



SATISFACCIÓN FAMILIAR CON EL CUIDADO, LA INFORMACIÓN RECIBIDA  
Y EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HUNSC

ESTEFANÍA PÉREZ PÉREZ

GRADO EN ENFERMERÍA  
Universidad de La Laguna

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia  
Universidad de La Laguna  
Curso 2014/2015

SATISFACCIÓN FAMILIAR CON EL CUIDADO, LA INFORMACIÓN  
RECIBIDA Y EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN LA UNIDAD  
DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HUNSC

GRADO EN ENFERMERÍA.

Universidad de La Laguna

Autor/a:

Estefanía Pérez Pérez

Firma del alumno/a

Tutora:

Ana María Arricivita Verdasco

Vº. Bº del Tutor/a

La Laguna a 4 de Junio de 2015

## **RESUMEN**

Los familiares son una parte muy importante en el proceso de la enfermedad y en el cuidado de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Por ello este estudio sobre la satisfacción familiar en relación a su experiencia con el ingreso en una UCI constituye un campo de investigación de enorme interés.

El conocimiento de las principales necesidades de las familias ayudaría a la creación de nuevas políticas de actuación y a establecer programas de ayuda que impulsen a un cambio orientado hacia unos modelos de cuidados más humanizados en el entorno de las UCI.

El objetivo principal de este trabajo es conocer y analizar los factores que influyen en el grado de satisfacción con los cuidados, la información recibida y la toma de decisiones de la familia de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos del HUNSC.

La metodología que se utilizará es de tipo mixto, ya que combinará un enfoque cuantitativo en el que valoraremos el nivel de satisfacción familiar, para posteriormente desde un enfoque cualitativo, valorar las principales necesidades que las familias identifican como favorecedores del trato y atención recibida. Se realizará en el ámbito de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, siendo los participantes el familiar/cuidador principal del paciente ingresado en dicha unidad. La recogida de datos para la fase cuantitativa, se llevará a cabo con ayuda del Cuestionario de Satisfacción con los cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos (FS-ICU 34), y para la cualitativa se utilizará una entrevista semiestructurada.

## **PALABRAS CLAVES**

- Cuidados críticos
- Unidad de cuidados intensivos
- Satisfacción familiar
- Familia
- Información
- Toma de decisiones

## **ABSTRACT**

The family members are a very important part in the disease process and the care of patients admitted to the Intensive Care Units. Therefore this study on family satisfaction regarding their experience with the admission to an ICU is a research field of great interest.

The knowledge of the main needs of families would help to create new action policies and establish support programs that encourage to forward a change towards some models more humanized in ICU care environment a change.

The main objective of this study is to know and to analyze the factors that influence the degree of satisfaction with the care, the information received and the decisions taken by the family of critically ill patients in the intensive care unit HUNSC.

The methodology that will be used is of mixed type, as it will combine a quantitative approach that will assess the level of family satisfaction, and later from a qualitative approach, assessing the main needs that families identified as favouring the treatment and care provided. It will be realized take place in the field of Intensive Care Unit of the Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, being participants the family / primary caregiver of the patient admitted to the unit. The data collection for quantitative phase will take place using the Satisfaction Questionnaire care in the Intensive Care Unit (ICU FS-34) and for the qualitative a semi-structured interview will be used.

## **KEYWORDS**

- Critical care
- Intensive care unit
- Family satisfaction
- Family
- Information
- Decision making

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1. El contexto de las unidades de cuidados Intensivos .....	2
1.2. El contexto de las necesidades de las familias de pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos .....	3
1.3. El contexto de la enfermera como eslabón en la relación con la familia .....	3
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	5
<b>3. OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	6
3.1. Objetivo general .....	6
3.2. Objetivos específicos .....	6
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	8
4.1. Diseño de investigación .....	8
4.2. Escenario de estudio .....	8
4.3. Período de estudio .....	9
4.4. Población de estudio .....	9
4.4.1. Criterios de inclusión .....	10
4.4.2. Criterios de exclusión .....	10
4.5. Variables a medir e indicadores .....	11
4.5.1. Variable: Nivel de satisfacción con los cuidados .....	11
4.5.2. Variable: Nivel de satisfacción con la información recibida .....	11
4.5.3. Variable: Nivel de satisfacción con el proceso de toma de decisiones---	11
4.6. Métodos para la recogida de los datos .....	12
4.7. Proceso de recogida de los datos .....	13
4.8. Análisis de los datos .....	16
<b>5. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	18
<b>6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES</b> .....	18
<b>7. PLAN DE TRABAJO</b> .....	19
<b>8. MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS</b> .....	21
<b>9. EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA</b> .....	21
<b>10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS     PREVISIBLES PARA LA COMUNIDAD</b> .....	22
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	23
<b>12. ANEXOS</b> .....	26

## 1. INTRODUCCIÓN

La disciplina enfermera debe ofrecer unos cuidados integrales y holísticos considerando siempre al paciente como una persona única. Madeline Leininger en la Teoría de la Diversidad y la Universalidad del Cuidado Cultural afirma que la persona es un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural, que una persona tiene, de modo natural, la tendencia a cuidar a los que la rodean. Moyra Allen en su modelo orientado hacia la promoción de la salud considera a la persona como la familia, la cual posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente cada miembro, en la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad.<sup>1</sup> Debido a esto no hay que olvidar que la familia es una parte muy importante en el proceso de la enfermedad y en el cuidado de los pacientes críticos. Zaforteza manifiesta en su estudio Análisis de la Literatura Sobre los Familiares del Paciente Crítico, que “hace ya más de una década que estudios muy sólidos establecieron que los familiares del paciente crítico tienen carencias en necesidades fundamentales como la necesidad de sentirse seguros, estar próximos a su ser querido, la necesidad de ser informados en términos que puedan comprender, la necesidad de soporte y la necesidad de confort”<sup>2</sup>. En definitiva, es el principal motivo que impulsa a la realización de una búsqueda de estrategias y de un cambio para que estas necesidades sean cubiertas y lo más importante que sean satisfechas.

Para mejorar los cuidados de enfermería en relación al paciente y sus familias en el entorno de una unidad de cuidados intensivos es necesario que se implementen acciones que nos lleven al cambio tal y como figura en numerosas investigaciones, revisiones bibliográficas y experiencias en la propia práctica clínica. El enfoque biomédico que tenemos en nuestro sistema de salud hace que existan grandes diferencias entre la filosofía enfermera y lo que realmente se hace en la práctica clínica, así vemos como “en la mayor parte de nuestros centros sanitarios seguimos observando una práctica orientada al paciente y su enfermedad”<sup>3</sup> y la Unidad de Cuidados Intensivos no es una excepción a esta realidad.

Los profesionales de las unidades de cuidados intensivos deben saber afrontar el sufrimiento de los pacientes y sus familias. Esto requiere conocer la realidad que ellos viven para así tomar conciencia de su importancia, lo que se traduce en la necesidad de exigir en los profesionales una formación teórica y entrenamiento práctico, con el fin de adquirir las habilidades necesarias para el correcto manejo de las situaciones tanto personales como de equipo, que puedan surgir en la unidad.

