior, una comunicación efectiva merece de una cuidadosa atención tanto humana como profesional que minimice las respuestas emocionales negativas y ejerza esfuerzos para comprender y comprometerse con los sentimientos y expresiones del paciente quien se encuentra hospitalizado en la UCI.

La tarea comunicativa implica un cierto intercambio de la experiencia subjetiva del paciente, hallándose desde la identificación de las necesidades actuales y futuras, así como la provisión de información apropiada, tanto como la asistencia con acceso a más ayuda y atención a la agenda del paciente (Hazzard A, 2013). La importancia de garantizar la atención sobre ciertos problemas previsibles que pueden estar asociados con las secuelas de cuidados intensivos, tales como: la respiración, la deglución, la vocalización, la movilidad y problemas digestivos, estrés postraumático, trastorno depresivo y existencial y dificultades de adaptación entre otros, debe incentivar a la reflexión sobre el significado de las experiencias del paciente no solo de manera objetiva sino de manera individual frente a cada condición. A partir de ello, la implementación de la formación en comunicación durante el entrenamiento en cuidados intensivos, permite lograr

un cambio más pronunciado y sostenible de la práctica sobre la interacción en la UCI, se justifica el desarrollo de líderes de enfermería en ámbitos prácticos en pro de la satisfacción de las necesidades del paciente y por ende en la generación de estrategias que aminoren las cargas generadoras de estrés en el paciente, siendo una relación comunicativa especial, confinando el enfoque hacia ciertos fines que están al servicio del cuidado de un paciente y de actuar positivamente hacia la mejora de la salud (Nair, 2015)

En conclusión, la relación del profesional debe contemplar dos miradas; una que contempla el conocimiento del paciente sobre los propósitos de su mente y el funcionamiento independiente de su cuerpo y el otro sobre una relación de dependencia debido al tratamiento de su enfermedad y por ende la comprensión de los procesos emocionales asociados. En el contexto clínico, los pacientes llegan después de haber experimentado una amplia gama de enfermedades graves, y a menudo conservan manifestaciones de la persistente enfermedad, física y no física. En estas circunstancias, la orientación de las ideas acerca de la vulnerabilidad y el desafío de comprender la experiencia de los otros es relevante y apremiante para intervenir a tiempo disminuyendo complicaciones asociadas y mejorando el bienestar del paciente, se recomienda que el proceso de abordaje sea colaborativo para facilitar la transición de los pacientes de la UCI a la sala para garantizar la continuidad de la atención del paciente y mejorar proceso de comunicación entre la UCI , las enfermeras y la familia respectivamente (Ludin, 2013).

## 6. CONCLUSIONES

- Las respuestas emocionales como el estrés, se enmarcan como una de las más predominantes en el paciente que ingresa a la UCI posterior a una agudización de una condición clínica; a partir de su reconocimiento de manera rápida y eficaz, el profesional de enfermería integra de manera holística el abordaje del ser humano desde la fase más crítica de su enfermedad hasta el regreso del mismo, contemplando dentro de su plan de cuidado factores imprescindibles como los psicológicos en el proceso de tratamiento.
- Los programas estructurados para el paciente y su familia en la UCI, son innovadores para reconocer la vulnerabilidad previa al ingreso y permanencia en la unidad. El abordaje de factores físicos y psicológicos como intervención de enfermería son determinantes para disminuir las respuestas negativas asociadas a la incertidumbre frente a la enfermedad y el contacto con el nuevo entorno.
- La relación enfermera paciente, exige habilidades y responsabilidades sociales fundamentales para la atención en situaciones críticas, se requiere de recursos específicos en formación y habilidad práctica para facilitar el entendimiento de las necesidades tanto del paciente como de la familia en situación aguda de salud.
- La comunicación como factor determinante para la disminución del estrés, implica un cierto intercambio de la experiencia subjetiva del paciente, la identificación de las necesidades actuales y futuras así como la provisión de información apropiada, la asistencia con acceso a más ayuda y la atención a las perspectivas del paciente.
- Las características que definen el estrés de reubicación son la ansiedad y la depresión, así como una variedad de otros síntomas físicos y psicológicos incluyendo la sensación de inseguridad, falta de confianza, la

dependencia, una mayor necesidad de seguridad y las preocupaciones acerca de su traslado.

