

AUTORES

Silvia Martínez-Villamea ¹
 Aránzazu Alonso-Rodríguez ¹
 Antonio Sánchez-Vallejo ²
 Josefa Gallego-Lorenzo ³

¹Unidad de Cuidados Críticos, Hospital Universitario Central de Oviedo (HUCA), Asturias, España.

²Servicio de Medicina Intensiva Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), León, España. Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de León.

³Departamento de Biblioteconomía y Documentación, Campus de Vegazana s/n, Universidad de León, España.

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

✉ Silvia Martínez Villamea
 Calle Gutiérrez Herrero nº48 2ºA
 33402 Avilés, Asturias

☎ +34 686 76 66 02

@ smvillamea@gmail.com

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

COPEING STYLES OF RELATIVES OF PATIENTS ADMITTED TO AN INTENSIVE CARE UNIT: A SYSTEMATIC REVIEW

RESUMEN

Introducción
 Hasta un tercio de los familiares de pacientes críticos desarrollan síntomas de estrés postraumático, además de otras patologías mentales. Conocer la forma en la que las familias afrontan el ingreso y la estancia en la UCI puede ayudarnos a elaborar intervenciones que disminuyan el riesgo de aparición de estos síntomas. Nuestro objetivo fue identificar las estrategias de afrontamiento de las familias de pacientes críticos.

Metodología
 Revisión sistemática cualitativa de las publicaciones a este respecto, siguiendo las directrices de la declaración PRISMA, realizada entre el 5 y el 15 de abril de 2017 en las bases de datos Web of Science, CINAHL, Pubmed, OpenGrey, y en los repositorios Recolecta, Open Grey y DART-Europe. Para la búsqueda fueron empleados descriptores DeCS Y MeSH.

Resultados
 Se obtuvieron ocho estudios cuantitativos, nueve estudios cualitativos y uno mixto válidos para nuestro análisis. La estrategia más utilizada es la "resolución de problemas", mediante el acompañamiento, seguida de la "búsqueda de apoyo". Estrategias ineficaces como la "rumiación" son las menos utilizadas según los estudios cuantitativos, pero fueron encontradas de forma más clara en los estudios cualitativos.

Conclusiones
 La estrategia de "resolución de problemas" no se contempla como positiva en sí misma, ya que depende del contexto en el que tiene lugar. El acompañamiento como estrategia de afrontamiento puede manifestar el deseo del familiar de ayudar al paciente, por lo que parece adecuado implementar intervenciones dirigidas a la implicación de los familiares en el cuidado. La evidencia demuestra la necesidad de nueva investigación orientada hacia el desarrollo de instrumentos que posibiliten el estudio del afrontamiento entre los familiares del paciente crítico.

ABSTRACT

Introduction
 Up to one-third of the critically ill family members develop post-traumatic stress symptoms, as well as other mental pathologies. Knowing how families cope with the admission in the ICU could help us to design future interventions that may reduce the risk of these symptoms. Our objective was to identify the coping strategies of the critically ill family members.

Methodology
 Systematic Qualitative Review, following the guidelines of the PRISMA statement, done between April 5 and 15, 2017. Web of Science, CINAHL, Pubmed and OpenGrey databases were searched, and the Recolecta, Open Grey and DART-Europe databases. MeSH "adaptation, psychological", "family" and "intensive care unit" were used as well as other keywords.

Results
 Eight quantitative studies, nine qualitative studies and one mixed study were obtained. The most commonly used strategy was "problem solving", through "passive presence", followed by "search for support". Ineffective strategies such as "rumination" were the least used in quantitative studies, but they appeared clearly in qualitative studies.

Conclusions
 The "problem solving" strategy is not considered as positive in itself, because it depends on the context in which it takes place. "Presence" as a coping strategy might reveal the family's desire to help the patient. Thus, interventions should be adopted in order to involve family members in patients' care. Further research should be done on the development of instruments that reflects the particularities of coping strategies among the relatives of the critical patients.

PALABRAS CLAVE

Afrontamiento, Cuidados Críticos, Familia, Unidad de Cuidados Intensivos, Estrés

KEYWORDS

Coping, Critical Care, Family, Intensive Care Unit, Stress

INTRODUCCIÓN

El ingreso de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) provoca una crisis tanto en el paciente como entre sus familiares¹, que se ven obligados a realizar un cambio drástico en sus rutinas y roles habituales². Hasta un tercio de los familiares de pacientes críticos desarrollan síntomas de Estrés Post-traumático³ y también son habituales los síntomas depresivos y otras patologías emocionales inespecíficas⁴. Estas respuestas disfuncionales no sólo afectan a su salud, sino que también dificultan el proceso de toma de decisiones⁵, que frecuentemente recae en los familiares. Todo esto subraya la importancia de contemplar a las familias como potenciales receptores de cuidados, prestando atención a la forma en la que afrontan la estancia del paciente en la UCI.