Por todo ello resulta imprescindible y es necesario conocer la opinión y el grado de satisfacción acerca del servicio sanitario que prestamos, con el fin de ajustarlo a las necesidades reales, las prioridades y expectativas que tiene el paciente y su familia.

### **1.1. El contexto de las unidades de cuidados intensivos (UCI)**

La creación de unidades específicas para el cuidado del paciente crítico ha supuesto una mejora en relación a la supervivencia, ya que muchos pacientes sin su existencia no tendrían casi ninguna oportunidad de sobrevivir. Pero el desarrollo de un modelo biomédico en el que se ha primado el desarrollo tecnológico sin el acompañamiento paralelo o en igual medida de otros aspectos morales, éticos, sociales, psicológicos o espirituales, ha traído como consecuencia, en muchos ocasiones, la pérdida de la consideración del paciente como ser biopsicosocial y la separación de la familia como objeto y sujeto de cuidados. “Tradicionalmente, todos los cuidados se han centrado en el paciente, y se han olvidado que este forma parte de una unidad familiar, por lo que para prestarle unos cuidados integrales se debe considerar también que su familia es un sujeto de cuidados” <sup>4</sup>

El desarrollo de un modelo biomédico como responsable de la organización de estas unidades y de la formación de los profesionales de enfermería se ha llevado a cabo en base a la propia experiencia en el contexto de las unidades, lo que ha favorecido que en mucho tiempo los modelos de cuidados no se desarrollen en torno al paciente sino en torno a los profesionales y a la gestión de riesgo <sup>5</sup>. En la mayoría de las UCI todo se organiza casi exclusivamente con el objetivo de facilitar el trabajo a los profesionales, rompiendo así la conexión del paciente con su entorno. Partiendo de esta base se entienden los motivos por los cuales no se ha incluido a la familia en el proceso de cuidados del paciente, lo que conlleva a la alteración del rol cuidador y a su consideración como agente externo al sistema <sup>5, 6, 7</sup>.

Las UCI son servicios en los que la tecnología y la eficacia práctica en la resolución de los problemas patológicos predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana <sup>8</sup>. Por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular las enfermeras. “Esto significa que “los de dentro” (pacientes y profesionales de la salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los “de fuera” (familiares/allegados de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad” <sup>5</sup>.

## **1.2. El contexto de las necesidades de las familias de pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos**

A lo largo de la historia, las familias han desarrollado un papel central con respecto a los cuidados de sus miembros en situación de dependencia, pero en la actualidad la tecnología y la capacitación necesaria para una adecuada atención al paciente crítico se ve limitada en cuanto al desarrollo de esta participación en el cuidado directo y en la toma de decisiones, siendo el profesional de enfermería quién toma el relevo con respecto a muchos cuidados del paciente <sup>9</sup>.

El ingreso de un familiar en una UCI pone a la familia en una situación muy difícil de sobrellevar, empezando por la separación física entre ambos, falta de apoyo emocional y afectivo, que conlleva en un primer momento y de una manera abrupta a la aparición de incertidumbre, miedo, ansiedad, depresión y otros síntomas psicológicos. Pudiendo afirmarse que en muchos casos, “la experiencia del ingreso es más estresante para la familia que para el propio paciente” <sup>10</sup>. Esta serie de cambios dan lugar a unas consecuencias negativas que retroalimentan la respuesta de estrés provocando la incapacidad para afrontar la situación y a su vez teniendo que desatender sus propias necesidades como pueden ser descanso adecuado, falta de ejercicio, dieta pobre o la desatención al trabajo <sup>6,11</sup>.

## **1.3. El contexto de la enfermera como eslabón en la relación con la familia**

La comunicación por parte de los profesionales de la UCI con la familia del paciente crítico es una de las necesidades más importantes y por lo tanto el predictor más fuerte de la satisfacción con el cuidado, de ahí “la importancia que tiene la enfermera como eslabón en la comunicación con la familia” <sup>12</sup>.

Diferentes estudios defienden “la importancia del rol enfermero a la hora de cuidar al paciente en su globalidad, incluyendo a la familia dentro de esa integridad” a pesar de esto “el rol de la enfermería sigue sin ver visible en las reuniones con la familia, como por ejemplo, a la hora de dar información” <sup>12</sup>.

Las vivencias de familiares de pacientes críticos constatan “la importancia de valorar las necesidades de información de los cuidadores con el objetivo de mejorar su satisfacción”, recalcando también “la necesidad de evaluar su estado emocional con el objetivo de detectar posibles alteraciones y proporcionar la atención más apropiada” <sup>11</sup>.

Con este tipo de intervenciones se pretende “ofrecer un cuidado holístico del paciente, considerando que puesto que forma parte de una unidad familiar, los cuidados deben extenderse también a sus cuidadores” <sup>11</sup>.

En relación a la necesidad de información debemos tener en cuenta que ofrecer una información honesta y entendible facilita que entre el profesional y la familia se cree un vínculo afectivo, lo que da lugar a que exista un mayor grado de satisfacción <sup>10</sup>.

Por otro lado, es sumamente importante “incluir al paciente y a sus allegados en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente, tratar al paciente con dignidad, empatía y respeto, y estar atento a las necesidades, deseos y preferencias expresados por el paciente y su familia” <sup>13</sup>.

Otro aspecto que es muy común y que está muy presente en el entorno de las unidades de cuidados intensivos, es el proceso del duelo <sup>12</sup>, por lo que los cuidados al final de la vida tienen mucha importancia ya que se trata de “un cuidado complejo y holístico necesario para ayudar a un final de la vida tranquilo”. “Los acontecimientos y sentimientos de la experiencia del final de la vida son personales e individuales” y “la familia es una parte importante del cuidado del final de la vida”. Por ello, los profesionales tienen la responsabilidad de “facilitar la participación de las familias en el cuidado del paciente, atendiendo su dolor, sus preocupaciones y sus preguntas” <sup>13</sup>.

De los diferentes contextos expuestos, se deduce la importancia de “la necesidad de un proceso comunicativo eficaz que sirva para aumentar la satisfacción con el cuidado percibido, la información recibida y el proceso de toma de decisiones” <sup>12</sup>.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Los profesionales de enfermería que desarrollan su actividad profesional en las UCI deben considerar la importancia de ofertar unos cuidados de calidad orientados al paciente y a su familia. Con este trabajo se pretende estudiar e investigar estrategias efectivas que nos permitan favorecer y contribuir a solucionar las necesidades de la familia, con el fin de lograr una mayor satisfacción de ésta durante la estancia de su familiar en una UCI. Además nuestra intención es obtener unos resultados que permitan mejorar las competencias comunicativas y habilidades para el manejo de las emociones. Por otro lado, esperamos que justifique la necesidad de un cambio, como vía para mejorar la humanización de los cuidados y en consecuencia la satisfacción de los familiares.

