EE Escuela de Enfermería | FCM

FCM Facultad de Ciencias Médicas

UNC Universidad Nacional de Córdoba

"ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO"

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

"LA FAMILIA DEL PACIENTE CRITICO, SUS NECESIDADES Y EL ABORDAJE DE ENFERMERÍA."

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

AUTORA: LIC. CHAVERO ROXANA

24 DE JULIO DE 2017.

Un Ser despojado de sus ropas, de su libertad, de su autonomía
aislado de sus afectos
de aquellos que lo hacen día a día, un poco mejor persona,
y con quienes comparte los avatares de la vida
pero también el amor
de hijo, padre, esposo, abuelo, hermano.

Afuera de ese mundo de aparatos cables, alarmas
y pasos rápidos
esperan con angustia y lágrimas
un poco de esperanza y comprensión cada día
en las palabras de los que cuidan.

Una enfermera en este momento, no puede faltar.

"La familia del paciente crítico, sus necesidades y el abordaje de enfermería."

Resumen

Introducción: la familia del paciente critico, necesita de cuidados de enfermería ya que son muchos sus padecimientos fuera de la UCI, en espera de la evolución favorable o no, de su ser querido. Son muchas las dudas e incertidumbre, lo que acrecienta su ansiedad traducida en estrés y angustia detrás de la puerta de la UCI. Muchos son los factores que obstaculizan un adecuado afrontamiento familiar frente al estado crítico del paciente.

Objetivo: Presentar las necesidades de la familia en UCI, la opinión de los profesionales en la inclusión del familiar en los cuidados y acompañamiento de su ser querido, describir los factores que lo obstaculizan como: comunicación inadecuada, experiencia del profesional, entorno de la UCI, normativas institucionales, relaciones de poder, .estructura edilicia, visitas restrictivas; como también describir factores facilitadores en el proceso de relación en e cuidado integral de la familia

Metodología: se realizó una revisión de literatura en bases de datos como SCIELO, BVS-OPS, ELSEVIER, LILACS y revistas científicas preferentemente de habla hispana y de la región.

Resultados: se incluyeron los artículos que cumplían los criterios de selección, entre ellos algunos estudios cualitativos, otros cuantitativos y revisiones bibliográficas actualizadas siendo un total de 42 artículos.

***Discusión*:** Una de las principales necesidades de la familia es la de información, como también la de proximidad a su ser querido. El análisis de la capacidad de comunicación del personal, y de la relación que establece éste con la familia, parece ser un tema crucial en el análisis en las UTI. Existen cuestionarios para analizar tanto a la familia como a los profesionales que cuidan, pero lo recomendable es un método cualitativo que lleve a los profesionales a analizar el cuidado centrado en la familia a pie de cama, y en el proceso de trabajo.

***Conclusión*:** existe mucha evidencia científica sobre las necesidades de la familia del paciente crítico, y cuáles son las estrategias que pueden contribuir, como por ejemplo; mayor comunicación enfermera/o-familia, informe de enfermería al familiar, una visita menos restrictiva, inclusión del familiar en los cuidados; pero no se ha podido a lo largo de los años trasladar estos conocimientos al campo de práctica, aun los enfermeros no han podido establecer los canales de comunicación adecuados en pos de un mejor cuidado

Palabras clave: Necesidades de la Familia del Paciente Critico – Familia en la UCI - Relación enfermero familia- UCI abierta.

"The critical patient's family, their needs and the nursing approach."

Abstract.

Introduction: The family of the critical patient, needs nursing care since many sufferings are outside of her waiting for the favorable evolution, or not of her loved one. There are many doubts and uncertainties that increase your anxiety translated into stress and anguish, behind the door of the ICU. Many factors impede an adequate family coping with the critical condition of the patient.

Objective: To present the needs of the family in the ICU, the opinion of the professionals in the inclusion of the family member in the care and support of their loved one, to describe the factors that impede them such as: inadequate communication, professional experience, Institutional norms, power relationships, Structure, restrictive visits; As well as to describe facilitating factors in the relationship process in comprehensive family care

Methodology: a review of the literature was done in databases such as SCIELO, BVS-OPS, ELSEVIER, LILACS and scientific journals preferably in Spanish and in the region.

Results: articles that fulfilled the selection criteria were included, including some qualitative studies, other quantitative studies and updated bibliographic reviews, with a total of 42 articles.

Discussion: One of the main needs of the family is information, as well as proximity to their loved one. The analysis of the communication capacity of the staff, and of the relation that establishes this with the family, seems to be a crucial subject in the analysis in the ICU. There are questionnaires to analyze both the family and caregivers, but it is a qualitative method that allows professionals to analyze family-centered care at bedside and in the work process.

Conclusion: there is much scientific evidence about the needs of the critical patient's family, and what strategies they can contribute, such as; Increased family-nurse communication, nursing report to family member, less restrictive visit, inclusion of family member in care; But it has not been possible over the years to transfer this knowledge to the field of practice, even nurses have not been able to establish the proper communication channels for better care

Keywords:

Needs of the Critical Patient Family - Family in the ICU - Family nurse relationship - Open ICU.

Índice de contenidos:

Resumen …..……...…. 1
Abstract ……...……...….. 2
Introducción ……..4
Fundamentación……..... 6
Metodología …….……..…....……. 8
Artículos seleccionados (tablaNº1) ……..…….. 9
Marco teórico ……..……..…. 15
-Necesidades de las familiasen UCI…….…….. 15
-Actitudes y opiniones de los que cuidan ……...…… 26
-La comunicación como factor elemental …….……. 30
-Política de visitas ……...…….…. 33
-Rol de la enfermera en cuidados críticos en el informe …….……... 36
-Implicación del familiar en los cuidados del paciente ……..…… 37
Conclusión ……..……. 39
-Recomendaciones finales …….…… 42
Bibliografía ……..…… 45

Introducción.

El cuidado en la disciplina enfermera implica la preocupación y el deseo de ayudar a otra persona a través de un enfoque holístico que promueva la relación terapéutica entre la enfermera, el paciente y su familia. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) la esencia de esta relación reside en la responsabilidad de la enfermera de cuidar tanto del paciente como de su familia, que espera detrás de una puerta hermética, además de los requerimientos rutinarios del servicio.

Es ampliamente conocido que, tanto para el paciente como para la familia, el ingreso en la UCI es una experiencia estresante.

Un estudio descriptivo transversal (1) sobre factores ambientales estresantes de una UCI señala que el paciente puede verse rodeado de cables, monitores, respiradores así como de estímulos y ruidos irreconocibles que le pueden originar una situación de miedo e incertidumbre. Además, el aislamiento de sus familiares y el horario restringido son considerados como factores estresantes para los pacientes. Por otro lado, el ingreso en cuidados intensivos lleva a la familia a experimentar shock, incredulidad y ansiedad. Esto se debe a la incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, así como a la separación física de su familiar en situación crítica.

La información a las familias se reconoce como algo positivo que ayuda a los familiares a disminuir el grado de estrés (2).

Esta situación puede causar en el resto de la familia una experiencia de desorganización y crisis familiar.

El cuidado centrado en la familia es un enfoque innovador que se basa en asociaciones beneficiosas, en la toma de decisiones y el cuidado del paciente, entre los proveedores de salud y las familias. Este enfoque considera al paciente y a su entorno como una única unidad de cuidado que requiere una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento por parte de los profesionales de enfermería.

Al considerar la familia como una unidad de cuidado, se justifica la importancia de conocer cuáles son las necesidades específicas de las familias durante el ingreso del paciente en UCI para poder ayudarlas y cubrir sus necesidades.

El paciente y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia; angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Muchas veces estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal sanitario (3)

En consecuencia, el conocimiento de las experiencias de las familias del paciente crítico así como la identificación de aquellos aspectos que favorecen la aparición de temores e incertidumbres en los familiares proporcionarán a las enfermeras intensivistas herramientas para planificar estrategias de intervención para mejorar la calidad del cuidado a las familias con un paciente ingresado en UCI.

Los profesionales de enfermería, son pieza clave para proporcionar información que ayude a amortiguar el impacto del entorno de las UCI sobre familiares y pacientes, para ayudarles a transitar por esa experiencia apabullante y dolorosa que produce tener un ser querido en una UCI. Siendo el enfermero quien conoce información importante del paciente, por lo cual habrá que diseñar estrategias encaminadas a proporcionar información a os familiares de manera oportuna y eficaz favoreciendo de este modo que haya una mejor comunicación entre la enfermera y el familiar del paciente de la unidad de cuidado intensivo.

Por ello, el objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar y presentar las necesidades más relevantes de las familias del paciente adulto hospitalizado en una UCI nuestra postura como profesionales con nuestras fortalezas y debilidades en nuestros atención, la comunicación que establecemos con nuestros usuarios y de qué manera podemos incluir a los familiares en el cuidado del paciente facilitando la información y los medios para que juntos trabajemos en pos de mejorar la situación crítica del paciente en este momento de su vida y en su proceso de enfermedad.

Fundamentación:

En nuestro ámbito de trabajo se puede observar y a través de la experiencia, que nuestros pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos tienen la necesidad de estar más tiempo con sus familiares conscientes o no, como también así los familiares experimentan muchas dudas, temores e incertidumbre por el desconocimiento del estado y evolución del paciente a lo largo del día, ya que los tiempos y la política de visitas en cada institución es muy acotada.

La familia como estructura social fundamental sufre una serie de cambios ante la crisis en la hospitalización de uno de sus miembros, y ante el peor de los casos aun más si esta situación no esperada pone en riesgo la vida del paciente.

Entran en juego una serie de vivencias en la familia experimentadas en diferentes grados de ansiedad y que expresadas o no tienen que ver con una serie de factores del entorno de la UTI, escaso tiempo en la visita a su familiar, informes médicos incompletos o no entendibles y acotados, falta de respuestas por el resto del equipo profesional, y también de enfermería que sumado a su escaso tiempo y sobrecarga de tareas, no puede estar al lado del familiar para su contención y cuidado.

En este aspecto hay una deuda de cuidado hacia las familias, por parte del personal de enfermería que muchas veces no considera la situación crítica que atraviesan expresada en angustia, ansiedad y miedo ante la hospitalización de su ser querido y que en la mayoría de los casos es incierta.

Sumado a esto las cargas de trabajo del personal de enfermería, el ausentismo, la falta de personal, la ausencia de especialización, hace que los enfermeros se rehúsen a dar información, y hasta a veces se sientan molestos por la intromisión de la familia en las UTI, donde el entorno es de normas estrictas, fundamentando limpieza y medidas de bioseguridad, se pierde una oportunidad de poder incluir a las familias en los cuidados básicos que además de ayudarlos a conocer el estado del paciente los ayuda a disminuir sus grados de ansiedad sintiendo que pueden hacer algo por el bienestar de su ser querido.

Además para tener en cuenta hay otro concepto importante en los tiempos que corren, la humanización de los cuidados, que requieren considerar a la familia. El cuidado no se entiende sin humanización, y esto implica tratar al paciente o familiar como persona, como ser único que vive su proceso de enfermedad; y como profesionales debemos acercarnos a él, mirarle a los ojos, escucharle, empatizar y comunicarnos, establecer una relación de ayuda, proporcionarle los cuidados de acuerdo a sus necesidades como persona, un ser biopsicosocial.

Y en esta humanización tal vez enfermería podría ceder espacios para que el familiar en este proceso de comunicación e intercambio aprenda a realizar cuidados

básicos y como preparación en el mejor de los casos para el alta del paciente pueda aprender y junto al profesional dispensar cuidados óptimos bajo evidencia científica guiados e instruidos por enfermería y que el familiar encargado de la atención posterior al alta los pueda realizar eficazmente, en pos de la recuperación y cuidados permanentes necesarios.

Los cuidados profesionales de enfermería y los cuidados informales del familiar van en la misma dirección y tienen como objetivo el paciente. Si unificamos en la justa medida estos cuidados, el cuidado se verá potenciado a la máxima calidad y bienestar del paciente, pero también de su entorno familiar.

Metodología.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre las experiencias y las necesidades de las familias en las UCI, la opinión y actitud de los profesionales frente a estas necesidades, la comunicación entre ambos y la inclusión del familiar en los cuidados básicos como manera de restablecer y mantener el vínculo familiar.

Estrategia de búsqueda

En este sentido, por la experiencia vivida y la bibliografía consultada se realiza en este trabajo, una revisión de material de investigaciones realizadas por enfermeras en el mundo, en especial en las de habla hispana que se encontraron tras la búsqueda en base de datos como LILACS, ELSEVIER, SCIELO, BVS OPS, CUIDEN, SCIENCE DIRECT, IBECS, los descriptores fueron: Necesidades de la familia del paciente critico – familia en la UCI -relación enfermero familia- UCI abierta.

