

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico 2014 - 2015

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA DEL ENFERMO CRÍTICO Y LA OPINION DE LOS PROFESIONALES DE UCI

*Analysis of needs of the critically ill relatives and
critical care professional's opinion*

Realizado por: Antonio Sánchez Vallejo
Dirigido por: Daniel Fernández García

En León, a seis de julio de dos mil quince

INDICE

Indice de tablas	3
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
Metodología	8
Diseño.....	8
Instrumento.....	8
Variables.....	9
Contexto	9
Muestra.....	10
Análisis estadístico.....	10
Resultados	12
Características de los participantes.....	12
Resultados de la encuesta entre los familiares del paciente de UCI.....	13
Resultados de la encuesta entre los profesionales de UCI	17
Discusion.....	20
Limitaciones.....	24
Agradecimientos	24
Conclusiones.....	25
Referencias bibliograficas	26
Anexo 1. Cuestionario de percepción de necesidades familiares	30
Anexo 2. Cuestionario de opiniones de los profesionales de UCI.....	34
Anexo 3. Autorización expresa para utilización cuestionario CCFNI	37
Anexo 4. Documento aprobación Comité de Ética en la Investigación	39

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de la familia del paciente	12
Tabla 2. Características demográficas de los profesionales de UCI.....	13
Tabla 3. Percepciones de la familia (información, apoyo y seguridad).....	14
Tabla 4. Percepciones de la familia (política de visita y confort)	15
Tabla 5. Opiniones de los profesionales de UCI	17

RESUMEN

Introducción: El objetivo del estudio fue describir las necesidades percibidas por la familia del paciente crítico, y la opinión de los profesionales de cuidados intensivos sobre su relación con la misma.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en la unidad de cuidados intensivos del Complejo Asistencial Universitario de León. La población de estudio incluyó a un familiar de cada paciente de la unidad, y a todos los profesionales sanitarios que trabajaron allí del 1 de marzo al 31 de mayo de 2015. Se emplearon dos cuestionarios autoadministrados: uno para familiares y otro para profesionales. La participación fue voluntaria y anónima. Se creó una base de datos con el programa estadístico Epi Info donde se recogieron las variables previamente seleccionadas por un panel de expertos.

Resultados: Participaron 61 profesionales y 35 familiares de pacientes. El 91,4% de los familiares se sintió informado de forma adecuada, sincera y comprensible. Un 82,9% mostró satisfacción con la actual política de visitas, y el 100% percibió un trato profesional amable, aunque con escaso interés profesional hacia ellos (48,5%). Los cuidados al paciente y el confort de la unidad fueron adecuados (100%); apreciándose molestias relacionadas con el ruido ambiental (34,2%). Un 95,1% de los profesionales indicó empatizar con la familia del paciente, y el 59,3% fue favorable a flexibilizar la política de visitas. Para el 78,3% la presencia familiar proporciona apoyo emocional al paciente sin ocasionarle inestabilidad; un 54,1% opinaba que flexibilizar la política de visitas interferiría en los cuidados al paciente, para un 49,1% significaría mayor carga física y mental, y un 39,3% se sentiría controlado. Informaba habitualmente a la familia el 62,3%; y un 88% estimó necesario formarse en comunicación de malas noticias.

Conclusiones: Los resultados mostraron no cubierta la necesidad de información, especialmente en cuanto a cuidados de enfermería. Los profesionales reclamaron formación en habilidades de comunicación, siendo fundamental un modelo de información a la familia. Se mostraron escépticos respecto a la flexibilización de la política de visitas, la cual debería consensuarse. Es necesario profundizar en la investigación orientada a un cuidado holístico centrado en el paciente y la familia.

Descriptor

Cuidados Críticos, Evaluación de Necesidades, Familia, Toma de Decisiones, Unidades de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to describe the perceived needs of the critical patient's family and the opinion of intensive care professionals about their relationship with it.

Methods: descriptive study developed in the intensive care unit at the León University Hospital. The study population included a relative of each patient in the unit, and all health professionals who worked there from March 1 to May 31, 2015. Two self-administered questionnaires were used: one for family and one for professionals. The participation was voluntary and anonymous. A database with Epi Info where the variables previously selected by a panel of experts was established was collected.

Results: A total of 61 professional and 35 family members of patients take part. 91.4% of relatives felt adequately informed, sincere and understandable way. An 82.9% expressed satisfaction with the current policy of visits, and 100% noticed a friendly professional service, but with little professional interest in them (48.5%). Patient care and comfort was adequate unit (100%); appreciating discomfort related to environmental noise (34.2%). 95.1% of professionals said empathize with the patient's family, 59.3% was in favor of more flexible policy views. 78.3% the familiar presence provides emotional support to the patient without causing instability; 54.1% believed that flexible policy views interfere with patient care, for a 49.1% mean increased physical and mental load, and 39.3% would be controlled. Usually they informed the family 62.3%; and 88% deemed it necessary training in communicating bad news.

Conclusions: The results showed unmet need for information, especially regarding nursing care. They demanded training professionals in communication skills, being fundamental an information model family. They were skeptical about relaxing the policy views, which should be agreed. It's needed further research aimed at a holistic patient and family-centered care.

Keywords

Critical care, Decision Making, Family, Intensive Care Unit, Needs Assessment.

INTRODUCCIÓN

El entorno familiar del paciente lo componen todas aquellas personas vinculadas al mismo por afecto, sentimientos o lazos consanguíneos (Davidson et al., 2007; Zaforteza Lallemand, García Mozo et al., 2010). En línea con el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), cada miembro de la familia experimenta de un modo u otro angustia y preocupación ante la enfermedad y hospitalización de un ser querido (Escudero, Viña y Calleja, 2014). Durante este periodo la vida familiar se desorganiza apareciendo en cada uno de sus miembros estrés y ansiedad (Llamas Sánchez et al., 2009); los cuales se ven acentuados, cuando el ingreso tiene lugar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), debido a la espera incierta y a la posibilidad de fallecimiento del ser querido (Pardavila Belio y Vivar, 2012).

Las UCI no suelen planificarse inicialmente para acoger a los familiares por periodos prolongados (Zaforteza, Sánchez y Lastra, 2008); sus diseños generalmente cerrados y sus condiciones medioambientales de alta tecnología, ruido, e iluminación artificial no contribuyen a mitigar el estrés (Zaforteza Lallemand et al., 2010). Estos factores, asociados a la separación forzada entre paciente y familia, impuesta por los regímenes de visita habitualmente restrictivos de estas unidades, amplifican el impacto ejercido sobre la familia por el ingreso en la UCI de uno de sus miembros (da Silva Ramos, Lins Fumis, Pontes Azevedo y Schettino, 2013; Errasti Ibarrondo y Tricas Sauras, 2012).

La literatura consultada coincide en señalar la necesidad de implementar cuidados profesionales orientados a satisfacer las necesidades de la familia del paciente crítico (da Silva Ramos et al., 2013; Davidson et al., 2007; Errasti Ibarrondo y Tricas Sauras, 2012; Escudero et al., 2014; García Mozo et al., 2010; Zaforteza Lallemand et al., 2012). Señala así mismo como para la familia es prioritario recibir información en términos que puedan comprender, tener facilidad de acceso junto al ser querido enfermo, recibir apoyo emocional y espiritual, percibir seguridad en el entorno de cuidados del paciente, y disponer de instalaciones confortables donde afrontar la espera (Davidson et al., 2007; Escudero et al., 2014; García Mozo et al., 2010; Hidalgo Fabrellas, Vélez Pérez y Pueyo Ribas, 2007; Llamas Sánchez et al., 2009; Molter, 1979; Zaforteza Lallemand, Prieto González et al., 2010). Sin embargo el entorno profesional continúa sin ser sensible a esta realidad (Zaforteza Lallemand et al., 2010; Zaforteza Lallemand et al., 2012), y se orienta casi en exclusiva hacia el cuidado centrado en el paciente (Molter, 1979). El habitual modelo organizativo de estas unidades dificulta además la integración en ellas de la familia del paciente, al concebirse como espacios de trabajo y no como un espacio común de interacción entre profesionales y usuarios (Pérez Cárdenas, Rodríguez Gómez,

Fernández Herranz, Catalán González y Montejo González, 2004; Zaforteza Lallemand et al., 2012).

