

I. Hidalgo Fabrellas^a,
Y. Vélez Pérez^b
y E. Pueyo Ribas^b

^aEnfermera del Servicio de Cuidados Intensivos y Urgencias. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

^bEnfermeras del Servicio de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona.

Correspondencia:

I. Hidalgo
Plaza Sant Ponç, 9, 4.º 1.ª.
17007 Girona.
Correo electrónico: foraday@hotmail.com

Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos

What is important for the family of patients in the Intensive Care Unit?

La abundante bibliografía nos demuestra que la familia tiene un papel fundamental en la recuperación de los enfermos hospitalizados, y los pacientes de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) no son una excepción. Varios autores han demostrado que un ambiente desangustiado y tranquilo ayuda en el proceso de cuidado. Por esto, es necesario plantearse las necesidades de las familias para mejorar su bienestar, de esta forma su actitud ayudará en la recuperación del enfermo. El personal asistencial tiene que conocer dichas necesidades y suplir el déficit en la medida posible. El primer estudio que valora esta cuestión utilizó el cuestionario CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*), que mide el grado de importancia que los familiares otorgan a las necesidades de seguridad, apoyo, información, comodidad y proximidad. El objetivo de este estudio fue detectar el grado de importancia que dan los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Dr. Josep Trueta de Girona, empleando el cuestionario CCFNI. Se entrevistó a todos los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del hospital durante el otoño del año 2003 y se compararon las necesidades consideradas más importantes con las variables sociodemográficas de los familiares. La muestra total fue 132 personas entrevistadas. La

necesidad considerada más importante fue la seguridad con un 50,3%, seguida de la necesidad de apoyo con un 47,2%. En los resultados se observaron algunas diferencias dependiendo de la edad y estudios del encuestado y según el diagnóstico y procedencia del ingreso. Los datos obtenidos no discrepaban con la bibliografía revisada. Todo el estudio fue muy valioso para los profesionales asistenciales de la unidad y se tuvieron en cuenta para mejorar las deficiencias de la UCI del hospital de Girona.

Palabras clave: enfermería, UCI, familiares, CCFNI, necesidades.

The abundant bibliography shows us that the family plays a fundamental paper in the recovery of the hospitalized patients, and the patients in the intensive care units (ICU) are no exception. Several authors have demonstrated that a stress-free and calm setting helps in the care process. Thus, the family needs must be considered to improve their well-being. In this way, their attitude will help in the patient's recovery. Health care personnel must

be aware of these needs and make up for their deficit as far as possible. The first study that evaluated this question used the CCFNI questionnaire (Critical Care Family Needs Inventory) that measures the degree of importance given by the relatives to the needs of safety, support, information, comfort and proximity.

This study has aimed to detect the degree of importance given by the relatives of the patients in the ICU of the Hospital Dr. Josep Trueta of Girona, using the CCFNI questionnaire. All the relatives of the patients in said unit during the autumn of the year 2003 were interviewed and the needs considered to be most important were compared with the sociodemographic variables of the relatives.

The total sample was made up of the 132 people interviewed. The need considered to be most important was safety with 50.3% followed by need for support with 47.2%. In the results, some differences were observed depending according to age and studies of those surveyed and according to the diagnosis and the origin of the hospitalization. The collected data did not differ with the reviewed bibliography. All the study was very valuable for the health care professionals of the unit and was taken into account to improve the deficiencies of the ICU of the hospital of Girona.

Key words: infirmary, ICU, relatives, CCFNI, needs.