Se escogieron estas bases de datos porque son las más utilizadas en el ámbito científico del conocimiento enfermero. La búsqueda se limito a los artículos bibliográficos de idioma español y en menor grado en portugués.

Criterios de selección de los artículos.

Tabla 1.Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-Artículos que tratasen de las necesidades de las familias de pacientes internados en UCI.	Artículos que tratasen de las necesidades de las familias que fuesen de otros grupos etarios que no fuesen adultos
-Artículos que tratasen de la opinión y actitud de los profesionales enfermeros frente a las necesidades de las familias.	Artículos que tratasen de medicina en general
-Artículos sobre la postura de los profesionales enfermeros y la familia sobre la política de visitas,	Opinión de otros profesionales
-Artículos que incluyeran la comunicación entre paciente, familia y enfermeros.	Artículos que se trataran de la comunicación con otros profesionales.
-Artículos científicos de la región de Latinoamérica y en especial en español y portugués.	Artículos en inglés u otro idioma

Tabla Nº2. Artículos científicos seleccionados.

Autores	**Año**	**Revista**	**Titulo**	**Diseño**	**Principales Resultados**
Zaforteza, Garcia Mozo, Amoros Cerda et al.	2012	www.elsevier.es/ei España	"Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención de los familiares del paciente crítico."	Cualitativo IAP	Promover el cambio de práctica clínica para mejorar los cuida-dos ofertados a los familiares del paciente crítico. Explorar como el contexto de esta unidad limitaba y facilitaba el cambio.
Pardavilo Belio, y Vivar CG	2012	www.elsevier.es/ei España	"Necesidades de las familias en las UCI"	Revisión de literatura	Se identificaron 4 grupos de necesidades en las familias: cognitiva, emocional, social y práctica. Incorpora 2 herramientas de valoración el genograma y el ecomapa.
Rodriguez L, Velandia M, Leiva Z.	2016	Rev. CUIDARTE Decs Bireme Colombia	"Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados, respecto a la comunicación y apoyo emocional."	Cuantitativo Descriptivo transversal	Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no ver-bal, y el apoyo emocional brindado por enfermería en uci de Colombia. Se uso cuestionario de percepción global fue positivo en un 80 %.
Algarbe S, Vilchez V,	2011	www.enfermería.fcm.unc.edu.ar Biblioteca virtual Cordoba Argentina	"Necesidades de los familiares de pacientes internados en UTI adultos del Sanatorio Allende"	Informe de investigación	Se valoró la participación familiar en el cuidado, información recibida, comodidad y confort, durante la es-pera y la seguridad y confianza. La necesidad prioritaria fue la de parti-cipación en los cuidados y la infor-mación recibida

Mezzaroba R, Kochla K, Freitas K,	2009	Rev Enfermagem http://www.revenf.bvs.br /scielo Curitiba –Brasil.	"O cuidado de enfermagemao paciente critico na percepçao da familia"	Cuantitativo Exploratorio descriptivo	Para los sujetos el cuidado de enfermería esta relacionado con las acciones tecnicistas. La familia considera que si el equipo cuida con actitudes de cariño y ternura favorece al paciente.
Maruiti Marina, Galdeano Luisa	2006	**Acta Paul Enferm** 2007;30(1):37-43. En BVS-OPS S. P-Brasil	"Necesidades de familiares de pacientes internados en UCI"	Cuantitativo Exploratorio descriptivo	Se valoraron las necesidades de los familiares mediante el cuestionario CCFNI, adaptado.
Santana Cabrera L et al.	2007	Med intensiva 2007 (6);270-80 España	"Necesidades de familiares de pacientes de cuidados intensivos, percepción de los familiares y del profesional "	Cuantitativo Prospectivo descriptivo	Por medio de cuestionario se comparó el grado de satisfacción de familiares de pacientes de la UCI, con la del profesional sobre el entorno asistencial y la información recibida.
García Mozo, Sanchez Roldan et al.	2010	www.elsevier.es/ei España	"Desarrollo de una guía de atención a familiares del paciente crítico."	Cualitativo IAP	Se creo una guía para mejorar la calidad de las prestaciones fue presentada por etapas. Apunta unificar criterios en la atención y fue premiada en las asociaciones científicas de la región europea.
Gutierrez et al.	2006	Inquietudes.	"Protocolo de acogida para los familiares de pacientes críticos internados en UCI polivalente"	Revisión	Un régimen más abierto de visitas, la participación activa de los familiares como cuidadores, el aumento de la información proporcionada y un mayor protagonismo de las enfermeras son los aspectos propuestos.

Autor	Año	Revista	Titulo	Diseño	Principales Resultados
M. Olamo, y C.G. Vivar	2012	Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol 35 N1 Pamplona en/abr 2012. 53-67 España	"Instrumento para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos:una revisión sistemática".	Revisión Bibliográfica	A través de ésta revisión sistemática se identifican los cuestionarios y se analizan críticamente sus características y se prueba su validez y fiabilidad en el abordaje de las familias.
Oliveira M, Fernandez H, Vilar A	2011	Esc. Enferm USP(Univ San Pablo) 2011 45 (6) Brasil.	"Atitudes dos enfermeiros face à familia: validaçào da escala Families´ Importance in Nursing Care-Nurses attitudes"	Artículo	Se realizó una adaptación trans-cultural de esta escala para va-loración de las actitudes de los enfermeros. Fue validada e im-plementada en Brasil concluye que la literatura no es congruen-te con la realidad de la práctica.
Zaforteza L, Mozo G et al.	2009	Enfermeria Intensiva www.elsevier.es/ei España	"Abrir las UCI a los familiares. Que opinan los profesionales?"	Descriptivo	Los profesionales de la UCI son retiscentes a la apertura de la unidad pero admiten ampliar los horarios de visita actuales.
Quintana Yañez, Cabrera Santana, et al	2010	www.medintensiva.org España	"Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas"	Descriptivo	Los profesionales ven al fami-liar como un factor negativo en la visita, en las rutinas del servi-cio, obstaculiza el cuidado. Se observa un déficit en la relación y comunicación.
Perez M Lopez C, Vela T, et al..	2014	Enfermeria Intensiva Enfi.2014.09.001 España	"Percepción de los enfermeros sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva".	Cuantitativo Transversal Descriptivo	Mediante cuestionario NACF se valoró la percepción de la comunicación entre enfermera y familia.Son mas aspectos técni-cos que los relacionados con los sentimientos de la familia.

Sanchez Vallejo, et al.	2016	Medicina Intensiva España.	"Análisis de las necesidades de la familia del paciente critico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos"	Descriptivo prospectivo	Se indagó a los profesionales de la UCI, refirieron que se flexibilizara la política de visitas de acuerdo con que la familia apoya al paciente sin inestabilizarlo, el 60% informaba habitualmente y la mayoría estimó necesaria la formación en habilidades de comunicación.
Garcia Ortega, Garcia Graus.	2016	Revista Metas de Enfermería. IBECS.	"La relación terapéutica con la familia del paciente critico"	Descriptivo observacional	Enfermería debe trabajar los procesos de información y comunicación la incorporación de las familias en los cuidados y la reflexión en la política de visitas.
Gomez Gomez Lluis	2015	Univ Internacional de Cataluña. www.recercat.cat	"El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y su familia"	Revisión bibliográfica	Las habilidades de comunicación son básicas para ejercer correctamente cualquier asistencia sanitaria, la escucha activa es una de ellas.
Gersson Ballesteros Pinzón.	2014	Univ de Colombia	"Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la UCI"	Cualitativo Análisis del discurso	Se detectó que las familias, que demandaban de la enfermera cualidades como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento, y lenguaje entendible, considerados importantes para la comunicación.
Cerón Polanco Yolanda	2008	Univ de Bogotá. www.javeriana.edu.co/tesis/enfermeria/tesis52.pdf Colombia	"Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la UCI"	Tesis de grado	Incluye los aspectos que obstaculizan los canales de comunicación en el enfermero, la familia y la institución en la UCI.

Muggenburg Cristina et al.	2015	Revista Salud Mental Mexico.	"Evaluación de percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana."	Descriptivo	Se ideó un instrumento (CECOP) para evaluar los cuidados profesionales en su dimensión humana desde la percepción de los familiares
Achury Beltran Luisa	2014	Invest Enferm. Colombia	"Panorama general de las visistas en la UCI"	Articulo de revisión"	Descripción de la historia, los beneficios y la resistencia del personal a la liberalización de las visitas; y el contexto de las UCIs europeas y su políticas de visitas.
Montenegro P Reyes D; Galvez M.	2016	Revista Aquichan. Lilacs	"Visita restrictiva/ visita no restrictiva en una unidad de paciente critico adulto"	Revisión	Analisis sobre los efectos de as visitas en los pacientes y el entorno. Panorama de las UTI en la región.
Escudero D; Viña L; Calleja C.	2014	Medicina Intensiva.	"Por una UCI a puertas abiertas, mas confortable y humana. Es tiempo de cambio"	Revisión	Liberalizar las UTI, y sus horarios a las familias es un tema pendiente. La tecnología debe igualar a la humanización y así rediseñar la practica clínica.
Achury Diana	2011	The world of critical care nursing	"La familia y las visitas en las Unidades de Cuidado Intensivo"	Articulo de revisión	Denota los efectos positivos en aspectos familiares y del paciente, como físico, emocional, y socia y rol de la especialista en UCI.
Anónimo.	2010	SATI.org.ar/documents/enfermería/ética/roldeenfermeriaenlauci.pdf	"Informe a familiares. Rol de enfermería."	Normas de SATI	Existen barreras que obstaculizar que las enfermeras participen de los informes con los médicos o sin ellos.

Bernat A; Tejedor L Sanchez M	2000	Enfermeria Intensiva Vol 11 ;Nº 1	"Como valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una UCI"	Articulo revisión	Es fundamental la participación de la enfermera en los informes a las familias
Velazco; Prieto; Morales	2005	Enferm Intensiva	" Organización de las visitas de familiares en UCI en España"	Descriptivo	Se refiere a las visitas y la liberalización de los horarios.
Ginesa Zomeño Ros	2015	Dialnet.unirioja.es	"Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios"	Tesis	Analisis de la familia su dinámica y el concepto de su participación en los cuidados en la UCI como parte del abordaje de enfermería.
Bernal Ruiz	2014	Enfermeria Universitaria Vol 11 Nº4 Elsevier.es/reu	"Cuidado de enfermería para la familia del paciente critico desde la teoría de la comprensión facilitada"	descriptivo	
Alberch, Aymar.	2015	LILACS España	"Necesidad de rol en los familiares del paciente critico"	Revisión bibliográfica	Al solventar la necesidad de rol se disminuye la ansiedad y el estrés de los familiares y del paciente. Se aumenta su implicación en el proceso y se ayuda a los profesionales a conocer el entorno del paciente

Gonzalez Paula	2016	Catalogo colectivo UNC	"Implementación puertas abiertas al régimen de visitas de Terapia Intensiva"	Proyecto de implementación	Apunta a implementar abrir las puertas de una terapia con régimen restrictivo.

Marco Teórico.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se enmarcan en un contexto complejo y en constante avance. Se caracterizan por ser servicios cerrados, en los que un equipo multidisciplinar brinda cuidados altamente especializados a los pacientes críticos. La gravedad del paciente, la aplicación de nuevas tecnologías y la complejidad de los tratamientos, hace que el esfuerzo asistencial se centre en el proceso patológico del paciente y quede, en un segundo plano, la atención a los familiares.

El ingreso en una UCI conlleva la interrupción espacio-temporal de las relaciones familiares y un cambio de rol en el seno de la familia. La rigurosidad y estructura de estas unidades propicia un déficit emocional y comunicativo. El familiar del paciente crítico se encuentra en una situación que sobrepasa su capacidad de afrontamiento y precisa cuidados de los profesionales de la salud

Necesidades de la familia en una UCI.

Existe una gran cantidad de literatura científica que avala la prestación de dichos cuidados y que describe las necesidades de los familiares del paciente crítico, que muestra la contribución positiva de la presencia de los familiares al proceso del paciente crítico y que propone intervenciones dirigidas a mejorar la experiencia de los familiares, como por ejemplo, hacerles partícipes de los cuidados al paciente crítico. Sin embargo, a pesar de que las intervenciones que se proponen son sencillas y de fácil aplicación, los resultados de la evidencia no se trasladan a la práctica diaria. (4)

Según Pardavilo y Vivar., (5) en su estudio, identifican cuatro grupos de necesidades de las familias, que se enmarcan en las áreas cognitiva, emocional, social y práctica. A continuación se presentan las necesidades de la familia en cada una de estas cuatro áreas.