Diversos autores señalan a la familia como una valiosa herramienta en la atención holística al paciente crítico. Por un lado contribuye a disminuir el estrés y el delirio en el paciente debidos a su patología y a la iatrogenia, sin declararse complicaciones atribuibles a la presencia familiar junto a él; contribuyendo potencialmente a acortar el tiempo de estancia del enfermo en UCI (Fumagalli et al., 2006; Zaforteza Lallemand et al., 2010; Zaforteza Lallemand et al., 2010). Adicionalmente la presencia de un familiar junto al paciente también mejora la comunicación y la seguridad al facilitar la mejor comprensión de algunas expresiones de este por parte de los profesionales (American Association of Critical Care Nurses [AACCN], 2012; Errasti Ibarrodo y Tricas Sauras, 2012). Además la familia dispone de información que podría influir decisivamente en los resultados clínicos del paciente, por lo que la evidencia recomienda su participación junto al equipo profesional en las deliberaciones sobre la atención a su familiar enfermo (Cypress, 2012; Davidson et al., 2007; Schmidt y Azoulay, 2012).

La revisión de la bibliografía solo ha permitido localizar un trabajo que aporte de manera conjunta la opinión de los profesionales y la percepción de la familia del paciente crítico al respecto de las necesidades de esta última (Santana Cabrera et al., 2007). Describir el entorno de la UCI desde el punto vista profesional y de los familiares resulta de vital trascendencia. El *objetivo del estudio* es, por un lado describir las necesidades de salud percibidas por la familia del enfermo ingresado en una UCI, y por otro describir la opinión de los profesionales de la misma unidad sobre aspectos relativos a la presencia familiar en la UCI.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio descriptivo transversal realizado en la UCI de adultos del Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). Se desarrollaron dos formularios autoadministrados: uno que exploraba la percepción de necesidades no cubiertas en los familiares del paciente ingresado en la UCI del CAULE (Anexo 1), y otro destinado a conocer las opiniones de los profesionales sanitarios que trabajan en la misma unidad: médicos, enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) (Anexo 2).

Instrumento

El cuestionario entregado a los familiares constaba de 29 ítems: 24 preguntas cerradas con opción de respuesta múltiple tipo Likert más cinco preguntas dicotómicas, distribuidas en dos áreas. Una estaba constituida por la versión breve del *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), validado para la población española por Gómez Martínez, Ballester Arnal y Gil Juliá (2011), y única versión disponible para esa población. Se obtuvo permiso por escrito de los autores para emplearlo en nuestro estudio (Anexo 3). La segunda área consistía en un conjunto de preguntas elaboradas *ad hoc* sobre la base de los estudios realizados por Pérez Cárdenas et al. (2004), Santana Cabrera et al. (2007), y Llamas Sánchez et al. (2009), a fin de examinar cuestiones no abordadas por la versión disponible del CCFNI.

No fue posible localizar en la bibliografía consultada ningún instrumento validado para conocer la opinión de los profesionales respecto al tema de estudio, por lo que fue preciso confeccionar un cuestionario *ad hoc* formado por 17 ítems: 15 preguntas cerradas de respuesta múltiple tipo Likert y dos dicotómicas. Para ello seguimos los criterios publicados en los estudios de Marco Landa et al. (2000), Berti, Ferdinande y Moons (2007), y da Silva Ramos et al. (2013) sobre la opinión de los profesionales sanitarios de UCI acerca del efecto que la familia podría ejercer sobre el paciente crítico.

Ambos instrumentos recogían la fecha de registro, datos sociodemográficos, y disponían además de una última pregunta abierta donde expresar cuestiones no planteadas en ellos. Se anexa a cada cuestionario, un documento con instrucciones y consentimiento informado para ser leído y firmado por cada participante, garantizando la confidencialidad de los datos, e invitando a conocer los resultados al finalizar el estudio.

La validez de contenido de cada instrumento fue asegurada mediante el empleo de criterios bibliográficos rigurosos durante su elaboración, y posterior análisis por expertos. El grupo de expertos estuvo constituido por un profesor de la Facultad de Ciencias de la

Salud de la Universidad de León, un médico intensivista y una enfermera de la UCI a estudio. Por último se realizó una prueba de validez de comprensión a cada uno de los formularios. El cuestionario destinado a explorar las percepciones de las familias fue examinado por una muestra de alumnos de enfermería voluntarios; y el destinado a recoger la opinión de los profesionales fue evaluado por un conjunto de enfermeras voluntarias de la Unidad de Reanimación. Las observaciones realizadas en cada fase se incorporaron a los formularios finales.

Variables

El cuestionario destinado a los familiares incluía las variables edad, género, actividad laboral, nivel académico, parentesco con el paciente, distancia del domicilio al hospital, convivencia o no con el paciente, y experiencias previas de ingreso en UCI. Los ítems incluidos evaluaron la percepción de necesidad no cubierta entre los familiares en base a cinco factores considerados como variables dependientes: información recibida y comprensión de la misma, proximidad a su familiar enfermo, seguridad del entorno de cuidados del paciente, apoyo recibido por la familia, y confort en las instalaciones.

En el cuestionario para los profesionales se recogieron las variables: edad, género, número de hijos, estado civil, profesión, tipo de contrato, experiencia profesional y experiencia profesional en UCI. La opinión de los profesionales acerca de los factores: empatía hacia la familia, relación del profesional con la familia, valoración de la visita como dificultad sobreañadida, opinión sobre políticas de visita abiertas, y efecto de la presencia familiar sobre el paciente se consideraron variables dependientes.

Contexto

La UCI de adultos del CAULE cuenta con 16 puestos de atención a enfermos (boxes) distribuidos en dos zonas iguales separadas. Cuatro boxes son de aislamiento, aunque en la práctica todos poseen esa capacidad ya que pueden cerrarse de forma hermética mediante mampara de vidrio y poseen sistema de ventilación forzada. La ratio enfermera-paciente es de 1:2, y 1:4 para los TCAE, con una guardia de dos médicos. Esta UCI polivalente da cobertura a pacientes críticos adultos a partir de 14 años de edad con patología no primariamente cardiológica y/o quirúrgica, atendiendo sin embargo pacientes neuroquirúrgicos.

Actualmente la política de visitas sigue un patrón cerrado, disponiendo los familiares de dos franjas horarias para acceder al interior junto a su ser querido ingresado: una de 13:00 a 13:30h, y la otra de 19:00 a 19:30h. Habitualmente acceden al box dos familiares por paciente debiendo hacer uso de bata e higiene de manos al entrar y al salir. La sala de espera es compartida con la Unidad de Reanimación. Se proporciona información

médica puntual a los familiares del paciente en el momento del ingreso y cada 24 horas; siendo la información relativa a cuidados de enfermería dependiente de la voluntad de cada profesional. En el momento del ingreso un TCAE entrega a la familia un documento informativo sobre las normas de la unidad y modo de contacto, siguiendo el protocolo de atención a familiares del CAULE.

Muestra.

La selección muestral para ambos grupos, profesionales y familiares, siguió una metodología no probabilística mediante muestreo accidental; estableciéndose criterios de inclusión análogos a los encontrados en estudios similares al nuestro. El periodo de estudio abarcó 3 meses, desde el 1 de marzo hasta el 31 de mayo de 2015, durante el cual se entregó un cuestionario a cada participante, tanto del grupo de profesionales como de familiares. La entrega fue efectuada, durante la visita diaria, por colaboradores voluntarios ajenos al grupo de estudio entrenados en el procedimiento. Se indicó en todo momento a los participantes la voluntariedad y anonimidad de la participación, así como la posibilidad que tenían de retirarse del estudio en cualquier momento.

La población de estudio de familiares estuvo constituida por la totalidad de los familiares de pacientes ingresados en la UCI del CAULE durante el periodo mencionado. Fueron criterios de inclusión en la muestra: ser mayor de 18 años, ausencia de limitaciones psíquicas o cognitivas para responder al cuestionario, que la causa primaria de ingreso en UCI no fuera una cirugía programada, estancia en UCI superior a 48 horas, y fue seleccionado un solo familiar por paciente, el más cercano afectivamente. Mediante este último criterio se trató de evitar sesgos por duplicidad de datos procedentes de una misma familia. Se calculó un tamaño muestral para el grupo de familiares próximo a los 50 sujetos en base a la dinámica habitual de ingresos (según datos de años previos), teniendo en cuenta una ocupación promedio de la unidad del 80% y esperando una tasa de participación del 75%.

La población de estudio incluía también a todos los profesionales sanitarios que trabajaron en la citada UCI durante el periodo de estudio, sumando un total 80 personas. Se tomó como criterio de inclusión la antigüedad mínima de tres meses como trabajador de la UCI, resultando un tamaño coincidente con el universo de estudio para la muestra de profesionales.

