



Facultad de Ciencias de la Salud  
Sección de Medicina,  
Enfermería y Fisioterapia



# Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos

Sara Adrián Barreto

Tutora: María Mercedes Arias Hernández

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Medicina, Enfermería y  
Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Tenerife

Junio 2017

# Índice

Resumen .....	4
Palabras clave .....	4
1. MARCO TEÓRICO .....	6
1.1. Introducción .....	6
1.2. La familia del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos y sus necesidades .....	7
1.3. Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos .....	14
1.3.1. Enfermería ante las necesidades de la familia del paciente crítico .....	18
1.3.2. Humanización de los cuidados y Proyecto HU-CI .....	20
1.3.3. La Teoría de la Comprensión Facilitada .....	21
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	24
2.1. Justificación .....	24
2.2. Objetivos.....	24
2.2.1. Objetivo general .....	24
2.2.2. Objetivos específicos .....	24
2.3. Fase Metodológica de la Investigación .....	25
2.3.1. Población de estudio .....	25
2.3.2. Cálculo de la muestra .....	26
2.3.3. Las variables de la investigación .....	28
2.3.4. Las herramientas de recogida de datos .....	28
2.4. Fase Empírica de la Investigación .....	29
2.4.1. Métodos de recogida de datos .....	29
2.4.2. Análisis de los datos .....	29
2.5. Plan de trabajo .....	30
2.6. Consideraciones éticas .....	30
2.7. Utilidad de los resultados .....	31
2.8. Recursos y presupuesto.....	31
3. Bibliografía .....	32
4. Anexos .....	40
4.1. Anexo I. Cuestionario SF-UCI (34) .....	40
4.2. Anexo II. Entrevista semi-estructurada .....	47
4.3. Anexo III. Cronograma de trabajo .....	48

4.4. Anexo IV. Consentimiento informado .....	49
4.5. Anexo V. Carta de autorización .....	50
4.6. Anexo VI. Carta de autorización al Comité Ético de Investigación .....	51
4.7. Anexo VII. Compromiso del investigador .....	52
4.8. Anexo VIII. Presupuesto .....	53

## **RESUMEN**

El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es percibido como una experiencia estresante, traumática y desagradable, debido a las connotaciones negativas que dichas unidades presentan. Estas sensaciones no sólo las experimenta el paciente crítico, sino sus familiares, los cuales deben ser considerados sujetos de cuidado.

Este proyecto de investigación plantea conocer el nivel de satisfacción, con la atención de enfermería, de los familiares de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC) e identificar los factores que influyen en esta atención.

Se utilizará una metodología mixta, con un enfoque cuantitativo para valorar el nivel de satisfacción familiar y un enfoque cualitativo para conocer la opinión de las enfermeras de estas unidades. Como instrumentos de medida se usará el cuestionario Satisfacción Familiar con los Cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos FS-UCI (34) y una entrevista semi-estructurada.

El conocimiento de la experiencia de los familiares de los pacientes críticos ayudará a los profesionales de enfermería a detectar y poner en marcha medidas de mejora de la prestación de cuidados y visibilizar ante las instituciones sanitarias canarias y los gestores de la importancia de la atención a la familia.

**PALABRAS CLAVE:** enfermería, paciente crítico, humanización, cuidados, familia.

## **ABSTRACT**

The admission in the Intensive Care Units (ICU) is perceived as a stressful, traumatic and disagreeable experience because of the negative connotations that these units present. These feelings are not only experienced by the critical patients, but also their family, who must be considered as a care subject.

This research project raises to know the level of satisfaction about the nursing care from the family of the patient admitted in the Intensive Care Unit of adults of Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) and Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC) and identify the factors that influence it.

The project is going to use a mixed methodology, with a quantitative approach to assess the family's level of satisfaction, and a qualitative approach to know the nurses opinion of these units. It will use the validated questionnaire Family Satisfaction Intensive Care Unit FS-ICU (34) and a semi structured interview as measuring instruments.

The knowledge of the family members about their experience will help nurses to detect and improve the care provision and to make visible to canary health institutions and managers the importance of family attention.

**KEYWORDS:** nursing, critical patient, humanization, care, family.

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1. Introducción

El ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos suele producirse de manera repentina e inesperada, lo que lleva a sus familiares a vivir esta situación de manera angustiada y estresante, pudiendo sobrepasar sus capacidades de afrontamiento. Este hecho va a producir en la familia un estado de desorganización, que cursa con diferentes emociones negativas, como miedo, frustración o culpa, surgiendo, finalmente, una serie de necesidades. El papel de enfermería en este proceso es identificar de manera individual las necesidades de los familiares, para posteriormente intervenir y conseguir la máxima adaptación de éstos a la situación actual<sup>1, 2, 3</sup>.

“La enfermería es una ciencia de la salud y es una ciencia humana, porque el centro de su responsabilidad, de la atención, del cuidado que ofrece, son las personas contempladas en todas sus dimensiones”. Los profesionales de enfermería deben llevar a cabo su profesión basándose en el método científico “el Proceso de Atención de Enfermería” que engloba, no solamente los cuidados dirigidos al proceso médico diagnosticado, sino que contempla al ser humano en todos sus contextos: físico, psicológico, espiritual y social. Enfermería ha de reconocer las necesidades de salud de los individuos con el objetivo de satisfacer aquellas que no pueden ser satisfechas por ellos mismos<sup>4</sup>.

El personal de enfermería es responsable de ofrecer cuidados integrales y holísticos, y como refiere Watson (2010) en la teoría del *caring*, estos cuidados deben incluir a la familia del paciente crítico<sup>5</sup>, ya que ésta es considerada una unidad en la que todos sus miembros forman un estrecho vínculo, por lo que cualquier cambio en uno de ellos repercutirá en los demás. Los profesionales de la salud no deben olvidar que la familia es una parte importante en el proceso de salud-enfermedad, siendo primordial establecer una relación entre la enfermera, el paciente y la familia<sup>5, 6</sup>.

La experiencia de los familiares en una Unidad de Cuidados Intensivos comenzó a ser objeto de estudio en 1970, siendo la enfermera americana Nancy Molter (1979) la primera que establece las necesidades de las familias: necesidad de información, proximidad, seguridad, comodidad y apoyo. Desarrolló un cuestionario llamado Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), con el que pretende determinar la importancia que confieren los familiares a dichas necesidades<sup>7</sup>. Desde entonces, las necesidades de los familiares ha sido un tema muy investigado y descrito en la literatura a nivel nacional e internacional. Pero, me hago la misma pregunta que se planteó Zaforteza (2010): “¿por

qué, ante tanta evidencia, española e internacional, de que los familiares precisaban cuidados para transitar por esta experiencia, los profesionales de las UCI seguíamos trabajando sin tenerlas en cuenta?”. Zaforteza afirma que “en la actualidad es necesario participar de la nueva tendencia de investigación en traducción de conocimiento a la práctica clínica”<sup>8</sup>.

El estudio de las necesidades propias de la familia de los pacientes en las Unidades de Cuidados Intensivos en la Comunidad Autónoma de Canarias dispone de una escasa literatura, lo que nos ha llevado a diseñar este proyecto de investigación en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC), con el objetivo de describir la situación actual que permita intervenir para alcanzar unos niveles de calidad asistencial óptimos.

## **1.2. La familia del paciente ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos y sus necesidades**

El Ministerio de Sanidad y Política Social define La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como “una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico”<sup>9</sup>.

La Unidad de Cuidados Intensivos desde su creación ha tenido como característica principal el ser un servicio cerrado y de avanzada tecnología, donde se le da prioridad al aspecto biológico de la persona, dejando en un segundo plano los aspectos psicológico, social y conductual<sup>10, 11</sup>. La organización de las UCI ha sido diseñada tradicionalmente con el propósito de facilitar el trabajo a los profesionales de medicina y enfermería<sup>12</sup>.

El progreso científico ha incrementado la esperanza de vida del ser humano de manera considerable, pero este hecho trae consigo un problema de deshumanización de la asistencia sanitaria, especialmente en el contexto de la UCI, donde se tiende a priorizar la técnica<sup>13</sup>.

Humanizar la asistencia significa “hacerla digna del ser humano y coherente, por tanto, con los valores que él siente como peculiares e inalienables”, siendo un derecho de todos los pacientes. Los profesionales de enfermería, debido a que son el personal que pasa gran cantidad de tiempo junto a los pacientes, son los más capacitados para otorgar cuidados humanizados<sup>13</sup>.

La familia es un sistema formado por diferentes miembros que se relacionan entre sí, los cuales comparten características comunes, como estilo de vida y creencias. Muchas veces la familia se define como una unidad, en la que cualquier cambio en alguno de sus miembros repercute en los demás. Esta modificación generará una desorganización en la estructura familiar, provocando finalmente una situación de crisis<sup>6, 11</sup>.

La hospitalización de un miembro en cualquier área del hospital afecta a la unidad familiar, ya que es considerada una situación negativa. Si dicha hospitalización se produce en una UCI, este hecho es percibido con mayor estrés, ya que el ingreso en este servicio generalmente indica gravedad del paciente, aislamiento de la familia por restricción del horario de visitas, desconocimiento, cambios de estado rápidos y toma de decisiones en tiempos limitados<sup>11, 14</sup>.

Davidson (2010), en el artículo donde expone la Teoría de la Comprensión Facilitada, concluye que entre el 33 y el 80% de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos durante más de noventa días sufren ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático<sup>15</sup>.

Actualmente existe una gran variedad de bibliografía en la que se afirma que el cuidado del paciente en las UCI debe incluir la atención a la familia. Sin embargo, a pesar de que este deber es conocido por los profesionales de la UCI, en el momento de ingreso de un paciente a la unidad, la familia no es considerada como una prioridad e incluso, muchas veces, es percibida como un elemento molesto en el proceso de cuidado del paciente<sup>6</sup>.

El cuidado de los familiares del paciente crítico es un tema que ha sido objeto de investigación enfermero desde la década de los setenta, época en la se comenzaron a estudiar y a dar importancia a las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos. Antes de esta fecha sólo se consideraba como elemento de cuidado al paciente<sup>14</sup>.



La primera enfermera que se dedicó al estudio de las familias fue Molter, quien realizó, en 1979, un estudio cuyo objetivo era valorar las necesidades de las familias de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Molter desarrolló el cuestionario Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), con el fin de medir el nivel de importancia que las familias confieren a las necesidades de información, seguridad, proximidad al paciente, apoyo emocional por parte de los profesionales y comodidad o confort (**Tabla 1**)<sup>7,16</sup>.