### **3. OBJETIVOS Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

El propósito de nuestro proyecto es valorar la satisfacción actual de la familia del paciente crítico durante su estancia en la UCI del HUNSC, y responder a la pregunta, ¿Qué factores profesionales y del entorno contribuyen a mejorar o a poner en riesgo la satisfacción de la familia del paciente crítico en la UCI del HUNSC?

#### **3.1 Objetivo General**

Conocer y analizar los factores que influyen en el grado de satisfacción con los cuidados, la información recibida y la toma de decisiones de la familia de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos del HUNSC.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Un primer objetivo que nos planteamos en este trabajo es conocer el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en nuestra UCI respecto al trato asistencial, la información recibida y la participación en la toma de decisiones. Responde a una aproximación cuantitativa del problema a abordar que nos aportará una visión puntual, una medida, del problema objeto de estudio.

Responderemos a la pregunta ¿Cómo de satisfechos están las familias de nuestros pacientes respecto al trato, entendido por cuidados, información y participación en la toma de decisiones?

El segundo objetivo, analizar los factores y procesos que contribuyen a mejorar o a poner en riesgo la satisfacción de la familia durante la hospitalización del paciente en la UCI, nos aportará una mirada más cualitativa, que nos ayuden a comprender los procesos y elementos de la práctica actual que son susceptibles de mejorar.

Responderemos a la siguiente pregunta: ¿Cómo de cerca estamos de los procesos y elementos reconocidos como “mejores prácticas” y cómo evitar aquello en que nos aleja?

En resumen queremos que los resultados de este proyecto nos ayuden a conseguir estos objetivos específicos:

<b><u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u></b>
<b>Conocer el nivel de satisfacción de las familias sobre los cuidados que reciben los pacientes críticos</b>
<b>Conocer el nivel de satisfacción de las familias respecto a la cantidad y calidad de la información recibida</b>
<b>Conocer el nivel de satisfacción de las familias con el proceso de toma de decisiones entorno a los cuidados de los pacientes críticos</b>
<b>Describir e identificar los procesos y elementos que favorecen o amenazan la satisfacción de las familias de pacientes críticos durante su estancia en la UCI</b>

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Diseño de investigación**

Hemos encontrado evidencias en este campo de estudio de las ventajas de combinar el enfoque cuantitativo con el cualitativo para lograr “un entendimiento más global de las necesidades y experiencias de los familiares”<sup>6</sup>. Partiendo de esta evidencia y en coherencia con el propósito y los objetivos de este proyecto de investigación, el estudio utiliza un diseño de tipo mixto, que se concreta en una parte cuantitativa, con un diseño observacional, descriptivo y trasversal, y otra parte, que responde a un diseño típico de un estudio cualitativo.

En un primer momento valoraremos el nivel de satisfacción de la familia desde una perspectiva cuantitativa mediante un cuestionario administrado a las familias. En una segunda etapa, en la que ya hemos tomado un primer contacto con el familiar, valoraremos sus necesidades desde una metodología cualitativa, como estrategia para complementar la información obtenida en la primera fase, y que nos ayude a considerar otros factores y elementos que las familias relacionan o identifican como favorecedores del trato y atención recibida.

### **4.2. Escenario de estudio**

El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria situada en la cuarta planta del bloque central del mismo. Esta unidad consta de tres módulos principales divididos por patologías, en las que encontramos un primer módulo de neurotrauma, otro de polivalentes y un tercer módulo de coronarias, cada uno con una capacidad para 10 camas, es decir la unidad cuenta con un total de 30 camas.

El ratio enfermera-paciente en la unidad es de una enfermera por cada dos pacientes, cumpliéndose estrictamente, incluso cuando las necesidades del servicio exigen cambios estos se realizan aumentando el número de profesionales de enfermería.

En relación al horario de visitas existen dos periodos, de media hora, en la mañana a las 13:00 y el segundo por la tarde a las 18:00, pudiendo haber modificaciones según las necesidades o exigencias del propio servicio y por lo general “existe cierta flexibilidad atendiendo a la gravedad del paciente, por el momento del ingreso o por larga estancia”.

Respecto al número de acompañantes “lo más frecuente es que accedan de uno en uno o de dos en dos”<sup>3</sup>, mientras que el resto puede esperar en la sala habilitada para ello en el interior de la unidad, existiendo la posibilidad de hacer una rotación entre ellos con el fin de que puedan acceder varios familiares por paciente y turno.

Como norma, la información respecto a la evolución diaria de los pacientes se da todos los días durante la visita de la mañana a pie de cama, aunque en aquellos casos que haya que comunicar algo de mayor importancia se les informa en un despacho habilitado para ello. Como en la mayoría de las unidades en Canarias, la función informativa la asume, fundamentalmente, el facultativo, que se limita a informar sobre aspectos relacionados con la evolución, tratamiento o pronóstico de la patología que motiva el ingreso. No se da información sobre los cuidados de enfermería de forma protocolizada y las enfermeras que lo hacen, es desde una posición informal<sup>3</sup>.

### **4.3. Período de estudio**

El estudio se llevará a cabo en el período comprendido entre septiembre y diciembre del presente año, teniendo una duración de 4 meses.

Se ha propuesto dicho período coincidiendo con la incorporación de los nuevos alumnos de 4ª que han decidido realizar parte de su Practicum en dicha unidad

### **4.4. Población de estudio**

Dado que el propósito del proyecto tiene un carácter contextual, sin pretensión de generalizar los resultados fuera del entorno de esta unidad, la población diana estará constituida por familiares de pacientes ingresados en la UCI del HUNSC durante el período de estudio elegido.

La población de estudio estará constituida por los familiares que cumplan los siguientes criterios de selección:

#### *4.4.1. Criterios de inclusión*

- Familiar o cuidador principal o en su defecto familiar más cercano mayor de 18 años del paciente que ha estado ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva del HUNSC.
- Familiares de pacientes que hayan permanecido ingresados en la unidades al menos durante un periodo de 72 horas.

- Familiar que pueda expresarse, leer y escribir en español, o en su caso en inglés.
- Familiares que hayan accedido a participar en el estudio de manera voluntaria y que haya firmado el consentimiento informado.

#### 4.4.2. Criterios de exclusión

- Familiar o cuidador principal o en su defecto familiar más cercano menos de 18 años del paciente que ha estado ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva del HUNSC.
- Familiares de pacientes que hayan permanecido ingresados en la unidad menos de 72 horas.
- Familiares que no pueda expresarse, leer y escribir en español ni en inglés.
- Familiares que no haya dado su consentimiento informado para participar en el estudio.

La técnica utilizada para la selección de la muestra que constituirá la primera etapa, se hará con la técnica de muestreo consecutivo no probabilístico, que “consiste en reclutar a todos los individuos de la población accesible que cumplan los criterios de selección durante el período de reclutamiento fijado para el estudio”<sup>14</sup>.

Para la segunda etapa de la investigación, utilizaremos la técnica de muestreo de conveniencia o accidental, en la que “se seleccionan aquellos sujetos más fácilmente accesibles para el equipo investigador o que se presenten voluntariamente”<sup>14</sup>.