INTRODUCCIÓN

Cuando se crearon las primeras unidades de hospitalización, y hasta hace poco, la familia era considerada un elemento poco trascendental en relación al paciente¹. Esta visión ha ido cambiando con el tiempo y en la actualidad se ha permitido que la familia participe en la atención del enfermo. En parte, enfermería ha sido responsable de este cambio, la propia evolución de la profesión de enfermería ha permitido adquirir un papel propio y salir de visiones sesgadas, centradas en procesos patológicos, para empezar a te-

ner en cuenta el entorno del usuario formado por la familia. Diferentes autores reflejan este cambio, como Torres et al², que hablan de buscar evidencias que mejoren los cuidados de los familiares y buscar el modo de cambiar procesos sociales que alejan a los profesionales de los usuarios. Delgado et al³ dicen que el primer paso para cambiar una práctica es la toma de conciencia de que existen otras alternativas más útiles y más respetuosas con la integridad del ser humano. Por otra parte, Rodríguez et al⁴ y Torrents et al⁵ desarrollan protocolos de acogida para los familiares. Estos cambios no solo benefician a la familia, sino que se ha observado que la familia influye positivamente en la mejora del paciente⁶⁻¹⁰. Hay estudios que refuerzan esta idea, como el de Delfosse y Meman¹¹, donde se observó que dar una información adecuada a los familiares facilita encontrar estrategias de adaptación y reconocer cómo deben actuar.

Los enfermeros españoles conocen poco las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) ya sea porque la mayor parte de la bibliografía está escrita en inglés, o por no ser un tema de interés prioritario en nuestro país. Esto fuerza al equipo multidisciplinar a preguntarse si las familias se sienten correctamente atendidas y si es necesario un cambio en la actuación de los profesionales y de las instituciones¹²⁻¹⁴.

Cuando una persona es ingresada en una UCI, la estructura familiar a la que pertenece se ve alterada, ocasionando varios trastornos, como ansiedad y depresión, que pueden desorganizar la vida cotidiana del resto de los miembros¹⁵⁻¹⁷. Durante el ingreso los familiares tienen sensación de fatiga, insomnio, desconocen las reglas o normas de la unidad y no saben cómo conseguir la información¹⁸; se sienten separados y poco participativos del cuidado del enfermo¹⁹. Todo esto provoca situaciones de angustia y un estrés elevado. Por eso con este estudio se pretende describir las necesidades más importantes para los familiares.

En la actualidad existen dificultades de organización y estructurales como refleja el artículo de Velasco²⁰. En este se manifiesta que la mayoría de las unidades de críticos tienen las visitas de los familiares restringidas, la información se proporciona una sola vez al día y no se adoptan medidas que favorezcan la implicación de los familiares en cuidados básicos del

108 paciente. Otros artículos también reflejan esta situación²¹⁻²³. En resumen, todas estas características crean un ambiente frío, impersonal y molesto para las familias, aun sabiendo que es un objetivo básico para restablecer la salud del enfermo o salir del peligro de muerte.

La primera vez que se comenzó a hablar de la atención de la familia de pacientes críticos y sus necesidades fue en la década de los setenta²⁴. Las pioneras fueron dos enfermeras inglesas, Molter y Leske en el año 1979, que crearon el cuestionario CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*). Este cuestionario es un inventario de necesidades compuesto de 45 ítems en una escala tipo Likert, donde los familiares señalan el grado de importancia que tienen para ellos las necesidades planteadas²⁵. Se valoran cinco aspectos: información, comodidad o confort, apoyo por parte de los profesionales, proximidad al enfermo y seguridad de que su familiar está bien atendido. En España existen artículos más recientes relacionados con la atención de la familia, así varios autores han reflexionado acerca de ello^{2,4,26}.

El CCFNI ha sido validado en diferentes ámbitos^{27,28}, como el francés o el belga. En España también ha sido validado²⁹. Otros estudios, como el de Macey³⁰, sugieren eliminar o agregar algunos ítems al cuestionario, dando pie a múltiples modificaciones adaptadas a los objetivos particulares de cada autor^{31,32}. Krumberger³³ remarca en sus estudios las necesidades que consideran más importantes los familiares^{34,35}. La investigación que muestra este artículo pretende evaluar el grado de importancia de las necesidades definidas como más habituales.

En conclusión, una de las principales características de la asistencia de los profesionales de enfermería es la visión integral de los pacientes³⁶, y por ello es necesario establecer una buena relación con las familias, que solo es posible con una comunicación correcta y fluida³⁷⁻³⁹ y, de esta forma, reducir los estados de angustia, estrés y depresión.