- El profesional de enfermería debe considerar la gama de expresiones del paciente con el fin de formular una comprensión de la experiencia del individuo y reflexionar sobre su significado. La clasificación de experiencias y los síntomas experimentados permiten otorgar el carácter único de la percepción del paciente de manera singular y de esta manera otorgar un plan de cuidado individualizado.
- La información es un elemento que se repite tanto en las vivencias y necesidades de los pacientes-familias, como en el discurso de las propias enfermeras. Una mayor participación de la enfermería podría contribuir a hacer la información más flexible, completa y satisfactoria para sus receptores.
- La revisión de literatura científica sobre el abordaje de aspectos relacionados con el estrés y del paciente en la UCI, determinan que en la actualidad, no se evidencia con facilidad literatura científica asociada en lengua hispana; lo cual indica la necesidad de investigar y otorgar una trascendencia a la temática del paciente que experimenta situaciones emocionales negativas en el ingreso y la hospitalización en UCI.

## **7. RECOMENDACIONES**

- El reconocimiento de factores estresores en el paciente crítico adulto en la UCI, merece de especial investigación a nivel latinoamericano con el fin de determinar de manera objetiva las necesidades específicas de cada paciente y de esta forma intervenir de manera integral y determinante, abordando cada estresor de manera independiente.
- Para la disciplina es fundamental incluir dentro de la atención del paciente en condición crítica la formación del profesional en ámbitos terapéuticos que aborden aspectos comunicacionales en individuos con dificultades para entablar un lenguaje comprensible.
- Se sugiere para la práctica buscar herramientas alternas que permitan la evaluación del estrés y demás alteraciones emocionales que faciliten un pronto diagnóstico y una intervención de manera prematura.
- En los programas de manejo e intervención al paciente crítico es imprescindible incluir terapéuticas asociadas al manejo psicosocial del paciente como uno de los pilares prioritarios en la estabilización y atención del mismo.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Agard, H. (2007). Relatives experiences in intensive care finding a place in a world of uncertainty. *Intensive crit care nurs* , 57-63.

Aronceliuis, E. K. (2014). Factors affecting stress experienced by surrogate desicion makers for critically ill patients: Implicartios for nursign practice . *Intensive and crit care nurs* , 326-331.

Backes, S. T. (2012). Relaciones e interacciones no ambientales en la UCI. *Acta paulista de Enfermeria* , 86-97.

Backman, C. W. (2001). Use for a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive care med* , 67-72.

Beltrán, O. (2009). La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Invest Educ Enferm* , 34-45.

Bench, S. D. (2012). Developing user centred critical care discharge information to suport early critical illnes rehabilitation using the medical research council`s complex interventions framework . *Intensive and critc care nurs* , 86-97.

Berg, A. F. (2006). Informaciòn preoperatoria en los pacientes de la uci para reducir la ansiedad durante y despuès de la estancia en UCI: Protocolo de un ensayo controlado aleatorio. *BMC Nursing* , 56-62.

Bergbom-Engberg, I. H. (1989). Assesment of patients experience of discomforts during respirator therapy. *Critical care Med* , 76-80.

Broomhead, L. B. (2002). Clinical Review: Intensive care follow up-What has it told us? *Crit Care* , 411-417.

Buckley, P. A. (2011). Intensive care nurses knowledge of critical care family needs. *Intensive and crit care nurs* , 23-37.

Chaboyer M, M. A. (2009). Bedside handover: quality improvement strategy to "transform care at the bedside". *Journal of nursing care quality* , 136-142.

Chick, N. M. (1987). *Transitions: A nursing concern*. Pennsylvania: Penn Libraries.

Chocròn, E. C. (2000). Perfil psico social en pacientes embarazadas con hipertensiòn arterial sistèmica . 17-27.

Chorous, G. G. (1992). The concepts of stress and stress systems disorders. *Journal American Medical Association* , 1244-1252.

Colombia, U. N. (23 de Mayo de 2016). *SINAB*. Recuperado el 23 de Mayo de 2016, de [http://bases.unal.edu.co/subjects/databases.php?letter=bysub&subject\\_id=5](http://bases.unal.edu.co/subjects/databases.php?letter=bysub&subject_id=5)

Cutler, L. G. (1995). Reducing relocation stress after discharge from intensive therapy unit. *Intensive and crit care nurs* , 94-100.

Deacon, K. (2012). La reconstrucciòn de la vida despuès de la UCI: Un estudio cualitativo de la perspectiva del paciente . *Intensive and critic care nurs* , 114-122.