### 4.5 Variables a medir e indicadores

En la primera parte de la investigación, las variables de estudio serán:

4.5.1. *Variable*: Nivel de satisfacción con los cuidados prestados al paciente y a la familia, considerando como cuidados “acompañar y considerar a la persona en todas sus dimensiones: física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa” con el fin de ayudarla a vivir su situación de angustia, su crisis, su culpabilidad, su sufrimiento y que sea capaz de desarrollar todas sus potencialidades para encontrar un modo satisfactorio de vivir la situación”<sup>15</sup>.

Indicador de la variable: Parte 1 Satisfacción con los cuidados del cuestionario FS-ICU (34)

4.5.2. *Variable*: Nivel de satisfacción con la información recibida.

Indicador de la variable: Apartados del 1 al 5 de la parte 2 del cuestionario FS-ICU (34)

4.5.3. *Variable*: Nivel de satisfacción con el proceso de toma de decisiones que lo consideramos como la “satisfacción con el proceso de toma de decisiones del cuidador principal” <sup>7</sup>.

Indicador de la variable: Apartados del 6 al 16 de la parte 2 del cuestionario FS-ICU (34).

Otras variables que se recogerán en el cuestionario son las sociodemográficas del familiar e información general del paciente ingresado en la unidad, éstas se encuentran en la primera hoja del cuestionario, entre las que podemos encontrar:

- Variables cuantitativas continuas: la Edad expresada en años.
- Variables cualitativas nominales dicotómicas: Sexo: mujer/hombre; Experiencia ingreso familiar en UCI: si/no; Convivencia con el paciente: si/no; Lugar de residencia: En la misma ciudad del hospital/ Fuera de la ciudad.
- Variables cualitativas nominales: grado de parentesco con el paciente, y al módulo en el que haya sido ingresado el paciente.
- Variable cualitativa ordinal: Frecuencia convivencia con el paciente.

#### **4.6. Métodos para la recogida de los datos**

Para la fase cuantitativa se utilizará el cuestionario Satisfacción con los cuidados en la unidad de Cuidados Intensivos (FS-ICU 34) <sup>16</sup> (anexo 6) para la medida la satisfacción familiar en la UCI. Se trata de una encuesta de calidad alta para la UCI, desarrollada por Daren K.Heyland y Joan E. Tranmer <sup>7</sup>.

Este cuestionario consta de dos partes, la primera parte y principal, hace referencia a la satisfacción con el cuidado prestado al paciente y su familia, mediante 18 ítems divididos en 8 subescalas que las podemos dividir en: 4 de valoración del cuidado al paciente ingresado, 5 del cuidado al familiar, 2 de valoración al personal de enfermería, 2 al personal médico, 2 acerca otros miembros del equipo de la UCI, 1 pregunta relacionada con la unidad de cuidados intensivos, 1 referente a la sala de espera y 1 como valoración general acerca de la atención y cuidados que ha recibido el paciente y su familia.

La segunda parte del cuestionario utilizado valora la Satisfacción familiar en relación a la toma de decisiones en torno a los cuidados del paciente en la unidad, consta de 16 ítems los cuales se dividen en dos partes. Una primera parte que valora las necesidades de información mediante 5 preguntas y una segunda parte formada por 11 preguntas en relación al proceso de toma de decisiones.

Las preguntas del cuestionario se responden según la escala Likert que es una escala que nos permite medir actitudes y conocer el grado de conformidad del encuestado, ésta resulta especialmente útil en situaciones en las que queremos que la persona matice su opinión. Este cuestionario emplea dicha escala de diversas maneras siempre con respuesta discontinua como por ejemplo; en la primera parte emplea una escala con seis posibles respuestas ordinales que van del 1 al 6 siendo: 1= excelente, 2= muy bien, 3= bien, 4= suficiente, 5= mal y 6= no aplica, y en el último ítem que hace referencia la valoración general sólo da la posibilidad de responder mediante 5 posibles respuestas ordinales que van del 1 al 5 siendo el 1= completamente satisfecho, 2= muy satisfecho, 3= mayormente satisfecho, 4= algo insatisfecho y 5= muy insatisfecho.

Para la fase cualitativa, se utilizará como técnica de recogida de datos una entrevista semiestructurada (anexo 1), “con un guión de la entrevista, cuya finalidad es recordar al investigador aquellos temas que está interesado en conocer y que, en caso de no salir en el curso normal de la entrevista, deben ser preguntados directamente” <sup>14</sup>. La entrevista siempre estará abierta a recoger otros aspectos de interés que pueden surgir en su desarrollo.

El cuestionario FS-ICU (34), utilizado en la fase cuantitativa, dispone de un apartado final con tres preguntas abiertas que no van a ser cumplimentadas en este estudio pero que servirán de base para la elaboración del guión de la primera entrevista semiestructurada (anexo 1). A partir de su análisis haremos las modificaciones oportunas en éste, con el fin de incorporar nuevas categorías de información que consideremos de relevancia para el objetivo de nuestro estudio. Estimamos que tras la primeras 3 ò 4 entrevistas tendremos detectadas las categorías principales del guión definitivo de la entrevista semiestructurada.

#### 4.7. Proceso de recogida de los datos

Antes de iniciar el estudio se contactará con los supervisores correspondientes de la unidad de cuidados intensivos con el fin de explicar los principales objetivos de la investigación y la metodología que se llevará a cabo y recoger sugerencias prácticas que favorezcan el acceso al servicio y la aceptación de los profesionales.

Cuando se realice el reparto de las plazas para realizar el Prácticum se contactará con los estudiantes que desarrollarán sus prácticas en esta unidad, para ofrecerles la oportunidad de participar en esta investigación. Se les explicarán los objetivos del estudio, así como las tareas que desarrollarán como colaboradores en caso de que acepten participar. En el supuesto que éstos no acepten participar, cabe la posibilidad de contactar con los alumnos que desarrollen sus prácticas en la UCI del HUC.

Los estudiantes, ya como participantes, recibirán un entrenamiento sobre el procedimiento de contacto con las familias y sobre aspectos básicos de investigación cuantitativa y cualitativa, así como de la técnica sobre cómo realizar una entrevista semiestructurada.

En la fase cuantitativa, el procedimiento para seleccionar la muestra consistirá en primer lugar en identificar los pacientes que cumplan los criterios de selección. Seleccionado el paciente se contactará durante la visita con el familiar/cuidador principal o más cercano para solicitar su colaboración. Finalizado el horario de visita de tarde, una persona independiente al personal de enfermería de la unidad, en este caso un estudiante de 4º de Enfermería que esté realizando parte de su Practicum en la unidad, le explicará brevemente el objeto del estudio y las condiciones en que se desarrollará su participación. Una vez, el familiar exprese su conformidad verbalmente, se le facilitará una carta de presentación y agradecimiento (anexo 4) en la cual consta de forma genérica el objetivo de la investigación y se asegura el carácter anónimo y voluntario del estudio. También en este momento, se le preguntará sobre su disponibilidad para participar en la segunda fase de la investigación. A continuación se le facilitará el consentimiento informado (anexo 5) para que lo firmen, siempre y cuando estén totalmente de acuerdo. Posteriormente se le entregará el cuestionario para su cumplimentación, sin ayuda y en privado, que podrá cumplimentar en el propio hospital o en su domicilio. En este primer contacto se aprovechará para establecer con aquellos familiares que participen en la segunda parte, la cita para la realización de la entrevista.