Enfermería puede tener una gran influencia en la satisfacción rápida y eficaz de las necesidades de los familiares, ya que es uno de los profesionales que más tiempo pasa con ellos; esto crea una relación entre familia-enfermería muy especial, dado que los familiares se interesan por los datos cotidianos que enfermería conoce (cómo ha dormido, si tiene dolor, etc.).

OBJETIVOS

El principal objetivo de este estudio es conocer qué necesidades son prioritarias para los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, durante el período comprendido entre octubre y diciembre de 2003.

Como objetivo secundario se planteó la relación entre el grado de importancia que dan los familiares a las necesidades y los datos sociodemográficos: nivel de estudios (básicos, medios o superiores), parentesco del familiar, origen del ingreso (urgencias, quirófano, planta de hospitalización u otros centros), diagnóstico del paciente y distancia del domicilio familiar.

Se establecieron las siguientes hipótesis de trabajo:

1. La necesidad de seguridad es considerada la más importante para los familiares.
2. Familiares con un nivel de estudios básico perciben como prioritaria la necesidad de ser apoyados.
3. Un parentesco de primer grado con el paciente provoca mayor necesidad de sentirse seguros y tener confianza.
4. Un paciente procedente del servicio de urgencias origina una necesidad de información diferente a la de un paciente ingresado de manera programada.
5. Los familiares que viven más lejos del hospital dan más importancia a la necesidad de la comodidad física.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal. La muestra estaba compuesta por un familiar de cada enfermo ingresado en el servicio durante los meses de octubre a diciembre de 2003. Se escogieron estos meses porque durante el verano el porcentaje de extranjeros/turistas en el hospital aumenta y podría suponer problemas en la entrevista a causa del idioma, provocando así una mayor pérdida de casos. Adicionalmente, la plantilla en verano no es fija y esto también podría influir en los resultados del estudio.

Se excluyeron los casos que:

1. Se sabía que la estancia de los pacientes en la unidad sería inferior a tres días.
2. Se planteaba la posibilidad de que el paciente fuese donante de órganos.
3. El idioma de los familiares no fuese uno de los dos idiomas oficiales: catalán o castellano.
4. El pronóstico era de muerte inminente.
5. La familia no quisiera participar en el estudio.

La UCI del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta es el servicio de referencia de la provincia de Girona y recibe a todos los enfermos críticos, exceptuando los enfermos coronarios, que tienen una unidad especializada (en algunos casos excepcionales también se reciben en la UCI).

Recogida de información

Se utilizó el cuestionario de Molter y Leske (CCFNI) ya que refleja la importancia de las necesidades de los familiares de los pacientes de la UCI. Este cuestionario fue traducido al catalán y se redujo el número de preguntas para mejorar su comprensión y no demorar la visita al paciente. Esta modificación no comportó un cambio sustancial en los resultados obtenidos. Se realizó una prueba piloto para ver la comprensión y dificultad del cuestionario, y después de diversas modificaciones se obtuvo el cuestionario definitivo.

Las encuestas se hacían habitualmente el tercer día de ingreso entre las 20:00 y las 21:00 horas, ya que en los otros dos horarios de visitas solían venir pocos acompañantes o estaban destinados a la información médica. Para lograr un ambiente cómodo y permitir la confidencialidad del acompañante, las encuestas se realizaron en el despacho de la supervisora de enfermería y se hicieron personalmente para tener un mínimo de pérdidas.

La herramienta de trabajo constaba de dos partes donde se diferenciaban las variables independientes y las dependientes. Las primeras se subdividían en:

1. Datos descriptivos del acompañante: sexo y edad, nivel de estudios (primarios, secundarios, superiores), parentesco con el paciente (pareja, madre/padre, hijo/a, hermano/a, amigo/a, otros), distancia entre el domicilio habitual y el hospital (km) y si era la primera vez que tenía un familiar en la UCI.