Se define el afrontamiento como “el esfuerzo, cognitivo y comportamental, que realizan las personas para adaptarse a las demandas internas o externas; y que se aprecia como excesivo para los recursos individuales”⁶. Se explica como un proceso dinámico, capaz de cambiar en respuesta a demandas objetivas y evaluaciones subjetivas de la situación⁷. El objetivo principal del estudio del afrontamiento es conocer las diferentes formas de adaptación que tienen los individuos ante un mismo evento estresante y relacionarlo con determinadas variables susceptibles de modificación⁸. Sin embargo, el estudio del afrontamiento conlleva la dificultad de enfrentarnos a una larga variedad de categorías, dimensiones, medidas y conceptualizaciones⁹. Aun así, se ha demostrado una asociación directa entre determinados estilos de afrontamiento, por ejemplo el afrontamiento evitativo, y la posterior aparición de estrés posttraumático entre los familiares del paciente crítico⁹.

¿Podemos ayudar a las familias a adaptarse a la UCI? Davidson elaboró para ello su teoría de medio rango¹⁰, “una derivación del modelo de adaptación de Roy y las teorías organizacionales de Weick” (p. 30). Facilitated sensemaking es una forma de ayudar a las familias a través de dos intervenciones directas: por una parte, dar sentido a lo que les

está pasando; por otra, proveer a las familias de nuevos roles dentro de la UCI. Desde este marco teórico, la comunicación con el equipo de profesionales es imprescindible para dar sentido a todo lo que sucede en la UCI, pero también es importante incluir a las familias en el cuidado. Existen intervenciones en las que se trataba de implicar a los familiares en cuidados sencillos, como aplicación de bálsamo labial, lectura en voz alta, movilización de articulaciones distales y colaboración en el aseo, demostrando que dicha implicación disminuía sus niveles de ansiedad¹¹. Sin embargo, al ser preguntados, una gran mayoría rehusa participar¹² o no muestra actitudes espontáneas hacia el cuidado del paciente¹³. Podemos preguntarnos si esta inhibición puede estar relacionada con el estilo de afrontamiento que presentan los familia-

res, y si sus respuestas a este evento estresante no incluyen estrategias de afrontamiento activo, dirigidas a la resolución del problema o al control primario de la situación.

Por todo ello, el estudio de las estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares de los pacientes ingresados en la UCI puede ser de utilidad para diseñar estrategias que nos permitan implementar cuidados a la familia en UCI.

El objetivo de este trabajo fue identificar las principales estrategias de afrontamiento que utilizan los familiares de pacientes ingresados en una UCI de adultos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática cualitativa de la evidencia disponible, siguiendo las directrices de la declaración PRISMA¹⁴. Se incluye-

Figura 1.
Diagrama de flujo del proceso de selección e inclusión de estudios.
Elaboración propia.