Se creará un registro de los familiares que acepten participar, en el que se deberá incluir el nombre, la edad, el género y su aprobación a participar. Con respecto a aquellos familiares que no quieran o no acepten participar, se anotará el motivo de su renuncia. A cada familiar que esté de acuerdo, se le asignará un número de identificación que se hará constar tanto en el registro como en la esquina superior del cuestionario. Este número de identificación se asignará de manera consecutiva, empezando por el 001. Asimismo, tanto en el registro como en el cuestionario se hará constar si éste familiar participa en el estudio completo (fase 1 y 2) o sólo en la primera.

Se estima que para la cumplimentación del cuestionario se emplee un tiempo aproximado de 15 minutos. Una vez cumplimentado, el familiar lo introducirá dentro del sobre cerrado que se le facilitará junto al cuestionario que deberá entregarlo al supervisor/a de la unidad quien deberá depositarlo en un buzón que se encontrará apropiadamente señalado en la unidad.

Los familiares que acepten completar las dos fases del estudio podrán hacer entrega de éste, en el momento de la entrevista directamente al entrevistador.

Para la recogida de datos de la fase cualitativa, utilizaremos como estrategia la realización de entrevistas semiestructuradas a los familiares que han aceptado participar en las dos partes del estudio. Por lo tanto, previa a dicha entrevista el familiar ya habrá cumplimentado el cuestionario.

Antes de comenzar la entrevista se les pedirá conformidad para que la entrevista pueda ser grabada, a ser posible con audio y vídeo con el fin de poder retener la información verbal y no verbal que acompañe los mensajes. En el caso de que el familiar se niegue, optaremos porque en la sala esté presente el entrevistador y un observador que tome nota del discurso y otras observaciones de interés.

Las entrevistas se realizarán en el despacho de información médica ubicado en el interior de la unidad, un lugar tranquilo en el que el familiar se encuentre cómodo y relajado. “Para la preparación y desarrollo de la entrevista, se debe prever tanto el lugar como la duración de la misma, que se recomienda que no exceda de 40 minutos”. Es muy importante cuidar que el espacio sea el adecuado, sin ruidos, un ambiente agradable y que permita la intimidad y confidencialidad en todo momento, “Durante los primeros minutos de la entrevista, se debe intentar crear un ambiente distendido, para disminuir la tensión”, “ La entrevista debe comenzarse con una primera pregunta amplia, generadora, que facilite al sujeto iniciar su relato”, “ Las preguntas que resulten más incómodas o controvertidas, deben realizarse una vez que se ha establecido una buena relación con el entrevistado” “El investigador debe tener presente que la calidad de la información que

recoja dependerá, fundamentalmente de su destreza como entrevistador, y que como tal, deberá escuchar más que hablar”<sup>14</sup>.

La recogida de datos, considerando ambas fases, se realizará durante el período establecido, pudiendo ampliarse en el caso de que en la fase 2 se considere necesario ampliar la muestra de estudio<sup>5</sup>.

Tanto a las personas que acceden a participar en una fase como en las dos, en la carta de agradecimiento, consta una dirección de contacto que les permita a los participantes solicitar, si están interesados, los resultados del estudio.

#### **4.8. Análisis de los datos**

Para la primera fase, la fase cuantitativa, la claridad y el acabado de los cuestionarios se revisarán antes de registrar los datos en el ordenador. Aquellos cuestionarios devueltos totalmente en blanco, se registrará como no respuestas. En el supuesto de encontrar dos respuestas marcadas, si está claro cuál es la respuesta elegida porque una desestima a la otra, se marcará la respuesta correcta, que es la que ha de registrarse. Si no estuviese claro cuál es la elegida, se realizará una nota junto a la pregunta, para que esta respuesta sea registrada como no dato, es decir, en blanco, tratada como respuesta invalidad. En el supuesto de encontrar una palabra cuando se precisa una respuesta numérica (por ejemplo, la edad), se eliminará la palabra y se escribirá el equivalente numérico con el fin de facilitar el registro.

Posteriormente se analizarán descriptivamente todas las variables del estudio. Para la descripción de las características de la muestra, se describirán las variables cuantitativas o categóricas, mediante el porcentaje asociado para cada una de las opciones de respuesta posibles (distribución porcentual) y las variables cuantitativas continuas a través de la media (medida de tendencia central), la desviación estándar y el rango (medidas de dispersión)<sup>7</sup>. El resto de variables cuantitativas o categóricas del estudio se describirán mediante el número de respuestas válidas y el porcentaje asociado para cada una de las opciones de respuesta posible.

Para el análisis de la fase cualitativa, el análisis de los datos de las entrevistas se realizará atendiendo a la metodología cualitativa en la que los datos obtenidos serán el resultado del análisis de los registros de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los participantes.

Se realizará un análisis de estos registros en la que se escuchará la grabación de cada entrevista o en su caso visualización de ésta, y se procederá a identificar los temas emergentes intentando extraer los procesos y elementos que se reconocen como buenas prácticas y los que se considera que se alejan de ésta.

Se llevará a cabo a través de una estrategia analítica que se desarrolla siguiendo una serie de fases de codificación, categorización, subcategorización y relación entre categorías.

<b>1. Fase prospectiva:</b>
Análisis de contenido básico cuantitativo Fase inicial de autocodificación
<b>2. Fase de codificación:</b>
Segmentación y memoing Codificación teórica, en vivo, temática, axial
<b>3. Fase de recodificación:</b>
Agrupación en familias Elaboración de protocategorías
<b>4. Fase de categorización:</b>
Definición de las dimensiones de las categorías Definición de relaciones entre las dimensiones de las categorías
<b>5. Redacción de un informe de los hallazgos</b>

Los textos de las entrevistas y las notas de observación serán codificadas en unidades de significado por tres veces. Primero de forma independiente por dos investigadores que posteriormente se reunirán para poner en común para el proceso de codificación <sup>17</sup>.

Previamente a la elaboración del informe final se redactará un documento inicial, que someterá al consenso de los participantes con el fin de comprobar si se sienten representados por los resultados expresados en el informe. Éstos realizarán las

aportaciones que estimen oportunas y se presentará un segundo documento corregido a los participantes hasta conseguir su aprobación.

Para el análisis de los datos, se podrá utilizar programas informáticos como herramientas que nos faciliten la tarea de reducir los datos obtenidos en el proceso de investigación dentro del paradigma cualitativo. Algunos de los programas de análisis cualitativos recomendados para la metodología planteada en este estudio son: ATLAS-Ti, NUDIST y el AQUAD <sup>18</sup>.