Deacon, K. (2012). Re Building life after ICU: A qualitative stufy of the patients perspective . *Intensive and crit care nurs* , 114-122.

Dowdy, D. E. (2005). Quality of life in adult survivors of critical illness: A systematic review of the literature . *Intensive care Med.* , 611-620.

Dubois, M. B. (2001). Delirium in an intensive care unit: a study of risk factors. *Intensive care Med* , 26-43.

Duràn, M. F. (2010). Perfil psicosocial de los pacientes ingresados en las unidades de cuidado intensivo mèdica y cardiovascular de la Clínica Universitaria Colombia . 28-37.



- Dy, S. R. (2005). Why do patients and families request transfers to tertiary care? *Intensive and critic care nurs* , 68-79.
- Egerod, I. B. (2010). Patients experiences of intensive care diaries- A focus group study. *Intensive and Critic care nurs* , 52-60.
- Egerod, I. S. (2007). The extent and application of patient diaries in Danish in ICUS. *Intensive and critic care nurs* , 67-72.
- Facultad de Enfermería, S. d. (s.f.). Ficha de análisis de artículos investigativos. Bogotá, Colombia.
- Faulkner, M. B. (2002). Is the hospital sick role a barrier to patient participation? *Nurse times* , 28-32.
- Fernandes, L. R. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería . *Enfermería Global* , 22-34.
- Fernández, E. (1995). *Manual de motivación y emoción* . Madrid: Universitaria Ramon Areces.
- Folkman, S. L. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* , 571-579.
- Galvao CM, M. K., & Silveira, R. (2010). Revisao integrativa: Metodo de revisao para sintetizar as evidencias disponiveis na literatura. In brevidelli MM, Sertorio SCM. TCC. *Iatria* , 51-53.
- Gutiérrez, A. P. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI. Revisión sistemática de estudios Cualitativos.
- Gutiérrez, B. B. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos: 2008. *Enfermería Global* , 96-112.
- Guttormson, J. (2014). La liberación de una gran cantidad de venenos en mi mente. Recuerdos delirantes de los pacientes de cuidados intensivos . *Heart and Lung* , 86-92.

Guttorsom, J. (2014). Releasing a lot of poisons from my mind: Patients desilusalional memories of intensive care . *Heart and lung* , 122-130.

Haggstrom, M. A. (2012). How can nurses facilitate patients transitions from intensive care. A grounded theory of nursing. *Intensive and crit care nurs* , 224-233.

Hallgrimsson, B. H. (2005). *Variation, a central concept y biology*. Elsevier.

Happ, M. G. (2011). Nuse patient communication interactions in the intensive care unit . *Am J Crit care* , 28-40.

Harenstam, A. T. (2000). Cping with anger provoking situations, phychosocial working conditions and ECG detected sings of coronary heart disease. *J. Ocup health pshychol* , 191-203.

Hazzard A, H. W. (2013). Taking care: practice and philosophy of communicartion in a critical care follow up clinic. *Intensive and crit care nurs* , 114-122.

Hemsley, B. S. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment . *J Adv Nurs* , 827-835.

Holahan, C. M. (1986). Personality, coping and family resources in stress resistance. A longitudinal analysis . *Journal of personality and psychology* , 349-395.

Iverson, E. C. (2014). Factors affecting stress experienced by surrogate decision makers for critically ill patients: Implications for nursing practice. *Intensive and crit care nurs* , 112-126.

Johansson, L. J. (2005 ). Ventilated patients experiences of body awareness at an intensive care unit . *Advances in physiotherapy* , 34-46.

- Jones, C. B. (2012). Intensive care diaries reduce PTSD-related symptoms in relatives following critical illness. *Intensive and Crit care Nurs* , 172-176.
- Justic, M. (2000). Does "ICU Psychosis" really exist? *Critical Care Nurse* , 28-37.
- Keegan, L. (2003). Therapies to reduce stress and anxiety. *Critical Care Nurse* , 321-327.
- Komolafe, C. C. (2015). Patients anxiety during the perioperative care from the point of view of the nursing staff and patients. *Intensive and crit care nurs* , 86-97.
- Kralik, D. V. (2014). Transition: A literature review. *Journal of advanced nursing* , 320-329.
- Laerkner, E. E. (2015). Nurses experiences of caring for critically ill, non sedated mechanically ventilated patients in the intensive care units: A qualitative study. *Intensive and critic care nurs* , 114-123.
- Leddy, S. P. (1989). *Bases conceptuales de la profesión de enfermería*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Company.
- Ludin, S. A. (2013). Patients transition in the intensive care units: concept analysis. *Intensive and crit care nurs* , 72-83.
- Madrid, F. d. (s.f.). *Comunicación para investigadores*. Recuperado el Abril de 2016, de <http://fuam.es/descargas/>. Consultado el 10/04/2016.
- Magnus, V. T. (2006). Communication interaction in ICU, patient and staff experiences and perceptions. *Intensive Crit Care Nurs* , 167-180.
- Matthews, E. (2011). Sleep disturbances and fatigue in critically ill patients . *AACN ADV Crit Care* , 56-63.
- McEwen, B. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research* , 172-189.