2. Datos descriptivos del paciente: edad y sexo del paciente, diagnóstico, fecha de ingreso, procedencia de ingreso (urgencia, quirófano, planta, otros hospitales).

Como variables dependientes se plantearon 34 afirmaciones donde los acompañantes determinaban el grado de importancia de cada una de ellas. Estas constaban de cuatro grados de importancia (muy importante, importante, poco importante y no importante). En el análisis de los resultados solo se contemplaron los dos extremos. Cada pregunta correspondía a una de las siguientes necesidades: seguridad y confianza, información, comodidad, proximidad o apoyo. Una vez recogidos todos los datos se trataron con el programa estadístico SPSS.

Todos los datos obtenidos de los cuestionarios eran anónimos y de carácter confidencial previo consentimiento para participar en el estudio del acompañante.

RESULTADOS

Se repartieron un total de 132 cuestionarios durante los meses de octubre a diciembre de 2003, de los cuales se excluyeron 47 (fig. 1).

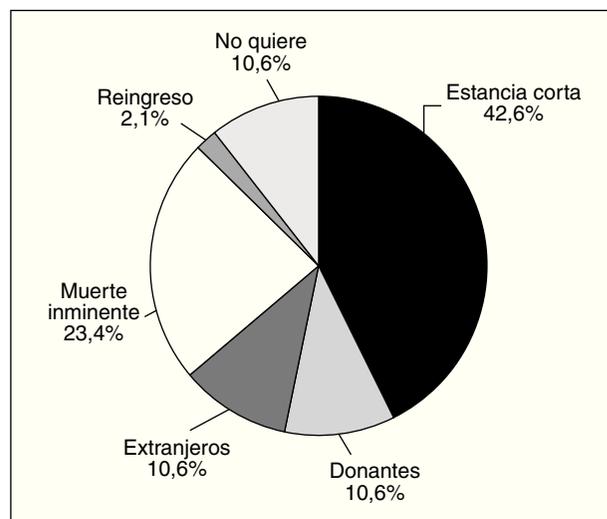


Figura 1. Motivos de exclusión.

110 Se observó que el grupo de edad que más participó en el cuestionario era el comprendido en el rango de 31 a 45 años (40%), y el que menos el del rango de 18 a 30 años (7,1%). La mayoría, un 61,2% de los entrevistados, fueron mujeres.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas encuestadas

Característica	Número	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	33	38,8
Mujer	52	61,2
Total	85	100
Edad		
18-30 años	6	7,1
31-45 años	34	40
46-60 años	29	34,1
> 60 años	16	18,8
Total	85	100
Parentesco con el paciente		
Pareja	32	37,6
Madre/padre	7	8,2
Hijo/a	34	40
Hermano/a	7	8,2
Amigo/a	2	2,4
Otros	3	3,5
Total	85	100
Estudios realizados		
Primarios	41	48,2
Secundarios	22	25,9
Superiores	22	25,9
Total	85	100
Distancia entre el domicilio familiar y el hospital		
< 10 km	20	23,5
10-20 km	10	11,6
20-30 km	12	14,1
30-40 km	22	25,9
40-60 km	16	18,5
> 60 km	5	5,9
Total	85	100
Experiencia anterior en la UCI		
1 vez	10	11,8
2 veces	3	3,5
3 veces	1	1,5
No	71	83,5
Total	85	100

UCI: unidad de cuidados intensivos.

En cuanto al parentesco, un 40% eran hijos o hijas, más de un 37% se definían como pareja, y tan solo un 8,2% pertenecían al grupo de progenitores. El resto se dividían en otros parentescos, un 3,5%, y en amigos, un 2,4%.

En relación al nivel de estudios, se pudo ver que casi la mitad de las personas tenían estudios elementales, y el resto se dividía en proporción semejante entre estudios superiores y de grado medio (tabla 1).