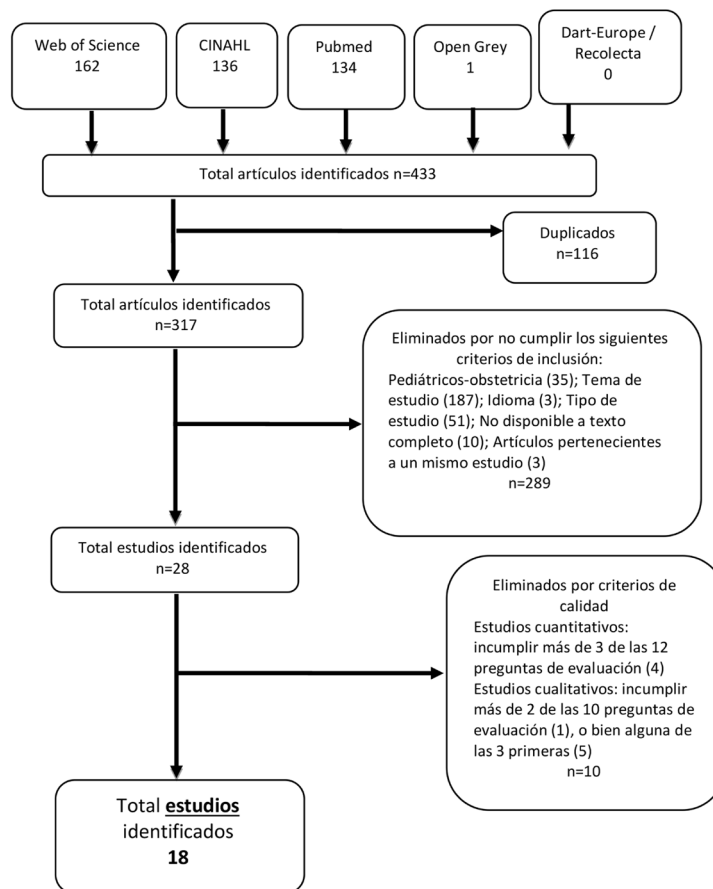


TABLA 1.
PROCESO DE BÚSQUEDA

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Web of Science	(coping OR "psychological adaptation" OR "adaptative behavior" OR cope) AND (famil* OR relative*) AND ("intensive care unit*" OR "intensive care" OR "critical care") NOT (pediatric OR neonatal OR infant OR newborn)	162
Pubmed	((("adaptation, psychological"[MeSH Terms] AND ("family"[MeSH Terms] OR "family"[All Fields]))) AND ("intensive care units"[MeSH Terms] OR "critical care"[MeSH Terms])) NOT ((pediatric[Title/Abstract] OR paediatrics [Title/Abstract]) OR neonatal[Title/Abstract])	134
CINHAL	(coping strategies OR coping skills OR coping OR cope) AND family AND (critical care OR intensive care OR icu) NOT (pediatrics OR children) NOT (infants OR baby OR newborn OR neonate)	136
OpenGrey	(family) AND (intensive care)	1
Dart-Europe	(family) AND (intensive care)	0
Recolecta	(familia) y (cuidados intensivos)	0

Nota: Elaboración propia

EN NUESTRO ESTUDIO SE INCLUYERON NUEVE ESTUDIOS DESCRIPTIVOS CUANTITATIVOS

ron aquellos estudios que trataran como tema principal el afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una UCI de adultos. Fueron seleccionados todos los estudios descriptivos, tanto cuantitativos como cualitativos, publicados entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2016, escritos en inglés, francés, portugués o castellano y disponibles a texto completo a través de la Biblioteca del Hospital Universitario Central de Asturias. La **figura 1** muestra el diagrama de flujo del proceso de selección e inclusión de estudios. Fueron excluidos aquellos estudios que hablasen sobre el afrontamiento familiar en unidades pediátricas o neonatales, y aquellos que incumplieran más de dos de las diez preguntas de evaluación de calidad de la Guía CASPe de Lectura Crítica¹⁵ para los estudios cualitativos y aquellos que incumplieran más de tres de las 12 preguntas de evaluación de calidad de la Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study del Center for Evidence-Based Management¹⁶ para los estudios cuantitativos.

La variable de resultado del estudio fue el afrontamiento y sus diferentes categorías. Se analizaron asimismo las variables sociodemográficas de las poblaciones de cada estudio se-

leccionado. Además, se recogieron datos sobre las diferentes categorías de afrontamiento que figuraban en los cuestionarios utilizados y sus correspondientes puntuaciones.

La búsqueda se llevó a cabo entre el 5 y el 15 de abril de 2017 en las siguientes bases de datos: Web of Science, CINAHL y Pubmed; y se realizaron además búsquedas manuales en los repositorios Recolecta, Open Grey y DART-Europe. Se utilizaron los descriptores MeSH "adaptation, psychological", "family" e "intensive care units", incluyendo otros descriptores, como "coping strategies", "coping skills", "relatives", "intensive care" y "critical care". Para la búsqueda en los repositorios se utilizaron los descriptores DeCS "familia" y "cuidados intensivos" y los MeSH "family" e "intensive care". La **tabla 1** muestra las estrategias de búsqueda empleadas en cada una de las bases de datos consultadas.

Debido a las marcadas diferencias en el sistema de categorización y medición del afrontamiento entre los diferentes estudios incluidos, se realizó un proceso de recategorización basado en el trabajo de Skinner et al.¹⁷. En dicho estudio se recategorizaban las diferentes dimensiones del afrontamiento en órdenes jerárquicos superiores. Las categorías

originales y la recategorización se detallan en la **tabla 2**.

RESULTADOS

Se obtuvieron finalmente 17 estudios con una calidad metodológica alta y un estudio con calidad metodológica media, que no fue descartado al valorarse positivamente su metodología mixta para los resultados de nuestro estudio.

Se incluyeron nueve estudios descriptivos cuantitativos (ocho exclusivamente cuantitativos y uno mixto), cuatro de ellos fueron realizados en Estados Unidos^{18,19,20,21} y el resto en Alemania²², Brasil²³, Colombia²⁴, Hong-Kong²⁵ y Turquía²⁶.

El rango de participantes en los estudios iba de 41 a 133. Dos de los estudios superaban los 100 encuestados. La media ponderada de edad de los encuestados fue de 47,8 (DT=8,13 años). La mayoría de los encuestados eran mujeres (63,4%), cónyuges del paciente (44,2%). En el estudio de Acaroğlu, Kaya, Şendir, Tosun & Turan (26) sólo se ofrecían datos sobre el porcentaje de participantes que eran hijos del paciente.