McKinney A, D. P. (2002). Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients experience. *Intensive crit care nurs* , 320-331.

Meleis, A. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle- range theory. *ANS Adv Nurs Sci* , 12-28.

Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida sin estrès*. Madrid: Safeliz.

Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida, sin estrès*. Madrid: Safeliz.

Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. Sin estrès*. Madrid: Safeliz.

Mylen, J. N. (2016). To fell strong in a unfamiliar situation; patients lived experiences of neurosurgical intensive care a qualitative study. *Intensive and critical care nurs* , 86-97.

Mylena, J. N. (2016). Para sentirse fuerte en una situaciòn desconocida; experiencias de vida de los pacientes de cudiados intensivos del servicio de neurocirugia: Un estudio Cualitativo. *Intensive and crit care nurs* , 42-48.

Nair, R. M. (2015). The extent and application of patient diaries in Australian intensive care units: A national survey . *Australian critical care* , 86-92.

Neidhart, J. W. (1989). *Seis programas para prevenir y controlar el estrès* . Madrid: Deusto.

Nurses, A. a. (s.f.). Recuperado el 16 de Mayo de 2016, de <http://www.aacn.org>

Oblitas, L. (2004). *Manual de psicologia Clinica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: PSICOM.

Olausson, S. L. (2012). A phenomenological study of experiences of being cared for in a critical care setting: The meanings of the patient room as place of care. *Intensive and crit Care Nurs* , 42-48.

Olga, G. T. (1997). *Superar el estrès*. Madrid: Ediciones piràmide .

- Parker, S. A. (2013). Transición de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos: análisis de concepto. *Intens and crit care nurs* , 187-192.
- Parra, M. *Conceptualización y caracterización de la persona en estado crítico: dos claves para pensar en indicadores de cuidado. Grupo académico de urgencias y cuidado crítico.*
- Pattison, N. G. (2015). After critical care: patient support after critical care. A mixed method longitudinal study using gmail interviews and questionnaires. *Intensive and crit care nurs* , 116-128.
- Pinto, N. (2001). Indicadores de Cuidado. *Actualización en enfermería* , 20-25.
- Radtke, J. T. (2012). Nurses perceptions of communication training in the ICU . *Intensive and critical care nurs* , 76-87.
- Radtke, J. T. (2012). Nurses perceptions of communications training in the ICU. *Intensive and crit care nurs* .
- Schlossberg, N. (1981). A model for analyzing human adaptation to transition. *The counseling psychologist* , 2-18.
- Seligman, M. R. (2006). Positive psychotherapy. *Am Psychol* , 26-31.
- Seveningsen, H. E. (2015). Symptoms of posttraumatic stress after intensive care delirium. *Biomed research international* , 86-98.
- Seyle, H. (1974). *The evolution of the stress concept.* American Scientist.
- Sierra, J. O. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal- Estar Subjetivadae* , 22-38.
- Sima, M. L. (2013). Nurses empathy and family needs in the intensive care units . *Journal of caring Science* , 96-112.
- Solano, M. G. (2005). Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. *IndexEnferm* , 29-33.

Steven-Tore, F. (2010). The bodily presence of significant others. Intensive care patients experiences in a situation of critical illness . *Int. J Qual stud Health Well being* , 36-38.

Storli, S. L. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic phenomenological study of living with memories from intensive care . *Intensive and nurs crit care* , 96-110.

Taylor, S. (1986). *Health psychology*. New York : Random House.

Van Dijk, K. H. (2010). Intrinsic Functional connectivity as a tool for human connectomics: theory properties and optimization. *Neurophysiol* , 68-76.

Zoreh, S. M. (2015). Prevalence of posttraumatic stress disorder and related factors among patients discharged from critical care units in Iran. *Arc Trauma* , 76-87.