**Tabla 1.** Necesidades de los familiares del paciente crítico

<b>Necesidades de los familiares</b>	<b>Definición</b>
Necesidad de información	La información recibida y las emociones que generan en la familia.
Necesidad de seguridad	Seguridad con el ambiente tecnificado y la confianza con el personal sanitario.
Necesidad de proximidad	Importancia de la proximidad y la involucración en el cuidado de su familiar.
Necesidad de apoyo	Prestar apoyo y consuelo a las familias y que éstas puedan expresar sus sentimientos y emociones.
Necesidad de confort	Disponibilidad de un espacio adecuado a las necesidades de la familia.

Fuente: modificada de Ortega Segura C y colaboradoras (2015).

El CCFNI ha sido utilizado a lo largo de los años en los estudios de numerosos investigadores que tienen como objetivo determinar las necesidades más importantes de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI. El enfermero Padilla (2014) elaboró un estudio cuyo objetivo fue “identificar las necesidades más importantes de los familiares del paciente crítico adulto descritas en la literatura conforme a las dimensiones establecidas en el Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Molter y Leske”. Como resultado obtuvo que la principal necesidad de la familia es la de seguridad, seguida de la necesidad de información, mientras que a la que confieren menos importancia es a la de confort<sup>7</sup>.

Es importante señalar que cada paciente y familiar tiene diferentes necesidades, y que cada uno le confiere la importancia que considera<sup>17</sup>.

Existen determinadas características que influyen en las personas a la hora de priorizar las necesidades, entre las que se encuentran la ubicación geográfica, las creencias, los valores, la religión, el nivel educativo y socioeconómico, el ser hombre o mujer, encontrarse en un hospital público o privado y el haber estado en una Unidad de Cuidados Intensivos previamente<sup>7</sup>. Es por esto que los profesionales deben atender individualmente a cada sujeto, satisfaciendo sus necesidades personales.

A continuación, se describen las necesidades familiares descritas en la literatura consultada:

### Necesidad de información

Numerosos estudios, como el elaborado por las enfermeras Ortega Segura y colaboradoras (2015), han demostrado que la necesidad de información es la más demandada por parte de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos<sup>10</sup>. Le dan mucha importancia al hecho de recibir información por parte de los profesionales de la salud que tratan a su familiar, independientemente de su nivel cultural, educativo, de la edad o el sexo. Los médicos y enfermeras son los responsables de transmitir la información referente al paciente atendiendo a las peculiaridades de las familias, debiendo ser ésta comprensible, clara, concreta y veraz<sup>11,18</sup>, como se recoge en el artículo 10, punto 5 de la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, que establece como derecho del paciente “a que se dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”<sup>19</sup>.

El recibir información reduce los niveles de estrés, ansiedad y preocupación de los miembros de la familia y además, está demostrado que aquellas personas que reciben una adecuada información viven el ingreso de su familiar de una manera menos traumática<sup>11</sup>. Sin embargo, la transmisión de información está restringida al horario de visita, lo cual inquieta a los familiares que demandan llamadas telefónicas para recibir información de los cambios que puedan surgir<sup>10,11</sup>.

Otro aspecto que incomoda a los familiares es el escaso tiempo que dedican los profesionales para dar la información, lo cual hacen de manera rápida y fría. Lo ideal sería hablar con los familiares en un ambiente adecuado y empático, donde se respete la intimidad y confidencialidad<sup>11,18</sup>.

Los médicos y enfermeras han de coordinarse en el momento de emitir la información y hacerlo conjuntamente, con el objetivo de englobar todos los aspectos referentes al paciente y así ofrecer a los familiares una información completa, reduciendo sus posibles dudas. De este modo, la información otorgada por el médico será acerca de la evolución médica, pronóstico y tratamiento del paciente, mientras que la enfermera dará información de los cuidados de enfermería, constantes vitales, alimentación, sueño y descanso, etc<sup>18,20</sup>.

Los médicos tienen bastante integrada la idea del deber de informar, al contrario que las enfermeras, a pesar de ser éstas últimas las que pasan mayor tiempo con el paciente y por tanto, podrían ser más susceptibles a reducir su angustia y resolver sus dudas con respecto a los cuidados habituales de enfermería, sin sobrepasar los límites de sus competencias<sup>11, 21</sup>.

Pérez Fernández y colaboradores (2010) concluye en su estudio que la información que más demandan los familiares de los pacientes críticos a los profesionales de enfermería es aquella que compete a su labor. En valores porcentuales, las preguntas que realizan referentes a las constantes vitales corresponden a un 19%, sobre la monitorización un 18%, acerca de los horarios de visita un 17% y un 15% sobre los cuidados de enfermería. Las preguntas acerca de la evolución y complicaciones del paciente corresponden a un 14%, acerca de la fecha de alta un 9%, en cuanto a las pruebas diagnósticas un 3% y sobre información médica un 8%. Este mismo artículo recoge la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la información que deben ofrecer y un 5% de éstos considera que no debe dar ningún tipo de información a las familias<sup>20</sup>.

Los artículos 10, 11, 12 y 13 del capítulo II del Código Deontológico de la Enfermería Española exponen la responsabilidad del enfermero de proporcionar la información al paciente o en el caso de que éste no esté capacitado, a un familiar, en términos comprensibles, sin sobrepasar los límites de sus competencias<sup>22</sup>.

Además, las familias deben ser informadas por parte del personal sanitario acerca de las normas y rutinas de la UCI<sup>18</sup>.

### Necesidad de esperanza

Las familias tienden a vincular una Unidad de Cuidados Intensivos con la muerte, por lo que muchas veces sienten la necesidad de escuchar mensajes esperanzadores por parte de los profesionales que atienden a su ser querido. Mensajes que les animen a creer que su familiar seguirá vivo un día más<sup>10</sup>. Sin embargo, nunca se deben crear falsas esperanzas, debiendo ser siempre la información veraz<sup>11</sup>.

### Necesidad de proximidad

El hecho de que los familiares permanezcan al lado del enfermo produce consecuencias positivas para ambos. Por un lado, el enfermo no experimenta tanta soledad y el estar con sus familiares hace que su nivel de ansiedad se vea reducido, apoyándose en ellos para afrontar su enfermedad<sup>23</sup>. Del mismo modo, la proximidad es beneficiosa para los familiares, como muestra el estudio elaborado por Errasti-Ibarrondo

y Tricas-Sauras (2012), ya que disminuye la ansiedad y el estrés y mejora la satisfacción y el nivel de comprensión de la información recibida por parte de los sanitarios<sup>11, 17</sup>.

Sin embargo, esta necesidad no está cubierta en la mayoría de las UCI de los hospitales de España, debido a la política de visitas restringidas. A pesar de que se ha demostrado que una mayor flexibilidad de las visitas no conlleva repercusiones negativas, como un aumento de las infecciones, limitaciones a la hora de realizar los cuidados o un menor rendimiento de los profesionales, no se ha incorporado la política de puertas abiertas sin restricciones horarias<sup>11</sup>.

Podemos destacar el Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona, el cual cuenta con una flexibilidad en el horario de visitas en la UCI de adultos. Ortega Segura y colaboradoras (2015) llevaron a cabo un estudio sobre las necesidades de la familia del paciente crítico en dicho hospital y concluyen que los familiares no concebían la proximidad con el paciente como una necesidad, ya que ésta estaba resuelta con la política de puertas abiertas en la unidad desde la 13:00 hasta las 22:00 horas<sup>10</sup>.

El estudio realizado por Arricivita y colaboradores (2002) define las características de la organización de las visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad Autónoma de Canarias. Recoge datos acerca de los momentos y la duración de la visita familiar. Sólo hay dos periodos de visita al día, siendo la duración de éstos entre 30 minutos (45,45%) y 60 minutos (31,82%)<sup>24</sup>. A pesar de que desde entonces se conocen los beneficios de una mayor flexibilidad en el horario de visitas, tras quince años esta situación prácticamente no ha variado en la mayoría de las UCI de los hospitales de las Islas Canarias.

Zaforteza y colaboradores (2010) demuestra que “la cultura cerrada de las UCI es muy potente” y que “la atención a las familias además de no estar en la agenda de los profesionales, tampoco lo está en la agenda de los gestores, que no han destinado ni destinan presupuesto a proyectos de inclusión de las familias/allegados en los procesos de los usuarios”. Este estudio se realizó con el objetivo de conocer la opinión de los profesionales sanitarios de dos UCI de las Islas Baleares acerca de una propuesta de ampliación del horario de visitas. De 93 personas, 51 manifestaron no estar de acuerdo y 42 que sí estaban de acuerdo. En las respuestas de las preguntas abiertas algunos profesionales expresaron que están de acuerdo en ampliar el horario pero no en un número excesivo de horas y en función del estado del paciente y/o de la unidad. Otros mostraron ciertas dudas acerca de los verdaderos beneficios que supone esta ampliación del horario para los pacientes y sus familias. Finalmente, el personal describe una serie de inconvenientes que dificultan esta propuesta, como el pequeño tamaño de los

cubículos y la ausencia de asientos para los familiares, la falta de intimidad debido a la estructura abierta de la unidad, así como la falta de intimidad de los propios pacientes debido a la presencia de sus allegados, el agotamiento físico y psicológico que supone para las familias el estar tanto tiempo en la unidad y las dificultades que se crean para el personal a la hora de realizar su trabajo<sup>23</sup>.

No obstante, el estudio realizado por Holanda-Peña y colaboradores (2013), concluye que los pacientes encuestados se muestran satisfechos con el número y la duración de las visitas familiares (dos al día, con una duración de quince minutos) de la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla<sup>25</sup>.

### Necesidad de seguridad

Esta necesidad se solventa cuando los familiares sienten y confían en que su ser querido está en manos de profesionales lo suficientemente capacitados<sup>14</sup>. El estudio realizado por la enfermera Hidalgo y colaboradores (2007), concluye que la necesidad de seguridad y confianza es considerada como la más importante para los familiares con un 50,3 %<sup>16</sup>.

### Necesidad de apoyo psicológico

Las familias viven el ingreso de su ser querido en una Unidad de Cuidados Intensivos de una manera angustiosa, estresante, llena de temor e incertidumbre<sup>26, 27</sup>. Por ello, el prestar apoyo emocional y consuelo a las familias y que éstas puedan expresar sus sentimientos y vivencias mejora de manera considerable su bienestar<sup>11</sup>.