Para categorizar los estilos de afrontamiento, los estudios analizados utilizaron los cuestionarios Ways of coping en dos idiomas^{23,26}, Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)²⁵, y Brief-COPE^{20,22}. En cuatro de los estudios fueron empleadas escalas de valoración del afrontamiento: Measure of coping status²¹, Escala de medición del proceso de afrontamiento²⁴, Brief-COPE como escala¹⁹ y el cuestionario F-COPES¹⁸ también como escala.

Encontramos que la "resolución de problemas" fue la forma de afrontamiento que con mayor frecuencia se halló en los estudios analizados, siendo el estilo más usado en los estudios de Casarini et al.²³, Petrinc et al.²⁰ y Rueckriegel et al.²². En el estudio de Acaroğlu et al.²⁶ se sitúa por detrás de la "búsqueda de apoyo" y la "reestructuración cognitiva". En el estudio de Chui & Chan²⁵ la "resolución de problemas" no figura como categoría de afrontamiento.

La "búsqueda de apoyo" fue la estrategia más utilizada entre los participantes en el estudio de Acaroğlu et

al.²⁶ y la segunda en el de Casarini et al.²³. En este último estudio, la "espiritualidad", estilo de afrontamiento que en este trabajo se ha incluido en la categoría mayor de "búsqueda de apoyo", es la estrategia más usada. Esta estrategia es la segunda más importante en el estudio de Chui & Chan²⁵, inmediatamente por detrás de la "reestructuración cognitiva". El resto de los estudios contempla solamente el "apoyo social", mientras que en el estudio de Petrinc et al.²⁰ la "búsqueda de apoyo" no se contempla como una categoría de afrontamiento.

La "reestructuración cognitiva" fue la estrategia más utilizada en el estudio realizado por Chui & Chan²⁵, incluyéndose también como una estrategia de uso moderado (**Tabla 3**) en los estudios de Acaroğlu et al.²⁶ y Rueckriegel et al.²².

El uso de la "regulación emocional" como estrategia se estudió en dos de los estudios revisados, bajo la formulación clásica de "afrontamiento basado en la emoción". En ambos estudios se observó una utilización moderada de dicho estilo de afrontamiento, siendo la menos utilizada en el estudio de Casarini et al.²³ y situándose sólo por delante del afrontamiento "evitativo" en el estudio de Petrinc et al.²⁰.

Por último, los estilos de afrontamiento definidos como "desamparo", "rumiación" y "escape", estrategias que pueden considerarse como negativas o desadaptativas, se observan en todos los estudios como las menos utilizadas.

En cuanto a los estudios descriptivos cualitativos, se incluyen nueve trabajos exclusivamente cualitativos y uno mixto, dos de ellos llevados a cabo en Hong-Kong^{27,28}, otros dos en Reino Unido^{29,30} y el resto en Brasil²³, Colombia³¹, Estados Unidos³², Grecia³³, Noruega³⁴ y Suecia³⁵. En todos los estudios se recogen los datos mediante una entrevista. Las entrevistas tuvieron una duración mínima de 30 minutos y máxima de 120 minutos.

Fueron entrevistados 135 participantes en el conjunto de los 10 estudios incluidos. La media de edad se situó en los 51,9 (DT=8,91 años), participando principalmente mujeres (66,6%). Los estudios de Chan

TABLA 2.
RECATEGORIZACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Categoría Original	Recategorización
Centrado en el problema ²⁰ Activo ²² Basado en el problema ²³ Confianza propia ²⁶	Resolución de problemas
Buscar apoyo social ^{23,26} Religión ²³ Obtener apoyo social ²⁵ Buscar apoyo espiritual ²⁵ Obtener y aceptar ayuda ²⁵ Buscar apoyo ²²	Búsqueda de apoyo
Evasivo ²² Evitativo ²⁰	Escape
Centrarse en lo positivo ²² Reformulación ²⁵ Optimista ²⁰	Reestructuración cognitiva
Sumiso ²⁶	Rumiación
Pasivo ²⁵ Indefensión/Acusación a uno mismo ²⁶	Desamparo
Centrado en la emoción ²⁰ Basado en la emoción ²³	Regulación emocional

