



Arianna Cruz Herrera.

Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos:

Cuidados del personal de enfermería a las familias.

Universidad Fernando Pessoa-Canarias.

Facultad de Ciencias de la Salud.

Santa María de Guía, 2020.



Arianna Cruz Herrera.

Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos:

Cuidados del personal de enfermería a las familias.

Universidad Fernando Pessoa-Canarias.

Facultad de Ciencias de la Salud.

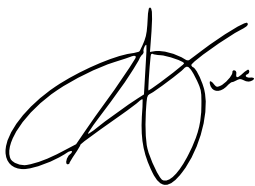
Santa María de Guía, 2020.

Arianna Cruz Herrera.

Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos:

Cuidados del personal de enfermería a las familias.

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Arianna', is written below the 'Firma:' label.

Trabajo presentado a la Universidad Fernando Pessoa- Canarias y que forma parte de los requisitos para la obtención del Grado de Enfermería el 9 de mayo del 2020.

RESUMEN.

En el presente trabajo se detalla la importancia del cuidado a las familias de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos por parte del personal de enfermería. Los profesionales de enfermería son los que más tiempo pasan junto a los pacientes y sus familiares, por lo que serán ellos los encargados de modificar el cuidado clásico. De esta manera, en vez de solo centrarse en el paciente y su patología se le dará un cuidado humanizado donde se atenderá de manera holística al individuo y se incluirá a sus familiares como receptores de cuidados. El ingreso de una persona en este servicio provoca en los familiares necesidades a las que el profesional sanitario puede dar respuesta.

El objetivo general es conocer la percepción de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con respecto a la atención recibida por parte de los profesionales de enfermería.

En cuanto a la metodología de este proyecto de investigación es de tipo observacional descriptivo de corte transversal y de abordaje cuantitativo, con muestreo no probabilístico consecutivo. Se ha seleccionado una encuesta autoadministrada que incluye por un lado preguntas sobre datos sociodemográficos, y por otro, cuestiones que pretenden valorar la percepción que tienen las familias sobre el apoyo emocional, la comunicación verbal y no verbal; además de analizar si el personal de enfermería identifica las necesidades cognitivas y emocionales que tienen los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se aplicarán una serie de criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra. La duración del periodo de recogida de datos será de dos meses y la muestra atendiendo a las cifras de ingresos en años previos, estará formada por 200 participantes aproximadamente. No obstante, esto dependerá del número de ingresos que existan en esos meses y de los criterios de selección establecidos, entre los que se encuentra participar de manera voluntaria.

Palabras claves: Unidad de cuidados Intensivos, familia, cuidados humanizados, enfermería.

ABSTRACT.

This study details the importance of the care provided by the nurse practitioner to the family of those patients admitted to the Intensive Care Unit. The nursing professionals are the ones who spend more time with the patients and their families, so they will be the ones in charge of changing the traditional care. They will not only take care of the patient and their pathology. They will also provide a more human care, attending the individual in a holistic way and including their family in the care they provide. Having a family member admitted to the Intensive Care Unit creates some necessities in the family that the healthcare professional can solve.

The main goal is to know how the family of the patients admitted to the Intensive Care Unit perceives the care provided by the nursing professionals.

The methodology of this research project, it is of a descriptive observational type with a cross-section and a quantitative approach, with consecutive non-probability sampling. A self-administered survey has been selected. The first part includes questions about socio-demographic data. The second part includes questions that aim to assess the perception of the families about emotional support and, verbal and non-verbal communication; in addition to analysing whether the nursing staff identifies the cognitive and emotional needs that the relatives of the patients admitted to the Intensive Care Unit have.

A series of inclusion and exclusion criteria will be applied to the selection of the sample. The duration of the data collection will be two months. The sample -based on admission figures from previous years- will be of approximately 200 participants. However, this will depend on the number of admissions in those months and the selection criteria established, including participation on a voluntary basis.

Keywords: Intensive Care Units, family, humanized care, nursing.

“Ninguna máquina puede suprimir el efecto curador o terapéutico de una mirada, de la palabra adecuada o del silencio oportuno. La presencia humana es insustituible de los procesos de enfermedad, dolor o muerte.”

(Bermejo, J.C.)

AGRADECIMIENTOS.

Quiero empezar dando las gracias a mis padres, no sé que hubiese sido de mí sin ellos. Ellos han confiado en mí desde el minuto cero, siendo mis dos grandes motores, reconfortándome en los días malos y celebrando mis triunfos. Siempre han estado dispuestos a ayudarme para dar mi mejor versión. Me siento muy afortunada.