Cada individuo busca este apoyo en diferentes sujetos, es decir, hay quienes lo buscan en el personal médico o de enfermería y otros que necesitan la presencia de un sacerdote<sup>18</sup>.

Muchas veces las enfermeras no son capaces de ofrecer a los familiares apoyo emocional, lo cual puede ser debido a la consideración de la UCI como una unidad altamente tecnificada, lo cual conduce a la deshumanización, e incluso esta dificultad puede estar relacionada con el desconocimiento que las enfermeras tienen acerca de considerar a la familia como una unidad<sup>18</sup>.

El estudio de Holanda-Peña (2015) realizado en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdesilla de Santander, revela una baja satisfacción de los familiares con respecto a esta necesidad. Un 23,33% de los familiares anhelaron apoyo psicológico por parte de los profesionales y un 12% hubieran deseado asistencia religiosa<sup>25</sup>.

### Necesidad de confort

Aunque se trata de la necesidad a la que menos importancia dan los familiares, muchos de éstos se quejan, sobre todo, de las salas de espera, donde pasan la mayor parte del tiempo. Éstas no suelen estar próximas a la unidad y generalmente son pequeñas y frías. Además, a pesar de ser el lugar donde las familias pasan horas de angustia, no perciben apoyo emocional por parte de los profesionales<sup>11, 18</sup>.

Las salas de espera deberían disponer al menos, de asientos cómodos, teléfonos, mantas y almohadas y una adecuada ventilación<sup>11</sup>. Además, el hecho de que las Unidades de Cuidados Intensivos presenten una estructura abierta, repercute en la intimidad de los pacientes y familiares<sup>23</sup>.

Karlsson et al (2011) demuestra que la necesidad peor valorada por parte de las familias en una UCI sueca es la de confort. Definen la sala de espera como estrecha y fría, incluso se quejan diciendo que se han de sentar unos encima de otros. Además, la consideran poco íntima y privada por el hecho de que allí se agrupan todas las familias<sup>28</sup>. Igualmente, el estudio realizado por Holanda-Peña y colaboradores (2013) concluye que los familiares valoran negativamente la sala de espera, sobre todo por la lejanía con respecto a la unidad<sup>25</sup>.

### **1.3. Enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos**

La enfermera de cuidados intensivos es el profesional que “proporciona cuidados a pacientes con situación clínica crítica que presentan un desequilibrio severo de uno o más sistemas fisiológicos principales, con compromiso vital real o potencial, utilizando una metodología basada en los avances producidos en el área de los cuidados de salud, la ética y la evidencia científica”<sup>29</sup>.

Una Unidad de Cuidados Intensivos es una unidad compleja, que requiere de profesionales de enfermería que tengan integrados ciertos conocimientos, habilidades y actitudes<sup>30</sup> necesarios para llevar a cabo una práctica enfermera basada en la atención integral, considerando al paciente como un ser biopsicosocial, incluyendo siempre a la unidad familiar<sup>29</sup>.

Para asegurar que las enfermeras de cuidados intensivos sean competentes para desarrollar este rol es necesario ofrecerles formación en cuidados intensivos así como herramientas locales de competencias<sup>30</sup>.

A pesar de que la especialización de enfermería intensivista aún no es una especialidad oficialmente reconocida en España, algunas asociaciones de enfermería en el ámbito de cuidados intensivos (Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades de Coronarias-SEEIUC, American Association of Critical Care Nurses-AACN, British Association of Critical Care Nurses-BACCN y Australian College of Critical Care Nurses-ACCCN) han descrito ciertas competencias que deben adquirir los profesionales de enfermería con la finalidad de ofrecer unos cuidados de calidad en esta unidad<sup>31</sup>.

La Federación Europea de Asociaciones de Enfermería de Cuidados Intensivos (EfCCNa) desarrolló, en el año 2013, un documento en el que se exponen las competencias para las enfermeras de cuidados intensivos en Europa. El objetivo principal de dicho documento es “la creación de una herramienta de competencias que los equipos de cuidados intensivos puedan utilizar para facilitar y potenciar el desarrollo profesional permanente de las enfermeras”. Esta herramienta elaborada por la EfCCNa incluye las competencias divididas en cuatro ámbitos (clínico, profesional, de gestión y de desarrollo) y subámbitos<sup>30</sup>, que a continuación vamos a ir desarrollando.

#### ÁMBITO CLÍNICO

Las competencias descritas en este ámbito pretenden fomentar unos cuidados enfermeros que sean seguros y efectivos para el paciente crítico y sus familiares.

Incluye los siguientes subámbitos:

Evaluación y diagnóstico enfermero: la enfermera de cuidados intensivos recoge, sintetiza y utiliza los datos necesarios para llevar a cabo una correcta valoración del paciente y su familia.

Planificación: la enfermera de cuidados intensivos establece un plan de cuidados personalizado y dinámico, en colaboración con el paciente, sus familiares y los otros profesionales del equipo, con el fin de lograr conjuntamente los objetivos formulados.

Implementación: la enfermera de cuidados intensivos presta los cuidados establecidos al enfermo, ejecutando las intervenciones y actividades de cuidados planificadas. La enfermera presenta numerosas funciones en este subámbito, tales como:

- Reconocer, valorar, estabilizar y tratar un paciente crítico que ha sufrido un deterioro o colapso, así como actuar ante una reanimación cardiopulmonar y realizar otros procedimientos invasivos propios de este ámbito asistencial.
- La enfermera se encarga de atender psicológicamente al paciente y de valorar su confort. Puede valorar y disminuir los efectos psicológicos del enfermo y su familia. La comunicación ha de ser efectiva, utilizando para dar la información un

lenguaje claro y comprensible. Puede comunicar malas noticias, actuando frente a las reacciones del paciente y sus familiares, ofreciéndoles apoyo emocional. Permite a los pacientes y familiares que tomen decisiones y explica las consecuencias de éstas.

- La enfermera que atiende a pacientes críticos puede trasladarlos fuera de la unidad cuando precisen.
- La enfermera contribuye en el proceso de rehabilitación del enfermo, es capaz de atender a pacientes al final de la vida y también de prestar cuidados al paciente donante de órganos.

Evaluación: la enfermera continuamente y basándose en la evidencia evalúa los resultados obtenidos, determinando la efectividad o no de las intervenciones. Si es necesario, modifica el plan de cuidados. Realiza la evaluación conjuntamente con los demás profesionales.

#### ÁMBITO PROFESIONAL

Las competencias descritas en este ámbito pretenden fomentar y potenciar la práctica profesional en cuidados intensivos.

Incluye los siguientes subámbitos:

Toma de decisiones complejas: la enfermera de cuidados intensivos continuamente toma decisiones y para ello utiliza la mejor evidencia disponible y tiene en cuenta las preferencias del paciente y sus familiares.

Ético y legal: la enfermera de cuidados intensivos rige su práctica en la unidad bajo unos principios éticos. Respeta la igualdad y la diversidad de los usuarios, conoce y respeta la legislación relacionada con la atención al paciente y la prestación de servicios sanitarios: consentimiento informado, autonomía del paciente, confidencialidad, protección de datos.

Comunicación: la enfermera de cuidados intensivos se comunica continuamente con el equipo de trabajo, el paciente y la familia. La comunicación en todo momento ha de ser efectiva y empática.

#### ÁMBITO DE GESTIÓN

Las competencias descritas en este ámbito pretenden un desarrollo de conocimientos y habilidades en el campo de la gestión y organización relacionada con las enfermeras de cuidados intensivos.

Incluye los siguientes subámbitos:



Gestión de la unidad: la enfermera dentro de la unidad de cuidados intensivos gestiona los cuidados que ofrece, gestiona el tiempo en función de las necesidades del paciente, gestiona los cambios que se puedan producir, adaptándose a éstos de manera efectiva y gestiona los recursos de los cuales dispone, valorando siempre la relación coste-eficacia.

La enfermera asume el papel de líder dentro de su equipo. Coordina, gestiona e informa las actividades de los profesionales del equipo, realizando un seguimiento de las mismas para garantizar que sean efectivas.

Gestión de equipos: la enfermera reconoce los roles de cada miembro del equipo multidisciplinar y gestiona las actividades de éstos, intentando crear un ambiente de trabajo basado en la confianza, colaboración y respeto. Fomenta la participación a la hora de aportar ideas. Elogia a sus compañeros de equipo cuando llevan a cabo las cosas de manera correcta, al igual que les comenta con respeto cuando han realizado algo de manera incorrecta, con el objetivo de mejorar.

La enfermera gestiona los incidentes que se producen en la unidad, identificándolos, actuando ante ellos y finalmente informando de lo ocurrido.

Sabe cómo evitar los factores estresantes que se puedan producir en el trabajo y si se producen, sabe actuar de manera efectiva ante estas situaciones de estrés.

Entorno seguro y comprensivo: la enfermera se encarga de prevenir la sobrecarga sensorial del paciente ingresado en la UCI, disminuyendo los ruidos, la iluminación y la sobreestimulación a la que pueda estar expuesto. Fomenta el descanso y el sueño y ayuda al paciente a que permanezca orientado en tiempo, espacio y persona dentro de la unidad.

Mantiene la seguridad del entorno del paciente. Utiliza y desecha de manera segura los materiales contaminados, biológicos, químicos y tóxicos en función de los protocolos establecidos y gestiona la medicación de manera segura.

Garantía de calidad: la enfermera de cuidados intensivos en la práctica clínica hace uso de las recomendaciones, políticas y directrices descritas. Asiste y participa en auditorías clínicas con el fin de mejorar la calidad de los cuidados. Participa en la recogida de datos necesarios para determinar los indicadores de calidad. Participa en la búsqueda de conocimientos y prácticas con el fin de mejorar la calidad del trabajo enfermero.

## ÁMBITO EDUCATIVO Y DE DESARROLLO

Las competencias descritas en este ámbito pretenden facilitar la educación y el desarrollo de las enfermeras de cuidados intensivos.

Incluye los siguientes subámbitos:

Educación y desarrollo personal: la enfermera participa en el proceso de educación permanente con el objetivo de garantizar un desarrollo profesional. Lleva a cabo una práctica reflexiva de su profesión, determinando acciones futuras que se pueden realizar para mejorar la práctica enfermera.

Educación y desarrollo de los demás: la enfermera ofrece conocimientos educativos, por una parte a los profesionales del equipo y por otra, a los pacientes y familiares.

Práctica basada en la evidencia: la enfermera lleva a cabo la práctica clínica basándose en la mejor y actual evidencia disponible. Participa, cuando tiene la ocasión, en actividades de investigación clínica y en el desarrollo de protocolos.