- **Necesidades cognitivas**

Estas necesidades son aquellas que hacen referencia al conocimiento de los familiares sobre el paciente y las peculiaridades de la UCI.
Diversos estudios señalan que la información es la mayor necesidad de las familias. Los familiares demandan explicaciones sobre el estado de salud de su ser querido pero también sobre lo que está ocurriendo alrededor del paciente. En este sentido es importante que la información médica y la de enfermería sean complementarias y que exista una adecuada coordinación de la misma para que así los familiares reciban la mejor información posible *Las familias esperan que las enfermeras informen sobre los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso del paciente, así como sobre el tratamiento y los aspectos concretos de las UCI, tales como el equipo tecnológico, el número de teléfono y el equipo de profesionales que trabajan en la unidad.*

Por otra parte, las familias deben recibir información sobre las reglas y normas del hospital, y concretamente de las UCI, dinámica de información en las UCI

Por esto la información facilitada a los familiares deberá ser estructurada, clara y se realizará en un ambiente empático. Asimismo, se considera importante que sea siempre el mismo personal, tanto médico como enfermero, quien notifique a las familias sobre la evolución del paciente.

En ocasiones el personal de salud utiliza lenguaje clínico o la información es muy generalizada, lo que provoca que el familiar no pida alguna aclaración por miedo a ser catalogados como ignorantes, quedándose con varias dudas o malinterpretación sobre la condición del paciente (6)

La falta de una comunicación efectiva con las familias del paciente en UCI precipita en los familiares sentimientos de preocupación, ansiedad, frustración, soledad, desánimo, enfado, tristeza y miedo. Para aliviar el sufrimiento de las familias, hay que recalcar la importancia de proporcionar una información clara, oportuna y consistente que brinde guía y orientación para mantener la confianza en la recuperación del paciente. Además, el mensaje debe ser esperanzador, siempre y cuando no cree falsas expectativas.

- **Necesidades emocionales**

Este tipo de necesidades hace referencia a los sentimientos que experimentan los familiares a consecuencia del ingreso de su ser querido en la UCI.

Además los familiares de los pacientes ingresados en la UCI experimentan emociones positivas, relacionadas con la esperanza de mejoría de su familiar, y emociones negativas producidas por el miedo a perder a su ser querido. Estas emociones y sentimientos de incertidumbre pueden provocar una fuerte sensación de impotencia y de incapacidad para ayudar a su ser querido. Por ello, el apoyo emocional a las familias por parte de los profesionales de la salud es un aspecto importante que contribuye a su bienestar.

No obstante, la evidencia señala que con frecuencia las enfermeras desestiman las necesidades emocionales de los familiares, por lo que realizan pocos cuidados a este respecto.

Además, la religiosidad puede ayudar a la familia a tener esperanza y puede dar los recursos necesarios para superar una situación difícil. Cualquiera que sea la fuente de apoyo, la esperanza es percibida por la familia como una necesidad que proporciona sentido y alivia el sufrimiento.

Por último, una de las principales necesidades emocionales expresadas por los familiares corresponde a la necesidad de proximidad con su ser querido. Las familias que se encuentran alejadas del paciente muestran mayor ansiedad a diferencia de aquellas que pueden estar cerca del enfermo.

- **Necesidades sociales**

Las necesidades sociales hacen referencia a las relaciones de las familias con otras personas de su entorno cercano, como por ejemplo la familia extensa o amigos.

El tener a un ser querido ingresado en la UCI afecta a los roles familiares, a las relaciones y a las responsabilidades del resto de los miembros de la familia, lo que

precipita la interrupción de la normalidad familiar y social. Esta situación puede requerir del apoyo de otras personas del entorno como los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

La posibilidad de un horario flexible ayuda a los familiares a sentirse partícipes en el cuidado de su ser querido.

Además, existen autores que apuntan que, las visitas abiertas, ayudan a disminuir los niveles de ansiedad y aumentan el nivel de satisfacción de los familiares.

- **Necesidades prácticas.**

Por último, están las necesidades prácticas que engloban todo aquello que contribuye a que la familia se sienta cómoda: las salas de espera, los teléfonos, las cafeterías y la cercanía física. Cabe señalar que los familiares perciben estas necesidades como las menos importantes.

Los familiares consideran que las salas de espera son un lugar pequeño, frío, sucio, confuso, aterrador y donde se debe estar alerta o no estar. No obstante, en ocasiones estas salas favorecen el soporte emocional entre familias que están viviendo situaciones parecidas.

Todas son necesidades de las familias que esperan detrás de una puerta de UCI pero las mas preponderantes y que ocasionan mayores grados de ansiedad son las de información de su ser querido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.

En el estudio de Rodriguez, Veladia y Leiva,. Sobre "*percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional"* (7) se refieren a que la enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa

La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, toda vez que la complejidad y gravedad en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y elevados grados de estrés. Está reportado en la literatura "el aumento de los niveles de estrés en las familias que se encuentran en las unidades donde existe más tecnología médica y más vigilancia por parte del equipo sanitario", refuerzan la idea de que "los familiares de un paciente ingresado en la UCI sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 18-24 horas posteriores al ingreso". Por lo tanto, el núcleo familiar involucrado requiere tanto de apoyo emocional como de una excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente.

La Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), es un servicio de alta complejidad de atención, en donde más sufren los familiares, pues la pérdida de la salud supone una crisis

situacional; en la que el núcleo familiar experimenta reacciones emocionales significativas (estrés, miedo, depresión, angustia, soledad, incertidumbre, llanto) y se requieren de mecanismos afectivos y de afrontamiento para restaurar el equilibrio; en estas circunstancias, el apoyo emocional y soporte comunicativo por parte del personal de enfermería ayuda a amortiguar el entorno hospitalario de la UCI.

Se puede afirmar que las familias no son solo visitantes en el entorno de la UCI, sino que son una extensión del paciente y experimentan el proceso de cuidado al lado de su familiar.

La familia debe ser entendida "una unidad en la que al producirse una alteración o transformación de uno de los integrantes de este grupo humano, influirá indefectiblemente en todos los demás, generando en algunos casos su disfuncionalidad". Para algunos autores, "la familia es un grupo cuyo integrantes se interrelacionan y están sujetos a la influencia del entorno y por lo tanto la hospitalización de uno de ellos creara una situación de crisis". Las experiencias que viven los familiares al separarse un miembro de la familia, debido a la hospitalización, desencadena una serie de reacciones emocionales, el cual se ve intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad.

Así mismo, "los familiares de los pacientes hospitalizados en un servicio especialmente en la UCI, necesitan frecuentemente cuidados que preserven su salud física y mental, requiriendo establecer una estrecha relación con el personal.

Entre las necesidades que se consideran más importantes para las familias, se destacan las de ***seguridad, información, proximidad y apoyo emocional***.

El impacto emocional comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, y se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI.

La familia sufre de ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como: pérdida del contacto, inseguridad, y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte; sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria.

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento, denominado *Percepción de los familiares de los Pacientes Críticos, respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional*, diseñado en Lima-Perú en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, abril de 2003 constituido en una primera parte por la caracterización y una segunda parte por 28 ítems con respuesta en escala de likert que permite seleccionar una de las afirmaciones que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo, distribuidas en dos categorías: apoyo emocional y comunicación verbal y no verbal

La percepción de los familiares de la atención brindada en este estudio en Colombia resulto ser positivo en más del 50% del puntaje.

Humanizar la UCI permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, pues una familia participativa es una familia más sana con más

herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente en la Unidad de cuidado intensivo.

El profesional de enfermería, al mostrar empatía, trato cordial, compañía y explicación en la realización de los procedimientos, confianza, tranquilidad, y escucha activa, permite que la familia las perciba como un cuidado con calidad lo cual aumenta el grado de satisfacción, pudiendo percibirlo de manera favorable o desfavorable.

La valoración del funcionamiento familiar se refiere a la forma como los individuos se comportan unos con otros, como se organizan para cumplir con sus funciones y así satisfacer sus necesidades básicas, como se distribuyen los roles familiar y que normas sociales existen en la familia.

El funcionamiento familiar varía de acuerdo a la etapa, del ciclo familiar en que se encuentre, ya que cada etapa, desde la constitución de la pareja, hasta familias de ancianos, requiere ir adaptándose a situaciones diferentes de vida familiar.

Del análisis de la información obtenida en la valoración de la estructura y del funcionamiento familiar, enfermería podrá realizar diagnósticos para implementar planes de ayuda desde sus conocimientos y posibilidades, derivando aquellos que requieran de otras disciplinas.

Un informe de investigación realizado en el Sanatorio Allende en el 2010, analizo las necesidades de los familiares en la UTI, y sus autores llegaron a las siguientes conclusiones:

-Se observa que tanto la participación en los cuidados del paciente (dentro de la misma el interés del familiar por participar en lo cuidados del mismo), como la información recibida (dentro de la misma la información que necesita), cuentan con un 75% de interés por aportar sobre el cuidado al paciente del familiar y de recibir la información necesaria.

-En cuanto a la seguridad y confianza, se observa que tanto la respuesta que se brinda por parte de enfermería y la necesidad de ser acompañado el familiar es de un 71 %, siendo que el 63% de los familiares se encuentran conforme con la atención que reciben por parte del servicio de enfermería de la UTI de Adultos.

-Por último, se observa que la comodidad y confort, solo el 58 % de los familiares, prefieren mantener una determinada privacidad al recibirá el informe del parte médico de paciente, mientras que la necesidad de comunicación con el profesional de la salud ocupa un 55% de interés.

-Por lo tanto, de acuerdo al orden de importancia de las necesidades de los familiares serian: necesidad de participación en los cuidados del familiar; necesidad de información; necesidad de seguridad y confianza y por ultimo comodidad y confort. (8)

En Brasil, se realizo un estudio de análisis del discurso, cualitativo indagando a los familiares de los pacientes internados en UCI sobre sus necesidades y la relación con el equipo de salud.

Se encontraron 3 categorías diferenciadas: el cuidado de enfermería en entender al familiar; acciones de enfermería que contribuyen a la recuperación del paciente y el contacto con el equipo de enfermería. (9)

En el análisis de los resultados se considero muy importante por parte de las familias la afectividad con el paciente objeto de cuidado y la firme creencia de que esa relación apuntalaría la pronta recuperación del paciente. Además como resultado también apareció muy importante la comunicación con el equipo de enfermería que en algunos fue satisfactoria y en otros no.

La conclusión a la que se arriba es que la enfermera debe reflexionar sobre la importancia de la percepción de la familia de los cuidados y establecer una mayor interacción con las familias direccionando al equipo de enfermería a esa concientización.

Otra investigación realizada en Sao Paulo, en 2007 utiliza como instrumento para valoración de las necesidades de las familias el **CCFNI**, Critical Care Family Need Inventory adaptado, cuestionario creado para tal fin en 1979 y consta de 45 items.

La sensibilidad del enfermero en percibir las necesidades de la familia puede derivar en nuevas políticas, como horarios de visitas más flexibles, mayor proximidad de equipo de enfermería y mayor facilidad para obtener información.

Los resultados de este estudio propicia una reflexión sobre la relación enfermero-familiar y su repercusión en la asistencia a pacientes en estado crítico, y permiten concluir que las necesidades expresadas con mayor frecuencia son: conocimiento/ información y seguridad emocional, y en este aspecto el enfermero debe actuar en sentido de reforzar los mecanismos de enfrentamiento de esos familiares con el objetivo de fortalecer el apoyo emocional y movilizar sentimientos positivos. (10)

Respecto a la relación y la calidad de la información con el personal médico y de enfermería, el profesional entrevistado coincidía con los familiares en que conocían el nombre del médico que atiende a su familiar, y no así el de enfermería, que sólo lo conocían algunas veces o casi nunca. Esto no es impedimento para que la valoración por parte del familiar de su relación con enfermería fuera fluida, sin embargo un porcentaje importante del personal, el 66%, pensaba que era poco fluida o inexistente.

La información diaria que se ofrece a pie de cama, a pesar de ser muy bien valorada por el familiar que la recibía, el profesional la valoró de forma negativa, de hecho un 65% pensaba que esta forma de informar era poco o nada «acogedora». También ambos grupos coincidieron en que los familiares fueron informados de la situación clínica de su familiar al ingreso; aunque aproximadamente la mitad de los profesionales entrevistados creían que los familiares no comprendían esta información.