También creo que si alguien se merece un agradecimiento es mi abuela Lita, ya que ha sido la persona que más me ha soportado durante estos 4 años. Mi segunda madre, quien ha sido calma en noches de tormento, refugio en noches de frío, festejo en tardes de luto y analgesia en días de dolor, gracias por quererme y cuidarme como lo haces. Y a mi tía Elena, a ella también le doy las gracias dado que ha sido mi referente y la persona que me enseñó que por muy grande que sea el camino, la victoria es aún mayor. Y como no, a mis abuelos Juan y Lola y al resto de mi familia que no dudaron de mí en ningún momento.

Además, agradecer a mi tutora del TFG, Melba Estupiñán Guedes quien desde el primer momento me motivó con la realización de este proyecto. Pese a que el desarrollo del presente trabajo ha transcurrido mientras vivíamos una gran crisis sanitaria por el conoravirus. Ella ha estado siempre dispuesta a ayudarme, al pie del cañón. Es una profesional que muestra ese amor por la enfermería y la humanización que tanto contagia a quien le rodea. ¡GRACIAS POR TODO!

Y finalmente, pero no menos importante, agradecer a la enfermería que tantas cosas me ha enseñado y personas ha puesto en mi camino, desde compañeros de clase que se convirtieron en amigos (Claudia García, Jorge González, Sergio Mataix, Carla García, Elba Lago, Lorena Guerra e Isabel Santana...), como profesores y enfermeras que me ayudaron a aprender cada día más de ella y por supuesto a los pacientes que muchas veces fueron los grandes maestros.

¡GRACIAS A TODOS/AS, estoy más cerca de conseguir mi objetivo!

ÍNDICE.	Página.
0. INTRODUCCIÓN.	13.
I.FASE CONCEPTUAL.	17.
1.1. Marco teórico.	17.
1.1.1 Definición del tema.	17.
1.1.2 Conceptos claves.	23.
1.1.3 Estudios de investigación.	24.
1.2 Justificación y pregunta de partida.	25.
1.3 Objetivos.	29.
II. FASE METODOLÓGICA.	30.
2.1 Tipo de estudio.	30.
2.2 Medio.	30.
2.3 Población, muestra y tipo de muestreo.	32.
2.4 Variables.	33.
2.5 Instrumento de recogida de datos.	38.
2.6 Principios éticos.	41.
2.7 Previsión de tratamiento y presentación de los datos.	44.
2.8 Previsión de recursos.	45.
III. REFLEXIÓN.	47.
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	51.
ANEXOS.	
AUTOEVALUACIÓN .	

ÍNDICE DE ANEXOS.

- ANEXO I. Cronograma.**
- ANEXO II. Petición de autorización.**
- ANEXO III. Consentimiento informado.**
- ANEXO IV. Instrumento de recogida de datos.**
- ANEXO V. Informe de actividad del Comité de Ética Asistencial CHUIMI.**

ÍNDICE DE TABLAS.	Página.
Tabla 1. Variables sociodemográficas.	34.
Tabla 2. Variables apoyo emocional.	34.
Tabla 3. Variables comunicación verbal.	35.
Tabla 4. Variables comunicación no verbal.	36.
Tabla 5. Ítems apoyo emocional.	39.
Tabla 6. Ítems comunicación verbal.	39.
Tabla 7. Ítems comunicación no verbal.	40.

ÍNDICE DE SIGLAS:

CCFNI:	Critical Care Family Needs Inventory (De sus siglas en inglés). Inventario de Necesidades Familiares de Cuidados Críticos.
CEA:	Comité de Ética Asistencial.
CHUIMI:	Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.
CIE:	Consejo Internacional de Enfermería.
DA:	De Acuerdo.
ED:	En Desacuerdo.
I:	Indecisión.
IRD:	Instrumento de Recogida de Datos.
TA:	Totalmente de Acuerdo.
TD:	Totalmente en Desacuerdo.
TFG:	Trabajo Fin de Grado.
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences (De sus siglas en inglés). Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales.
UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos.

0. INTRODUCCIÓN.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar donde priman los aspectos tecnológicos y las habilidades prácticas sobre los vínculos y las relaciones emocionales. A menudo, la atención se ha enfocado solo en el enfermo y se ha desatendido a un componente también fundamental, la unidad familiar. Por tal motivo, para proporcionar una atención holística habría que integrar a la familia como receptores de cuidados (Llamas-Sánchez, 2009).

Debido a la complejidad del lugar, el personal sanitario necesita como profesional habilidades cognitivas, deberes y competencias prácticas, para abordar los aspectos patológicos. Esto genera en el equipo de enfermería el desarrollo de un cuidado meramente técnico y en ocasiones deshumanizado (Milena y Guaqueta, 2019).

La figura del personal de enfermería, es muy importante ya que es el profesional que mayor tiempo pasa junto al enfermo en estado crítico, y a consecuencia de esto, el resto de los integrantes del equipo multidisciplinar se dirigen a ellos para saber la evolución del paciente (Villagra y Ruoti, 2018).