Nota: Elaboración propia, basado en Skinner et al.¹⁷

**TABLA 3.
PROCESO DE BÚSQUEDA**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Resolución de problemas		Búsqueda de apoyo		Reestructuración cognitiva		Regulación emocional	
	n/N	fr	n/N	fr	n/N	fr	n/N	fr
Acaroğlu et al. (26)	12,7/21	0,60	8,28/12	0,69	8,4/13	0,65	-	-
Casarini et al. (23)	3,87/5	0,70	3,27/5	0,65	-	-	2,24/5	0,45
Chui & Chan (25)	-	-	3,5/5	0,70	3,8/5	0,76	-	-
Petrinec et al. (20)	3,1/5	0,62	-	-	-	-	2,82/4	0,71
Rueckriegel et al. (22)	2,6/4	0,65	2,55/4	0,64	2,25/4	0,56	-	-

Nota: Elaboración propia. n=puntuación media entre los participantes; N=puntuación máxima del cuestionario utilizado; fi=frecuencia relativa

& Twin²⁷ y Chiang²⁸ sólo encuestaron a los cónyuges del paciente. En el resto de los estudios, además de cónyuges, también participaron los hijos de los pacientes. El resto de los grados de parentesco se incluían en diferentes trabajos, pero no en todos, por lo que no se han comparado los porcentajes de los mismos.

En nueve de los diez estudios cualitativos analizados encontramos la "resolución de problemas" como estrategia de afrontamiento familiar. Dentro de esta estrategia, el acompañamiento fue la forma más frecuente de apoyo familiar:

"We don't want to leave or to go outside the hospital. I don't know, we want to stay real close."³² (p. 1622).

Algunos de los familiares expresan también el deseo de prestar cuidados, tanto emocionales como físicos, al paciente:

"...I will be there talking to her, trying to calm her down, assure her, give her love, things like that."²³ (p. 223).

"Relatives are terribly enthusiastic about doing that (creaming hands) because it's one of the few things that they can do."²⁹ (p. 290).

Siete de los diez estudios evidenciaron el uso de la "búsqueda de apoyo" como estrategia, diferenciando de forma clara el apoyo emocional o social del apoyo espiritual. Entre los familiares que practican alguna religión ésta parece ser el apoyo que les permite mantener la esperanza y les ofrece una oportunidad de ayu-

dar al paciente:

"I know I just have faith in Gautama Buddha, (and) Wong Tai Sin without any doubt. Um... Um... they will offer me power and wisdom for resolving problems and difficulties. I pray (...). Afterwards, I feel less stressed and full with peace each time."²⁷ (p. 191).

La "reestructuración cognitiva" fue verbalizada por los entrevistados en seis de los diez estudios, a través de pensamientos positivos y estrategias para procurarse ánimo a ellos mismos:

"We have to be positive... We have to think she is going to make it."³² (p. 1625).

La aparición de la "búsqueda de información" como estrategia de afrontamiento, que no se contempla como tal en los cuestionarios de los estudios cuantitativos, se objetivó en seis de los diez estudios. Así, las familias encontraron alivio y seguridad al verse cubierta su necesidad de saber:

"Um... um... I tried to seek some information about acute epiglottitis from the internet (that) enriched my understanding about my husband's condition with that the healthcare professionals had told me. Hmm... I felt more secure. It indeed reduces my worry."²⁷ (p. 190).

También en seis de los diez artículos se verbalizó la "regulación emocional" como estilo de afrontamiento, centrado en regular las expresiones emocionales y en el intento de cal-

mar las emociones negativas:

"...when I realize that I'm going to lose control... I look for somebody I can talk to..."²³ (p. 222).

Seis de los diez estudios encontraron la "rumiación", una forma negativa de afrontamiento que incluye pensamientos intrusivos, negativos, preocupación y autoinculpación. Los familiares expresaron sus sensaciones de esta forma:

"...life seems to be very fragile and determined by the fate. This incident occurs so suddenly. It makes me feel life is short. Life seems to be unpredictable and not be under our control."²⁷ (p. 191).

El "escape" y el "aislamiento social" fueron los dos estilos de afrontamiento menos verbalizados por los familiares.

DISCUSIÓN

En cuanto a los estilos de afrontamiento encontrados en los estudios revisados, la estrategia relacionada con la solución de problemas se distingue como una de las más utilizadas por los familiares. En principio esta estrategia se asocia con una menor aparición de patologías emocionales³⁶. Sin embargo, para que esto sea cierto, el conflicto que genera estrés debe ser susceptible de solución o de lo contrario esta estrategia puede añadir frustración y serían más positivas las estrategias centradas en las emociones³⁷.

En nueve de los diez estudios cualitativos incluidos en esta revisión se observa que la "presencia", en

principio pasiva, parece la conducta universal adoptada por las familias^{23,28,29,30,31,32,33,35,36}. Comparando el uso de esta estrategia con los estudios de necesidades de los familiares, efectivamente la proximidad con el ser querido es una de las principales necesidades que éstos manifiestan^{38,39,40}. En todos los estudios revisados se menciona en mayor o menor medida la “presencia”, el acompañamiento, como estrategia de adaptación. La misma estrategia influye en el bienestar de los familiares y también en el bienestar del paciente. Sin embargo, la proximidad, entendida como estrategia de afrontamiento, puede resultar insuficiente. En esta línea, encontramos expresiones familiares en los estudios cualitativos que verbalizan el deseo de contribuir al cuidado emocional del paciente e incluso a la prestación de cuidados efectivos^{23,29,32,33}.