La comunicación con los familiares de los pacientes críticos debería ser evaluada con regularidad con la intención de mejorarla en lo posible, ya que es muy importante para que en un momento dado se puedan tomar decisiones en conjunto en relación con el tratamiento a llevar a cabo; todo ello evitaría en cierta medida los síntomas de estrés postraumático que desarrollan muchos de los familiares de los pacientes críticos. La información es una de las necesidades más valoradas por los familiares de pacientes de la UCI, en este sentido, una de las estrategias que se han demostrado efectivas es la entrega a los familiares de un folleto informativo en el momento del ingreso, que reduce el porcentaje de éstos que tuvieron una mala comprensión de la información de un 40% a un 11%, lo que se asociaba con una mayor satisfacción; dicha estrategia se sigue en nuestra Unidad, lo que podría ser una explicación de las altas tasas de satisfacción entre los familiares de la población estudiada.

Con relación a la organización de las visitas, ambos grupos consideraron que el horario es adecuado, que es suficiente, y están satisfechos de que puedan visitar a su familiar un número de parientes ilimitado. De todas formas encontramos un porcentaje de familiares que pedía más tiempo de permanencia con su ser querido, lo cual se puede considerar en determinados pacientes donde la carga de enfermería no sea excesiva y que el paciente se beneficie de esta estrategia.

En líneas generales son las enfermeras quienes modifican la pauta de visitas establecida, tanto flexibilizándola como restringiéndola, y en algunos trabajos se ha demostrado que muchas de ellas piensan que la visita abierta beneficia a los familiares, aunque otros autores manifiestan que la visita abierta puede ser una fuente de estrés para la enfermera, resultándole agotadora psicológicamente

El uso de los indicadores de calidad que valoren la satisfacción de los pacientes y familiares es una herramienta básica en la mejora de la calidad asistencial, (11)

Experiencia española, diseño de una guía de atención a familiares de pacientes críticos.

Enfermeros de un Hospital de Palmas de Mallorca, diseñaron una guía de atención de familiares de pacientes internados en UCI, (12) ya que observaron que a pesar de la gran cantidad de literatura sobre la temática, no se estaban llevando al terreno de la asistencia. En España además se perpetuán regímenes de visita altamente restringidos a pesar de que existen estudios que muestran mejoras en los resultados de salud de los pacientes que reciben un régimen de visitas abierto y de que el contacto con el paciente es uno de los pilares de soporte para pacientes y familiares.

A partir del año 2006, el equipo se planteo buscar el cambio a través de un proyecto de investigacion-accion participativa (IAP), enraizado en la evidencia y en el consenso de los profesionales a pie de cama. Estos, a través de ciclos de reflexion-accion, diseñaron su proceso de cambio, seleccionando estrategias adaptadas a su contexto. Su

objetivo general era promover un cambio para mejorar los cuidados que se ofrecen a los familiares del paciente.

El proceso se estableció en 4 fases: 1) diagnostico de la situación de cuidado a los familiares; 2) selección y diseño de iniciativas para el cambio; 3) implementación de las iniciativas, y 4) evaluación del impacto de las iniciativas y grado de implementación.

Se priorizaron cuatro propuestas para mejorar los cuidados a los familiares: elaboración de un poster informativo para familias (con el objeto de mejorar las condiciones de espera al ingreso), desarrollo de un plan específico de formación continuada sobre habilidades sociales, estrategias de comunicación y manejo de situaciones de contenido emocional (con el propósito de dotar a los profesionales de herramientas de manejo del estrés y de los procesos de comunicación), ampliación de los horarios de visita (con el fin de facilitar la cercanía familia-paciente) y elaboración de una guía de atención a las familias (con el objeto de establecer un ‘‘acuerdo de mínimos’’ de atención a los familiares).

La guía consta de las siguientes partes: una pequeña introducción explica la experiencia tan compleja y abrumadora por la que pasan los familiares, las necesidades que presentan, los factores que les pueden crear estrés (tabla 2), así como las fases que atraviesan. Se describen las manifestaciones y los síntomas que pueden expresar (tabla 4) y que podemos identificar para el manejo y la detección precoz de las necesidades alteradas. pautas generales de actuación sobre cómo debe ser la información que se da a la familia y cómo flexibilizar el horario de visitas adecuándolo a la situación del paciente y del entorno.

Necesidades de los familiares.

- *Recibir información clara sobre el estado clínico del paciente, en términos que puedan comprender*
- *Tener proximidad con el paciente*
- *Sentir que hay esperanza: de recuperación, de muerte digna y sin dolor o esperanza de disponer de tiempo para pasarlo junto a su ser querido*
- *Ser tranquilizados y aliviados de la ansiedad*
- *Percibir que el paciente recibe cuidados de alta calidad*
- *Confiar en la habilidad clínica del equipo de salud*
- *Saber que el equipo de la unidad se preocupa por el paciente*
- *Poder tranquilizar, dar soporte y proteger a su ser querido*
- *Disponer de algún grado de confort durante el proceso.*

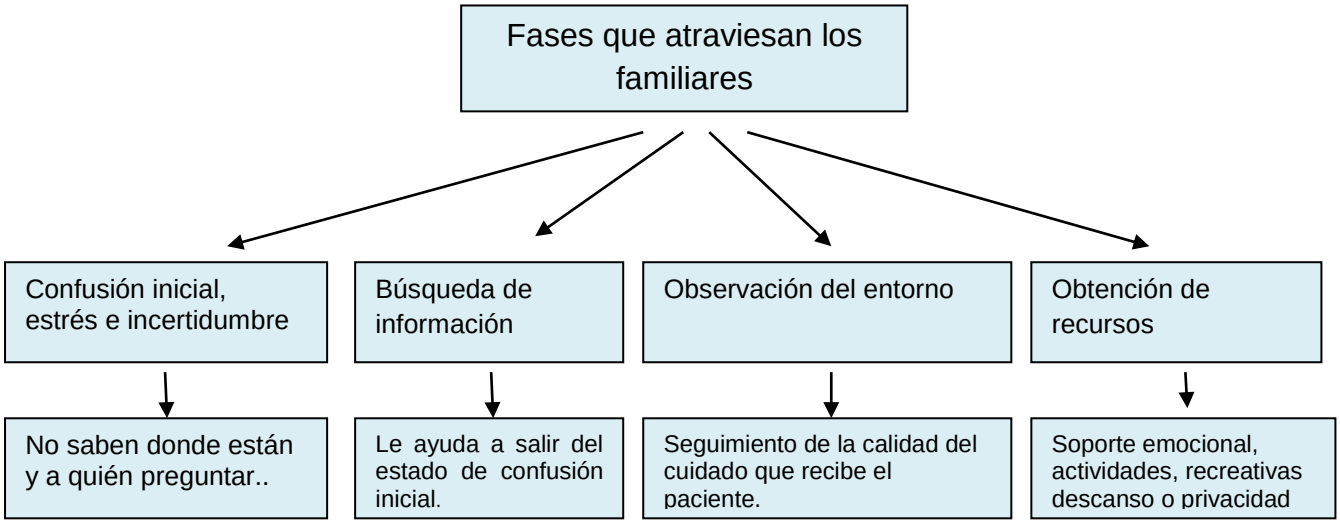
Fuente: “Guía de atención a las familias en España.”

Tabla Nº 3. Factores que generan estrés en los familiares

-Referidos a las características de la unidad	***-Referidos a los familiares***
▪ *Tecnificación del entorno* ▪ *Falta de intimidad y de espacios adecuados* ▪ *Alto número de profesionales diferentes que atienden al paciente* ▪ *Falta de confianza en los servicios de salud.* ▪ *Lenguaje tecnificado e información escasa y sometida a las normas restrictivas de la unidad* ▪ *Síndrome de estrés del traslado: traslado de la UCI a una unidad de hospitalización*	▪ *Situación de crisis vital y de muerte inminente* ▪ *Falta de control sobre la situación* ▪ *Incertidumbre en los momentos de espera y sobre el futuro del paciente* ▪ *Cambio de roles en el seno de la familia: el ingreso en una unidad de críticos provoca un desajuste en su funcionamiento* ▪ *No sentirse preparados para tomar decisiones sobre el paciente* ▪ *Percepción de falta de libertad para verbalizar dudas y temores (Sobrecarga de trabajo de las enfermeras)*

Fuente: "Guía de atención a las familias en España."

Figura Nº1. Fases que atraviesan los familiares.



Fuente: "Guía de atención a las familias en España."

Cabe resaltar que esta guía de cuidados protocolizada, es parte de un proyecto "Promoción de los Cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico" de esta UCI y que incluye otras acciones dentro de un método de Investigación-acción participativa, y que sigue en proceso de evaluación

Manifestaciones y síntomas de la ansiedad

- Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, alteraciones en la alimentación, sensación de mareo e inestabilidad, etc.
- Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro inminente, temor a perder el control, ganas de huir o dificultad para tomar decisiones
- De conducta: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueo, torpeza o dificultad para actuar. Pueden aparecer cambios en la expresividad y lenguaje corporal habituales: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- Intelectuales o cognitivos: dificultades de atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, tendencia a recordar solo lo desagradable, interpretaciones inadecuadas y extrema susceptibilidad
- Sociales: irritabilidad, dificultad para iniciar o mantener una conversación, bloqueo (‘‘quedarse en blanco’’) a la hora de preguntar o responder, expresar opiniones y sentimientos, temor excesivo a los conflictos.

.

Instrumentos para la valoración de las Necesidades de las Familias del paciente Crítico.

Se puede afirmar que las familias no son meros visitantes en el entorno de la UCI, sino que son una extensión del paciente y experimentan el proceso de cuidado al lado de éste. Entre las necesidades que se consideran más importantes para las familias, destacan las de seguridad, información, proximidad, apoyo y confort. Las intervenciones de los profesionales sanitarios que detectan estas necesidades, facilitan que la familia se adapte a la situación de transición. Un enfoque holístico en el cuidado a la persona, requiere que los profesionales evalúen las necesidades con herramientas válidas y fiables, desarrollen estrategias de intervención y programas de asesoramiento para satisfacer las necesidades identificadas.

Este conocimiento es esencial para optimizar el bienestar y el afrontamiento de las familias, ya que así, ellos podrán proporcionar un apoyo apropiado a sus familiares hospitalizados. Investigaciones acerca de las necesidades de los familiares en las UCI tuvieron su inicio en la década de los 70

En la búsqueda de herramientas en la bibliografía, se encontraron cinco cuestionarios que se emplean para valorar las necesidades de los familiares de pacientes de UCI: **CCFNI** (*Critical Care Family Needs Inventory),* **FS-ICU** *(Family Satisfaction in the Intensive Care Unit*), **SCCMFNA** (*Society of Critical Care Medicine's Family Needs Assessment), el Family Satisfaction Survey y* **CCFSS** *(Critical Care Family Satisfaction Survey).* (13)

En la tabla Nº 3 están resumidas las características de los cinco cuestionarios revisados y en la misma se identifican las categorías de necesidades que se exploran.

Tabla Nº4. Resumen de los cuestionarios que valoran las necesidades de las familias de pacientes de UCI

Características	Cuestionarios				
	CCFNI	**FS-ICU**	**SCCMFNA**	**Family Satisfaction Survey**	**CCFSS**
Autor	Molter28 (1979)	Heyland y Tranmer29 (2001)	*Society of Critical Care Medicine* (1993), modificado por Johnson *y* col5 (1998)	Dowling y col. (2005) en colaboración con *Critical Care Family Assistance Program* (CCFAP)	Wasser y col.31 (2001)
Marco teórico	Revisión de la literatura y encuesta a 23 estudiantes Enfermería.	Satisfacción del paciente,calidad del cuidado al final de la vida, investigaciones sobre necesidades de familiares de pacientes críticos, literatura sobre (in)satisfacción de familias con toma de decisiones	Basado en un proyecto que incluía percepciones de familiares de UCI sobre cómo habían sido satisfechas sus necesidades antes y después de la introducción de un grupo de voluntarios en las salas de espera de UCI	Basado en el cuestionario de Heyland *y col.*35 (2002)	37 cuestiones de la literatura y de aspectos que detectan la satisfacción con el cuidado del paciente. Después pidieron a profesionales sanitarios que los clasificaran en subescalas.
Propósito	Conocer el grado de importancia de las necesidades de familias de UCI Facilitar un Instrumento práctico y útil para la práctica clínica	Desarrollar una herramienta para medir el nivel de satisfacción de miembros de familias con el cuidado recibido por ellos y por su familiar críticamente enfermo	Medir la capacidad de satisfacer las necesidades de las familias en la UCI.	Responder a necesidades no satisfechas de familias de pacientes ingresados en UCI a través de la provisión de recursos educativos y apoyo familiar	Desarrollar instrumento para medir la satisfacción de miembros de la familia de pacientes ingresados en UCI

Categorías de necesidades exploradas						
	Seguridad	♦			♦	♦
	Información	♦	♦	♦	♦	♦
	Proximidad	♦				♦
	Apoyo	♦		♦	♦	♦
	Confort	♦	♦	♦	♦	♦
	Toma de decisiones		♦			
	Cuidado al paciente		♦			
	Cualidades del profesional		♦	♦	♦	
	Satisfacción general con la atención		♦		♦	

El cuestionario CCFNI es el más utilizado desde su creación, pero es posible criticar su desarrollo, ya que no está claro por qué Molter utilizó a estudiantes de enfermería en su creación. fue uno de los primeros estudios que reconoció la importancia de satisfacer las necesidades de los familiares y desde su creación ha sido replicado en múltiples estudios en varios países, utilizando versiones modificadas y obteniendo una adecuada fiabilidad y validez del instrumento. Es más, las revisiones bibliográficas analizadas lo identifican como el instrumento más utilizado en el ámbito.