Por otro lado las familias, según Aliberch y Miquel (2015) tras la hospitalización de un ser querido en la UCI, viven un conjunto de situaciones que les producen estrés, como son: la falta de claridad en la información, el diagnóstico impreciso y el temor al fallecimiento de su ser querido. Esto va unido a los cambios de rol entre los familiares, además de la incapacidad de llevar su vida con normalidad.

Dicha circunstancia conlleva que a las familias tras el ingreso de su ser querido en la UCI les surjan cuatro tipos de necesidades: las emocionales, las sociales, las prácticas y las cognitivas. Tal y como comentan Pardavila y Vivar (2012), enfermería, tiene un papel muy importante ya que al reconocer las necesidades de las familias puede ayudar a aportar un cuidado, un apoyo y un asesoramiento que mejore la experiencia de los familiares y les facilite las herramientas necesarias para superar mejor la situación que están viviendo.

Llegados a este punto, es fundamental que las enfermeras aporten información y se comuniquen de manera adecuada con los familiares de sus pacientes, dado que una de las mayores necesidades que tienen es la de obtener información de su familiar enfermo. Dicha situación en la que se encuentran les genera mucho estrés (García *et al.*, 2015). Según un estudio de Schimidt y Azoulay (2012), el 70% de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, presentan sintomatología ansiosa y el 35% depresiva. Además de los síntomas de los trastornos de estrés agudo y estrés postraumático.

Entre las motivaciones académicas que han influido en la realización del presente proyecto, la principal es la finalización de los estudios y por tanto, la adquisición del título de graduada en enfermería, dado que recoge y demuestra los conocimientos que se han adquirido tanto, teóricos como prácticos, en un trabajo de investigación y con ello adquirir la destreza para llevar a cabo futuras investigaciones; así como un mayor conocimiento acerca del cuidado, y la relación que une la enfermería como disciplina por un lado y a la unidad familiar del paciente por el otro.

Como motivación profesional, existe gran interés en los cuidados humanizados y la importancia que tienen estos tanto para los pacientes como sus familiares. El objetivo como futura enfermera es ofrecer los mejores cuidados que estén al alcance. Este trabajo ha ayudado a constatar algo que ya se suponía; la familia es muchas veces sanadora para el paciente, y por lo tanto, si se quiere dar un cuidado holístico a los pacientes, también se tendrá que integrar a sus familiares en ese servicio de atención.

El interés personal que ha suscitado la realización de este trabajo, nació a partir de una clase de psicología donde se expuso un video de Gabi Hera, creador del proyecto Humanizando las Unidades de Cuidados Intensivos (HUCI), llamado “El Cuidado de lo invisible”. Este interés fue incrementándose a medida que se realizaban las prácticas en los hospitales y después de cursar la asignatura de Enfermería Intensiva, dado que en ella no solo se trataban los aspectos fisiopatológicos y técnicos, sino que hubo temas que trataron: la humanización, la crisis que producía el ingreso de un familiar, entre otras actividades desarrolladas. Por lo que se llegó a la conclusión que una buena comunicación y dar apoyo emocional por parte de los profesionales de enfermería a los pacientes y a sus familiares les ayuda a enfrentar la hospitalización a ambos, con confianza y seguridad.

Son varias las preguntas que surgen y dan comienzo al presente proyecto de investigación, que incluye aspectos tan relevantes como es el papel de enfermería, puesto que es crucial para aliviar el estrés de los familiares. Así, como la importancia de la comunicación, el apoyo emocional, identificar las necesidades cognitivas y emocionales de las personas que tienen a su familiar ingresado.

A raíz de estas cuestiones, se estableció un objetivo general: conocer la percepción de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI con respecto a los cuidados recibidos por parte de los profesionales de enfermería. Para ello, se pretende valorar la percepción de los familiares con respecto al apoyo emocional, la comunicación verbal y no verbal y analizar si el personal de enfermería identifica las necesidades tanto cognitivas como emocionales, que tienen los familiares de los pacientes ingresados.

El presente TFG es un proyecto de investigación. Se ha seleccionado un instrumento de recogida de datos (IRD) compuesto por dos partes. La primera, está formada por 6 preguntas para saber datos sociodemográficos de los encuestados. Y la segunda, por 28 ítems para valorar la percepción de los familiares con respecto al apoyo emocional, la comunicación verbal y no verbal aportada por enfermería, además de analizar si el personal de enfermería identifica las necesidades cognitivas y emocionales que tienen los familiares de los pacientes ingresados. Se pretende llevar a cabo en la UCI del Hospital Insular de Gran Canaria.