Análisis estadístico.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación Científica del Área de Salud de León con fecha veinticuatro de marzo de dos mil quince (Anexo 4). La información se registró en una base de datos creada con el programa informático Epi Info

3.5.4, empleado también para el análisis estadístico. Este se realizó mediante pruebas de T de Student y Chi cuadrado; empleando test ANOVA, o test no paramétrico de Kruskal-Wallis, para el análisis bivalente según la homogeneidad o no de la varianza. Se declaró significativa una diferencia cuando la probabilidad de error tipo I fuera igual o inferior al 5%, lo que se evaluó mediante el estadístico p de Pearson, con valor $p \leq 0.05$ para esa probabilidad.

RESULTADOS

Características de los participantes

En relación a la familia del paciente ingresado en la UCI del CAULE, la tasa de participación se situó en el 59% (35/61). La pérdida de muestra fue atribuible a la voluntariedad en la participación y a la dinámica de ingresos propia de este tipo de unidades durante el periodo de estudio.

Del conjunto de familiares encuestados, el 57,6% fueron mujeres, el 61,8% eran hijos del paciente, y un 40% había tenido con anterioridad algún familiar ingresado en una UCI. Un 52,9% vivían a más de 15 Km. del hospital y un 29,4% a menos de 5 km. Compartían domicilio con el paciente un 32,4%, un 61,7% trabajaban o se dedicaban a las tareas del hogar, y el 42,4% poseía titulación universitaria. La edad media de los familiares encuestados fue de 44,8 años (DT = 13,4; mínima de 18 y máxima de 77).

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra de familiares de los pacientes de UCI.

Tabla 1. Características socio-demográficas de la familia del paciente de UCI.

Variable	Clase	n/N	%
Sexo	Hombre	14/33	42,4%
	Mujer	19/33	57,6%
Parentesco con el paciente	Hijo / a	21/34	61,8%
	No Hijo/a	13/34	38,2%
Actividad Laboral	Trabaja / Hogar	21/34	61,7%
	No Trabaja	13/34	38,3%
Nivel Académico	Universitarios	14/33	42,4%
	No Universitarios	19/33	57,6%
Distancia domicilio - hospital	< 5 Km.	10/34	29,4%
	5-10 Km.	5/34	14,7%
	10-15 Km.	1/34	2,9%
	> 15 Km.	18/34	52,9%
Convive con el paciente	SI	11/34	32,4%
	NO	23/34	67,6%
Familiares en UCI en alguna ocasión	SI	12/30	40,0%
	NO	18/30	60,0%

En relación a los profesionales la tasa de participación fue del 76,3% (61/80). La pérdida de muestra fue atribuible a la voluntariedad en la participación.

Del total de profesionales encuestados un 78,7% eran mujeres, un 55% estaban casados, más de la mitad tenían más de 15 años de experiencia profesional, un 57,4% eran enfermeras y un 55,7% tenían contrato fijo dentro de la UCI. La edad media de los encuestados fue de 42,8 años (DT = 9,4; mínimo de 26 y máximo de 64). La media de hijos por persona trabajando en la UCI era de 1,1 hijos (DT=1; mínimo de 0 y máximo de 3).

En la tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de la muestra de profesionales de UCI.

Tabla 2. Características socio-demográficas de los profesionales de UCI.

Variable	Clase	n/N	%
Sexo	Hombre	13/61	21,3%
	Mujer	48/61	78,7%
Número de Hijos	0	24/59	40,7%
	1	10/59	16,9%
	2	20/59	33,90%
	3 ó más.	5/59	8,50%
Experiencia Profesional	0-10 años	9/60	15,0%
	>10 años	51/60	85,0%
Experiencia Profesional en UCI	0-5 años	16/61	26,2%
	5-10 años	16/61	26,2%
	10-15 años	15/61	24,6%
	>15 años	14/61	23,0%
Categoría Profesional	Médico	13/61	21,3%
	Enfermera	35/61	57,4%
	TCAE	13/61	21,3%
Tipo de Contrato	Fijo / Interino	48/61	78,7%
	Temporal	13/61	21,3%

Resultados de la encuesta entre los familiares del paciente de UCI

Las percepciones de los familiares del paciente ingresado en UCI se han estratificado en función del género, la relación filial o no con el paciente, la actividad laboral, la convivencia con el paciente, y el tipo de formación académica. Se presentan organizados según la categorización de necesidades señalada en la bibliografía consultada. En la tabla 3 se aporta información acerca de la percepción de los familiares encuestados

sobre la información y apoyo recibidos y sobre la seguridad percibida en los cuidados al paciente en la UCI. De igual forma, en la tabla 4 pueden observarse las percepciones de los familiares acerca de la política de visitas y del confort en las instalaciones de la UCI.

Tabla 3. Percepciones de la familia (información, apoyo y seguridad).

	Nunca / Solo algunas veces		Casi todas / La mayoría	
	n/N	%	n/N	%
¿Le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?	---	---	35/35	100,0%
¿El personal del hospital se preocupa por el paciente?	2/35	5,7%	33/35	94,3%
¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	3/35	8,6%	32/35	91,40%
¿Usted siente que le están dan información sincera respecto al estado y progreso del paciente?	3/35	8,6%	32/35	91,40%
¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas?	3/35	8,6%	32/35	91,40%
¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?	---	---	35/35	100,0%
¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?	17/35	48,5%	18/35	51,5%
¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose? ¹	21/35	60,0%	14/35	40,0%
Estoy muy satisfecho con las atenciones recibidas por el paciente.	---	---	34/34	100,0%
¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?	23/35	65,8%	12/35	24,2%
¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos que podrían ser mejorables?	25/31	80,6%	6/31	19,4%
¿Usted comprende la información acerca de los cuidados de enfermería proporcionados a su familiar?	3/22	13,6%	19/22	86,4%
¿Conoce usted el nombre del personal que atiende a su familiar?	28/35	80,0%	7/35	20,0%
¿Es fluida la relación con el personal de la Unidad?	9/35	25,7%	26/35	74,3%

¹ Significación estadística según nivel académico de la muestra (p<0.05)

Tabla 4. Percepciones de la familia (política de visita y confort).

	Malas / Muy malas		Buenas / Muy buenas	
	n/N	%	n/N	%
La limpieza general de la UCI	---	---	35/35	100,0%
La limpieza del Box donde está su familiar	---	---	34/34	100,0%
¿Qué impresión le ha causado la sala de espera?	9/35	25,8%	26/35	74,2%
Nivel de Ruido	12/35	34,2%	23/35	65,8%
Iluminación de la UCI	2/35	5,7%	33/35	94,3%
Estética / colores de la UCI	2/35	5,7%	33/35	94,3%
Mobiliario sala de espera	9/35	25,8%	26/35	74,2%
Comodidad del paciente (cama)	14/35	40,0%	21/35	60,0%
Intimidad	4/35	11,4%	31/35	88,6%
	No		Si	
	n/N	%	n/N	%
¿Localizó fácilmente la UCI el primer día?	12/34	35,3%	22/34	64,7%
¿Le parece adecuada la hora de la información?	4/35	11,4%	31/35	88,6%
¿Considera suficiente el tiempo de visita?	6/35	17,1%	29/35	82,9%
¿El horario de visitas le parece adecuado? ¹	5/35	14,3%	30/35	85,7%
¿Están informados de los cuidados de enfermería proporcionados diariamente a su familiar?	17/35	48,6%	18//35	51,4%
	No adecuado		Adecuado	
	n/N	%	n/N	%
¿Qué opinión le merece el número de familiares permitido?	4/35	11,4%	31/35	88,6%

¹ Significación estadística según parentesco ($p < 0.05$)

En relación a la comunicación e información recibida de los profesionales de UCI, un 91.4% de los familiares encuestados valoraron como comprensible y sincera esa información; el mismo porcentaje manifestó además comprender lo que estaba sucediendo y las razones por las que se le efectuaban diferentes pruebas y técnicas al paciente, expresando su conformidad con el horario de información actualmente establecido un 88,6% de los participantes.

El 60% de los encuestados declaró no haber recibido explicaciones sobre el equipamiento empleado en UCI para atender a su familiar enfermo; esta información fue estadísticamente menos percibida por el 78,6% titulados universitarios y por el 57,9% de los no universitarios que declararon que nunca o solo algunas veces fueron informados sobre este particular ($p < 0,05$).

Un 51.4% de la muestra dijo haber recibido información diaria acerca de los cuidados de enfermería proporcionados al paciente, de ellos el 86,4% señalaron haber comprendido esta información; sin embargo un 71,4% de los titulados universitarios, frente al 36,8% de los no universitarios, indicó que nunca o solo algunas veces habían recibido información diaria de las enfermeras.