## **5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

- Se solicitará autorización a la Gerencia del HUNC del Servicio Canario de Salud (Anexo 3) en relación a la realización del proyecto y a la obtención de los permisos necesarios, así como, al Comité Ético de investigación clínica del HUNC (Anexo 2).

- Las personas que accedan a participar en el estudio lo harán de forma totalmente voluntaria, firmando el consentimiento informado (Anexo 5), en el cual se les garantiza la confidencialidad de sus datos personales, e incluso dándole la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento que ellos lo deseen.

- Los participantes del estudio tendrán acceso en todo momento al contenido del trabajo, pudiendo ponerse en contacto con el equipo investigador siempre que lo deseen.

- Los datos que se obtengan del estudio serán tratados con total confidencialidad y protección ya y como lo expone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal <sup>19</sup>. Las grabaciones que se realicen durante el transcurso del estudio tanto las auditivas como las visuales serán eliminadas al final del estudio.

## **6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES**

- La técnica de muestreo no probalístico que es la elegida para el estudio no nos permitirá extrapolar resultados obtenidos, ya que éstos estarán centrados en la unidad de cuidados intensivos del HUNSC, Por lo que, “no podemos hacer inferencias estadísticas a la población si hemos seleccionado la muestra con este tipo de muestreo, pues no tenemos la seguridad de que la muestra sea representativa de la población” <sup>14</sup>.

- En la fase cuantitativa, el utilizar un muestreo consecutivo puede estar determinado “porque el reclutamiento no se realice de manera consecutiva, produciéndose interrupciones, por ejemplo, por situaciones de alta demanda asistencial” <sup>14</sup>.

- En la fase cualitativa el empleo de un muestreo de conveniencia o accidental “requiere que los fenómenos que se investigan sean suficientemente homogéneos en la

población puesto que, de no ser así, se puede producir un sesgo al no recoger toda la heterogeneidad del fenómeno”<sup>14</sup>.

- Los participantes están pasando por un momento de inestabilidad psicológica lo cual puede dificultar el entendimiento del estudio, así como poder cumplimentar el cuestionario correctamente o responder a las preguntas de la entrevistas de manera objetiva.

- El momento de concertar una cita entre entrevistador y el participante puede ser una de las dificultades que nos encontremos y que haga que en muchos casos no se realice la segunda parte de la investigación.

- Los estudiantes que están realizando las prácticas en la unidad pueden no estar interesados en participar en la investigación, por lo que cabe la posibilidad que no podamos contar con su colaboración para el desarrollo del estudio.

## **7. PLAN DE TRABAJO**

El proyecto tendrá una duración total de 13 meses; comenzó en enero de 2015 y se estima su finalización en febrero de 2016.

El proyecto consta de las siguientes fases:

1. Fase I. Búsqueda y revisión bibliográfica actualizada, planteamiento y elaboración del documento base del proyecto. Obtención de permisos para la realización del estudio.

2. Fase II. Formación del equipo de apoyo a la investigación, antes de la recogida de datos, se constituirá el equipo que desarrollará la investigación, se realizará una reunión para unificar criterios del proyecto y resolver dudas o problemas que puedan plantearse, se realizarán acciones formativas puntuales con los participantes en el equipo. Recogida de datos, se crearán varias bases de datos para poder incluir toda la información que se obtiene. Seguimiento, el equipo se reunirá cada 15 días. En estas reuniones se comentarán los resultados que se van obteniendo y se unificarán los criterios de investigación y todas las acciones a desarrollar. Se realizarán sesiones formativas puntuales.

3. Fase III. Elaboración del informe final. Divulgación de los resultados. Tanto los artículos como las comunicaciones u otros medios que se deriven del proyecto serán redactados por la investigadora principal, siendo corregidos y unificados por el equipo completo.

ACTIVIDADES	MESES													
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	enero	febrero
<b>FASE I</b>														
Selección del tema.														
Revisión bibliográfica.														
Planteamiento y formulación de la pregunta de investigación.														
Formulación de los objetivos.														
Elaboración del marco teórico														
Diseño														
Autorización														
<b>FASE II</b>														
Constitución del equipo investigador														
Actividades de Formación al equipo.														
Proceso de recogida de los datos														
Análisis de los datos														
<b>FASE III</b>														
Elaboración del proyecto final														
Presentación y difusión de los resultados														

## **8. MEDIOS DISPONIBLES Y NECESARIOS**

- Grabadora, vídeo, ordenador y material fungible.
- Espacio físico. Sala acondicionada y tranquila en un lugar cercano a la unidad.
  - Programa informático ATLAS.ti o similar y Excel.

## **9. EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR SOBRE EL TEMA**

Mi experiencia como alumna de enfermería durante estos meses realizando este proyecto de investigación ha sido muy enriquecedora y me ha ayudado a tomar conciencia de la necesidad de un cambio. A pesar que mi experiencia en las unidades de cuidados intensivos ha sido como alumna, ese periodo me ha ayudado para reforzar dicha idea y en un primer momento a impulsar a la elección de este trabajo.

En un principio como alumna de la escuela, a nivel teórico sentía un vacío en relación a los aspectos tratados en el trabajo, fundamentalmente al trato de las familias en el entorno de las UCI, algo que me llamó mucho la atención desde el primer momento, de ahí la decisión de incluir a los alumnos de 4º Grado del próximo Practicum en el estudio, con el fin de que les haga ver dichas prácticas desde otro enfoque, además de introducirlos en la investigación, no sólo por la colaboración en el estudio, sino además de los cursos formativos que se les han ofrecidos, como por ejemplo el de introducción a la investigación cualitativa y el curso de análisis de datos, los cuales le servirán de apoyo para la realización de tu futuro TFG.

En conclusión tras una revisión de la bibliografía y posteriormente haber finalizado dicho proyecto me he dado cuenta de la necesidad de ese cambio en el que es sumamente importante que se dejen de categorizar a las familias como elemento externo dentro de las unidades para así llegar a considerarlos como sujetos principales de cuidados. Partiendo de la base de la formación teórica-práctica que tienen los profesionales que forman dicha unidad es necesario que éstos dejen a un lado el miedo e incertidumbre que sienten al ponerse delante de la familia, además de haya un mayor apoyo por parte de las instituciones, para así lograr un modelo de cuidado que incluya esa perspectiva holística y humanizadora.

## **10. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS PREVISIBLES PARA LA COMUNIDAD**

Con el trabajo se pretende sensibilizar a los estudiantes que han colaborado en el estudio en la importancia de incluir a la familia como unidad de cuidado. Pensamos que participar en un proyecto de investigación de este tipo durante sus prácticas favorecerá la toma de conciencia sobre la importancia que tiene la participación de los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente y la familia como unidad de cuidado.

Por otro lado, participar en este estudio en el que se combina en la investigación el enfoque cuantitativo con el cualitativo, puede enriquecer su consideración del papel de la investigación en el desarrollo disciplinar y profesional enfermería.