Se comprobó que para la gran mayoría de los familiares, más del 83%, era su primera experiencia en una UCI. Del resto, el 11,8% habían tenido más de un familiar ingresado, el 3,5% más de dos y el 1,2% más de tres familiares (tabla 1).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes ingresados

Característica	Número	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombre	58	68,2
Mujer	27	31,8
Total	85	100
Edad		
< 18 años	2	2,4
18-30 años	2	2,4
31-44 años	13	15,3
45-60 años	19	22,4
> 60 años	49	57,6
Total	85	100
Diagnóstico del paciente		
Politraumatizado	18	21,2
Cardiología	4	4,7
Cirugía	24	28,2
Medicina Interna	19	22,3
Oncología	9	10,5
Neurología	9	10,5
Otros	2	2,4
Total	85	100
Procedencia del ingreso		
Urgencias	31	36,5
Quirófano	35	41,2
Planta hospitalización	7	8,2
Otros hospitales	12	14,1
Total	85	100

En lo concerniente a características de los pacientes, mayoritariamente pertenecían al sexo masculino, su edad superaba los 60 años (57,2%) y eran diagnosticados dentro del grupo de enfermos de cirugía e ingresados desde quirófano (tabla 2).

La segunda parte de la encuesta valoraba las necesidades que los familiares consideraban más importantes. La seguridad y el apoyo fueron los bloques que con más frecuencia eran marcados como muy importantes y, por el contrario, la necesidad a la que daban menos importancia era la comodidad física (fig. 2).

El análisis entre la importancia dada a cada necesidad y cada una de las variables sociodemográficas de los entrevistados resultó estadísticamente significativo en las siguientes relaciones (tabla 3):

1. La edad del familiar y la información. La edad del familiar influía en la necesidad de ser informado. Aquellos de edad más avanzada dieron más importancia a la información.

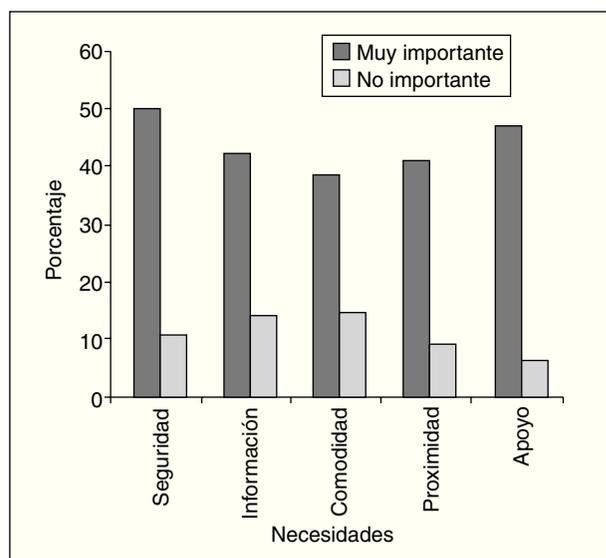


Figura 2. Porcentaje de familiares en cada una de las necesidades.

Tabla 3. Necesidades/características familiar, en porcentaje (%)