Preguntados los familiares acerca de la política de visitas de la UCI, un 64,7% refirieron haber localizado con facilidad la unidad el primer día, el 82,9% de ellos se mostraron conformes con tiempo de vista, y el 88,6% les pareció adecuado el número de familiares permitido actualmente. Un 85,7% de los encuestados mostraron estar de acuerdo con el horario actual de visita, siendo significativa la diferencia de opinión según el parentesco con el paciente; opinaban así el 95,2% de los hijos y el 69,2% de quienes guardaban otro tipo de relación con el pacientes ($p < 0,05$).

En relación al apoyo emocional recibido, el 65,7% de los familiares refirieron no haber sentido soledad o aislamiento en la sala de espera nunca o sólo algunas veces, y un 100% indicaron percibir que los miembros del equipo fueron atentos con ellos; sin embargo un 48,5% señalaron que los profesionales nunca o solo algunas veces mostraron interés por su situación particular. En la misma línea, un 80% de encuestados señalaron no haber conocido el nombre de quienes les atendieron en UCI, aunque un 74,3% indicaron haber mantenido una relación fluida con el personal.

Respecto a la percepción de seguridad en el entorno de cuidados del paciente, un 100% de la muestra calificó los cuidados a su familiar enfermo como los mejores posibles, mostrándose satisfechos con las atenciones profesionales recibidas por el paciente también el 100% de los encuestados. Un 94,3% de los familiares percibió que los profesionales se preocupaban por el paciente; sin embargo para el 19,4% los cuidados médicos recibidos por el paciente podían ser mejorados.

El 100% de los encuestados calificaron como buenas o muy buenas las condiciones de limpieza de la unidad, así como la comodidad del paciente en el box. La intimidad fue valorada como buena o muy buena por un 88,6% de los familiares, y tanto la conservación estética como la iluminación de la unidad obtuvieron la misma calificación por el 94,3% de los participantes. Sin embargo las condiciones de confort acústico fueron valoradas como malas o muy malas por un 34,2% de los familiares. Un 74,2% de los encuestados calificaron las condiciones de confort de la sala de espera y su mobiliario como buenas o muy buenas; las mayores diferencias de percepción en este caso se dieron por parentesco, opinando en esta línea el 61,9% de los hijos de los pacientes frente al 92,3% del resto de familiares.

Resultados de la encuesta entre los profesionales de UCI

Tabla 5. Opiniones de los profesionales de UCI

	Nunca / Ocasionalmente		Frecuentemente / Siempre	
	n/N	%	n/N	%
¿La presencia de la familia junto al enfermo durante la visita proporciona apoyo emocional al paciente?	13/60	21,7%	47/60	78,3%
¿Se aproxima usted a hablar y entablar una relación de ayuda con la familia durante la visita? ^{2,6}	12/60	20,0%	48/60	80,0%
¿Ha podido comprobar si la presencia de la familia provoca inestabilidad en el paciente?	45/59	76,3%	14/59	23,7%
¿Se ha preguntado alguna vez lo que puede sentir un familiar de un enfermo de UCI?	3/61	4,9%	58/61	95,1%
¿Una política de visitas más permeable interferiría en los cuidados de enfermería?	28/61	45,9%	33/61	54,1%
¿La presencia familiar contribuye a la mejora del bienestar del paciente? ¹	33/61	54,1%	28/61	45,9%
¿Cree que la presencia de la familia contribuiría a acortar la estancia del paciente en la UCI? ²	51/60	85,0%	9/60	15,0%
¿Se sentiría usted controlado si en la UCI hubiera un régimen más permeable de visitas?	37/61	60,7%	24/61	39,3%
¿La política de visitas de la UCI debería flexibilizarse en casos especiales como es el final de la vida? ^{3,5}	4/61	6,6%	57/61	93,4%
¿Cree que sería positivo disponer de formación en comunicación de malas noticias?	3/25	12,0%	22/25	88,0%
¿Una mayor presencia de la familia mejoraría el estado de ánimo del paciente? ^{2,3,4}	24/61	39,3%	37/61	60,7%
¿Informa usted habitualmente a la familia sobre los cuidados dados al paciente? ^{2,3,4}	23/61	37,7%	38/61	62,3%
¿Un régimen de visitas más permeable proporciona una mayor carga física y psíquica a la enfermera?	31/61	50,9%	30/61	49,1%
¿Le resultaría de interés recibir entrenamiento en habilidades para el trato con la familia?	9/61	14,8%	52/61	85,2%
¿Políticas de visitas más permeables incrementarían la confianza familiar hacia el personal de la UCI? ³	22/61	36,1%	39/61	63,9%
			No	Si
	n/N	%	n/N	%
¿Tiene usted alguna formación en comunicación de malas noticias? ⁶	26/61	42,6%	35/61	57,4%
¿Estaría usted dispuesto a introducir un régimen de visitas más permisivo en esta unidad?	24/59	40,7%	35/59	59,3%

¹ Significación estadística según género (p<0.01)

² Significación estadística según género (p<0,05)

³ Significación estadística según tipo de contrato (p<0.05)

⁴ Significación estadística según categoría profesional (p<0,001)

⁵ Significación estadística según categoría profesional (p<0.05)

⁶ Significación estadística según experiencia profesional en UCI (p<0,05)

Los resultados sobre la opinión de los profesionales de la UCI se estratificaron en función del género, la categoría profesional, el tipo de contrato y la experiencia en UCI de cada trabajador. En la tabla 5 pueden observarse las opiniones de los profesionales acerca aquellos aspectos relacionados con la familia del paciente ingresado en UCI.

El 95,1% de los encuestados manifestaron haber empatizado en alguna ocasión con los sentimientos de la familia del paciente ingresado, mostrándose significativamente a favor de flexibilizar la política de visitas en casos especiales un 97,1% de las enfermeras, un 100% de los TCAE, y un 76,9% de los médicos ($p < 0,05$), así como el 97,1% del personal fijo y el 100% de los interinos ($p < 0,05$).

Preguntados por la relación que mantenían con la familia del paciente, un 80% declararon establecer una relación de ayuda hacia la familia de forma habitual, dándose esta con mayor frecuencia estadística entre los varones (100%) que entre las mujeres (74,5%), ($p < 0,05$), y entre los profesionales con más de 15 años de experiencia (85,7%) que entre los que poseen menos de 5 años de experiencia en UCI (52,3%), ($p = 0,01$).

Un 57,4% de los profesionales afirmaron poseer formación en comunicación de malas noticias (83,3% de los hombres y 52,1% de las mujeres), apareciendo variación estadística significativa por categoría profesional, un 92,3% de los médicos, el 52,9% de las enfermeras, y un 38,5% de los TCAE declararon haberse formado en el tema ($p < 0,05$); en todo caso, un 88% estimó positivo disponer de formación en comunicación de malas noticias.

Entre el 62,3% de los profesionales que declararon informar habitualmente a la familia sobre los cuidados realizados al paciente hubo una importante variación estadística por categoría profesional; declararon esta práctica un 100% de los médicos y un 62,9% de las enfermeras, además del 23,1% de los TCAE ($p < 0,001$). Se obtuvo también mayor frecuencia estadística en este aspecto entre los varones (92,3%), que entre las mujeres (54,2%), ($p < 0,05$); y entre el personal fijo (73,5%) y con contrato temporal (69,2%) que entre los profesionales interinos (28,6%), ($p < 0,05$).

En relación a la política de visitas en UCI, un 54,1% de los profesionales sanitarios opinaron que una flexibilización de la misma podría interferir en los cuidados al paciente, e inducir mayor carga física y psíquica en el personal (49,1%). Además el 39,3% estimaron que se sentirían controlados en un escenario de visita flexible. Sin embargo, un 59,3% de los profesionales se mostraron favorables a implementar políticas de visita más permisivas en la unidad; y el 63,9% de los profesionales opinaba que la familia confiaría más en el personal de UCI si se dieran medidas de este tipo, siendo más frecuente

estadísticamente esta opinión entre profesionales con contrato estable (un 73,5% fijos y un 71,4% interinos), que entre los profesionales temporales (30,8%), ($p < 0,05$).

El 78,3% de los profesionales opinaron que la presencia familiar proporciona apoyo emocional al paciente sin ocasionarle inestabilidad; sin embargo los varones opinaban con mayor frecuencia estadística (92,3%) que las mujeres (54,2%), que la visita familiar mejora el estado de ánimo del paciente ($p < 0,05$). También se encontró una diferencia estadística importante al respecto según la categoría profesional, así el 100% de los médicos, un 62,9% de las enfermeras, y un 23,1% de los TCAE opinaron que la visita mejora el estado de ánimo del paciente ($p < 0,001$).