### **1.3.1. Enfermería ante las necesidades de la familia del paciente crítico**

En las Unidades de Cuidados Intensivos trabajan numerosos profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc. Entre éstos, es el personal de enfermería quien pasa mayor tiempo e interactúa con mayor frecuencia con el paciente y su familia y por tanto, son los más indicados para identificar de manera individual sus necesidades con el objetivo de satisfacerlas<sup>7, 12</sup>.

Numerosos estudios afirman que el hecho de que las necesidades de los familiares sean reconocidas y satisfechas por los profesionales es beneficioso, tanto para los familiares como para los pacientes<sup>10, 17, 18</sup>. La familia contribuye positivamente en la recuperación del enfermo y además, el hecho de involucrar a las familias en los cuidados del paciente hace que disminuyan los niveles de ansiedad de ambos<sup>11</sup>.

“Cuidar es la función principal de la profesión enfermera”<sup>32</sup>. El cuidar, desde una visión enfermera, incluye el sentimiento de deseo de ayudar a las personas de una manera holística e integral<sup>18</sup>. Si no existe un deseo real de cuidar a otra persona, esta acción carece de significado. Del mismo modo, si el ambiente donde se llevan a cabo los cuidados es muy tecnificado, como sucede en las UCI, el cuidado puede no ser del todo completo debido a la limitación del contacto humano<sup>4</sup>.

Es importante establecer una relación terapéutica que incluya tanto al paciente como a su familia o allegados, lo cual entendemos como relación terapéutica paciente-enfermera-familia<sup>18</sup>. “El cuidado del paciente crítico es incompleto si no aborda los problemas de sus familiares”<sup>12</sup> ya que, como expresa Patricia Benner, la familia es una “unidad básica”<sup>32</sup>.

Para que los cuidados de un enfermero de UCI sean considerados de calidad es necesario averiguar cuáles son las necesidades reales de los familiares del paciente

crítico, así como cuáles son prioritarias para ellos. Una vez se hayan identificado estas necesidades, el siguiente paso será planificar una serie de intervenciones enfermeras con el objetivo de satisfacerlas<sup>10</sup>. Sin embargo, a pesar del papel tan importante que tiene enfermería en esta labor, las enfermeras españolas tienen pocos conocimientos acerca de las verdaderas necesidades de los pacientes y sobre todo, de sus familiares<sup>18</sup>, además de las repercusiones negativas que resultan de no actuar sobre ellas. Este desconocimiento podría estar relacionado con la insuficiente preparación en comunicación y manejo de situaciones de alto contenido emocional, con el miedo a establecer una relación con la familia<sup>11</sup> o con la falta de interés en nuestro país con respecto a este tema<sup>16</sup>. Incluso, existen enfermeras que desconocen que las familias deben ser consideradas también sujetos de cuidado<sup>10</sup>.

Benner expone que involucrar a la familia en los cuidados enfermeros en una UCI, donde la atención está dirigida principalmente al mantenimiento de la vida del enfermo, es realmente complicado y afirma que esta habilidad de encargarse también de las necesidades de los familiares se adquiere con el tiempo y la experiencia<sup>32</sup>.

Como hemos podido ver, existe una gran cantidad de literatura nacional e internacional que coincide en la importancia y el deber de integrar a la familia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos en los cuidados enfermeros. A pesar de que este tema se ha ido investigando desde hace algunos años en España, los artículos encontrados describen las necesidades que presentan las familias y la importancia de satisfacerlas, pero escasea la literatura que hable acerca de la aplicación de dichas investigaciones en la práctica clínica.

De la Cueva Ariza (2012) expone en su artículo su enfado ante esta situación con expresiones como: “Vemos y no hacemos, describimos y no actuamos, conocemos pero no cambiamos”, “[...] seguimos sin modificar la estanqueidad de las UCI y la alineación de la familia como parte de la misma”, “[...] es preciso evitar correr el riesgo de convertirnos en estatuas de sal, en autómatas del cuidado estático sin consciencia de nuestro poder avanzar”, “En definitiva, es inexcusable aplazar el cambio. Es apremiante actuar ya”<sup>33</sup>.

Numerosos artículos hablan acerca de la urgencia de crear intervenciones basadas en la evidencia para proporcionar cuidados a los familiares con el fin de satisfacer sus necesidades<sup>11, 17, 18, 33, 34, 35</sup>. En España aún no existe un protocolo nacional orientado a cómo tratar a los familiares de los pacientes ingresados en una UCI<sup>11</sup>.

### 1.3.2. Humanización de los cuidados y Proyecto HU-CI

La Enfermería es considerada una ciencia desde mediados del siglo XIX, a partir del primer modelo conceptual creado por la enfermera pionera Florence Nightingale. A partir de esta fecha, la Enfermería ha estado en constante desarrollo científico y tecnológico, sin olvidar la parte humanista que caracteriza a la profesión<sup>4</sup>. Entendemos el humanismo como “la actitud centrada en el interés de lo humano, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es, desde las miradas biológicas, psicológica, social, cultural y espiritual”<sup>36</sup>.

Existen diferentes autores que han desarrollado modelos basados en una visión humanista del cuidado<sup>4</sup>, tales como:

- J. Watson, en su Teoría filosófica del Cuidado Humano expone que “El cuidar es el ideal moral, es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana”.
- Martha Rogers, en su teoría de los Seres Humanos Unitarios define la Enfermería como “una ciencia humanística y un arte, cuyo ejercicio está orientado a mantener y promover la salud, prevenir la enfermedad, así como asistir y rehabilitar al enfermo y al discapacitado”.
- Ida Jean Orlando, afirma que “la enfermera/o debe aliviar el malestar físico y mental y no agravar la angustia del paciente”.
- Madeleine Leininger, en su teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados, determina la Enfermería transcultural como “un área formal de estudio enfocada al cuidado holístico de las personas y los grupos, haciendo hincapié en el respeto a las diferencias, los valores culturales, creencias y prácticas”.

Actualmente, en el contexto de la asistencia sanitaria, la labor humanista de enfermería está en peligro, debido a la gran tecnificación que existe<sup>13</sup>, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos, donde la alta tecnología y complejidad (presencia de monitores, ventiladores, desfibriladores, catéteres...) hacen que la atención se centre más en la enfermedad que en el individuo<sup>11,37</sup>.

Es indiscutible que la profesión enfermera no se podría llevar a cabo sin el uso de la tecnología, pero “Hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica [...]”, por lo que la tecnología debe ser utilizada de tal manera que “[...] la técnica permanezca al servicio de los cuidados y no que los cuidados sean puestos al servicio de la técnica [...]”<sup>38</sup>.

El “Proyecto HU-CI: Humanizando los Cuidados Intensivos”<sup>39</sup> es un proyecto de investigación multidisciplinar, nacional e internacional, que ha sido fundado por el médico intensivista y bloguero Gabriel Heras. El proyecto ha sido avalado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). El Diario Médico le ha otorgado el premio como Mejor Idea Sanitaria 2014, en la categoría de iniciativa legal, ética y deontológica. Surgió el 16 de febrero de 2014, con la siguiente idea: “Es hora de pararse a pensar y mirar 360°”. “Nace de la necesidad de mejorar. De comprender que los cuidados intensivos están formados por mucha gente (pacientes, familias y profesionales) y que toda ella es igual de importante”. Con este proyecto se pretende mejorar la atención asistencial de las UCI de España, incluyendo, tanto a los pacientes, como a las familias y profesionales.

El “Proyecto HU-CI”, presenta los siguientes objetivos:

- Humanizar los cuidados intensivos.
- Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales.
- Acercarse al paradigma de una Medicina y una Enfermería más orientada a las necesidades de los enfermos y a las expectativas originales del personal sanitario. Una Medicina que a veces se oculta y escapa en las realidades del quehacer diario.
- Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general.

### **1.3.3. La Teoría de la Comprensión Facilitada**

La utilización de modelos y/o teorías de enfermería en la práctica clínica en una Unidad de Cuidados Intensivos hace que los cuidados enfermeros proporcionados al paciente se conviertan en cuidados avanzados y de calidad, contribuyendo a que la labor de las enfermeras no se base únicamente en la realización de actividades centradas en el diagnóstico médico<sup>35</sup>.

Davidson elaboró en 2010 “La Teoría de la Comprensión Facilitada”. Es una teoría de mediano rango derivada del Modelo de Roy y la Teoría de la información organizacional de Weick. El objetivo principal es evitar o disminuir los efectos psicológicos adversos como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático de los familiares del paciente crítico, alcanzando la satisfacción familiar<sup>15</sup>.

Bernal-Ruiz y Horta-Buitrago (2014) en su artículo “Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada” muestran esta teoría como un sistema conceptual-teórico-empírico (SCTE)<sup>6</sup>.

- Componente Conceptual: Davidson toma algunos conceptos definidos por Roy en el modelo de adaptación, así como la concepción de “la enfermedad como disrupción que requiere compensación y adaptación”. Callista Roy habla de la enfermedad como una interrupción que requiere de un período de compensación que llevará finalmente a la adaptación de la misma. Ella expone por qué los familiares del paciente deben compensar la situación, pero no habla de lo que debe hacer la enfermera para ayudarlos a conseguirlo. De la teoría de la información organizacional de Weick toma los planteamientos acerca de “la interpretación de los mensajes, el entorno, la reflexión y el entendimiento”.
- Componente Teórico: Davidson define la comprensión facilitada como un “proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, de manera tal que tengan de esta una conciencia correcta y positiva. Frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer”.
- Componente Empírico: hace referencia a “las intervenciones de comunicación que incluyen la escucha empática, la resolución de dudas, la aclaración del significado del entorno que rodea al paciente, la revisión de necesidades insatisfechas, la elaboración-resolución de preguntas y las actividades guiadas a la cabecera del paciente”.

Bernal-Ruiz y Horta-Buitrago elaboraron un plan de cuidados estandarizado con el fin de crear “una herramienta útil y un instrumento de referencia que garantiza mejorar el manejo de recursos, optimizar la utilización del tiempo, buscar alternativas de mejoramiento, desarrollar actividades con los mejores estándares de calidad, adecuar las necesidades de las personas a los procesos, homologar el lenguaje dentro de la práctica y asegurar las acciones”<sup>6</sup>.