Además hay que resaltar que la mayoría de los estudios realizados con este cuestionario, son meramente descriptivos.

Lo recomendado por los distintos autores es, al realizar la valoración, comenzar por un método cualitativo por medio de entrevistas, y luego utilizar un cuestionario ya que estos últimos no cubren todos los aspectos en la valoración como es el aspecto emocional de las familias.

Actitudes y opiniones de los profesionales que cuidan.

Las actitudes adoptadas por enfermeros en relación a la familia, condicionan el proceso de cuidar. Las actitudes de los enfermeros en los contextos de interacción terapéutica con las familias, traducen un entendimiento sobre la importancia de integrar el proceso de cuidados generando prácticas que conducen a una potenciación funcional de las familias.

Algunos estudios realizados sobre actitudes de los enfermeros frente a las familias (14), evidencian que a pesar de que la literatura muestra la importancia de los cuidados centrados en la familia las practicas no son congruentes con esta realidad solo teórica. Para indagar sobre estos aspectos que tienen que ver con los profesionales y sus actitudes, se realizo una adaptación del FINC-NA a la versión portuguesa y que también la han hecho otros países entre ellos España.

Un estudio de Zaforteza et al. (15) expresa como los profesionales admiten distintos posicionamientos sobre aspectos que tienen que ver con la proximidad del familiar con el paciente, *ampliar los horarios de visitas* fue un acuerdo pero no tan ampliamente ya que opinaban que la estructura edilicia no facilitaba esa opción, otra fue la *vulneración de la intimidad de los pacientes:* tema transversal que preocupa en gran medida a los profesionales. *El perjuicio para la familia*: algunos profesionales expresan que la estancia de los familiares en la unidad es perjudicial para estos últimos, les provoca cansancio, ansiedad y no deben ver técnicas/procedimientos potencialmente desagradables, puesto que no están preparados para ello. *Problemas para el profesional*: existe el convencimiento de que los familiares entorpecen la provisión de cuidados, generan algún grado de molestia/estrés a los profesionales y suponen una carga de trabajo añadida a la que ya existe.

Sobre la flexibilización de horarios de visitas algunos profesionales expresan dudas acerca del potencial beneficio para pacientes y familiares del aumento de las horas de

visita. También expresan dudas acerca del control del número de familiares y su acceso a la unidad.

Se confirma que la cultura cerrada de las UCI es muy potente. Por otro lado, los profesionales argumentamos la exclusión de los familiares de las UCI en dos grandes ejes: 1) el contacto con el entorno de la UCI y con las situaciones desagradables es perjudicial para el familiar y 2) el contacto con el familiar ocasiona problemas/molestias/estrés al profesional. En ambos casos, la decisión de excluir a los familiares se toma sin tener en cuenta la evidencia disponible sobre las necesidades y preferencias de pacientes y de familiares. Y esto se debería a varios factores:

- Desconocimiento por parte de los profesionales de cuál es el proceso que sufren los familiares y que los convierte en sujetos necesitados de cuidados. En este proceso, la búsqueda de información y el deseo de cercanía son estadios clave.
- Desconocimiento de que un RVA (Régimen de Visita Abierta) puede mejorar los resultados de salud del paciente, disminuyendo, en el caso del coronario crítico, la incidencia de edema agudo del pulmón y de shock cardiogénico
- La cultura dominante en las UCI coloca el énfasis de la atención sobre el cuerpo de los pacientes y en los aspectos medibles de su proceso
- Los profesionales, especialmente los de Enfermería, carecen de formación específica en procesos de duelo y carecen de estrategias para canalizar la angustia que trasmiten los familiar

Otro trabajo, un estudio descriptivo de corte transversal y cualitativo realizado durante cuatro meses en la UCI del Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín (España) (16) muestra como la mayoría de los profesionales opinan que la visita de los familiares inestabiliza a los pacientes; Así también un 61,2% consideraba que había ciertas familias que dificultaban el descanso de los pacientes, y para un 55,2% el horario de visitas interrumpía o retrasaba los cuidados de enfermería.

Además la mitad de los profesionales confeso que evadía el contacto con las familias durante la hora de visitas, afirmaba que no se encontraba preparado para consolar a los familiares de los pacientes que estaban en estado crítico. En vista de los resultados podemos afirmar que el personal de enfermería concibe a la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a la evitación, sobre todo entre el personal con menos experiencia. Esto es debido a un déficit en la capacitación de relación y comunicación por parte del personal sanitario.

Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a las familias.

El traslado de la evidencia científica a la práctica diaria es un tema no resuelto, en el que hay gran interés a nivel internacional (*Canadian Institutes of Health Research: About knowledge translation*. http://www.cihr-irsc.gc.ca/) y es uno de los focos de interés en investigación en salud en Europa. Además, se apunta a que, en estos entornos complejos,

como son los sistemas de salud, es difícil generar transformación en la práctica clínica. Las enfermeras tienen dificultades para la transformación de sus entornos.

Dos de los factores más relevantes son: las relaciones jerárquicas en el seno de los equipos y las dificultades para acceder y utilizar la evidencia científica

Mediante el método cualitativo de IAP (Investigación-acción participativa) en una UCI de España en los años 2006 y 2009, se indagó sobre los factores limitadores y facilitadores del cambio en la atención de las familias y se llego a los siguientes resultados:

Factores limitadores del cambio

- *Falta de reconocimiento de la legitimidad de la evidencia científica acerca de los familiares del paciente crítico*

Por una parte, los profesionales otorgan legitimidad a la experiencia como eje para tomar decisiones, a la vez que en su discurso hay un silencio en el uso de la evidencia científica para el cuidado al familiar. De hecho, por ejemplo, en el caso de las visitas de los niños a la UCI, argumentan en base a sus creencias, y no se plantean la necesidad de acudir a la evidencia para tomar decisiones.

- *Existencia de relaciones de poder desequilibradas en el equipo multidisciplinar*

Esta categoría recoge los discursos que indican que dentro del equipo se establecen posiciones de poder que determinan que unos profesionales pueden pautar y restringir la actuación de otros. Las relaciones de poder provocan relaciones asimétricas entre los diferentes miembros del equipo y, en este caso, se establece una clara hegemonía del médico sobre todos los demás componentes.

- *Falta de participación de las enfermeras en algunos flujos de información*

Refleja cómo los profesionales de enfermería no están incluidos en círculos de información decisorias. En consecuencia, las enfermeras desconocen qué información proporciona el médico a la familia, incluso en ocasiones esta última tiene más datos acerca del paciente que ellas mismas.

- *Organización de la unidad*

Las narrativas de los participantes y representantes de este estudio confirman que la forma de concebir el espacio y la organización de las rutinas dentro de estas unidades, sitúan a los familiares fuera de ella y son por tanto factores limitantes para un cambio hacia una mayor presencia de las familias. Los profesionales se consideran «propietarios» del espacio donde trabajan. La unidad de trabajo no se concibe como un espacio compartido entre profesionales y usuarios, se establecen estrategias para mantener su control. El cambio de las rutinas y la presencia de los familiares entorpecen la provisión de cuidados de salud. La funcionalidad de la misma es muy mecanizada y nos hemos habituado a ello, a trabajar sin «espectadores».

Factores facilitadores del cambio

- *El compromiso individual y el compromiso compartido*

El compromiso individual es la existencia de unas creencias, actitudes y de un posicionamiento individual en favor del cuidado a los familiares, que poseen algunos profesionales que trabajan en la UCI

El compromiso compartido se refiere a que existen algunos profesionales que comparten unas actitudes semejantes con respecto al cuidado de los familiares. El conocimiento de que existan personas con las mismas inquietudes hace que se refuerce el compromiso. Cuando en un mismo turno coinciden profesionales con sensibilidades similares es el equipo en pleno el que favorece las acciones transgresoras de flexibilización de la norma, provocando altos grados de satisfacción entre los participantes

- *El liderazgo en lo cotidiano*

Una parte importante de los participantes y los representantes han ejercido como agentes de cambio en el día a día, desde sus relaciones con los compañeros, a la gestión de sus grupos de participantes, hasta su cambio individual de la práctica clínica hacia los familiares. Reconocen que han adquirido capacidades para argumentar sus posturas a favor de una mayor presencia de los familiares en la unidad y las utilizan para defender los cambios propuestos frente a quienes tienen posturas en contra.

- *El proceso reflexivo*

Esta categoría se refiere a los discursos que muestran cómo el proceso colectivo de reflexión que ha puesto en marcha la IAP ha actuado como catalizador del cambio. De la voluntad de unos pocos para facilitar el cambio a lo largo de este periodo se han contagiado otros profesionales, con mayor o menor grado de entusiasmo pero suficientes para iniciar el cambio (4)

La conclusión de este trabajo es que los factores contextuales que limitan el cambio están integrados en la estructura de la unidad, mientras que los facilitadores son coyunturales y dependen de los individuos.

En este sentido, los profesionales a pie de cama tienen capacidad para introducir cambios en su contexto. La IAP como proceso reflexivo ha jugado un papel importante con respecto al compromiso de los participantes

El desarrollo del cambio en la práctica clínica es complejo y requiere de una alta inversión de energía personal

La comunicación como factor elemental en el cuidado.

La evidencia científica pone de manifiesto que la necesidad de información es considerada por los familiares como una de las más importantes. La familia demanda hablar todos los días con los médicos sobre el estado de su familiar en relación al pronóstico, diagnóstico y tratamiento. Además quieren que la enfermera les informe sobre los cuidados que le han sido aplicados, funcionamiento de la unidad, equipo multidisciplinar, cómo deben comportarse y qué pueden hacer por el paciente durante la visita.

Sin embargo, aunque las enfermeras tienen conocimiento de esta demanda de comunicación, las actividades dirigidas a suplirlas no son siempre trasladadas a la práctica clínica. En nuestro ámbito y en la región la constante parece ser la alta demanda y el escaso recurso humano, las tareas sobreagregadas que cumplen las enfermeras/os juegan un factor limitante muy importante.

En un estudio transversal descriptivo, realizado en Madrid por Murillo Pérez, C. López et al,. en 2012, se valoró la "*percepción de las enfermeras sobre la comunicación con las familias"* (17) y se utilizó como herramienta un cuestionario *Nurse Activities for Communicating with Families* (NACF) validado por Downey et al. (fiabilidad alfa de Crombach 0,89 y validado mediante grupos focales) y adaptado transculturalmente por Santana Cabrera et al. El cuestionario consta de 16 preguntas cerradas tipo Likert con 4 niveles de respuesta.

Y se llego a la conclusión que: se percibe una *baja comunicación* de las enfermeras a los familiares sobre los cambios en el plan de cuidados, hablar de sus sentimientos, así como de sus necesidades religiosas.

La confortabilidad del paciente es el ítem que más comunica la enfermera, junto con los aspectos técnicos. La actividad de comunicación de las enfermeras es independiente de la experiencia en UCI.

A la luz de estos resultados se hace imprescindible sistematizar el proceso de comunicación con los familiares cada día, incluyendo a la práctica clínica todas las herramientas necesarias para consensuar y coordinar todo el proceso de comunicación con las familias entre los miembros del equipo.

Se podría justificar que sean las enfermeras con mayor experiencia y estabilidad laboral en nuestra UCI las que declararon informar y establecer una relación de ayuda a la familia más habitualmente. En línea con lo expresado por algunos autores, estimamos que un modelo de reparto complementario de la tarea informativa entre los profesionales se presenta como la mejor alternativa para aportar una información global a la familia del paciente. Según este modelo el personal de enfermería aportaría información sobre cuidados, descanso, comodidad y estado de ánimo del paciente, así como sobre el equipo tecnológico empleado y la motivación de determinados cuidados, mientras que la

información sobre el diagnóstico clínico, estrategias de tratamiento y pronóstico son áreas de clara competencia médica. Adicionalmente, la comunicación fluida dentro del equipo resulta imprescindible. (18)

La comunicación proactiva es una herramienta clave junto con la entrega de información escrita estandarizada para las familias. Como por ejemplo un folleto informativo donde se les informe horario de visitas, horarios de información médica y normas de acceso a la unidad.