En este sentido, aunque escasas, las intervenciones llevadas a cabo con familiares de pacientes críticos evidencian la mejora de los niveles de estrés y ansiedad entre aquellos que pudieron colaborar en cuidados básicos^{11,41} y también los propios pacientes se benefician de los cuidados de sus familiares^{42,43}. Sin embargo, desde el punto de vista de los profesionales de cuidados intensivos, la presencia familiar se contempla más como una forma de cubrir las necesidades de las familias que como una estrategia que podría permitir una mejor adaptación familiar. Aún son muchos los profesionales que muestran reticencias a la presencia familiar^{13,44} y muy pocas las unidades que disponen de protocolos de atención a las familias⁴⁴. La perspectiva de los profesionales también debe ser tenida en cuenta, porque de ella depende el éxito de las intervenciones que se puedan llevar a cabo.

De especial interés es el hallazgo de la “búsqueda de información” como estrategia prioritaria para las familias. Esta estrategia concreta no se presenta en los cuestionarios de afrontamiento incluidos en esta revisión, y sin embargo parece de vital importancia para los familiares que participaron en los estudios cualitativos. Dentro de los estudios de necesidades de los familiares, la necesidad de información también

se demuestra prioritaria^{38,39,40}.

Finalmente, dentro de los estudios cualitativos hemos podido encontrar muchas expresiones de estrategias de afrontamiento ineficaz, como la “rumiación”, que no aparecen de forma tan clara en los estudios cuantitativos. Estas estrategias ineficaces se combinan con otras más positivas, pero podrían verse sobrepasadas por las demandas durante el tiempo que dura la estancia del paciente en la UCI.

En cuanto a los instrumentos utilizados para la medición del afrontamiento, se debe tener en cuenta que los estilos de afrontamiento que presentan las familias como sistemas difieren notablemente de los estilos de afrontamiento que cada persona puede presentar de forma individual, ya que dentro de las familias las estrategias se ven influidas por los roles y las expectativas de cada miembro de la unidad familiar⁴⁵. Las particulares características del afrontamiento familiar podrían no ser valoradas de forma adecuada por los cuestionarios más generales utilizados en la mayoría de los estudios revisados, como el clásico Ways of Coping³⁷.

El F-COPES, orientado a la medición del afrontamiento familiar y desarrollado por McCubbin, Olson & Larsen en 1982 (citado por Macías et al.⁴⁵, p. 137) se utiliza tan sólo en el estudio de Chui & Chan²⁵. La clasificación realizada por estos autores del afrontamiento familiar incluye las siguientes estrategias: “reformulación”, “evaluación pasiva”, “atención de apoyo social”, “búsqueda de apoyo espiritual” y “movilización familiar”⁴⁵. Sin embargo, algunos autores argumentan que la estrategia del apoyo social podría ser más un recurso que una estrategia en sí misma³⁷, ya que aquellos individuos que utilizan estrategias de evitación podrían recurrir a su propia red social para alejarse del problema que les genera estrés. Tres de las cinco categorías de afrontamiento del cuestionario F-COPES se basan en la “búsqueda de apoyo”, por lo que tampoco este cuestionario parece del todo adecuado para la medición del afrontamiento familiar.

El contexto en el que realizamos la medición también es importante. Como ya hemos dicho, el uso ma-



**DENTRO DE
LOS ESTUDIOS
CUALITATIVOS
HEMOS PODIDO
ENCONTRAR
MUCHAS
EXPRESIONES DE
ESTRATEGIAS DE
AFRONTAMIENTO
INEFICAZ, COMO
LA “RUMIACIÓN”**

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESULTA FUNDAMENTAL PARA EL ADECUADO PROCESO DE ADAPTACIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO

yoritario de estrategias centradas en el problema observado entre los familiares de los estudios revisados no ha de verse necesariamente como un afrontamiento positivo, y se precisa una definición correcta de las diferentes estrategias como adaptativas o ineficaces para la situación en la que se ven envueltas las familias.