Necesidad	Seguridad		Información		Comodidad		Proximidad		Apoyo	
	Mucho	Poco	Mucho	Poco	Mucho	Poco	Mucho	Poco	Mucho	Poco
Sexo										
Hombre	45,9	11,7	42,9	16,9	33,8	17,2	38,5	9,5	45,5	5,6
Mujer	53	9,6	41,5	11,8	41,7	12,5	42	8,2	48,4	6,3
Edad										
18-30 años	54,8	7,1	40,5	31	25	19,4	40,5	4,8	38,1	7,1
31-45 años	52,1	9,7	38,2	16,8	42,2	15,7	40,3	8,4	47,9	4,6
46-60 años	50,2	10,8	42,4	10,8	42,5	9,2	45,8	7,4	50,2	4,4
> 60 años	44,6	12,5	50	6,3	29,2	18,8	13,4	32,1	43,8	11,6
Parentesco										
Pareja	49,1	11,2	45,1	8,9	38,5	13,5	40,2	9,4	54,5	7,6
Madre/padre	67,3	10,2	46,9	14,3	52,4	11,9	59,2	10,2	51	6,1
Hijo/a	45,4	9,7	38,7	18,5	33,3	18,1	40,3	8,8	39,9	6,3
Hermano/a	67,3	14,3	44,9	18,4	54,8	7,1	38,8	6,1	55,1	2
Amigo/a	42,9	0	1,6	0	41,7	0	21,4	0	42,9	0
Otros	42,9	9,5	38,1	9,5	27,8	11,1	23,8	9,5	28,6	0
Estudios										
Primarios	50,2	12,9	42,2	11,5	40,7	15,4	40,8	9,4	50,9	5,6
Secundarios	48,1	7,1	38,3	14,9	36,4	9,8	39,6	6,5	46,8	7,1
Superiores	52,6	9,1	45,5	16,9	37,1	16,7	41,6	9,7	40,9	5,8
Distancia										
< 10 km	48,2	12,1	42,9	17,9	40,8	15	39,3	11,4	46,4	7,1
10-20 km	58,6	10	40	15,7	38,3	15	47,1	7,1	48,6	7,1
20-30 km	40,5	10,7	44	7,1	29,2	12,5	27,4	9,91	27,4	4,8
30-40 km	53,2	11	44,8	14,9	40,9	16,7	39,6	7,1	52,6	7,1
40-60 km	46,4	8	38,4	10,7	40,6	7,3	47,3	8	50,9	3,6
> 60 km	62,9	8,6	37,1	14,3	36,7	26,7	48,6	8,6	60	5,7

112

2. La edad del familiar y la comodidad. La necesidad de la comodidad física era considerada muy importante por la gente de mediana edad, entre 31-60 años.
3. El parentesco y la seguridad. Para padres y hermanos, saber que su familiar estaba bien atendido y bien cuidado era mucho más importante que para otras relaciones familiares.
4. El parentesco y la proximidad. Por otro lado, el parentesco que valora más la proximidad del personal son los padres.
5. El parentesco y el apoyo. La pareja, en cambio, da mucha más importancia al soporte y apoyo emocional de los profesionales de la salud.
6. La distancia del domicilio y el apoyo. Los que viven más alejados consideran más importante la necesidad de apoyo que aquellos familiares que están más cercanos al hospital.

Todas las otras relaciones vicariantes que se establecieron no fueron significativas.

DISCUSIÓN

Una vez valorados los resultados del estudio se ha observado que destaca la necesidad de seguridad y confianza en el profesional de la salud. En otros estudios realizados³⁶⁻³⁸, como el de Molter²⁵, también se concluyó que la necesidad de seguridad se percibía como la más importante para los familiares de los pacientes ingresados en una UCI. Este estudio también remarcaba la necesidad de información como el punto más importante, a diferencia de los resultados obtenidos en nuestro estudio. Este hecho podría explicarse por las diferencias asistenciales en el ámbito inglés-catalán y por la distancia cronológica entre los dos estudios^{25,38}.

Por otro lado, la necesidad a la que se le da menos importancia es la comodidad física, lo que es debido a que las personas en situaciones de estrés y angustia anteponen el bienestar del paciente al propio, como defiende la literatura encontrada^{4,37}.

En lo concerniente a las hipótesis planteadas, se observan un par de características muy interesantes. El parentesco con el enfermo se asocia al grado de importancia que se le da a las distintas necesidades.

Mientras los padres y hermanos consideran más importante la seguridad, la pareja necesita sentirse más apoyada por los sanitarios. La consanguinidad con el enfermo determina qué necesidad es considerada más importante. Este hecho no se ha manifestado en la literatura revisada.

La hipótesis planteada en relación a la distancia del domicilio y a la comodidad del entorno no fue verificada por los resultados. Contrariamente esta hipótesis sí que se verifica en las publicaciones citadas anteriormente, ya que en estas sí que se observa que la distancia del domicilio al hospital determina el grado de importancia de la comodidad. Esto es debido a que la distancia media de los encuestados es menor a la de otros trabajos.