Según Gomez Gomez, (19) se ha podido comprobar que con la colaboración por parte de la familia, en los cuidados del paciente, se pueden obtener resultados muy positivos. También se consiguen resultados favorables, para los pacientes, cuando existe una comunicación mutua, donde el paciente, con la ayuda de la familia, pueda llegar a tomar decisiones que influyan positivamente en su recuperación.

Satisfacer las necesidades de información de las familias es una meta importante para todo el personal de cuidados intensivos. La entrega de información veraz, comprensible y eficaz plantea desafíos específicos en el entorno estresante, que muchas veces se vive en una UCI.

Las habilidades de comunicación son básicas para ejercer correctamente cualquier actividad sanitaria. La escucha activa es uno de los recursos mejor utilizados, para mejorar esas habilidades. La enfermería de cuidados intensivos, destaca en comunicarse de manera eficaz con el paciente/familia, proporcionando información sobre el cuidado y evolución diaria del paciente, característicos de la unidad y horarios de visita. Las familias necesitan cuidadosas explicaciones, tiempo para procesar la información y apoyo profesional coherente para afrontar los retos y así tener capacidad para tomar decisiones. Y junto con la atención a las emociones del paciente y la toma de decisiones compartidas son algunos de los componentes de calidad para obtener mejoras prácticas en la comunicación profesional sanitario-paciente.

La mayoría de los familiares prefieren que se les diga la verdad ya que según ellos el “no saber” es lo peor. La incertidumbre debido a la falta de información crea una sensación de impotencia y pérdida de control de la situación. Se dan sentimientos intensos de ansiedad y angustia que permanecen hasta que se obtiene la información.

Las enfermeras tienen el reto de superar las barreras que afectan la relación terapéutica en la UCI, y evolucionar hacia un cuidado humanizado y centrado en el binomio paciente – familia. El campo de actuación sobre el que se debe trabajar abarca los procesos de información y comunicación, la incorporación de las familias, y reflexionar la política de la visita. (20)

En un estudio cualitativo, en que se analizaron las respuestas de los familiares del paciente internado en UCI en Colombia, (21) se pudo concluir que el familiar de la persona hospitalizada demandan de la enfermera profesional cualidades como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible, consideradas importantes para establecer la comunicación y están enfocadas a satisfacer la necesidad de información,

las relacionadas con la necesidad de una comunicación humanizada, el apoyo ofrecido en situación de vulnerabilidad, la expresión de sentimientos, en procura de mejorar la relación de ayuda entre la diada. La presencia de estos elementos permite que se establezca la comunicación o en ausencia de ellos no se dé el acto comunicativo.

En el análisis de *aspectos presentes en la comunicación en relación con la enfermera, la familia y la institución en las unidades de cuidado intensivo* (22); se encontró que en los aspectos presentes en cuanto a la enfermera, que influyen en la comunicación con las familias, son la sobrecarga laboral, el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y la muerte de los pacientes, y el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los mismos. Con respecto a la familia se encontró que experimentaban sentimientos y actitudes de angustia, desesperación, frustración, miedo, impotencia, agresividad, y depresión que emiten los familiares y que son causados la mayoría de las veces por inconformidad que les produce la información que se les ha otorgado sobre sus pacientes. Por último con respecto a la institución, se encontró que los estrictos y cortos horarios tanto en las visitas como en los horarios de los informes a las familias, la falta de privacidad, la resistencia a la centralidad de los médicos en el proceso de información; son aspectos influyentes en la comunicación.

Tabla Nº 5. Barreras para la comunicación enfermera-familia en cuidados críticos (23) **(**SATI-2010**)**

Barreras del sistema	**Barreras de los médicos**
• Insuficiente dotación de persona en enfermería. • Políticas de visitas de la unidad permite poco tiempo con la familia • No es posible atender el informe a la familia debido que está dirigido por especialistas o jefes. • Enfermeras muy ocupadas con el cuidado del paciente. • El informe no coincide con el horario de trabajo de la enfermera. • Ausencia de un lugar privado para comunicar. **Barreras de enfermería**. ✣ Falta de soporte de enfermeras colegas para la comunicación con la familia. ✣ Fuera del alcance de mi práctica enfermera.	• Conflicto con los médicos. • Los médicos desalientan la comunicación de las enfermeras con la familia en determinados tópicos. • Falta de comunicación entre el médico y la enfermera. **Barreras del paciente y/o familia.** ✣ Paciente en estado muy crítico que no permite la interacción de la enfermera con la familia. ✣ La familia no acude a la visita, ni llama. ✣ La familia esta enojada. ✣ La familia tiene expectativas no reales del tratamiento médico. ✣ Dificultades personales con esta familia. ✣ Dificultades del lenguaje.

El efecto terapéutico que tiene la comunicación de la enfermera que asiste al paciente hospitalizado, así como la posibilidad de desarrollar habilidades de comunicación en programas de actualización para las enfermeras, sustentan la necesidad de contar con mejores indicadores de las habilidades de comunicación que incidan en la recuperación de los pacientes y en la calidad percibida de los servicios de salud (24)

Con frecuencia tanto pacientes como familiares se quejan de la falta de comunicación con los profesionales, a la vez que la identifican como uno de los factores principales en la calidad de la asistencia, sobre todo en los procesos al final de la vida (25)

Según Avendaño, (26) el personal de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, educar e informar, dar apoyo y de aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos.

Es la exploración de las áreas del sistema familiar a través del interrogatorio de intervención a la familia por parte de la enfermera para detectar, con una postura neutral, hipotética, circular y no jerárquica, aquellos aspectos que están afectando a la familia por el ingreso de su familiar con IAM y aplicar el proceso enfermero (PAE) en formato de valoración familiar para dar el cuidado según las necesidades detectadas en las familias ante la situación de salud como la falta de educación e información y de apoyo psicoemocinal; considerando las fortalezas existentes en ellas

Política de visitas en la UCI: sus efectos en el paciente, la familia, y los trabajadores.

Las unidades de cuidado intensivo tienen su primer antecedente en el siglo XIX, cuando Florence Nightingale agrupaba a los heridos de la guerra de Crimea según su gravedad, poniéndolos a cargo de las enfermeras con mayor experiencia y conocimientos. A partir de ese momento, las UCI evolucionaron de manera progresiva, centradas en el manejo de la persona en estado crítico y bajo los más altos estándares de calidad, tanto en recurso humano como en recursos físicos y tecnológicos, con el objetivo de favorecer la recuperación de los pacientes; sin embargo, su condición crítica llevó a pensar que las visitas podrían llegar a tener efectos deletéreos, lo que les imprimió a las UCI el carácter de espacios cerrados y, a su vez, condicionó la aparición del perfil restrictivo que todavía permanece en las políticas de visitas.

No se ha encontrado evidencia científica sobre el aumento de las complicaciones de infecciones por las visitas en la UCI, y por lo tanto existe ausencia de justificaciones fisiológicas para restringir las visitas. (27)

Para el paciente, una política menos restrictiva repercute positivamente en un incremento en la satisfacción de las necesidades; una reducción de la ansiedad, la agitación, la confusión y el estrés; una disminución de las complicaciones cardiovasculares asociada con un descenso de la ansiedad y un mejor control del perfil hormonal de estrés; así como un incremento en la sensación de aprecio y seguridad percibida por el paciente, ya que la familia le provee un apoyo emocional, lo que finalmente trasciende en la reducción del tiempo de estancia en la UCI.

Por otra parte, la liberalización de las visitas incrementa la satisfacción de las necesidades familiares, dentro de las cuales la de proximidad, seguridad e información son prioritarias; así mismo, se considera que reduce el estrés y la ansiedad en los familiares, promueve una mejor comunicación tanto con el paciente como con el personal de salud, asegura una mayor información como parte de la satisfacción de las necesidades familiares y permite la participación familiar en el cuidado del paciente crítico (28)

Este artículo continúa describiendo el panorama mundial: en EEUU, se reveló que el 44 % de las UCI mantiene políticas abiertas de horario; el 31 % no ejerce restricciones, excepto durante las rondas de enfermería o los cambios de turno, y un 14 % de las unidades mantiene políticas abiertas de forma continua, independientemente de las actividades del personal de salud.

En Europa el panorama no parece ser tan flexible, pues los estudios muestran que en Italia solo el 1 % de las UCI maneja la liberalización de visitas

En España, el 63 % de las UCI solo tienen permitidas visitas dos veces al día, el 58 % tiene establecidas visitas de media hora

En cuanto al panorama colombiano, aproximadamente el 90 % de las UCI tiene políticas restrictivas, las cuales están dadas por periodos de visitas que oscilan entre quince minutos y dos horas, con una frecuencia de dos veces al día.

A nivel de Latinoamérica, específicamente en Brasil, se ha estudiado la problemática de las políticas de visitas para los médicos y las enfermeras; estos refieren que el beneficio de las visitas abiertas es principalmente para el paciente en lugar de la familia o el personal de salud. Sin embargo, otro estudio realizado en el mismo país muestra la relación positiva entre las horas de visita y la satisfacción de los familiares.

En Chile, las políticas relacionadas con el régimen de visitas a los pacientes han sido históricamente determinadas por regulaciones particulares de cada institución de salud; sin embargo, en los últimos años, desde el Ministerio de Salud han surgido lineamientos relacionados con esta problemática, y se considera la implementación de una visita diaria de familiares de a lo menos seis horas en todos los hospitales públicos del país, sin excepción. (29)

Contexto de las UCI en Argentina…

El sanatorio Otamendi de la ciudad de Buenos Aires en su sitio web expone lo siguiente: *el servicio de Terapia Intensiva tiene como objetivo el tratamiento de pacientes con diferentes tipos de enfermedades cuyas complicaciones pueden comprometer su vida. En este sentido, nuestra labor intenta brindar una atención médica que contemple los aspectos vinculados al conocimiento científico y a la tecnología aplicada, haciendo especial énfasis en aquellos relacionados con el compromiso y el contacto personalizado con el paciente y su familia. Hemos creado para esto un sistema de terapia intensiva "abierta", en la cual los pacientes puedan estar acompañados por sus familiares durante la mayor parte de su internación en el área crítica*. (30)

El Sanatorio Finochetto (Bs As), en el Servicio de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria, buscan resguardar la privacidad de los pacientes y favorecer su contención afectiva como elementos importantes para su recuperación, con autorización del médico, cada paciente podrá contar con la presencia continua de un acompañante.

El Sanatorio de la Trinidad (Palermo), cuenta con un servicio de Cuidados Intensivos centrados en la familia, se privilegia la compañía del paciente con la misma. Para ello las habitaciones cuentan con el confort necesario para el familiar.

También debemos mencionar el Sanatorio Boratti (Misiones), donde la Terapia Intensiva es abierta, permite interactuación entre el médico, el paciente y el personal, dándole un espacio privado para el paciente y el acompañamiento de un familiar permite una mejora más rápidamente por los estímulos que recibe al estar acompañado todo el tiempo por un conocido.

Como dato local, está El Sanatorio Allende Cerro, solo cuenta con el sistema de Terapia Abierta en los servicios de Neo y Uti Pediátrica. (31)

Un régimen de visitas liberalizado, amplio y flexible permite a los familiares compatibilizar la atención al enfermo con sus responsabilidades laborales y satisfacer los cuidados de otros miembros familiares, como niños o ancianos. La necesidad de cercanía al enfermo en casos de situaciones críticas o fallecimiento inminente es aún más necesaria, ayudándoles en el proceso del duelo.

Visitas infantiles

Basándose en el riesgo de infección y potenciales traumas psicológicos, las visitas de los niños han estado aún más restringidas; sin embargo, en las UCI de neonatología y pediatría, donde sí están permitidas, no se ha detectado un aumento de infecciones (32)

Los efectos positivos de las visitas abiertas en el paciente crítico, expresa Achury D, una autora colombiana, (33) . que los beneficios se evidencian en aspectos como:

- *Aspecto Físico*:

Cambios en las constantes vitales de los pacientes críticos como, aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial y disminución de la presión intracraneana (PIC) permitiendo una reducción de las complicaciones cardiovasculares y disminuyendo la dependencia física.

- *Aspecto emocional*:

Disminución de la ansiedad y temor en el paciente y los familiares, esto se deriva de la oportunidad de información, contacto y comunicación que se establece en la visita.

- *Aspecto Social*:

Se favorece una adecuada relación familia-paciente-enfermera, lo que promueve mejor interacción y planificación de cuidados. Además de incrementar la satisfacción laboral debido a una retroalimentación positiva.