Tal y como podemos observar, la medición del afrontamiento familiar en la UCI presenta deficiencias importantes, por lo que se hace necesaria mayor investigación orientada al desarrollo de instrumentos eficaces de medida e intervención en relación con el afrontamiento que el individuo y el grupo familiar realizan cuando un ser querido precisa de cuidados intensivos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El sesgo de publicación no se valoró, ya que los estudios incluidos son meramente descriptivos. No fue posible la obtención de metadatos de los autores de los estudios analizados, por lo que podrían haberse dejado de valorar datos de interés de los mismos, fundamentalmente de los estudios cualitativos. No se pudo acceder a varios artículos por no tener acceso a texto completo.

CONCLUSIONES

La estrategia de afrontamiento más utilizada entre los familiares del paciente crítico se fundamenta en la "resolución de problemas", seguida de la "búsqueda de apoyo" y la "reestructuración cognitiva". Este hallazgo no se contempla como positivo en sí mismo, ya que el afrontamiento basado en el problema puede no ser una estrategia adaptativa en este contexto.

El acompañamiento, expresado en casi todos los estudios cualitativos, manifiesta el deseo de ayudar como parte de la estrategia de resolución de problemas. Las carencias descritas en la medición del afrontamiento hacen necesario el desarrollo de instrumentos que permitan medir mejor el constructo del afrontamiento familiar. El conocimiento sobre los estilos de afrontamiento entre los familiares del paciente crítico puede determinar cuáles son las estrategias de actuación óptimas, que podrían diferir de las que se contemplan en otros contextos.