El plan de cuidados está hecho a partir de la Teoría de la Comprensión Facilitada y haciendo uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Los autores se centraron en las situaciones más frecuentes a las que se deben enfrentar los familiares

de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos y así formularon cuatro diagnósticos principales, que se presentan a continuación:

Diagnóstico de enfermería: [00126] Conocimientos deficientes.

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Dominio 5: Percepción/Cognición.

Necesidad 14: Aprender.

Patrón 6: Cognitivo-perceptivo.

Diagnóstico de enfermería: [00074] Afrontamiento familiar comprometido.

Definición: Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

Necesidad 10: Comunicación.

Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés.

Diagnóstico de enfermería: [00146] Ansiedad.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.

Necesidad 9: Evitar peligros/seguridad.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto.

El uso de la Teoría de la Comprensión Facilitada permitiría “profundizar y crear nuevos conocimientos a partir de la experiencia personal en la clínica. Esto crea un lenguaje común en un paradigma compartido en enfermería que da paso a la reflexión, a la investigación, al crecimiento de la disciplina y además, mejora la satisfacción de los pacientes”<sup>35</sup>.

## **2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Justificación**

La bibliografía encontrada nos demuestra que existe una gran cantidad de estudios a nivel nacional e internacional que han descrito la presencia de diferentes necesidades propias de los familiares del paciente crítico y el deber enfermero de satisfacerlas, desde la década de los setenta hasta ahora. Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de Canarias la presencia de literatura relacionada con este tema es escasa, por lo que la opinión que las familias de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos tienen acerca de la calidad de los cuidados que se les ofrece en dichas unidades es poco conocida.

Este proyecto de investigación propone conocer el nivel de satisfacción, con la atención que presta enfermería, de los familiares de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC) y conocer el nivel de satisfacción de los profesionales de enfermería en relación a la atención que ofrecen a dichos familiares.

### **2.2. Objetivos**

#### **2.2.1. Objetivo general**

Conocer el nivel de satisfacción, con la atención que presta enfermería, de los familiares de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC) e identificar los factores que influyen en la atención de enfermería a los familiares de los pacientes ingresados en estas unidades.

#### **2.2.2. Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de satisfacción de las familias en relación al trato que han recibido por parte del personal de la UCI.
- Valorar el nivel de satisfacción de las familias en relación con la labor del personal de enfermería.
- Determinar el nivel de satisfacción de las familias en relación con la labor de otros miembros del equipo de la UCI.
- Evaluar el nivel de satisfacción de las familias en relación a la estructura, ambiente y confort de la UCI.



- Determinar el nivel de satisfacción de las familias en relación a la información recibida.
- Valorar el nivel de satisfacción de las familias con el proceso de toma de decisiones en el cuidado de los pacientes críticos.
- Identificar los elementos que favorecen o amenazan la atención de enfermería a las familias del paciente crítico durante su estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

## **2.3. Fase Metodológica de la Investigación**

Con el propósito y los objetivos planteados en este proyecto de investigación utilizaremos una metodología de tipo mixta, que se diseña en una parte cuantitativa, descriptiva y transversal y un diseño cualitativo con método conversacional.

### **2.3.1. Población de estudio**

La población de estudio estará constituida por los familiares de pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC) y los profesionales de enfermería que trabajan en dichas unidades. Durante el año 2014, el número total de ingresos en las Unidades de Cuidados Intensivos del CHUC, establecido en la memoria del hospital, fue de 2.126<sup>40</sup> y en el CHUNSC, durante el año 2015, hubo 750 ingresos<sup>41</sup>.

El Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC), son los dos hospitales principales de tercer nivel de la isla de Tenerife (Islas Canarias, España). Ambos complejos hospitalarios son públicos y dependientes de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias.

El CHUC da respuesta a las necesidades sanitarias de nivel especializado a la población del área norte de la isla de Tenerife y, como hospital de referencia, a la población de La Palma. El objeto del CHUC es el desarrollo de las actividades sanitarias asistenciales del propio hospital así como del Área Externa de Salud Mental y los Centros de Atención Especializada (CAEs) del área norte, la prestación de la asistencia propia de los servicios de referencia que se asignen a nivel provincial o regional, la formación de pre y post graduados en Medicina, Enfermería, Fisioterapia y demás Ciencias de la Salud y la investigación en tales campos<sup>42</sup>.

La Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) se encuentra dividida en dos áreas: la Unidad de Cuidados Intensivos Cardíacos y la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Cada área cuenta con 12 camas, por lo que la unidad presenta un total de 24 camas funcionantes. El equipo de enfermería lo conforman un total de 60 enfermeras y 3 supervisoras de enfermería. La Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios está compuesta por un total de 12 camas. El equipo de enfermería lo conforman un total de 25 enfermeras y 1 supervisora. La Unidad de Cuidados Semi Intensivos está dotada por un total de 4 camas. El equipo de enfermería lo conforman un total de 5 enfermeras y 1 supervisora de enfermería.

El CHUNSC presta asistencia sanitaria especializada a la población del sur de Tenerife, siendo, además, hospital de referencia de la población de El Hierro, La Gomera y La Palma en aquellas especialidades no existentes en su área sanitaria. Del CHUNSC dependen, a su vez, el Hospital de Ofra, los Centros de Atención Especializada del Rumeu en Santa Cruz de Tenerife y el Hospital del Sur, en Arona<sup>43</sup>.

La Unidad de Medicina Intensiva (UMI) consta de un total de 30 camas funcionantes, divididas por patologías en tres módulos principales: Módulo 1 o de Neurocríticos, Módulo 2 o Polivalente y Módulo 3 o Coronarias. El equipo de enfermería lo conforman un total de 67 enfermeras y 3 supervisoras de enfermería.

### **2.3.2. Cálculo de la muestra**

Para la selección de la muestra del presente estudio se han establecido los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes adultos que hayan permanecido ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos durante un período igual o superior a 48 horas.
- Familiares mayores de 18 años.
- Familiares que dominen el idioma español.
- Familiares que quieran participar voluntariamente en el estudio y que hayan firmado el consentimiento informado.
- Profesionales de enfermería de las UCI de adultos que deseen participar en el estudio.

### Criterios de exclusión:

- Familiares de pacientes adultos que hayan permanecido ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos durante un periodo inferior a 48 horas.
- Familiares que no hayan visitado al paciente al menos una vez durante el período de hospitalización.
- Familiares de pacientes que fallecieron durante el ingreso.
- Familiares menores de 18 años.
- Familiares que no dominen el idioma español.
- Familiares que presenten un deterioro cognitivo aparente que les impida responder adecuadamente a las preguntas del cuestionario.
- Familiares que no quieran participar en el estudio.
- Profesionales de enfermería de las UCI de adultos que no deseen participar en el estudio.

Para el cálculo de la muestra de los familiares de los pacientes críticos se ha obtenido, a partir de las memorias del CHUC y del CHUNSC, que en el año 2014 y 2015, respectivamente, el número de ingresos en las unidades de cuidados intensivos fue de 2.876, siendo ésta la población total. Al tratarse de una población finita, hemos utilizado la siguiente fórmula<sup>44</sup> para determinar el tamaño muestral:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población

$Z_a^2 = 1.96^2$  (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1 – 0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

El tamaño muestral ajustado, con pérdidas del 15%, con un nivel de confianza del 95% y un 3% de precisión, es de 197.

Por otro lado, la población total de profesionales de enfermería actual en las Unidades de Cuidados Intensivos de ambos hospitales es de 165 enfermeras. Se formarán dos grupos homogéneos, con un mínimo de cinco y un máximo de diez enfermeras que ejerzan su labor en cada centro hospitalario estudiado y quieran participar de forma voluntaria en la entrevista semi-estructurada.

### **2.3.3. Las variables de la investigación**

Las variables objeto de estudio están recogidas en el cuestionario FS-ICU (34), donde se recogen las variables sociodemográficas y las variables de satisfacción con los cuidados.

Variables sociodemográficas de los familiares: se determinaron el sexo, la edad, el grado de parentesco con el paciente, experiencia previa en UCI con el ingreso de un familiar, contacto habitual con el paciente y lugar de residencia.

Variables de satisfacción con los cuidados:

- Trato hacia los pacientes y familiares.
- Profesionalidad del equipo (personal de enfermería, personal médico y otros miembros del equipo).
- El ambiente de la UCI.
- Necesidades de información.
- Proceso de toma de decisiones.

### **2.3.4. Las herramientas de recogida de datos**

Fase cuantitativa: para realizar la recogida de datos de la fase cuantitativa del estudio se empleará el cuestionario Satisfacción Familiar con los Cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos FS-UCI (34) (**ANEXO I**), en su versión traducida al español, para la medición de la satisfacción de los familiares de los pacientes críticos en relación con los cuidados recibidos por ellos y por su familiar. Se trata de una encuesta de 34 ítems, validada y de alta calidad, elaborada por Heyland y Tranmer en el año 2001<sup>1</sup>.

El cuestionario recoge inicialmente datos sociodemográficos del familiar. A continuación se medirá el nivel de satisfacción con los cuidados prestados al paciente y a su familiar, mediante un total de 18 ítems, divididos en ocho subapartados: trato al paciente, trato al familiar, valoración al personal de enfermería, valoración al personal médico, valoración a otros miembros del equipo de la UCI, el entorno de la UCI y valoración general acerca de la atención y cuidados que ha recibido el paciente y su familia. La medición de la satisfacción de la familia con la toma de decisiones en torno a los cuidados de los pacientes críticos se realizará con 5 ítems referidos a las necesidades de información y 11 ítems en relación al proceso de toma de decisiones.

El cuestionario FS-UCI (34) combina el uso de escala de Likert, para evaluar las actitudes y opiniones del familiar del paciente crítico, con preguntas de opción múltiple a escoger una única respuesta, para conocer el proceso de toma de decisiones.

Finalmente, aparecen tres preguntas abiertas en el cuestionario, con las que se pretenden recoger comentarios y sugerencias de mejora.

Fase cualitativa: para llevar a cabo la recogida de datos de la fase cualitativa del proyecto se procederá a la realización de una entrevista en profundidad semi-estructurada (**ANEXO II**) a cada grupo de estudio, durante la cual se plantearán una serie de temas de interés que permitirán conocer la visión subjetiva de los profesionales de enfermería que trabajan en las distintas Unidades de Cuidados Intensivos.