También hubo diferencias significativas por género respecto de la contribución de la familia al bienestar del paciente; siendo más frecuente entre los varones (84,6%) que entre las mujeres (35,6%) la opinión de que la familia puede contribuir al bienestar del paciente ($p < 0,01$). Por último, el 85% del conjunto de los profesionales coincidieron en opinar que la presencia familiar junto al enfermo nunca o solo ocasionalmente podría contribuir a aminorar el tiempo de ingreso en UCI; sin embargo aparecen de nuevo diferencias estadísticas por género, opinaron en esa línea un 66,7% hombres, y un 89,6% mujeres ($p < 0,05$).

Las sugerencias (pregunta 18) se centraron en dos áreas: la demanda de mayor formación orientada a la relación con la familia del paciente, y expresiones favorables a flexibilizar la política de visita en función de la situación del paciente.

DISCUSION

Este estudio ha tratado de enlazar las opiniones de los profesionales de UCI con las percepciones de los familiares de los pacientes allí ingresados de manera análoga al estudio realizado por Santana Cabrera et al. (2007). Como en este, es preciso remarcar una amplia participación por parte del colectivo de profesionales de nuestra UCI; sin embargo la tasa de respuesta en el grupo de familiares fue sensiblemente inferior a la obtenida por el estudio referenciado. Este dato se puede atribuir al diseño metodológico, similar al empleado por Llamas Sánchez et al. (2009), mediante el cual se prima el anonimato en la participación en aras de obtener unos resultados lo más exentos posible de sesgos derivados de la respuesta directa a un encuestador.

El estudio aporta elementos coincidentes en la percepción de profesionales y familiares, pero también opiniones contrapuestas. La evidencia indica como aspectos más relevantes para la familia el recibir información comprensible y veraz, así como percibir un entorno seguro de cuidados al paciente, valorando menos la proximidad al ser querido ingresado y el apoyo recibido desde el entorno profesional, y en último lugar se toma en consideración el confort (Davidson et al., 2007; Errasti Ibarondo y Tricas Sauras, 2012; Escudero et al., 2014; Hidalgo Fabrellas et al., 2007; Llamas Sánchez et al., 2009; Pardavila Belio y Vivar, 2012; Santana Cabrera et al., 2007; Zaforteza et al., 2008).

Los resultados muestran una valoración familiar muy positiva de la información recibida acerca de la situación de su ser querido ingresado, y de la estrategia de cuidado y tratamiento hacia el mismo; dicha información es calificada como sincera, comprensible, y adecuada en cuanto a horarios. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en estudios de similares características (Llamas Sánchez et al., 2009; Santana Cabrera et al., 2007), y discurren en línea con las recomendaciones hechas por revisiones (Cypress, 2012; Davidson et al., 2007) y guías internacionales de práctica clínica a este respecto (Gibson et al., 2012; Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2006).

Destaca en el estudio la observación de una mayor demanda de información entre los familiares con nivel académico más alto. En este sentido la evidencia se inclina por una información proporcionada de forma progresiva e individualizada Llamas Sánchez et al. (2009) evitando la simplicidad y la premura de los enfoques paternalistas (Pardavila Belio y Vivar, 2012). La mitad de los familiares encuestados manifestaron haber recibido información sobre los cuidados de enfermería y el equipamiento empleado para el cuidado del paciente, coincidiendo con el estudio de Pérez Cárdenas et al. (2004). En cambio en el estudio de Llamas Sánchez et al. (2009) la proporción de encuestados que

recibió información de la enfermera sobre este importante aspecto fue muy superior; coincidiendo sin embargo los resultados en el alto porcentaje de familiares que comprendieron esta información. En vista de los resultados, es evidente que la necesidad de información no está completamente satisfecha en nuestro entorno de estudio; apreciándose un déficit cuantitativo pero no cualitativo en cuanto a la información ofrecida por la enfermera.

El modelo informativo de la UCI estudiada podría ser la causa subyacente de este déficit informativo. En este sentido los resultados indican que habitualmente informan a la familia la totalidad de los médicos, pero solamente dos tercios de las enfermeras; y mayoritariamente el personal fijo en plantilla. Tradicionalmente el personal de enfermería suele desistir de la labor informativa convencidos de que es una competencia médica exclusiva (Pérez Cárdenas et al., 2004). Este dato muestra concordancia con la idea expresada por Zaforteza Lallemand et al. (2012), en virtud de la cual dentro de los equipos multidisciplinares aparecen desequilibrios en las relaciones de poder que inducen asimetrías en su seno, condicionando la cesión, restricción, o prevalencia de atribuciones y criterios entre profesionales.

Un modelo de reparto complementario de la tarea informativa entre los profesionales se presenta como la mejor herramienta para proveer de información global a la familia del paciente en la línea de Pardavila Belio y Vivar (2012) y Escudero et al. (2014). La enfermera debería aportar información sobre los cuidados, descanso, confort y estado de ánimo del paciente, e información sobre el equipo tecnológico empleado y la motivación de determinados cuidados; mientras que la información sobre aspectos clínicos, estrategias de tratamiento y pronóstico son áreas de clara competencia médica (Escudero et al., 2014; Pardavila Belio y Vivar, 2012). Disponer de un adecuado flujo de información entre los miembros del equipo permitirá alcanzar esos objetivos además de mejorar la seguridad del paciente y la optimización de los resultados clínicos (Zaforteza Lallemand et al., 2012).

La capacidad de comunicar de forma adecuada requiere aprendizaje y método (Escudero et al., 2014); y en este sentido los resultados indican que un 57,4% del personal sanitario de la UCI afirmó poseer formación específica en habilidades de comunicación de malas noticias, siendo mayor el porcentaje entre los médicos en relación al resto de profesionales. No obstante el 88% profesionales estimaron conveniente disponer de formación reglada a este respecto. La literatura consultada ha destacado la importancia de optimizar la formación en habilidades de comunicación con el fin de mejorar la satisfacción familiar (Escudero et al., 2014), del mismo modo que anima a Enfermería a afrontar un cambio de mentalidad (Pérez Cárdenas et al., 2004), y

a proporcionar una atención eficiente en la que se informe de manera adecuada de los cuidados prestados.

Fue unánime la percepción familiar de seguridad en el entorno de cuidados del paciente, valorando de forma muy positiva la preocupación de los profesionales por el enfermo, y calificando los cuidados recibidos por este como los mejores posibles. Gracias a nuestro estudio se puede entender cubierta la necesidad familiar de seguridad, identificada en la bibliografía consultada como una de las más importantes para la familia (Davidson et al., 2007; Hidalgo Fabrellas et al., 2007; Molter, 1979; Pardavila Belio y Vivar, 2012); sin embargo es conveniente destacar el escaso énfasis que se hace desde los entornos de investigación sobre este aspecto en relación a la importancia que teóricamente le concede la familia del paciente crítico.

A tenor de la abundante bibliografía sobre el tema del acceso de la familia junto al paciente se evidencia la gran relevancia de este aspecto en el caso del ingreso en UCI (Davidson et al., 2007; Errasti Ibarrodo y Tricas Sauras, 2012; Zaforteza et al., 2008). La política de visitas sigue un patrón cerrado, según la definición de Giannini (2007); sin embargo las percepciones familiares respecto a esta política son de aceptación y conformidad, en consonancia con algunos estudios (Pérez Cárdenas et al., 2004; Santana Cabrera et al., 2007), pero en contraposición a otros Llamas Sánchez et al. (2009). Pérez Cárdenas et al. (2004) apunta la idea familiar de favorecer el descanso del paciente como origen probable de esta actitud.

Las políticas flexibles, e incluso liberales, mejoran la satisfacción familiar, el estrés, la ansiedad, y disminuyen el número de reclamaciones; además incrementan la confianza del familiar en el profesional, favoreciendo la comunicación y la integración de la familia en el entorno de cuidados del paciente (da Silva Ramos et al., 2013; Davidson et al., 2007; Errasti Ibarrodo y Tricas Sauras, 2012; Escudero et al., 2014; Garrouste-Orgeas et al., 2006; Llamas Sánchez et al., 2009; Pardavila Belio y Vivar, 2012; Pérez Cárdenas et al., 2004; Santana Cabrera et al., 2007; Sims y Miracle, 2006). En convergencia con estas ideas, la opinión profesional mayoritaria obtenida en el estudio fue favorable a una flexibilización de la actual política de visitas, opinando que la presencia familiar proporciona apoyo y bienestar al paciente, y mejora su estado de ánimo sin ocasionar complicaciones relevantes, confirmando lo expresado en estudios previos al respecto (Fumagalli et al., 2006; Llamas Sánchez et al., 2009). No obstante estimaron poco probable que la presencia familiar junto al paciente pueda contribuir a acortar el periodo de ingreso de este último en la UCI, indicando además que se sentirían más controlados y con mayor carga física y psíquica bajo una política de visita abierta en UCI; estimando la posibilidad de interferencias en los cuidados al paciente.