Los familiares de los pacientes procedentes de urgencias dan más importancia a la necesidad de información por la gravedad del diagnóstico y muchas veces por la juventud de estos enfermos.

El estudio sufrió una serie de limitaciones, como la limitación temporal, pues al contestar los cuestionarios durante el horario de visita, los acompañantes preferían ver al paciente y limitaban el tiempo para hacer la encuesta. Otra limitación fue la edad del familiar, a mayor edad más difícil era la comprensión de la encuesta.

Una vez analizados los datos obtenidos en el estudio, se explicaron al conjunto de las enfermeras de la unidad y especialmente a la supervisora para encontrar estrategias y mejorar la atención a los familiares. El primer paso que se realizó fue la creación de un protocolo de acogida para estos. Más tarde, en la creación de la nueva UCI, se tuvieron en cuenta las estructuras físicas para dar una mayor comodidad a los familiares.

CONCLUSIONES

Para resumir se describen las siguientes conclusiones:

1. La necesidad de seguridad y confianza es considerada la más importante para los familiares.
2. El nivel de estudios básicos no determina el grado de importancia que se le da a la necesidad de apoyo.

3. Los padres y hermanos dan más importancia a la necesidad de seguridad y confianza.
4. El origen del ingreso del enfermo no determina el grado de importancia que se le da a la necesidad de información.
5. El hecho de vivir más lejos del centro hospitalario no influye en la necesidad de comodidad.

El estudio de las necesidades contribuyó a plantearse cómo mejorar la atención de las familias.

AGRADECIMIENTOS

A Ester Canal, enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos.

A Concepció Fuentes, supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos por su apoyo e interés.

A María García, del Departamento de Investigación, por su ayuda y orientación.

Y a todos aquellos familiares que quisieron participar en nuestro estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sieberstein D. La familia, un paciente olvidado. *Rol de enfermería*. 1997; 223(3):25-30.
2. Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la sociedad Andaluza de enfermería de cuidados críticos. *Tempus Vitalis* [serie en Internet]. 2004 abril [citado 28 de febrero de 2003]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/index1.htm>
3. Delgado Hito P, Sola Prado A, Mirabete Rodríguez I, Torrents Ros R, Blasco Alfonso M, Barrero Pedraza R, et al. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*. 2001;12(3):110-26.
4. Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F, Roncero del Pino A, Morgado Almenara MI, Theodor Bannik J, Flores Caballero LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003;14(3):96-108.
5. Torrents R, Oliva E, Saucedo M, Jover C. Estudio prospectivo transversal sobre el impacto del protocolo de acogida a los familiares de pacientes ingresados en una UCI. *Enferm Intensiva*. 2003;14:49-60.
6. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez P, Pedro J, Lastra P. Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investigación*. [serie en Internet]. 2004 marzo [citado 10 de abril de 2004]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/originales_obj.cfm?id_original=59&ID_ORIGINAL
7. Velasco JM, Castillo J, Merino N, Prieto JF, Terrón M, Regodón M. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos. *Tempus Vitalis* [serie en Internet]. 2002 febrero [citado 12 de mayo de 2005]; [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/especial01/06.htm>
8. Marco Landa L, Bermejillo Equía I, Garayalde Fernández de Pinedo N, Sarrate Adot I, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva*. 2000;11(3):107-17.
9. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med*. 2001;29(1):192-6.
10. Cuidados de enfermería centrados en la familia [editorial]. *Nursing*. 1995;13(4):7.
11. Delfosse L, Meman J. Informational needs of families of intensive care unit patients. *Q Biophys*. 1986:16-21.
12. Velasco JM. Visitas de familiares en UCI: ¿cambio de normas o de cultura? *Med Intensiva*. [serie en Internet]. 2003 marzo [citado 10 de enero de 2005]; [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.remi.uninet.edu/2003/02/REMIED26.htm>
13. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002;30(7):1413-8.
14. Olaechea PM. Normas de visita de familiares en UCI. ¿Debemos disminuir las restricciones? *Med Intensiva*. 2003;3(2):549.
15. Úbeda I. Atención a la familia ¿utopía o realidad? *Rol de enfermería*. 1995;203-204(7-8):75-8.
16. Astudillo W, Mendinueta C, Muñoz A. Medidas para mejorar la relación familia equipo de apoyo. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, editores. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a la familia*. 2.ª ed. Pamplona: EUNSA; 1995. p. 297-305.
17. Palencia E. ¿Son competentes los familiares de los pacientes críticos para la toma de decisiones? *Med Intensiva*. 2002;1(2): 296.
18. Charles F. Familia del paciente ingresado en una UCI. *Nursing*. 1991;9(9):18-22.
19. Torres A. Cuando el positivismo se convierte en una pesada losa para el paciente y su familia. *Tempus Vitalis* [serie en Internet]. 2003 enero [citado 24 de febrero de 2003]; [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.saecc.com/revista/revista01/vivencias/vivencias.htm>
20. Velasco JM, Prieto JF, Castillo J, Merino N, Perea E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de intensivos de España. *Enferm Intensiva*. 2005;16(2):73-83.