## **2.4. Fase Empírica de la Investigación**

### **2.4.1. Métodos de recogida de datos**

Fase cuantitativa: para la recogida de datos se utilizará la entrevista telefónica, que se presenta como una herramienta rápida y de medio coste, que permite llegar a lugares muy distantes entre sí, con el consecuente ahorro en desplazamiento<sup>44</sup>. Los datos personales se solicitarán a las instituciones correspondientes. La encuesta será realizada por la investigadora principal, asegurando el anonimato y la confidencialidad de los datos de los familiares. Se solicitará el consentimiento para la participación voluntaria en este estudio. La encuesta tendrá una duración aproximada de veinte minutos.

Fase cualitativa: se utilizará como técnica de recogida de datos una entrevista en profundidad semi-estructurada, en la que participarán dos grupos de cinco a diez profesionales de enfermería cada uno de ellos. El discurso de los participantes será analizado, por lo que será necesario grabarlo con una grabadora de voz. Estimamos una duración de la entrevista de cuarenta minutos, durante los cuales tendrán que haber hablado y opinado todos los participantes, y será moderado por la investigadora principal. Las enfermeras deberán consentir participar voluntariamente en el estudio.

### **2.4.2. Análisis de los datos**

Fase cuantitativa: la recogida y el análisis de los datos cuantitativos se efectuará con el programa informático estadístico Statistical Package for the social Sciences (SPSS) versión 22.0, en español. Las técnicas estadísticas a utilizar siguen un diseño transversal de tipo descriptivo, utilizando técnicas estadísticas inferenciales, tales como análisis de frecuencias y tablas de contingencias (prueba Chi cuadrado de Pearson) para buscar asociaciones significativas entre las variables de estudio.

Fase cualitativa: para el análisis de los datos de esta fase se revisará, en primer lugar, el discurso grabado durante la entrevista semi-estructurada. Posteriormente, será transcrito de manera íntegra en un documento escrito, siguiendo las pautas de

transcripción recomendadas por Salamanca (2013)<sup>44</sup>. Finalmente, los textos se agruparán en categorías.

Antes de la elaboración del informe final se entregará el documento a cada participante de la entrevista.

Como herramientas facilitadoras de las tareas a realizar en el análisis de los datos cualitativos utilizaremos programas informáticos como Atlas Ti, NUDIST y AQUAD.

## **2.5. Plan de trabajo**

El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, estructurado en tres fases que se encuentran recogidas en el cronograma (**ANEXO III**):

Fase 1. Búsqueda y revisión bibliográfica actualizada del tema elegido y preparación del proyecto de investigación. Para la búsqueda de información se han consultado las siguientes bases de datos: Scielo, Elsevier, Dialnet, Cochrane Library Plus, Pubmed y Google Scholar, utilizando el Buscador de Recursos de la Biblioteca de la Universidad de La Laguna (Punto Q). Obtención de los permisos para la realización del estudio a la Gerencia del CHUC y del CHUNSC y al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud.

Fase 2. Recogida de datos. Tras la obtención de los permisos correspondientes, se procederá a la recogida de datos en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del CHUC y del CHUNSC durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre. Posteriormente, se procederá al análisis e interpretación de los datos.

Fase 3. Elaboración del informe final y divulgación de los resultados. En el informe final se incluirán los resultados del análisis de los datos, la discusión y las conclusiones del estudio.

## **2.6. Consideraciones éticas**

Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección, tal y como lo expone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>45</sup>. La participación en el estudio es totalmente voluntaria, por lo que los participantes deberán cumplimentar el consentimiento informado (**ANEXO IV**).

Se solicitará autorización a la Gerencia del CHUC y del CHUNSC, pertenecientes al Servicio Canario de Salud (**ANEXO V**) en relación a la realización del

proyecto y a la obtención de los permisos necesarios. Asimismo, se solicitarán los permisos correspondientes al Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud (**ANEXO VI Y ANEXO VII**).

## **2.7. Utilidad de los resultados**

Los resultados que se obtengan de este proyecto nos permitirán conocer la realidad que viven las familias de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. La valoración de la satisfacción de los familiares ayudará a los profesionales de enfermería a detectar y poner en marcha medidas de mejora de la prestación de cuidados. La persona y su familia constituyen la unidad básica de atención de la profesión enfermera, que identifica y satisface las necesidades de los pacientes y de sus familiares de manera integral.

Este estudio permitirá visibilizar ante las instituciones sanitarias canarias de la importancia de la atención a la familia de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos, con la finalidad de que se integren en las agendas de gestión<sup>23</sup>.

## **2.8. Recursos y presupuesto**

Para la elaboración de este proyecto estimamos los recursos humanos y materiales, recogidos en el **ANEXO VIII**, con un presupuesto aproximado de 2.085 €:

- Medios humanos: para el análisis de datos se contará con la ayuda de un estadístico.
- Medios materiales:
  - Espacio físico: las dos entrevistas semi-estructuradas se llevarán a cabo en dos salas acondicionadas y tranquilas, una perteneciente al CHUC y otra al CHUNSC, para facilitar la cercanía a los profesionales.
  - Material no fungible: será necesario un ordenador para la elaboración del proyecto y una impresora para la impresión de toda la documentación necesaria. Se utilizará un teléfono para la realización de las encuestas por vía telefónica y una grabadora de voz para la grabación de la entrevista semi-estructurada.
  - Material fungible: serán necesarios folios DinA4, bolígrafos, tóner para la impresora.

### 3. Bibliografía

1. Olano M, Vivar CG. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. Anales Sis San Navarra [Revista en Internet] 2012 [consultado 19 de enero de 2017]; 35 (1): 53-67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272012000100006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272012000100006)
2. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres MT et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva [Revista en Internet] 2010 [consultado 3 de febrero de 2017]; 21 (1): 20-27. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-desarrollo-una-guia-atencion-los-S1130239909000042>
3. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en Internet] 2007 [consultado 7 de marzo de 2017]; 15 (1): 84-92. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2401/2667>
4. Trens López DM, Basulto Pérez AE, Vercher Marcos A, Acosta Cuéllar ME. Visión humanística de los cuidados de Enfermería. Metas Enferm. 2013; 16 (9): 70-74.
5. Vázquez Calatayud M, Eseverri Azcoiti MC. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. Enferm Intensiva [Revista en Internet] 2010 [consultado 3 de febrero de 2017]; 21 (4): 161-164. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-cuidado-las-familias-las-S1130239910000593>
6. Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. Enferm Univ [Revista en Internet] 2014 [consultado 11 de enero de 2017]; 11 (4): 154-163. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-cuidado-enfermeria-familia-del-paciente-S1665706314709285>
7. Padilla Fortunatti CF. Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. Invest. educ. enferm [Revista en Internet] 2014 [consultado 23 de enero de 2017]; 32 (2): 306-316. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000200013](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200013)



8. Zaforteza Lallemand C. Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa [tesis doctoral]. Islas Baleares: Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universitat de les Illes Balears; 2010.
9. Palanca Sánchez I, de la Torre AE, Elola Somoza J. Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010 [consultado 15 de febrero de 2017].
10. Ortega Segura C, Ginesta Albert L, Martorell Poveda MA. Necesidades de la familia de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Metas Enferm.* 2015; 18 (4): 70-74.
11. Teruel Antiller A, Roca Biosca A. El cuidado de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Metas Enferm.* 2014; 17 (2): 50-56.
12. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. *Enferm. glob.* [Revista en Internet] 2011 [consultado 16 de enero de 2017]; 10 (24): 103-109. Disponible en:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137431/124751>
13. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm.* 2014; 17 (1): 70-74.
14. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales Sis San Navarra* [Revista en Internet] 2011 [consultado 28 de enero de 2017]; 34 (3): 349-361. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300002)
15. Davidson JE. Facilitated Sensemaking: A Strategy and New Middle-Range Theory to Support Families of Intensive Care Unit Patients. *Crit Care Nurse* [Revista en Internet] 2010 [consultado 2 de marzo de 2017]; 30 (6): 28-39. Disponible en:  
<http://ccn.aacnjournals.org/content/30/6/28.short>
16. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Revista en Internet] 2007 [consultado 12 de enero de 2017]; 18 (3): 106-114. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239907743924>

17. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva* [Revista en Internet] 2012 [consultado 1 de febrero de 2017]; 23 (4): 179-188. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-visita-flexible-las-unidades-S1130239912000715>
18. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva* [Revista en Internet] 2012 [consultado 15 de enero de 2017]; 23 (2): 51-67. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460>
19. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).
20. Pérez Fernández MC, Navarro Infante FR, Dulce García MA, Gallargo Jiménez N, Fernández Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. *Rev Enferurg* [Revista en Internet] 2010 [consultado 3 de febrero de 2017]; 1 (3): 15-20.
21. Alfonso Pérez DP, Fernández Vázquez M, García Navarro S, Contreras Pereira I, Cumbreiras Díaz EM, Martín Sánchez B. Información Enfermera: Satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. *Bibl Lascasas*. 2007 [consultado 3 de febrero de 2017]; 3 (1): 1-36. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0215.php>
22. Resolución nº 32/89. Código Deontológico de la Enfermería Española: Consejo General de Enfermería de España. Disponible en: <http://www.enfermerianavarra.com/Contenidos/Ficha.aspx?IdMenu=2506d7bc-4996-4f1d-a0cf-86bb66fd53aa&Idioma=es-ES>
23. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvín C, Abadía Ortiz E, Miró Gayá JA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva* [Revista en Internet] 2010 [consultado 8 de febrero de 2017]; 21 (2): 52-57. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-abrir-unidad-cuidados-intensivos-los-S113023990900008X>

24. Arricivita Verdasco AM, Robayna Delgado MC, Díaz Rodríguez L, Arias Hernández MM, Cabrera Figueroa J. Características de la organización de las visitas en las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Enfermería en cardiología* [Revista en Internet] 2002 [consultado 5 de febrero de 2017]; (25): 36-40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2331147>
25. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva* [Revista en Internet] 2015 [consultado 12 de enero de 2017]; 39 (1): 4-12. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/medicion-satisfaccion-los-pacientes-ingresados/articulo/S0210569114000138/>
26. Márquez Herrera M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos [tesis doctoral]. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2012.
27. Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and Caring in the ICU: Family Members' Distress and Perceptions about Staff Skills, Communication, and Emotional Support. *J Crit Care* [Revista en Internet] 2015 [consultado 15 de febrero de 2017]; 30 (3): 557-561. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414707/>
28. Karlsson C, Tisell A, Engström Å, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care* [Revista en Internet] 2011 [consultado 17 de febrero de 2017]; 16 (1): 11-18. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)
29. Fernández Chaves N, Félix Azcúnaga M, Rocha F, Pastrana MJ. Valorización del rol del profesional de enfermería en terapia intensiva. *Revista Uruguaya de Enfermería* [Revista en Internet] 2007 [consultado 27 de febrero de 2017]; 2 (2): 5-13. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/126/123>
30. European federation of Critical Care Nursing associations [Sede web]. Ámsterdam; 2013 [consultado 27 de febrero de 2017]. EfCCNa Competency Tool for European Critical Care Nurses 2013 [21 páginas]. Disponible en: <http://www.efccna.org/education/publications>