Se puede interpretar este resultado como un cambio en la orientación profesional respecto al efecto de la familia sobre el paciente. Abundante evidencia indica que progresar en el cuidado a la familia mediante políticas abiertas de visita en las UCI satisface más eficazmente las cinco necesidades principales de los familiares del paciente crítico (AACCN, 2012; Davidson et al., 2007; Errasti Ibarondo y Tricas Sauras, 2012; Escudero et al., 2014; Giannini, 2007; Pardavila Belio y Vivar, 2012). El cambio hacia estos nuevos escenarios es imparable, aunque lento, a la vista del cada vez mayor número de iniciativas en este sentido; y al igual que en la bibliografía consultada, existe una necesidad de integrar la visita familiar como una parte más del tratamiento y cuidado diario del paciente a tenor de sus claros beneficios para paciente, familia y profesionales. En este sentido se coincide con varios autores en que la política de visita adecuada para cada unidad debe surgir del consenso entre todos los profesionales adaptándola de forma individualizada en cada caso. (Errasti Ibarondo y Tricas Sauras, 2012; Verhaeghe, Defloor, Van Zuuren, Duijnste y Grypdonck, 2005; Zaforteza Lallemand et al., 2010). Esta política debería velar por el mejor interés del paciente, y contar con él si ello es posible, siendo los profesionales de enfermería quienes mejor pueden gestionar la voluntad del paciente y el acceso flexible del familiar junto al paciente (da Silva Ramos et al., 2013; Errasti Ibarondo y Tricas Sauras, 2012; Pardavila Belio y Vivar, 2012; Pérez Cárdenas et al., 2004; Zaforteza Lallemand et al., 2010; Zaforteza Lallemand et al., 2012).

En relación directa con la política de visita se encuentra el apoyo percibido por los familiares y la empatía mostrada por los profesionales. El tiempo de visita constituye el espacio donde ejercitar la empatía, el apoyo formal y la relación de ayuda profesional. A este respecto los familiares indicaron percibir un trato amable y fluido por parte de los profesionales como ocurre en estudios previos similares (Santana Cabrera et al., 2007); sin embargo percibieron poca implicación del personal hacia ellos, del cual en la mayoría de las ocasiones desconocían el nombre. Algunos estudios sugieren que la falta de una figura profesional de referencia es fuente de estrés y ansiedad en la familia (Llamas Sánchez et al., 2009; Verhaeghe et al., 2005). En este sentido es conveniente revisar y reforzar las actuaciones profesionales para hacer más visible a los familiares la presencia profesional y poder satisfacer así esta necesidad parcialmente cubierta según los resultados del estudio.

Por otra parte, el apoyo informal que ejerce la familia, y otras familias de pacientes, en estas ocasiones podría ser la causa de que la mayoría de los consultados no sintiera soledad o aislamiento en la sala de espera; sin embargo se presenta muy necesario el establecimiento de sinergias y colaboraciones con trabajadores sociales, psicólogos, o

servicios religiosos (Pardavila Belio y Vivar, 2012) para organizar una red profesional de apoyo formal que permita establecer una verdadera relación de ayuda hacia la familia.

Para finalizar, el confort y las condiciones ambientales y de higiene de la unidad fueron calificados como adecuados, a excepción del nivel de ruido ambiental, francamente mejorable. Es posible que, al igual que en el estudio efectuado por Santana Cabrera et al. (2007), las modernas instalaciones de nuestra UCI contribuyan a mejorar la experiencia de paso por ella; aunque hay que reconocer que el mobiliario y la estética institucional resultan poco acogedores, encontrándose en la bibliografía sugerencias orientadas a estéticas más residenciales (AACCN, 2012; Davidson et al., 2007).

Limitaciones

El estudio presenta limitaciones derivadas de la contextualización de los resultados en la UCI del CAULE, del limitado tamaño muestral, y de la falta de un cuestionario validado destinado a recoger la opinión de los profesionales, lo que limita la generalización de los resultados.

Agradecimientos

Deseo expresar mi agradecimiento por igual a la Dirección de Enfermería y a la Jefatura del Servicio de Medicina Intensiva del CAULE por las facilidades y el apoyo recibido en la realización de este estudio; también al tutor de este trabajo y a la Dirección del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de León, pues sin su inestimable ayuda no habría sido posible. Me gustaría agradecer la colaboración prestada por los profesionales y las familias de los pacientes de la UCI del CAULE hacia quienes está orientada esta investigación y que constituyen la razón de ser de la misma.

CONCLUSIONES

Este estudio describe las percepciones de los familiares del paciente crítico en cuanto a la satisfacción de sus necesidades a la vez que analiza la opinión de los profesionales de UCI acerca de su relación con la familia en cuanto a empatía, valoración de la política de visitas y el efecto de la familia sobre el paciente.

Los resultados han mostrado que la necesidad de información entre los familiares de pacientes críticos no se ha encontrado cubierta. Existe un déficit de información al familiar sobre los cuidados de enfermería prestados al paciente y el equipamiento empleado para el cuidado.

Los profesionales han reclamado formación en habilidades de comunicación y relación de ayuda. Implementar un modelo de información a la familia que promueva la comunicación entre profesionales resulta fundamental para la mejora de la atención al familiar del paciente crítico.

El establecimiento de un sistema de reparto de funciones informativas entre los distintos profesionales, junto a la designación de un profesional sanitario de referencia, proporcionaría una información más amplia y satisfactoria para la familia, y mejoraría la comunicación entre familia y entorno profesional aliviando el estrés y generando mayor confianza en el profesional.

Los profesionales sanitarios se han mostrado escépticos respecto a la flexibilización de las visitas al paciente. Un cambio en la política de visitas debería ser consensuado entre los profesionales, y tendría que estar alejado de criterios institucionalistas además de ser promocionado desde instancias superiores.

Es necesario profundizar en la investigación orientada a la mejora en la satisfacción de las diferentes necesidades percibidas por familia y profesionales en este campo mediante enfoques cualitativos y cuantitativos que ayuden a progresar hacia un cuidado holístico centrado en el paciente y la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Association of Critical Care Nurses. (2012). Family Presence: Visitation in the Adult ICU. *Critical Care Nurse*, 32(4), 76-78. Retrieved from <http://ccn.aacnjournals.org/content/32/4/76.full.pdf+html>
- Berti, D., Ferdinande, P., & Moons, P. (2007). Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 1060-1065. doi:10.1007/s00134-007-0599-x
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by design and nature*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cypress, B. S. (2012). Family Presence on Rounds: A Systematic Review of Literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(1), 53-64. doi:10.1097/DCC.0b013e31824246dd.
- da Silva Ramos, F. J., Lins Fumis, R. R., Pontes Azevedo, L. C., & Schettino, G. (2013). Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Annals of Intensive Care*, 3(34), 1-8. doi:10.1186/2110-5820-3-34
- Davidson, J. E., Powers, K., Hedayat, K. M., Tieszen, M., Kon, A. A., Shepard, E., . . . Armstrong, D. (2007). Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Critical Care Medicine*, 35(2), 605-622. doi:10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB
- Errasti Ibarrodo, B., & Tricas Sauras, S. (2012). La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 23(4), 179-188. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.001>
- Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. es tiempo de cambio. *Medicina Intensiva*, 38(6), 371-375. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>

- Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., di Bari, M., . . . Marchionni, N. (2006). Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit: Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation*, 113(7), 946-952. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537
- García Mozo, A., Sánchez Roldán, F., Amorós Cerdá, S. M., Balaguer Albarracín, F., Díez Alcalde, M., Durán-Torres, M. T., . . . Zaforteza Lallemand, C. (2010). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 20-27. doi:10.1016/j.enfi.2009.07.001
- Garrouste-Orgeas, M., Philippart, F., Timsit, J. F., Diaw, F., Willems, V., Tabah, A., . . . Carlet, J. (2006). Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 36(1), 30-35. doi:10.1097/01.CCM.0000295310.29099.F8
- Giannini, A. (2007). Open intensive care units: the case in favour. *Minerva anesthesiologica*, 73(5), 299-305. doi:R02064780
- Gibson, V., Plowright, C., Collins, T., Dawson, D., Evans, S., Gibb, P., . . . Sturme, G. (2012). Position statement on visiting in adult critical care units in the UK. *Nursing in Critical Care*, 17(4), 213-218. doi:10.1111/j.1478-5153.2012.00513.x
- Gómez Martínez, S., Ballester Arnal, R., & Gil Juliá, B. (2011). El cuestionario de necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos (CCFNI) versión breve: Adaptación y validación en población española. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 34(3), 349-361. doi:http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300002
- Hidalgo Fabrellas, I., Vélez Pérez, Y., & Pueyo Ribas, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(3), 106-114. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74392-4
- Llamas Sánchez, F., Flores Cordón, J., Acosta Mosquera, M. E., González Vázquez, J., Albar Marín, M. J., & Macías Rodríguez, C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enfermería intensiva*, 20(2), 50-57. Retrieved from http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13138296&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=24&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v20n02a13138296pdf001.pdf

Marco Landa, L., Bermejillo Eguía, I., Garayal de Fernández de Pinedo, N., Sarrate Adot, I., Margall Coscojuela, M., & Asiain Erro, M. C. (2000). Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 107-117. Retrieved from http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=10017624&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=102&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v11n3a10017624pdf001.pdf

Molter, N. C. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung : the journal of critical care*, 8(2), 332-339.

Pardavila Belio, M. I., & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>

Pérez Cárdenas, M. D., Rodríguez Gómez, M., Fernández Herranz, A. I., Catalán González, M., & Montejo González, J. C. (2004). Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina intensiva*, 28(5), 237-249. Retrieved from <http://www.medintensiva.org/es/valoracion-del-grado-satisfaccion-los/articulo/13062421/>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Supporting and Strengthening Families Through Expected and Unexpected Life Events. (rev. suppl.)*. Toronto. Canada. Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/945_BPG_Family_supplement.pdf

Santana Cabrera, L., Sánchez Palacios, M., Hernández Medina, E., García Martul, M., Eugenio Robaina, P., & Villanueva Ortiz, A. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Medicina Intensiva*, 31(6), 273-280. doi:10.1016/S0210-5691(07)74826-X

Schmidt, M., & Azoulay, E. (2012). Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*, 18(5), 540-547. doi:10.1097/MCC.0b013e328357f141

Sims, J. M., & Miracle, V. A. (2006). A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 175-180. Retrieved from <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/57/42->

[_A_Look_at_Critical_Care_Visitation____The_Case_for_Flexible_Visitation.pdf](#)

Verhaeghe, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., & Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 501-509. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x

Zaforteza Lallemand, C., García Mozo, A., Amorós Cerdá, S. M., Pérez Juan, E., Maqueda Palau, M., & Delgado Mesquida, J. (2012). Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 23(3), 121-131. doi:10.1016/j.enfi.2011.12.006

Zaforteza Lallemand, C., García Mozo, A., Quintana Carbonero, R., Sánchez Calvín, C., Abadía Ortiz, E., & Miró Gayà, J. A. (2010). Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales? *Enfermería Intensiva*, 21(2), 52-57. doi:10.1016/j.enfi.2009.03.001

Zaforteza Lallemand, C., Prieto González, S., Canet Ferrer, T. P., Díaz López, Y., Molina Santiago, M., Moreno Mulet, C., . . . Val Pérez, J. V. (2010). Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 11-19. doi:10.1016/j.enfi.2009.07.002

Zaforteza, C., Sánchez, C., & Lastra, P. (2008). Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enfermería Intensiva*, 19(2), 61-70. doi:10.1016/S1130-2399(08)72746-9

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE NECESIDADES FAMILIARES

Consentimiento informado de participación.

Estimado/a Sr. /a:

La familia del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presenta una serie de necesidades, que deben ser conocidas y atendidas como parte de la atención integral que se ofrece al paciente. Es preciso conocer bien esas necesidades para aportar los cuidados y atenciones necesarias al entorno afectivo del paciente, previniendo así problemas futuros y fomentando su participación en la recuperación del paciente. Con el fin de mejorar la atención ofrecida por los profesionales de la UCI del Hospital de León a los familiares de los pacientes allí ingresados, estamos realizando un estudio para conocer cuáles son sus necesidades potenciales.

La investigación, para la que pedimos su colaboración, está enmarcada en el Master en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León. Se ha diseñado una encuesta anónima y voluntaria de 30 preguntas, junto a una serie de datos relativos al paciente y la familia; y en cuya participación no se requieren más de 10 minutos. Su opinión es fundamental para continuar mejorando la atención prestada. Esto redundará, sin duda, en beneficio del paciente y de sus familiares.

Su participación en el estudio tiene carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento sin que por ello se altere la relación de asistencia a su familiar, ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento. Por todo ello le rogamos su colaboración y consentimiento para participar en esta investigación, garantizándole la confidencialidad de la información, según lo dispuesto en la ley 15/1999 (BOE 14 diciembre de 1999) de protección de datos carácter personal. En ningún caso constarán en el estudio sus datos personales ni los de su familiar ingresado, limitándonos a analizar la información proporcionada en el cuestionario. No se les identificará en ninguna publicación y/o comunicación de resultados que pudiera realizarse a raíz del estudio. Así mismo, si ustedes lo desean, al finalizar el periodo de investigación podrán conocer los resultados de la misma solicitándolo a través de la secretaría de esta Unidad de Cuidados Intensivos; gustosamente se los remitiremos a la mayor brevedad posible.

Agradecemos de antemano su inestimable colaboración, sin la cual no sería posible llevar a cabo este estudio y mejorar la atención prestada.

Yo Don/Doña _____, con DNI _____, declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido aclarar mis dudas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo, comprendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo cambiar mi decisión y retirarme del estudio sin que repercuta en los cuidados de mi familiar. He hablado con Don/Doña _____, con DNI _____ y firmando este documento presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En León, a ____ de _____ 2015

Fdo. el familiar del paciente

Fdo. el investigador/a

Nº Cuestionario: Fecha de registro:

Datos sociodemográficos.

Hombre.... Mujer.... ¿Cuál es su edad? años

Actividad Laboral:

Trabaja.... Desempleo.... Cuidado del hogar.... Jubilado.... Otros....

Nivel Académico:

Sin estudios / E. Primarios / E. Secundarios / Formación Profesional / Universitarios

Parentesco con el enfermo:

Conyugue / Pareja / Madre / Padre / Hija/o / Hermana/o. Otros.....

Distancia del domicilio al hospital:

Menos de 5 Km / 5 a 10 Km / 10 a 15 Km / Más de 15 Km

¿Convive con el paciente en su domicilio? SI / NO

¿Ha tenido, en otras ocasiones, algún familiar en una UCI? SI / NO

Sobre el grado de confort de la unidad. Por favor, puntúe de 1 a 4 los siguientes aspectos:

Puntúe con:

1- Muy malas condiciones / 2- Malas condiciones / 3 - Buenas condiciones / 4 - Muy buenas condiciones

1. La limpieza general de la UCI le parece	1	2	3	4
2. La limpieza del Box donde está ingresado su familiar le parece	1	2	3	4
3. ¿Qué impresión le ha causado la sala de espera?	1	2	3	4
4. Nivel de Ruido	1	2	3	4
5. Iluminación de la UCI	1	2	3	4
6. Estética / colores de la UCI	1	2	3	4
7. Mobiliario sala de espera	1	2	3	4
8. Comodidad del paciente (cama)	1	2	3	4
9. Intimidad	1	2	3	4

CUESTIONARIO C.C.F.N.I. SOBRE LAS NECESIDADES DE LA FAMILIA EN UCI¹

1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
8. ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
9. Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente.	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca

¹Adaptado y validado para la población española por Gómez, Ballester y Gil (2011) sobre la versión breve del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) de Harvey, (1993).

Sobre la política de visitas al paciente en la Unidad.

1.	¿Localizó fácilmente la UCI el primer día?	SI	NO	
2.	¿Le parece adecuada la hora de la información?	SI	NO	
3.	¿Considera suficiente el tiempo de visita?	SI	NO	
4.	¿El horario de visitas le parece adecuado?	SI	NO	
5.	¿Están informados de los cuidados de enfermería proporcionados diariamente a su familiar?	SI	NO	
6.	En caso afirmativo: ¿Usted comprende la información acerca de los cuidados de enfermería proporcionados a su familiar?			
	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
7.	¿Conoce usted el nombre del personal que atiende a su familiar en la UCI?			
	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
8.	¿Es fluida la relación con el personal de la Unidad?			
	Casi todas las veces	La mayoría de las veces	Solo algunas veces	Nunca
9.	Actualmente se permite el acceso de dos personas en cada turno de visita al paciente; ¿qué opinión le merece el número de familiares permitido en cada visita?			
	Debería ser menor	Me parece adecuado	Debería ser mayor	
10.	Sugerencias.			