Rol de la enfermera de cuidados críticos en el informe a los familiares del paciente internado

El rol que juegan las enfermeras durante el informe a la familia en la UCI, varía grandemente según la institución, en algunas de estas la enfermera puede tener informes con las familias sin estar los médicos presentes pero en la mayoría de las instituciones el informe es dirigido por médicos. (23)

Tradicionalmente el personal de enfermería suele desistir de la labor informativa en el convencimiento de que se trata de una competencia médica exclusiva. Paralelamente a esta idea, Zaforteza et al. indican que dentro de los equipos multidisciplinares aparecen desequilibrios en las relaciones de poder entre sus miembros que inducen asimetrías en su seno, condicionando la cesión, restricción, o prevalencia de atribuciones y criterios entre profesionales. Ambas circunstancias podrían situarse en la génesis del déficit de información enfermera observado. Este planteamiento, además, podría justificar que sean las enfermeras con mayor experiencia y estabilidad laboral en nuestra UCI (18)

La información se proporciona una única vez al día en 77 unidades, y el médico es el profesional encargado de aportarla. Sólo en 3 unidades la información es proporcionada conjuntamente entre el médico y la enfermera. (34)

Según Escudero D y col,. En un estudio descriptivo multicéntrico, de las UCI de España, el informe lo realiza solamente el médico en un 75%; y solo en un 4,5 % lo hace acompañado de una enfermera (35).

Tabla Nº6. Información brindada a familiares en la UCI.

Tabla 3 Características de la información a los familiares en las UCI españolas

Variables	*Resultados (porcentajes)*			
Número de informaciones diarias	*1 vez*	*2 veces*	*Cuando lo solicitan*	
	77 (78,6)	16 (16,3)	5 (5,1)	
Profesional que informa a los familiares	*Sólo el médico*	*Médico y enfermera juntos*	*Médico y enfermera separados*	
	70 (71,4)	3 (3,1)	25 (25,5)	
Uso de información escrita (folletos, carteles, etc.)	*Sí*	*No*	*Nc*	
	68 (69,4)	29 (29,6)	1 (1)	
Información telefónica	*Sí*	*No*	*Excepcionalmente*	*Nc*
	14 (14,3)	16 (16,3)	67 (68,4)	1 (1)

Fuente: Velazco y col.

Las enfermeras debemos colaborar en el proceso de información en la medida que nos corresponda. Hay que recordar que informar sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento, es competencia médica, pero las Enfermeras que estamos al lado del paciente durante las 24 horas del día debemos informarles sobre los cuidados y, en muchas ocasiones, sobre aspectos de la situación clínica del paciente, para lo que tenemos que tener conocimiento de la información que les ha dado el médico; también debemos

informarles sobre su conducta a seguir con el paciente, ayudarles a comunicarse entre ellos y en todo lo que necesiten. (36)

Implicación del familiar en los cuidados del paciente internado en una UCI.

Se considera como una necesidad el que las enfermeras incorporen al familiar y enfermo en los cuidados intrahospitalarios de forma individual y diferente, según sus necesidades. Las enfermera deben establecer con la familia-cuidadora una relación de comunicación constante, clarificando que se cuenta con los cuidados familiares por su riqueza y beneficio para enfermo-familiar-enfermera, unificando criterios de entre familiar, enfermera y paciente para intercambiar información y formas de realizar los cuidados.

El informe de alta hospitalaria de enfermería podría reflejar los cuidados que se les ha enseñado al familiar y paciente y poder evaluar si se sienten capaces de llevarlos a cabo. De esta forma una enfermera a domicilio podrá contar con familiares ya adiestrados para el cuidado de ese paciente en caso de que tenga cuidados y secuelas permanentes, con un valor incalculable en el paciente. (37)

Al solventar la necesidad de rol se disminuye la ansiedad y el estrés de los familiares y del paciente. Se aumenta su implicación en el proceso y se ayuda a los profesionales a conocer el entorno del paciente. (38)

Rodriguez Martinez et al en su trabajo expresa que: existe una clara demanda de la familia por participar en los cuidados, principalmente en la alimentación y la higiene del enfermo. Son pocos los estudios que aborden los efectos de esta participación y menos aún los que combinen la apertura de las visitas y la participación directa de los familiares en los cuidados, relacionándolos con las implicaciones que pueda tener con el enfermo, la propia familia y los profesionales sanitarios. En palabras de Marco Landa et al: «Las enfermeras debemos hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente». (39)

Se define *Participación Familiar en el cuidado del paciente crítico* al proceso por el que uno o varios miembros significativos de la unidad familiar se involucran de forma voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable del paciente, en el cuidado de su ser querido en función de sus posibilidades y la situación de este. Se diferencia de la visita en que no ocurre de forma ocasional y sujeta a normas generales de la institución, sin que responde a un continuo establecido por el acuerdo entre el paciente.

El equipo asistencial y el familiar, individualizado a cada situación, cuya intencionalidad trasciende el mero acompañamiento y pretende la maximización de los posibles efectos beneficiosos derivados de la interacción directa entre seres queridos, sustentándose en el establecimiento de comunicación terapéutica y relación de ayuda.

La enfermeras son las encargadas de identificar a esos familiares significativos y desde el primer contacto y que sean capaces de asumir el rol de cuidador de soporte. Su grado de participación será determinado por el deseo del paciente, los familiares y los propios profesionales.

La participación en el cuidado será progresiva. Las enfermeras brindaran conocimientos para brindar cuidados como: higiene general, afeitado o maquillaje, movilización, deambulación, movilización pasiva, alimentación, administración de medicación oral, cambios posturales por ejemplo. (40)

En cuanto a la familia, y a pesar de los obstáculos que encuentran en relación con su participación en el cuidado del paciente, diferentes estudios, muestran hasta qué punto los familiares desean y valoran la posibilidad de involucrarse en el cuidado de un ser querido. Animar a la familia a ello facilita la unión, decrece la impotencia y la ansiedad y ayuda a asimilar la situación del ser querido, aspectos que forman parte de la competencia enfermera para proporcionar un cuidado integral. (41)

Conclusión.

Es necesario identificar a la familia del paciente crítico, como una unidad de cuidado por parte de enfermería, en este aspecto también es fundamental nuestro conocimiento de sus necesidades para determinar intervenciones que los ayuden a sobrellevar la situación de angustia que les toca atravesar, al tener a un integrante de su grupo familiar internado en una UCI.

Ser ese nexo entre el paciente y su familia, que viven desesperanza, soledad e impotencia, es nuestra función fundamental.

Existen una serie de factores del entorno de la UTI, que afectan la relación con las familias: escaso tiempo en la visita a su familiar, informes médicos incompletos o no entendibles y acotados, falta de respuestas por el resto del equipo profesional, y también de enfermería que sumado a su escaso tiempo y sobrecarga de tareas, no pueden establecer una relación propicia.

Con respecto a las necesidades de las familias se han descripto las cognitivas, emocionales, las sociales y las prácticas. Entre las necesidades que se consideran más importantes para las familias, se destacan las de ***seguridad, información, proximidad y apoyo emocional***.

El impacto emocional comienza cuando el paciente ingresa al hospital y se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI. La familia sufre de ansiedad, angustia, estrés, todo esto producido por situaciones como: pérdida del contacto, inseguridad, y la inestabilidad que surge frente a la posibilidad de muerte; sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria.

Las experiencias que viven los familiares debido a la hospitalización de uno de sus miembros, desencadena una serie de reacciones emocionales el cual se ve intensificado en relación a la gravedad de la enfermedad.

Los más altos grados de estrés en la familia se evidencian, en las primeras 18 a 24 hs.de ingresado el paciente a una UCI, y es mayor cuanto más tecnología médica tiene y mayor y estricto es el control sanitario. Este es el momento donde este grupo social, requiere de apoyo emocional y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente.

Según varias de las investigaciones se concluyen que es posible humanizar la UCI si se reconoce a la familia como eje central de todas las acciones asistenciales, pues una familia participativa es una familia más sana, y así podrá disponer de herramientas para luchar contra la desesperanza que genera esta situación.

También es importante la valoración de la estructura y del funcionamiento familiar, enfermería podrá realizar diagnósticos para implementar planes de ayuda

De acuerdo al orden de importancia de las necesidades de los familiares serian: necesidad de participación en los cuidados del familiar; necesidad de información; necesidad de seguridad y confianza y por ultimo comodidad y confort

Para el estudio de las necesidades de las familias y su percepción sobre los cuidados se han utilizado varios cuestionarios, instrumentos sociales que hacen a este conocimiento formal y de validez, el más utilizado ha sido el **CCFNI**, Critical Care Family Need Inventory adaptado a cada lugar donde se utiizó. Entre ellos fue adaptado en Brasil, España y varios países. También se encuentran otros como **FS-ICU** *(Family Satisfaction in the Intensive Care Unit*), **SCCMFNA** (*Society of Critical Care Medicine's Family Needs Assessment), el Family Satisfaction Survey y* **CCFSS** *(Critical Care Family Satisfaction Survey)*

Lo recomendado por los distintos autores es, al realizar la valoración, comenzar por un método cualitativo por medio de entrevistas, y luego utilizar un cuestionario ya que estos últimos no cubren todos los aspectos en la valoración como es el aspecto emocional de las familias.

La información es una de las necesidades más valoradas por los familiares de pacientes de la UCI

También hay que tener en cuenta la opinión de enfermería con respecto a mayor participación en el cuidado del enfermo, ya que en los distintos artículos expuestos también aparecen factores que limitan este acercamiento o la continuidad de la restricción de las visitas. Algunas piensan que la visita beneficia a los pacientes y otras en cambio, opinan que estresa al paciente y a ellas, agotándolas psicológicamente.

Para solucionar esta situación, se deben usar indicadores de calidad que valoren la satisfacción de los pacientes y familiares como herramienta básica en la mejora de la calidad asistencial.

Para esto, está demostrado que el camino correcto son métodos cualitativos como la IAP (Investigación-Acción) dentro de las UCI, para mejorar los cuidados a los familiares. Así es posible identificar los factores condicionantes para mejorar la relación con las familias, las dificultades desde los profesionales, desde la estructura edilicia, y otros factores externos; con el propósito de dotar a los profesionales de herramientas de manejo del estrés y de los procesos de comunicación), ampliación de los horarios de visita (con el fin de facilitar la cercanía familia-paciente) por ejemplo.

Esto revertiría la dificultad principal y dominante del traslado de la evidencia científica a la práctica diaria. La enfermera tienen dificultades para la transformación de sus entornos Dos de los factores más relevantes son: las relaciones jerárquicas en el seno de los equipos y las dificultades para acceder y utilizar la evidencia científica

En cuanto a la comunicación con las familias es un tema central y la obstaculizan varios factores, entre ellos las sobrecargas laborales, la falta de estrategias y habilidades de comunicación y la dificultad de afrontar el dolor del otro, entre otros. Pero se ha comprobado que es bien aceptado por los familiares cuando la enfermera también puede dar un informe diario sobre los cuidados enfermeros, y aun mas, puede aclarar los informes médicos que debe conocer en demasía para poder ayudar a comprender los informes a los familiares. Por lo tanto es necesario que la enfermera sea parte del informe que no debería ser médico solamente sino del equipo que atiende al enfermo.

Se podría justificar que sean las enfermeras con mayor experiencia y estabilidad laboral en la UCI las que declaren informar y establecer una relación de ayuda a la familia más habitualmente. Se estima que un modelo de reparto complementario de la tarea informativa entre los profesionales se presenta como la mejor alternativa para aportar una información global a la familia.

Según este modelo el personal de enfermería aportaría información sobre cuidados, descanso, comodidad y estado de ánimo del paciente, así como sobre el equipo tecnológico empleado y la motivación de determinados cuidados, mientras que la información sobre el diagnóstico clínico, estrategias de tratamiento y pronóstico son áreas de clara competencia médica

En cuanto a las políticas de visitas y destacando el efecto positivo que tienen las visitas en el paciente crítico, es necesario regímenes menos restrictivos., ya que la familia le provee un apoyo emocional, lo que finalmente trasciende en la reducción del tiempo de estancia en la UCI. La liberalización de las visitas incrementa la satisfacción de las necesidades familiares, dentro de las cuales la de proximidad, seguridad e información son prioritarias; así mismo, se considera que reduce el estrés y la ansiedad en los familiares, promueve una mejor comunicación tanto con el paciente como con el personal de salud,

En cuanto a la evidencia científica cabe destacar una publicación de revista Best Practice, quien indica que:

- Debe considerarse la posibilidad de ofrecer visitas más abiertas en la UCI de adultos. (GRADO B recomendación moderada que se sugiere que se considere su aplicación)
- Debe considerarse la posibilidad de ofrecer a los pacientes de la UCI control sobre las visitas, mediante contratos individuales o dispositivos controlados por los pacientes (GRADO B)

Los efectos positivos de las visitas abiertas en el paciente crítico, expresa Achury D, una autora colombiana, (33) que los beneficios se evidencian en aspectos como:

-Aspecto Físico: Cambios en las constantes vitales de los pacientes críticos como, aumento de la frecuencia cardiaca, presión arterial y disminución de la presión intracraneana (PIC) permitiendo una reducción de las complicaciones cardiovasculares y disminuyendo la dependencia física.