Los resultados podrían servir de guía para detectar lagunas en la atención, que podrían corregirse mediante programas de formación continuada y a crear planes estandarizados y flexibles adaptados a los profesionales de enfermería de la UCI en los aspectos de mayor relevancia que ayudarán especialmente a los profesionales en el momento de su incorporación a este servicio <sup>6</sup>.

A su vez se obtendrán resultados positivos para la unidad con el objetivo de formar equipos multidisciplinares en donde se consensuen planes de actuación adaptados a las necesidades de las familias que mejoren la comunicación y relación con éstas <sup>6</sup>.

“Para concluir, creemos que una atención centrada en la familia como unidad, resultaría de gran interés para el área de la gestión, puesto que aseguraría un cuidado individualizado, holístico y de calidad para toda la familia, consiguiendo así la satisfacción de los clientes y de los profesionales” <sup>6</sup>.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1995
- (2) Zaforteza C, Sanchez C, Lastra P. Análisis de la literatura sobre los familiares del paciente crítico: es necesario desarrollar investigación en cuidados efectivos. *Enferm Intensiva* 2008 Abril-Jun; 19(2):61-70.
- (3) Arricivita Verdasco AM, Robayna Delgado MC, Díaz Rodríguez L, Arias Hernández MM, Cabrera Figueroa J. Características de la organización de las visitas en las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología* 2002(25):36-40.
- (4) Llamas-Sanchez F, Flores-Cordon J, Acosta-Mosquera ME, Gonzalez-Vazquez J, Albar-Marin MJ, Macias-Rodriguez C. Necesidades de los familiares en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2009 Apr-Jun; 20(2):50-57.
- (5) Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, de Pedro JE, Lastra P. Relación entre enfermeras de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure investigación* 2004 Marzo; Consultado el 15 de mayo 2015. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/ficheros\\_administrador/original/original3.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/original/original3.pdf) ).
- (6) Olano M., Vivar CG. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Sistema Sanitario Navarra*. 2012; 35 (1): 53-67.
- (7) López Chacón MA., Piñol Perez- Rejón M., Merino Cabrera E., Taurá Rguez G., Quispe Hoxas LC., Manzanedo Sánchez D, Hidalgo Blanco MA. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. *Nursing* 2011; 29 (8): 52-59.

- (8) Pérez Cárdenas M.D, Rodríguez Gómez M., Fernández Herranz A.I., Catalán González M., Montejo González J.C. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* 2004; 28(5):237-49.
- (9) Gálvez-González M. El duelo anticipado en la familia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos. Presentación de un caso clínico. *Tempus vitalis* 2008; 8 (1): 25-33.
- (10) Gómez Martínez S., Ballester Arnal R., Gil Juliá B. El cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *An Sist. Sanit Navar.*2011; 34(3):349-361.
- (11) Gómez Carretero P., Soriano Pastor J.F., Monsalve Dolz V., Andrés Ibáñez J. Satisfacción con la Información: Posible Variable Interviniente en el Estado de Ánimo de Cuidadores Primarios de Pacientes Críticos. *Cínica y Salud.*2009; 20(1): 91-105.
- (12) Martínez de Antoñana, G.L. Ansiedad y Satisfacción con el Cuidado y Toma de Decisiones de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos: la enfermera referente en la gestión de casos de atención familiar al paciente crítico. Trabajo fin de máster. Universidad de Oviedo. 2014
- (13) Higgins P.A. Teoría del final tranquilo de la vida. *Modelos y Teorías en Enfermería.* 7ª ed. España. Elsevier España .2011. 754-62.
- (14) Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013.
- (15) Cánovas Tomás, MA. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis doctoral. Universidad de Murcia; 2008.

(16) Family Satisfaction Downloads. Versión 1. (Actualizado 24 Nov 2009) Disponible: <http://thecarenet.ca/216-family-satisfaction-downloads>

(17) Romero García M. Cueva Ariza de la L. Jover Sancho C. Delgado Hito P. Acosta Mejuto B. Sola Ribo M. Juandó Prats C. Ricart Basagaña M.T. Sola Sole N. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva*. 2013; 24(2): 51-62.

(18) Gil García E, Conti Cuesta F, Pinzón Pulido SA, Prieto Rodríguez MA, Solas Gaspar O, Cruz Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. *Index de Enfermería*. 2002: 36-37. Consultado el 20 de mayo de 2015. Disponible en: [http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37\\_articulo\\_24-28.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28.php)

(19) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal [en línea]. España: Jefatura del Estado «BOE» núm. 298; 1999. [Fecha de acceso: 20 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

#### **OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:**

(20) Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011 Oct;27(5):263-272.

(21) Dahle Olsen K, Dysvik E, Saethe Hansen B. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2009; 25: 190-198.

(22) Mitchell ML., Chaboyer W. Family Centred Care- A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26: 154-160.

(23) McKiernan M., McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26: 254-261.

(24) Cuesta Benjumea Carmen de la. La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto contexto - enferm.* 2010 ; 19( 4 ): 762-766.

(25) de la Cuesta Benjumea C. Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. *Metas de enfermería* 2006;9(5):50.

(26) Padovani Cantón AM. Indicadores de resultado para la evaluación de la calidad en Unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Ciencia Médicas.* 2014 Mayo-Junio; 18 (3): 441-452.

(27) Ramírez Perdomo CA, Parra Vargas M. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av Enferm.* 2011 (1): 97-108

(28) García Juárez MR, López Alonso SR, Orozco Cózar MJ, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego MJ, Cano Antelo MD, Serrano Pedredo C. Personalización enfermera y calidad del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gac. Sanit.* 2011; 25 (6): 474-482.

## **12. ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

1. ¿Tiene alguna sugerencia/s sobre cómo mejorar los cuidados proporcionados en la UCI? (al paciente y a la familia)
2. ¿Le gustaría comentar algo que considere que hicimos especialmente bien o que le ayudó de forma particular? (necesidades)
3. ¿Quiere aportar alguna sugerencia o comentario que usted sienta que puedan ser de ayuda para el personal de esta unidad en relación con la atención que se presta a la familia de los pacientes? (procesos y elementos que favorecen o amenazan la satisfacción)

**Anexo 2**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN AL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
DEL HUNSC**

Fecha.....

Muy Sres. Nuestros.

Nos dirigimos a ustedes con el fin de presentarles para valoración y veredicto el proyecto de investigación "Satisfacción...."

Quedamos a su disposición para cualquier tema que se precise.

Atentamente.

Estefanía Pérez Pérez

Investigadora principal del proyecto.

Se adjunta ejemplar del proyecto con sus ANEXOS correspondientes.

**Anexo 3**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO A LA GERENCIA DEL HUNSC**

Servicio Canario de Salud  
Gerencia del HUNSC  
Att. Sr. Director Gerente

Fecha.....

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

El objetivo principal es explorar la satisfacción de las familias de los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva de dicho hospital.

El proyecto, tendrá una duración total de 6 meses; se comenzaría en el mes de septiembre de 2015 y se estima su finalización en el mes de febrero de 2016.