El equipo de investigación le agradece su amable colaboración y el tiempo que nos ha dedicado. Sin su opinión no sería posible llevar a cabo este estudio y mejorar la atención prestada.

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE OPINIONES DE LOS PROFESIONALES DE UCI

Consentimiento Informado de Participación

Estimada/o compañera/o:

El presente cuestionario forma parte de la investigación sobre la familia del paciente crítico enmarcada en el Master en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León.

Le rogamos que responda con la máxima sinceridad posible a las preguntas que le planteamos sobre su

OPINION RESPECTO DE LA FAMILIA DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

y cuya finalidad es la obtención de datos necesarios para esta investigación. Son necesarios menos de 5 minutos para responder el presente cuestionario.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. De acuerdo con la normativa universitaria al respecto y la legislación vigente, le garantizamos la confidencialidad de la información recogida según lo dispuesto en la ley 15/1999 (BOE 14 diciembre de 1999) de protección de datos carácter personal. Esta información no será empleada para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza su carácter anónimo.

En caso de duda a la hora de responder alguna pregunta puede consultar libremente a la persona que le entrega el cuestionario; que no será ninguno de los investigadores principales a fin de asegurar la validez de la investigación y garantizar la confidencialidad.

Mediante la contestación de este cuestionario se entiende implícito su consentimiento de participación en el presente estudio, que Ud. decide participar libre y voluntariamente y que está de acuerdo con los términos de protección de datos mencionados anteriormente; que ha comprendido los fines de esta investigación y la información que le ha proporcionado el encuestador designado por el equipo de investigación para entregarle y recoger el presente cuestionario autoadministrado.

El equipo de investigación le agradece sinceramente su participación, ofreciéndole la posibilidad de conocer los resultados una vez concluida la investigación.

Muchas gracias por su atención y su tiempo.

Nº Cuestionario: Fecha de registro:

Datos sociodemográficos.

Hombre.... Mujer.... ¿Cuál es su edad?..... años ¿Cuántos hijos tiene?...

Estado Civil:

Casada/o.... Soltera/o.... Divorciada/o.... Otros.....

Experiencia profesional:

0-5 años 5-10 años 10-15 años +15 años

Experiencia profesional en UCI:

0-5 años 5-10 años 10-15 años +15 años

Categoría profesional: Enfermera/o.... Médico.... TCAE....

Contrato: Fijo.... Vacante/Interinidad.... Temporal....

CUESTIONARIO OPINION PROFESIONALES	Nunca	Ocasionalmente	Frecuente	Siempre
------------------------------------	-------	----------------	-----------	---------

1 ¿La presencia de la familia junto al enfermo durante la visita proporciona apoyo emocional al paciente?

2 ¿Se aproxima usted a hablar y entablar una relación de ayuda con la familia durante la visita?

3 ¿Ha podido comprobar si la presencia de la familia provoca inestabilidad en el paciente?

4 ¿Se ha preguntado alguna vez lo que puede sentir un familiar de un enfermo de UCI?

5 ¿Una política de visitas más permeable interferiría en los cuidados de enfermería?

6 ¿La presencia familiar contribuye a la mejora del bienestar del paciente?

CUESTIONARIO OPINION PROFESIONALES		Nunca	Ocasionalmente	Frecuente	Siempre
7	En caso afirmativo, ¿cree usted que la presencia de la familia contribuiría a acortar la estancia del paciente en la UCI?				
8	¿Se sentiría usted controlado si en la UCI hubiera un régimen más permeable de visitas?				
9	¿La política de visitas de la UCI debería flexibilizarse en casos especiales como es el final de la vida?				
10	¿Tiene usted alguna formación en comunicación de malas noticias?		SI		NO
11	En caso negativo, ¿cree usted que sería positivo disponer de formación a este respecto para optimizar el abordaje a los				
12	¿Una mayor presencia de la familia mejoraría el estado de ánimo del paciente?				
13	¿Informa usted habitualmente a la familia sobre los cuidados dados al paciente?				
14	¿Un régimen de visitas más permeable proporciona una mayor carga física y psíquica a la enfermera?				
15	¿Le resultaría de interés recibir entrenamiento para incrementar sus habilidades para el trato con la familia de				
16	¿Una política de visitas más permeable incrementaría la confianza de la familia hacia el personal de la UCI?				
17	¿Estaría usted dispuesto a introducir un régimen de visitas más permisivo en esta unidad?		SI		NO
18	SUGERENCIAS:				

El equipo de investigación le agradece su amable colaboración y el tiempo que nos ha dedicado. Sin su opinión no sería posible llevar a cabo este estudio y mejorar la atención prestada.

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN PARA UTILIZACIÓN CUESTIONARIO CCFNI

de: ANTONIO SÁNCHEZ VALLEJO
<asanv@unileon.es>
para: gomezs@uji.es
fecha: 23 de marzo de 2015, 15:25
asunto: SOLICITUD DE UTILIZACION DE
CUESTIONARIO CCFNI.
enviado por: unileon.es

Estimada Doctora:

Mi nombre es Antonio Sánchez Vallejo, soy enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de León, y profesor asociado del departamento de enfermería y fisioterapia de la Universidad de León. En la actualidad me encuentro realizando el Master en Investigación en Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León, y para mi trabajo fin de master he elegido el topic de la familia del paciente crítico como tema de investigación.

El motivo de este mail no es otro que felicitarla por la brillante validación que realizó en 2011 del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) en su versión corta para la población española, y solicitar de usted la autorización para emplear dicho cuestionario en mi investigación.

Se pretende publicar las conclusiones del citado trabajo fin de master, en el cual se cita su estudio; gustosamente, si a usted le resulta de interés, le será remitida copia del trabajo una vez finalizado.

Sin otro particular y agradecido por su atención, me despido y quedo a su disposición en espera de noticias tuyas.

Reciba un cordial saludo.

de: Sandra Gómez Martínez <gomezs@uji.es>
para: ANTONIO SÁNCHEZ VALLEJO
<asanv@unileon.es>
fecha: 26 de marzo de 2015, 14:24
asunto: Re: SOLICITUD DE UTILIZACION DE
CUESTIONARIO CCFNI.
enviado por: uji.es
firmado por: uji.es

Estimado Antonio,

En primer lugar, enhorabuena por elegir este tema para tu trabajo de fin de máster. Siempre es una gran alegría ver que el tema de las necesidades familiares despierta interés y mucho más si lo despierta desde dentro de la UCI, porque nadie mejor que vosotros está al tanto de estas necesidades y no en pocas ocasiones las "sufre".

Gracias por las felicitaciones, y por supuesto tienes permiso para utilizar este cuestionario (para eso se validó) en tu trabajo. Estaré encantada de leerlo si me lo envías, pues seguro que aprendo mucho.

Respecto al cuestionario, tengo que decirte que nos hemos dado cuenta de un error que hay en el artículo. En éste pone que *la puntuación total se obtiene sumando las respuestas y el total va de 45 a 180 indicando a mayor puntuación más necesidades percibidas*. Y nos hemos dado cuenta de que las puntuaciones van de 11 a 44. *Cuanto mayor sea la puntuación más necesidades percibidas*.

Sin nada más que decir, excepto disculpas por haber tardado tanto en contestar me despido y quedo a tu disposición para cualquier duda o consulta.

Un saludo,

Sandra

ANEXO 4. DOCUMENTO DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN



C/ Altos de Nava, s/n - 24071 León
Tel.: 987 23 74 00 - Fax 987 23 33 22 / gerent@hleo.sacyl.es



Dr. Armando Pérez de Prado, Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica de León,

CERTIFICA:

Que en la reunión del Comité Ético de fecha 24-03-2015 se analizó Proyecto: "Estudio de las necesidades de salud de los familiares del paciente ingresado en UCI". Investigador Principal: Antonio Sánchez Vallejo. Enfermero Unidad de Cuidados Intensivos.

Que se acordó por unanimidad, al considerar correctos los aspectos metodológicos y éticos del Estudio, la aprobación de dicho Proyecto.

Y para que conste se expide el presente Certificado en León, a veinticuatro de marzo de dos mil quince.



Fdo./Dr. Armando Pérez de Prado