-Aspecto emocional: Disminución de la ansiedad y temor en el paciente y los familiares, esto se deriva de la oportunidad de información, contacto y comunicación que se establece en la visita.

-Aspecto Social: Se favorece una adecuada relación familia-paciente-enfermera, lo que promueve mejor interacción y planificación de cuidados. Además de incrementar la satisfacción laboral debido a una retroalimentación positiva.

Se define *Participación Familiar en el cuidado del paciente crítico* al proceso por el que uno o varios miembros significativos de la unidad familiar se involucran de forma voluntaria, gradual y guiada por la enfermera responsable del paciente, en el cuidado de su

ser querido en función de sus posibilidades y la situación de este. Son pocos los estudios que aborden los efectos de esta participación y menos aún los que combinen la apertura de las visitas y la participación directa de los familiares en los cuidados, relacionándolos con las implicaciones que pueda tener con el enfermo, la propia familia y los profesionales sanitarios

La participación en el cuidado será progresiva. Las enfermeras brindarán conocimientos para brindar cuidados como: higiene general, afeitado o maquillaje, movilización, deambulación, movilización pasiva, alimentación, administración de medicación oral, cambios posturales por ejemplo

La implicación de la familia en la toma de decisiones incluye: modelo compartido de toma de decisiones, en el que participan los profesionales, la familia y el propio paciente (si su situación lo permite). Se produce mayor interacción entre la familia del paciente y los médicos.

Los profesionales deben adquirir habilidades: Para establecer una buena comunicación, que beneficie a todas las partes involucradas en a relación; saber gestionar conflictos, y ser buenos moderadores en las reuniones, ya que toda relación humana de interacción tiene sus vicisitudes y requiere de experiencia y habilidad su manejo.

Todos los aspectos antes mencionados que repercuten en la atención a las familias y a sus necesidades necesitan de nuestro conocimiento e inclusión de estos conceptos en nuestra práctica para poder aspirar a cuidados de calidad. Mediante la empatía, una adecuada comunicación y con abrir las puertas de nuestras UCI parece bastar, habrá que seguir indagando en ellos los receptores de todo nuestro esfuerzo y trabajo si es suficiente.

Recomendaciones finales:

Recomendaciones para la práctica:

- La enfermera de manera personal busque consolidar conocimientos y herramientas que permitan fortalecer la comunicación con la familia en el entorno de UCI como una forma de brindar un verdadero cuidado de enfermería.

- Facilitar las condiciones y los espacios que le permitan al núcleo familiar comunicarse con el personal de enfermería esto incluye: un espacio privado dentro de la UCI y tiempo adecuado para la expresión de sentimientos y las relacionadas con necesidades de información sobre el estado de salud y las necesidades de la persona hospitalizada.

- Generar estrategias personales y grupales para mejorar la comunicación con las familias como: la escucha activa, mejorar el lenguaje técnico a nivel cultural, educativo o de compresión del receptor, brindar espacios para atender las necesidades de información, la retroalimentación el cual engloba no solo el dar información, sino esperar preguntas y dar respuesta a las inquietudes derivadas de

la comunicación establecida, propiciar espacios para la comunicación diferentes a la hora de visita entre otros.

- Fortalecer la esencia del cuidado a la familia esto incluye no solo el prestar atención aspectos biofísicos del paciente, sino incluir los relacionados con las necesidades espirituales, emocionales, materiales de la familia.

- Mejorar la actitud frente al proceso de comunicación por medio el lenguaje verbal y no verbal como una forma de demostrar compresión, interés y apoyo a la familia, en otras palabras el ponerse en el lugar del otro.

- Buscar estrategias que permitan al familiar identificar al profesional de enfermería y diferenciarlo del auxiliar como forma de facilitar el inicio de la comunicación entre las partes.

Para la institución:

- Desarrollar planes educativos que permita al personal de enfermería mejorar habilidades comunicativas, con el objetivo de establecer una relación de ayuda a la familia que le permita a ellos una mejor compresión de la vivencia y un adecuado afrontamiento de la situación que implica la hospitalización de un ser querido en la UCI.

- Fortalecer programas dirigidos al personal que labora en la UCI para mejorar la comunicación humanizada, orientado sus programas hacia: el buen trato, cordialidad, amabilidad, el uso adecuado del lenguaje, la atención oportuna a las dudas, manejo del estrés entre otros.

- Establecer un espacio privado, cómodo donde se pueda brindar al núcleo familiar información de competencia médica y de enfermería como una forma de permitir a ellos la expresión de sentimiento, aclarar dudas e inquietudes de una forma más humana.

- Normativizar un tiempo dentro de la visita para que el profesional de enfermería se siente con el familiar a aclarar dudas, inquietudes e inconformidades relacionadas con la información que es de su competencia.

Para la Docencia:

- Fortalecer los programas académicos de pregrado y postgrado enfocando sus currículos académicos no solo en la parte del saber técnico científico del cuidado enfermero. Si no incluir el cuidado enfermero en situaciones que comprometan la esfera psicológica, emocional y de trato humanizado al paciente, familia y comunidad.

- Fortalecer desde la academia habilidades comunicativas, y manejo de situaciones difíciles en el campo de la práctica profesional.

Para la Investigación:

- Se recomienda realizar investigaciones de intervención enfocadas a saber cómo mejorar desde el cuidado práctico la comunicación con las familias en el contexto de UCI.

- Se recomienda profundizar más en las subcategorías que surgieron como hallazgos de importancia dentro de ésta investigación como: la falta de retroalimentación e identificación del profesional de enfermería.

Para la generación de políticas

- Contemplar dentro de las políticas en educación que los currículos o pensum académicos de la Universidades tengan dentro de sus programas establecidos el fortalecimiento de la comunicación y el desarrollo de habilidades comunicativas como una forma eficaz de atender a las personas, familias y comunidades en situaciones de vulnerabilidad.

Bibliografía

1. M.I. Pardavila Belioa. "Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos".. www.elsevier.es/ei. 2011 julio.

2. Zaforteza et al. "Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas." Enfermeria Intensiva. 2010 juio; 21(1).

3. Perez Cardenas et al." Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos". Medicina Intensiva. 2004 enero; 28(5).

4. Zaforteza et al. "Elementos facilitadores y limitadores del cambio en la atención a los familiares del paciente crítico". www.elsevier.es/ei. 2012 febrero.

5. M.I. Pardavila Belio yCGV. "Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos". Enfermeria Intensiva www.elsevier.es/ei. 2011 julio.

6. Avendaño G. Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con iam en la UCI. Revista Cuidarte. [Online].; 2015. Available from**: doi: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166**.
7. Luz Marina Bautista Rodríguez. "Percepción de los familiares del paciente critico hospitalizados respecto a la comunicacion y el apoyo emocional". Rev CUIDARTE. DeCS BIREME. 2016 abril 17; 7(2).

8. Algarbe Silvana VV. "Necesidades de los familiares de pacientes interandos en la UTI de adultos del Sanatorio Allende". [Online]. Cordoba; 2011 [cited 2017 abril 28. Available from: www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/algarbe_silvana.pdf.

9. Rúbia Manetti Mezzaroba. "O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CRÍTICO NA PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA". 2009 septiembre 16; Curitiba Brasil.

10. Marina Rumiko Maruiti1 LEG. "Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos". ACTA Paul Enferm Sao Paulo Brasil. 2006.

11. L. SANTANA CABRERA et al. "Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional". Med Intensiva.España. 2007.

12. A. Garcıa Mozo FSRa. "Desarrollo de una guıa de atencion a los familiares del paciente critico". Enfermeria intensiva www.elsevier.es/ei. 2010 enero 22; 1(21): p. 20-27.

13. M. Olano CGV. "Instrumentos para la valoración de las necesidades de losfamiliares de pacientes ingresados en cuidados intensivos". Anales del Sistema Sanitario Navarra. 2012 abril; 35(1).

14. Palmira Oliveira HFAVa. www.scielo.br/reeusp. [Online].; 2011 [cited 2017 abril 20. Available from: www.ee.usp.br/reeusp/.

15. Bermejillo "Visita Flexibleen la UCI" www.elsevier.es/ei. [Online].; 2009- España [cited 2017 mayo 17. Available from: http://dx.doi:10.1016/j.enfi.2009.03.001.

16. B. Yanez Quintana LSCa."Actitudes del personal de enfermería de UCI hacia las visitas" www.medintensiva.org. [Online].; 2010 [cited 2017 abril 13. Available from: doi:10.1016/j.medin.2010.05.010.

17. M.A. Murillo Pérez CLLSTVea."Percecpción de las enfermeras sobre la comunicación en UCI" www.elsevier.es/ei. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 24. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2014.09.001.

18. A. Sánchez-Vallejo DFPG." Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos". Medicina Intensiva. www.elsevier.es. 2016 sept; 40(9).

19. LLuis GG. "El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con el y su familia." www.recercat.cat. 2015 junio.

20. Garcia-Graus GO. "La relación terapéutica con la familia del paciente crítico". Metas de Enfermeria. IBECS. 2016 marzo.

21. Pinzón. GB. "Comunicación entre la enfermera y el famiiar de la persona hospitaizadaen la UCI". www.scielo.org.col. 2014.

22. Yolanda CP. "Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera, la familia y la institución en la unidad de cuidados intensivos". www.javeriana.edu.co/tesis/enfermeria/tesis52.pdf. 2008.

23. Anónimo. "Informe a familiares. Rol de enfermería." Revista SATI. 2010;: p. 3.

24. Muggenburg et al. "Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento del personal de enfermería". Revista de Salud Mental. 2015; 38(4).

25. Clara L. "Cuidados críticos: la comunicación como terapia imprescindible". Psicooncología. 2008 junio; 5: p. 233-244.

26. Revista CUIDARTE. [Online].; 2015. Available from: doi: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.166.

27. Smith ." Impacto de las políticas hospitalarias de horario de visita en pacientes pediatricos y adultos y sus visitantes". Best Practice. 2012 juinio; 14(14).

28. Luisa AB. "Panorama general de las visitas en la UCI". Invest Enferm. Doi:10.11144/javeriana.IE 16-1.pgvu. 2014.

29. Montenegro P RDGM. "Visita restrictiva/visita no restrictiva en una unidad de paciente critico adulto". Aquichan -Univ de la Sabana. 2016 sept; 16(3).

30. Silvana V. “UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA QUE PERMITEN INTEGRAR A LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS”. informe de investigacion. Cordoba: Universidad Nacional de Cordoba; 2016.

31. Paula G. "Implementación de puertas abiertas al régimen de visita de terapia intensiva". proyecto de implementación. Cordoba- Argentina: Universidad Naciona de Cordoba, www.lildbi.fcm.unc.edu.ar/tesis; 2016 julio.

32. Escudero D Viña L CC. "Por una Uci a puertas abiertas mas confortable y humana. Es tiempo de cambio". Med Intensiva. 2014; 38(6).

33. Diana A. "La familia y las visitas en las unidades de cuidado intensivo. The World Of Critical Nursing. 2011; 6(1).

34. Velazco et al. "Organización de las visitas de familiares en UCI en España". Enfermeria Intensiva. 2005; 16(2): p. 73-83.

35. Escudero et al "Politica de visitas, diseño y confortabilidad en las UCI españolas". Revista Calidad Asistencial- España. 2015 octubre; 30(5).

36. Bernat L TMSD. "¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos?" Enfermeria Intensiva. 2004.

37. Ros Gines Z. "Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermerosintrahospitalarios". tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante; 2015. Report No.: eltallerdigital.com.

38. Aliberch A. "Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos". Enfermeria Intensiva. 2014; 3(1).

39. Rodriguez Martinez et al. "Implicación familiar en los cuidados del paciente critico". Enferm Intensiva. 2003; 14(3).

40. Gutierrez et al. "Protocolo de acogida para los familiares de los pacientes criticosen una UCI polivalente". Inquietudes. 2006 jun-dic;(35).

41. Marañon QF. "La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico, según Patricia Benner". Enfermeria Intensiva. 2011 junio; 22(3): p. 117-123.