- 114
21. Velasco JM. A ambos lados de la puerta. *Med Intensiva*. [serie en Internet]. 2002 febrero [citado 26 de octubre de 2006]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.remi.uninet.edu/2002/S/200212S2.htm>
 22. Velasco JM. Normas de visita de familiares en UCI. ¿Deberíamos disminuir las restricciones? *Med Intensiva* [serie en Internet]. 2003 marzo [citado 26 de octubre de 2006]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.remi.uninet.edu/2003/02/REMI0549.htm>
 23. Martínez AA. Las visitas en la UCI ¿es hora de cambiar? *Med Intensiva*. [serie en Internet]. 2005 mayo [citado 25 de octubre de 2006]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.remi.uninet.edu/2005/06/REMI0867.htm>
 24. Berna R, López J, Fontseca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enferm Clínica*. 2000;10(1):19-28.
 25. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8(2):332-9.
 26. Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gómez JE, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sánchez-Cuenca López P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva*. 2003; 14(3):109-19.
 27. Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, Bobbaers H, Lauwers P, Verdommen H. Reliability and validity of the critical Care Needs Inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. *Heart Lung*. 2000;29(4):278-86.
 28. Coutu-Wakulczyk G, Chartier L. French validation of the critical care family needs inventory. *Heart Lung*. 1990;19(2):192-6.
 29. Zazpe C, Margall MA, Otano C, Perochena MP, Asiain MC. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 1997;13(1):12-6.
 30. Macey BA, Bouman CC. An evaluation of validity, reliability, and readability of the critical care family needs inventory. *Heart Lung*. 1991;20(4):398-403.
 31. Kleinpell RM, Powers MJ. Needs of family members of intensive care unit patients. *Appl Nurs Res*. 1992;5(1):2-8.
 32. Forrester DA, Murphy PA, Price DM, Monaghan JF. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. *Heart Lung*. 1990;19(6):655-61.
 33. Krumberger JM. Linking critical care family research to quality assurance. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs*. 1991; 2(2):321-8.
 34. Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung*. 1986;15(2): 189-93.
 35. Daley L. The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting. *Heart Lung*. 1984;13(3): 231-7.
 36. Departament d'Infermeria de HUGT i P. La humanització de la tècnica per als pacients en estat crític [serie en Internet]. 2002 sep [citado diciembre 2002]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.hugtip.scs.es/serveis/medint-1.htm>
 37. Payas A, Álvarez A. Atención a las familias. En: Curso de atención al enfermo crítico para DUI: 2002 abril-mayo. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España.
 38. García Aguilar JF, Cámara Hurtado F, Aparicio Ezcurra A. Comunicación e información en los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Clínica*. 1995;5(3):99-104.
 39. Margall MA, Zazpe C, Perochena P, Labiano J, Otano C, Asiain MC. Necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 1993;4 33-4.