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

Atentamente,

Fdo. Estefanía Pérez Pérez  
Investigadora principal del proyecto.

Se adjunta ejemplar del proyecto e informe del Comité Ético de investigación clínica

## **Anexo 4**

### **CARTA DE PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTO**

Estimado Sr./ Sra.

Su familiar permanece ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos y durante su estancia estará atendido por un equipo profesional asistencial altamente cualificado. Debido a su estado de salud su familiar requiere unos cuidados individualizados y un trato especial, de ahí la importancia en conocer su opinión acerca del trabajo que realizamos en la unidad y del servicio en general.

Le proponemos participar en este estudio con el objetivo de que comparta con nosotros su experiencia como usuario y que sus aportaciones contribuyan a mejorar el cuidado que prestamos en la UCI, tanto a los pacientes como a su familia.

A continuación le mostraremos un cuestionario con unas respuestas muy sencillas y de rápida cumplimentación, se trata de un cuestionario sobre Satisfacción relacionada con el cuidado que usted y su familiar ingresado han recibido por el personal de la unidad, sobre la información que usted ha recibido y sobre el proceso de toma de decisiones en relación al estado de salud de su familiar.

Rellenar dicho cuestionario le llevará aproximadamente unos 15 minutos, y es totalmente anónimo, garantizándole en todo momento la confidencialidad de todos los datos obtenidos, ya que serán utilizados exclusivamente para el fin del estudio.

Muchas gracias por su colaboración.

Estefanía Pérez Pérez

Coordinadora del proyecto de investigación

Tel: 5971139813

E-mail: alu0100712674@ull.edu.es

## Anexo 5

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le informamos del desarrollo de un estudio de investigación que estamos llevando a cabo sobre la satisfacción de las familias de pacientes ingresados en la unidad de medicina intensiva del HUNSC.

El beneficio que se pretende obtener al realizar este estudio es conocer la satisfacción de las familias con la atención que se presta y comprender la experiencia de éstas, de manera que obtendríamos nuevas líneas de actuación e investigación que ayudarían a mejorar la atención en los cuidados que se presta tanto al paciente como a la familia.

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

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos) de \_\_\_\_\_ (edad en años), y DNI \_\_\_\_\_ acepto participar en el estudio de investigación "Satisfacción....." realizado en el HUNC.

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

Hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Firma del familiar

Firma del investigador/ Colaborador

## Anexo 6

### CUESTIONARIO

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

## Satisfacción Familiar con los Cuidados en la Unidad de Cuidados Intensivos©

### FS-ICU (34)

*¿Cómo lo estamos haciendo?*

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

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

#### DATOS DEMOGRÁFICOS

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

1. Soy:  Hombre  Mujer

2. Tengo: \_\_\_\_\_ años.

3. Mi grado de parentesco es:

Esposa

Esposo

Pareja

Madre

Padre

Hermana/o

Hija

Hijo

Otro: \_\_\_\_\_.

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

5. ¿Vive usted con el paciente?  Sí  No

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

Más de una vez por semana

Una vez a la semana

Una vez al mes

Una vez al año

Menos de una vez al año

6. ¿Dónde vive?

En la misma ciudad del hospital

Fuera de la ciudad

7. ¿En qué módulo de la UCI permanece ingresado su familiar?

Módulo 1: Neurotrauma

Módulo 2: Polivalente

Módulo 3: Coronarias

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

**PARTE 1: SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS**

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

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

<b>1. Preocupación y cuidados del personal de la UCI:</b> cortesía, respeto y compasión por su familiar	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**Manejo de los síntomas:**

Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de la UCI

<b>2. Dolor</b>	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

<b>3. Disnea (falta de aliento)</b>	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

<b>4. Agitación</b>	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?**

<b>5. Consideración de sus necesidades:</b> Cómo fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de la UCI	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

<b>6. Apoyo emocional:</b> Cómo fue el apoyo emocional proporcionado por parte del personal de UCI	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

<b>7. Apoyo espiritual:</b> Cómo fue el apoyo espiritual/religioso por parte del personal de la UCI	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

**8.Coordinación del cuidado:**

El trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar	1 Excelente	2 Muy bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplica
--	----------------	---------------	-----------	-----------------	----------	----------------

**9.Preocupación y cuidados del personal de la UCI: Cortesía, respeto compasión recibida por usted**

1 Excelente	2 Muy bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplica
----------------	---------------	-----------	-----------------	----------	----------------

**PERSONAL DE ENFERMERÍA**

**10.Habilidades y competencias del personal de Enfermería de la UCI: Cómo cuidaron las enfermeras de su familiar**

1 Excelente	2 Muy bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplica
----------------	---------------	-----------	-----------------	----------	----------------

**11. Frecuencia en la Comunicación con el personal de Enfermería:**

Con qué frecuencia el personal de enfermería hablaba con ustedes acerca del estado de su familiar

1 Excelente	2 Muy bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplica
----------------	---------------	-----------	-----------------	----------	----------------

**PERSONAL MÉDICO**

**12. Habilidades y Competencia de los Médicos de la UCI:**

Cómo atendieron los médicos a su familiar

1 Excelente	2 Muy bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplica
----------------	---------------	-----------	-----------------	----------	----------------

**13.Frecuencia en la comunicación con los Médicos de la UCI:**

Con qué frecuencia los médicos le proporcionaron información sobre su familiar

1 Excelente	2 Muy bien	3 Bien	4 Suficiente	5 Mal	6 No aplica
----------------	---------------	-----------	-----------------	----------	----------------

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

**OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LA UCI**

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

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

**LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

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

**LA SALA DE ESPERA**

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

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

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

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

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

**INSTRUCCIONES PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES CRÍTICOS**

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

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

**NECESIDADES DE INFORMACIÓN**

**1. Facilidad para obtener información:**

	1	2	3	4	5	6
Voluntad del personal de la UCI para contestar a sus preguntas.	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**2. Comprensión de la información:**

	1	2	3	4	5	6
Explicaciones comprensibles proporcionadas por el personal de la UCI.	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**3. Honestidad de la información:**

	1	2	3	4	5	6
Honestidad de la información proporcionada sobre el estado de su familiar.	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**4. Exhaustividad de la información:**

Información del personal de UCI sobre lo que le ocurría a su familiar y por qué se tomaban determinadas acciones.	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**5. Coherencia de la información:**

	1	2	3	4	5	6
Coherencia de la información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida de médicos, enfermeras, etc.?	Excelente	Muy bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

**PROCESO DE TOMA DE DECISIONES:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

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

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

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

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

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

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

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

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

**¿Cómo lo estamos haciendo?**  
**Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)**

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

1	2	3	4	5
Muy Insatisfecho/a	Levemente Insatisfecho/a	Mayormente Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a	Completamente Satisfecho/a

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

1	2	3	4	5
Muy Insatisfecho/a	Levemente Insatisfecho/a	Mayormente Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a	Completamente Satisfecho/a

**Nuestro más sincero agradecimiento por tu participación y sus opiniones.**