31. González Gil T. Introducción al paciente crítico. En: Salvadores Fuentes P, Sánchez Sanz E, Carmona Monge FJ, coordinadores. Enfermería en cuidados críticos. 1ª ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 1-13.
32. Arreciado Marañón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner. *Enferm Intensiva* [Revista en Internet] 2011 [consultado 1 de marzo de 2017]; 22 (3): 112-116. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-enfermera-experta-el-cuidado-S1130239910001136>
33. De la Cueva Ariza L. La realidad de los cuidados a la familia del paciente crítico en España: la necesidad de actuar ya. *Enferm Intensiva* [Revista en Internet] 2012 [consultado 9 de febrero de 2017]; 23 (4): 153-154. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-realidad-los-cuidados-familia-S1130239912000934>
34. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investig. Enferm. Imagen y Desarr.* [Revista en Internet] 2013 [consultado 11 de enero de 2017]; 15 (2): 137-151. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7073>
35. Avilés Reinoso LA, Soto Núñez C. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enferm. glob.* [Revista en Internet] 2014 [consultado 15 de febrero de 2017]; 13(2): 323-329. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/181411>
36. Paravic Klijn T. Enfermería y Globalización. *Cienc. enferm.* [Revista en Internet] 2010 [consultado 3 de marzo de 2017]; 16 (1): 9-15. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100002)
37. Agreda López LG. La humanización del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Editorial UNIMAR [Revista en Internet] 2016 [consultado 5 de marzo de 2017]; 171-176. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/1011>
38. Calero Martín de Villodres P. La Enfermería y la Humanización. *Index Enferm* [Revista en Internet] 2004 [consultado 3 de marzo de 2017]; 13 (46): 69-70. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200015)

39. Heras G. HUCI. Humanizando los Cuidados Intensivos [Sede web]. Granada; 2014 [consultado 9 de marzo de 2017]. Disponible en:  
<http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/#>
40. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias [Sede web]. Servicio Canario de Salud-Gobierno de Canarias [consultado 2 de abril de 2017]. Memorias del Hospital (Memoria de 2014) Gestión/Asistencial. Disponible en:  
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/tfe/28/memorias/2014/gestion/ANESTESIOLOGIA.html>
41. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria [Sede web]. Servicio Canario de Salud-Gobierno de Canarias [consultado 2 de abril de 2017]. Memoria anual de actividad (2015). Disponible en:  
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
42. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias [Sede web]. Servicio Canario de Salud-Gobierno de Canarias [consultado 2 de abril de 2017]. Disponible en:  
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=3da5f513-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
43. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria [Sede web]. Servicio Canario de Salud-Gobierno de Canarias [consultado 2 de abril de 2017]. Disponible en:  
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/organica.jsp?idCarpeta=10b3ea46-541b-11de-9665-998e1388f7ed>
44. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Enero 2013. Madrid: Fuden; 2013.
45. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).

## **Bibliografía consultada**

Bellido Vallejo JC, Ríos Ángeles A, Fernández Salazar S. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. En: Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF, coordinadores. Proceso enfermero desde el modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. 1ª ed. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010. p. 17-33.

Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. El ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. La repercusión en el familiar del paciente. Boletín de Psicología [Revista en Internet] 2006 [consultado 11 de enero de 2017]; (87): 61-87. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87.htm>

Henriques Camelo SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en Internet] 2012 [consultado 27 de febrero de 2017]; 20 (1): [09 pantallas].

López Chacón MA, Pérez-Rejón MP, Merino Cabrera E, Taurà Rodríguez G, Quispe Hoxas LC, Manzanedo Sánchez D, Hidalgo Blanco MA. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. Nursing [Revista en Internet] 2011 [consultado 3 de marzo de 2017]; 29 (8): 52-65. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-efecto-un-protocolo-acogida-sobre-S0212538211702898>

Gallardo Jiménez N, Najarro Infante FR, Dulce García MA, Pérez Fernández MC, Fernández Fernández A. Calidad en la atención e información: Opinión de los familiares. Enferurg [Revista en Internet] 2009 [consultado 3 de febrero de 2017]; 1 (3): 21-24.

Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med. Intensiva [Revista en Internet] 2007 [consultado 13 de enero de 2017]; 31 (6): 273-280. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000600002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002)

Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, de Pedro JE, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. Nure Investigación [Revista en Internet] 2004 [consultado 27 de febrero de 2017]; 1 (3). Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/133>

Heras La Calle G, Zaforteza Llallemand C. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enferm Intensiva [Revista en Internet] 2014 [consultado 16 de marzo de 2017]; 25 (4): 123-124. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-huci-se-escribe-con-h-S113023991400087X>

Zaforteza Llallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Díaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. Enferm Intensiva [Revista en Internet] 2010 [consultado 20 de enero de 2017]; 21 (1): 11-19. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-mejorando-el-cuidado-los-familiares-S1130239909000054>

NNNConsult [Sede web]. NANDA Internacional Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2017 [consultado 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.accedys2.bbt.ull.es/nanda>

#### 4.1. ANEXO I. Cuestionario FS-UCI (34)

Número de identificación: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Box NHC

## Satisfacción Familiar con los cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos© FS-UCI (34)

¿Cómo lo estamos haciendo?

Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos  
(UCI)

Su familiar ha sido un paciente en esta UCI y usted figura como el pariente más cercano o cuidador principal. Las siguientes preguntas dirigidas a **USTED**, se refieren al **actual ingreso de su familiar en la UCI**. Entendemos que probablemente han estado involucrados en el cuidado de su familiar muchos médicos, enfermeras y otros miembros del equipo. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa **su valoración en general** de la calidad del cuidado proporcionado. Entendemos que puede ser un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que nos presta para ofrecernos su opinión. Por favor, dedique un momento para contarnos qué hicimos bien y qué podemos hacer para mejorar nuestra UCI. Tenga por seguro que todas las respuestas son confidenciales. El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no podrá identificar sus respuestas.

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, complete lo siguiente para ayudarnos a conocer un poco sobre usted y sobre su relación con el paciente

1. Género:  Hombre  Mujer

2. Edad: \_\_\_\_ años.

3. Grado de parentesco:

- Esposa       Esposo       Pareja  
 Madre       Padre       Hermana/o  
 Hija       Hijo       Otro: \_\_\_\_\_

4. Antes de este ingreso, ¿ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)?  Sí  No



5. ¿Vive usted con el paciente?  Sí  No

Si la respuesta es **No**, ¿con qué frecuencia ve usted al paciente?

- Más de una vez por semana  Una vez a la semana  
 Una vez al mes  Una vez al año  
 Menos de una vez al año

6. ¿Dónde vive?

- Área Metropolitana (Santa Cruz/La Laguna)  
 Zona Norte de la Isla de Tenerife  
 Zona Sur de la Isla de Tenerife

7. ¿En qué hospital se encuentra adscrito su familiar?

- Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)  
 Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC)

Si la respuesta es en el CHUC, en qué Unidad de Cuidados Intensivos estuvo ingresado su familiar?

- Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI)  
 Unidad de Cuidados Semi Intensivos (UCSI)  
 Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios

Si la respuesta es en el CHUNSC, en qué módulo de la Unidad de Medicina Intensiva estuvo ingresado su familiar?

- Módulo 1 o Neurocríticos  
 Módulo 2 o Polivalente  
 Módulo 3 o Coronarias

## PARTE 1: SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS

Por favor, marque la opción que refleje su punto de vista. Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar, marque la opción "no aplica".

### ¿CÓMO TRATAMOS A SU FAMILIAR, (EL PACIENTE)?

		Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>1. Preocupación y cuidados del personal de la UCI:</b> Cortesía, respeto y compasión por su familiar		1	2	3	4	5	6
<b>Manejo de los síntomas:</b> Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de la UCI	<b>2. Dolor</b>	1	2	3	4	5	6
	<b>3. Disnea</b> (falta de aliento)	1	2	3	4	5	6
	<b>4. Agitación</b>	1	2	3	4	5	6

### ¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

		Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>5. Consideración de sus necesidades:</b> Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de la UCI		1	2	3	4	5	6
<b>6. Apoyo emocional:</b> Cómo fue el apoyo emocional proporcionado por parte del personal de la UCI		1	2	3	4	5	6
<b>7. Apoyo espiritual:</b> Cómo fue el apoyo espiritual/religioso por parte del personal de la UCI		1	2	3	4	5	6
<b>8. Coordinación del cuidado:</b> El trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar		1	2	3	4	5	6
<b>9. Preocupación y cuidados del personal de la UCI:</b> Cortesía, respeto y compasión recibida por usted		1	2	3	4	5	6

### PERSONAL DE ENFERMERÍA

		Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>10. Habilidades y competencias del personal de Enfermería de la UCI:</b> Cómo cuidamos las enfermeras de su familiar		1	2	3	4	5	6
<b>11. Frecuencia en la comunicación con el personal de Enfermería:</b> Con qué frecuencia el personal de enfermería hablaba con ustedes acerca del estado de su familiar		1	2	3	4	5	6

### PERSONAL MÉDICO

	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>12.Habilidades y Competencia de los Médicos de la UCI:</b> Cómo atendieron los médicos a su familiar	1	2	3	4	5	6
<b>13.Frecuencia en la comunicación con los Médicos de la UCI:</b> Con qué frecuencia los médicos le proporcionaron información sobre su familiar	1	2	3	4	5	6

### OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LA UCI

	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>14.Servicios Sociales:</b> Cómo fue la atención y apoyo de los Trabajadores Sociales	1	2	3	4	5	6
<b>15.Servicios Pastorales:</b> Cómo fue el servicio y apoyo religioso	1	2	3	4	5	6

### LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>16.El ambiente en la UCI era:</b>	1	2	3	4	5	6

### LA SALA DE ESPERA

	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>17.El ambiente en la sala de espera era:</b>	1	2	3	4	5	6

### REVISIÓN DE LA ATENCIÓN Y CUIDADOS QUE USTED Y SU FAMILIAR RECIBIERON

	Completamente satisfecho	Muy satisfecho	Mayormente satisfecho	Algo satisfecho	Muy insatisfecho
<b>18.Satisfacción general de su experiencia en la UCI</b>	1	2	3	4	5

## PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN TORNO A LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS

### INSTRUCCIONES PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CRÍTICOS

Esta parte del cuestionario ha sido diseñada para medir cómo se siente **USTED**, en cuanto a la implicación en las decisiones relacionadas con los cuidados de su familiar. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Nos gustaría que cuando conteste estas preguntas, piense en los cuidados en conjunto recibidos por su familiar.

### POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS

#### NECESIDADES DE INFORMACIÓN

	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
<b>1. Facilidad para obtener información:</b> Voluntad del personal de la UCI para contestar a sus preguntas	1	2	3	4	5	6
<b>2. Comprensión de la información:</b> Explicaciones comprensibles proporcionadas por el personal de la UCI	1	2	3	4	5	6
<b>3. Honestidad de la información:</b> Honestidad de la información proporcionada sobre el estado de su familiar	1	2	3	4	5	6
<b>4. Exhaustividad de la información:</b> Información del personal de UCI sobre lo que le ocurría a su familiar y por qué se tomaban determinadas acciones	1	2	3	4	5	6
<b>5. Coherencia de la información:</b> Coherencia de la información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida de médicos, enfermeras, etc.?	1	2	3	4	5	6

#### PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

Durante la estancia de su familiar en la UCI, decisiones importantes fueron tomadas respecto a los cuidados que él o ella recibió. Por favor, de las siguientes preguntas, elija **una** respuesta que mejor refleje su punto de vista.

#### 6. ¿Se sintió incluido/a en el proceso de toma de decisiones?

- Me sentí muy excluido/a.
- Me sentí algo excluido/a.
- No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- Me sentí algo incluido/a.
- Me sentí muy incluido/a.

**7. ¿Se sintió implicado/a en el momento adecuado en el proceso de toma de decisiones?**

- Me sentí implicado/a demasiado tarde.
- Me sentí implicado/a un poco tarde.
- Me sentí implicado/a en el momento adecuado.
- Me sentí implicado/a un poco antes.
- Me sentí implicado/a demasiado pronto.

**8. ¿Recibió la cantidad de información apropiada para participar en el proceso de toma de decisiones?**

- Recibí demasiada información.
- Recibí información suficiente.
- Recibí poca información.

**9. ¿Sintió que tuvo el tiempo necesario para pensar acerca de la información que le proporcionaron?**

- Sentí que podría haberme tomado más tiempo para pensar.
- Sentí que tuve tiempo suficiente para pensar.
- Sentí que tuve más que suficiente tiempo para pensar.

**10. ¿Se sintió apoyado en el proceso de toma de decisiones?**

- Me sentí totalmente agobiado/a.
- Me sentí algo agobiado/a.
- No me sentí ni agobiado/a ni apoyado/a
- Me sentí apoyado.
- Me sentí muy apoyado.

**11. ¿Sintió que tenía control sobre los cuidados prestados a su familiar?**

- Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó control y dictó el cuidado de mi familiar.
- Me sentí algo apartado/a y el sistema de salud tomó control y dictó el cuidado de mi familiar.
- Ni me sentí apartado/a, ni tampoco sentí tener el control.
- Sentí que tenía algo de control sobre los cuidados que mi familiar recibió.
- Sentí que tenía buen control sobre los cuidados que mi familiar recibió.

**12. ¿Sintió que se le dio suficiente esperanza acerca de la repercusión de su familiar?**

- Sentí que no me fue dada ninguna esperanza de que mi familiar se recuperaría.
- Sentí que me fue dada poca esperanza de que mi familiar se recuperaría.
- Sentí que no se me daba la suficiente esperanza de que mi familiar se recuperaría.
- Sentí que se me daba mucha esperanza de que mi familiar se recuperaría.
- Sentí que se me daba demasiada esperanza de que mi familiar se recuperaría.

**13. ¿Hubo acuerdo entre sus familiares acerca de los cuidados que su familiar recibió?**

- Sentí que había importantes conflictos entre nuestra familia.
- Sentí que había algunos conflictos entre nuestra familia.
- No sentí que había conflictos, ni acuerdo en mi familia acerca de los cuidados que nuestro familiar recibió.
- Sentí que había acuerdo entre nuestra familia.
- Sentí que había un fuerte acuerdo entre nuestra familia.

**14. Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y para que sus preguntas fueran contestadas?**

- Podría haber dedicado más tiempo.
- Tuve el tiempo adecuado.
- Tuve más que suficiente tiempo.

**15. Algunas personas prefieren recibir un tratamiento exhaustivo, por parte del personal médico, mientras que otras prefieren un tratamiento menos intenso. ¿Qué grado de satisfacción tiene con la cantidad de cuidados que se le prestaron a su familiar en la UCI?**

Muy insatisfecho/a	Levemente insatisfecho/a	Mayormente satisfecho/a	Muy satisfecho/a	Completamente satisfecho/a
1	2	3	4	5

**16. Satisfacción general con su papel en la toma de decisiones respecto a los cuidados de su familiar en la UCI**

Muy insatisfecho/a	Levemente insatisfecho/a	Mayormente satisfecho/a	Muy satisfecho/a	Completamente satisfecho/a
1	2	3	4	5

Sug1. ¿Tiene alguna/s sugerencia/s sobre cómo mejorar los cuidados proporcionados en la UCI?

Sug2. ¿Le gustaría comentar algo que hicimos bien?

Sug3. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que usted sienta que pueden ser de ayuda para el personal de este hospital.

**Nuestro más sincero agradecimiento por su participación y sus opiniones**

#### **4.2. ANEXO II. Entrevista semi-estructurada**

- 1) Satisfacción con los cuidados que ofrecen al paciente crítico.
- 2) Satisfacción con los cuidados que ofrecen al familiar del paciente crítico: apoyo emocional, apoyo espiritual, respeto y compasión.
- 3) Satisfacción con la atención que ofrecen otros miembros del equipo de la UCI a los familiares del paciente crítico.
- 4) Satisfacción con el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos y la sala de espera.
- 5) Satisfacción con la información que ofrecen a los familiares del paciente crítico: disposición a la hora de otorgar información, comprensión y coherencia de la información entre los diferentes miembros del equipo, honestidad.
- 6) Satisfacción con la implicación que se le concede al familiar en el proceso de toma de decisiones.

### 4.3. ANEXO III. Cronograma de trabajo

Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos													
Meses	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE
<b>Fase 1</b>													
Búsqueda y revisión bibliográfica													
Diseño del proyecto de investigación													
Solicitud y obtención de permisos													
<b>Fase 2</b>													
Recogida de datos													
Análisis e interpretación de datos													
<b>Fase 3</b>													
Elaboración proyecto final													
Presentación y difusión de los resultados													



#### 4.4. ANEXO IV. Consentimiento informado

Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre la satisfacción con la atención de enfermería de las familias de pacientes que han permanecido ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) o del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC).

El beneficio que se pretende obtener al realizar este estudio es conocer la satisfacción de los familiares con la atención que los profesionales de enfermería de la unidad les ofrecen, para obtener datos objetivos acerca de la calidad de los cuidados que se prestan durante la práctica clínica en dichas unidades.

Por esta razón necesitamos de su colaboración, para después de obtener los resultados, realizar un análisis de los mismos.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y el secreto profesional se cumplirá en todo momento.

Yo \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos) de \_\_\_\_\_ (edad en años) y DNI \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio de investigación "Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos".

Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que conste, firmo este consentimiento informado junto al profesional que me brinda la información.

Hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

Firma:

#### 4.5. ANEXO V. Carta de autorización

Gerencia: \_\_\_\_\_ (institución)

Servicio Canario de Salud

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Nos dirigimos a ustedes a través de esta carta con el fin de informarles sobre un estudio de investigación y solicitar la autorización requerida y los permisos necesarios para la puesta en marcha de dicho proyecto.

El objetivo principal es conocer el nivel de satisfacción, con la atención que presta enfermería, de los familiares de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos de adultos del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC), e identificar los factores que influyen en la atención de enfermería a los familiares de los pacientes ingresados en estas unidades. El proyecto tiene una duración aproximada de un año, y se comenzará con la recogida de datos en el mes de julio de 2017.

Se adjunta ejemplar del proyecto e informe del Comité Ético de Investigación Clínica.

Como investigadora principal de dicho proyecto solicito la autorización correspondiente para su realización.

Atentamente,

Fdo. Sara Adrián Barreto

Investigadora principal del proyecto

☎ 649 552 958

✉ saraadrian7@hotmail.com

#### **4.6. ANEXO VI. Carta de autorización al Comité Ético de Investigación del Servicio Canario de Salud**

Fecha: \_\_\_\_\_

Muy Sres. Nuestros.

Nos dirigimos a ustedes con el fin de presentarles para valoración y veredicto el proyecto de investigación de carácter mixto con el título “Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos”.

Se adjunta ejemplar del proyecto con sus ANEXOS correspondientes.

Quedamos a su disposición para cualquier tema que se precise.

Atentamente.

Sara Adrián Barreto.  
Investigadora principal del proyecto.

#### 4.7. ANEXO VII. Compromiso del investigador



<b>COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA</b>



### COMPROMISO DEL INVESTIGADOR

D<sup>a</sup>. Sara Adrián Barreto, de la Universidad de la Laguna.

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigadora principal en el proyecto de investigación titulado “Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos”.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo fielmente lo establecido en el proyecto autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que asegurará la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Que dicho proyecto de investigación se llevará a cabo contando con la colaboración de D<sup>ña</sup>. M. Mercedes Arias Hernández, profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

En Santa Cruz de Tenerife, a ..... de ..... de 2017.

Firmado:

Investigadora principal

D<sup>a</sup>: .....

Firmado: Firmas de los investigadores colaboradores (cuando proceda)

D/D<sup>a</sup>: .....

Colaborador/a

#### 4.8. ANEXO VIII. Presupuesto

Presupuesto proyecto de investigación: “Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos”		
Recursos humanos	Estadístico	800 €
Recursos materiales no fungibles	Ordenador portátil	400 €
	Impresora	150 €
	Programa informático original	500 €
	Teléfono móvil	100 €
	Grabadora de voz	40 €
Recursos materiales fungibles	Tóner impresora	50 €
	Folios DinA4	30 €
	Bolígrafos	15 €
<b>COSTE TOTAL DEL PROYECTO</b>		<b>2.085 €</b>