El personal de enfermería resulta fundamental para el adecuado proceso de adaptación de los familiares del paciente crítico, y también para el estudio y desarrollo de intervenciones orientadas a proveer a las familias de recursos de afrontamiento frente al ingreso de un ser querido en cuidados intensivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verhaeghe S T, Van Zuuren F J, Grypdonck M H, Duijnstee M S, Defloor T. (2010). The focus of family members' functioning in the acute phase of traumatic coma. *J Clin Nurs*. 2010;19(3 4):574-82. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02987.x
2. Chien W T, Chiu Y L, Lam L W, Ip W Y. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(1):39-50. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.01.006
3. Davidson J E, Jones C, Bienvenu O J. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012;40(2):618-24. doi:10.1097/CCM.0b013e318236ebf9
4. Davidson J E, Agan D, Brady N, Daly B, Higgins P. Facilitated Sensemaking: Testing of a Mid-Range Theory for Family Support. *Crit Care Nurs Q*. 2009;33(2):177-89. Recuperado de <http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/157709>
5. Butler J M, Hirshberg E L, Hopkins R O, Wilson E L, Orme J F, Beesley S J et al. Preliminary Identification of Coping Profiles Relevant to Surrogate Decision Making in the ICU. *PLoS one*. 2016;11(11):e0166542. doi:10.1371/journal.pone.0166542
6. Folkman S, Lazarus R S, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R J. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(5):992. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992
7. Stone A A, Greenberg M A, Kennedy-Moore E, Newman M G. Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(4):648-58. doi: 10.1037/0022-3514.61.4.648
8. Gol A R, Cook S W. Exploring the underlying dimensions of coping: A concept mapping approach. *J Soc Clin Psychol*. 2004;23(2):155-71. doi: 10.1521/jscp.23.2.155.31021
9. Bäckström J, Ekselius L, Gerdin B, Willebrand M. Prediction of psychological symptoms in family members of patients with burns 1 year after injury. *J Adv Nurs*. 2013;69(2):384-93. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06017.x
10. Davidson J E. Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse*. 2010;30(6):28-39. doi: 10.4037/ccn2010410
11. Prichard C, Newcomb P. Benefit to Family Members of Delivering Hand Massage With Essential Oils to Critically Ill Patients. *Am J Crit Care*. 2015;24(5):446-9. doi: 10.4037/ajcc2015767.
12. Azoulay É, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med*. 2003;29(9):1498-504. doi: 10.1007/s00134-003-1904-y
13. Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit J F, Diaw F, Brochon S, Vesin A, Moulard M L. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care*. 2010;25(4):634-40. doi:10.1016/j.jcrc.2010.03.001
14. Urrútia G, Bonfill X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin*. 2010;135(11):507-11. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
15. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López J B. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. (Cuaderno III, pp. 3-8). Alicante: CASPe; 2010. http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force=
16. Center for Evidence Based Management. Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study. 2014. Recuperado el 24 de Abril de 2017, de: <https://www.cebm.org/wp-content/uploads/Critical-Appraisal-Questions-for-a-Cross-Sectional-Study-july-2014.pdf>
17. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*. 2003; 129(2), 216. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
18. McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K., & Puntillo, K. A. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med*, 2010;38(4), 1078-85. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181cf6d94
19. Nadig, N., Huff, N. G., Cox, C. E., & Ford, D. Coping as a Multi-Faceted Construct: Associations with Psychological Outcomes among Family Members of Mechanical Ventilation Survivors. *Crit Care Med*. 2016; 44(9), 1710. doi: 10.1097/CCM.0000000000001761
20. Petrincic A B, Mazanec P M, Burant C J, Hoffer A, Daly B J. Coping strategies and posttraumatic stress symptoms in post-ICU family decision makers. *Crit Care Med*. 2015;43(6):1205. doi: 10.1097/CCM.0000000000000934
21. Shaffer, K. M., Riklin, E., Jacobs, J. M., Rosand, J., & Vranceanu, A. M. Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *J crit care*. 2016; 36, 154-59. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.010
22. Rueckriegel S M, Baron M, Domschke K, Neuderth S, Kunze E, Kessler A F et al. Trauma- and distress-associated mental illness symptoms in close relatives of patients with severe traumatic brain injury and high-grade subarachnoid hemorrhage. *Acta Neurochir*. 2015;157(8):1329-36. doi: 10.1007/s00701-015-2470-0.
23. Casarini K A, Gorayeb R, Basile Filho A. Coping by relatives of critical care patients. *Heart Lung J Acute Critical Care*. 2009;38(3):217-27. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.05.003
24. Jimenez-Ocampo, V. F., & Gutiérrez, L. S. Z. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 2013; 13(2), 159-72. doi: 10.5294/aqui.2013.13.2.2
25. Chui W Y Y, Chan S W C. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nurs*. 2007;16(2):372-81. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01461.x
26. Acaroğlu R, Kaya H, Sendir M, Tosun K, Turan Y. Levels of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the Neurosurgery Intensive Care Unit. *Neurosci*. 2008;13(1):41-5. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/9af6/7481428f271184e-829003888308df4862a9.pdf>
27. Chan K S, Twinn S. An analysis of the stressors and coping strategies of Chinese adults with a partner admitted to an intensive care unit in Hong Kong: an exploratory study. *J Clin Nurs*. 2007;16(1):185-93. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01452.x
28. Chiang V C. Surviving a critical illness through mutually being there with each other: a grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(6):317-30. Doi:10.1016/j.iccn.2011.09.001
29. Kean, S. The emergence of negotiated family care in intensive care-a grounded theory approach. (Tesis doctoral). The University of Edinburgh; 2007. <https://www.era.lib.ed.ac.uk/handle/1842/2838>
30. McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(5):254-61. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.004
31. Herrera M M, González G M C. La experiencia del familiar de la unidad de cuidados intensivos en Bucaramanga: un estudio fenomenológico. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 2015;15(1):95-106. Recuperado de <http://revistas.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/720/908>
32. Eggenberger S K, Nelms T P. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *J Clin Nurs*. 2007;16(9):1618-28. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01659.x
33. Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25(1):10-20. doi: 10.1016/j.iccn.2008.04.003
34. Frivold, G., Slettebø, Å., & Dale, B. Family members' lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: a phenomenological hermeneutical study. *J clin nurs*. 2016; 25(3-4), 392-402. doi: 10.1111/jocn.13059
35. Söderström M K, Saveman B I, Hagberg M S, Benzein E G. Family adaptation in relation to a family member's stay in ICU. *Intensive Crit Care Nurs*. 2009;25(5):250-57. doi: 10.1016/j.iccn.2009.06.006
36. D'Zurilla T J, Maydeu-Olivares A. Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy*. 1995;26(3):409-32. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80091-7
37. Parker J D, Endler N S.(1992). Coping with coping assessment: A critical review. *Eur. J. Pers*. 1992;6(5):321-44. doi: 10.1002/per.2410060502
38. Belio M P, Vivar C G. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):51-67. doi: 10.1016/j.enfi.2011.06.001
39. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*. 2016;40(9):527-40. doi: 10.1016/j.medin.2016.03.005
40. Verhaeghe S, Defloor T, Grypdonck M. Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(8):1004-12. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01126.x
41. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care*. 2009;18(6): 543-52. doi: 10.4037/ajcc2009226
42. Tavangar H, Shahriari-Kalantary M, Salimi T, Jarahzadeh M, Sarebanhassanabadi M. Effect of family members' voice on level of consciousness of comatose patients admitted to the intensive care unit: A single-blind randomized controlled trial. *Adv Biomed Res*. 2015;4. doi: 10.4103/2277-9175.157806
43. Vincent J L, Shehabi Y, Walsh T S, Pandharipande P P, Ball J A, Spronk P, Badenes R. Comfort and patient-centered care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):962-71. doi: 10.1007/s00134-016-4297-4
44. Zaforteza Lallemand, C. Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa. (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears; 2010. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/tesisUIB/archives/Zaforteza_dir/Zaforteza_Lallemand_Concepcion.pdf
45. Macias M A, Orozco C M, Amaris M V, Zambraño J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*. 2013;30(1). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10584/506>