Asimismo, el periodo de recogida de datos será de dos meses y debido al tipo de muestreo utilizado, el no probabilístico consecutivo, el tamaño muestral dependerá de los pacientes que ingresen. Atendiendo a las cifras de ingresos del año 2018 en este centro, el tamaño muestral será aproximadamente de 200 personas. No obstante, esto depende de los pacientes que ingresen en esos dos meses y a los criterios de selección establecidos, entre los que se encuentra la voluntariedad del investigado en la participación. Para la recogida de datos se utilizará el programa Microsoft Excel (versión 16.13) y para su análisis el programa estadístico (SPSS) (versión 26.0) Statistical Package for the Social Sciences por sus siglas en inglés.

En cuanto a las limitaciones, éstas han estado relacionadas con la extensión del tema ya que es bastante amplio y ha sido complejo de enfocar, no obstante, mediante la

utilización de esquemas y la lectura de diferentes fuentes sobre el tema se ha podido encausar. Además, durante la búsqueda bibliográfica se dudó en utilizar textos que superaban los límites de tiempo debido a la relevancia que tenían. Cabe señalar que otro de los impedimentos que se encontró fue el no poder disponer de todos los artículos a texto completo que se querían debido a que suponían un coste.

El desarrollo del presente trabajo ha transcurrido desde el mes de diciembre del 2019 hasta el mes de abril del 2020.

Con el presente trabajo se ha pretendido dar pie a la reflexión sobre la importancia y los beneficios que tiene la humanización y el cuidado a las familias en el ámbito sanitario. Los cuidados al paciente son fundamentales pero no se debe menospreciar la atención a las familias.

I. FASE CONCEPTUAL.

1.1 Marco teórico.

1.1.1 Definición del tema.

La UCI en sí conlleva un conjunto de tecnología punta y aparatos de alta complejidad que ayudan a mantener con vida a los pacientes que están ingresados en este servicio. Dichas unidades especializadas están preparadas para el cuidado de individuos en estado crítico y relacionan sofisticadas tecnologías con la principal actividad de enfermería, el cuidado continuo (Navarro *et al.*, 2005).

Tal y como comenta Recoletas Red Hospitalaria (2020) la UCI consiste en un espacio polivalente, con un acceso bastante estricto debido a que los pacientes ingresados necesitan una alta vigilancia y cuidados específicos. En cuanto al personal de la UCI, está formado por un equipo multidisciplinar que consta de médicos intensivistas, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, celadores, limpiadoras, entre otros.

Por otro lado, según el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) (nd, p.2):

La medicina intensiva es la rama de la medicina que se ocupa del paciente crítico, considerado como aquel que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de severidad tal que representan una amenaza actual o potencial para su vida y al mismo tiempo, son susceptibles de recuperación.

Asimismo, Gien (2006) comenta que los requisitos clínicos por los cuales un paciente es hospitalizado en este servicio, normalmente, son problemas de uno o más órganos vitales, la necesidad de atención especializada o el requerimiento de medicación específica como es el caso de catecolaminas. Este autor enumera que las alteraciones más comunes que se pueden encontrar en la UCI son:

- Diversos tipos de shocks, como son el hipovolémico, el séptico, el neurogénico, etc.
- Hemorragia grave o hipovolemia grave.
- Problemas a nivel cardiocirculatorios.
- Trastornos respiratorios, como podrían ser la insuficiencia respiratoria aguda y/o ventilatoria, el tórax inestable, la neumonía grave, etc.

- Disfunciones metabólicas. Entre las que se encuentran las cetoacidosis diabética, el estado hiperosmolar no cetósico, el desequilibrio hidroelectrolítico, el estado ácido-básico, etc.
- Estado de coma.
- Politraumatismos.
- Intoxicaciones graves.
- Desnutrición grave.
- El requerimiento de hipotensores vía intravenosa.

Las UCI se crearon en los años 50, a consecuencia de la enfermedad de la poliomielitis, gracias a ellas personas con riesgo inminente de muerte pudieron alargar su vida. A raíz de eso, todos los pacientes con graves diagnósticos fueron tratados en este servicio y gracias a los avances de la tecnología y los profesionales, ha habido una disminución del número de fallecimientos de los pacientes hospitalizados en la UCI. Por lo que se puede decir que actualmente quien ingresa en esta unidad tiene una gran probabilidad de supervivencia. No obstante, a pesar del progreso tecnológico que ha habido, éste no ha ido relacionado con las habilidades sociales, algo que reclaman tanto los enfermos como sus familiares, quienes echan en falta un cuidado holístico (Rojas, 2019).

Esta situación es causada porque el personal sanitario afronta un lugar donde predominan altas tecnologías, para las cuales se necesitan habilidades cognitivas, competencias prácticas y deberes como profesional para llevar a cabo el cuidado de los aspectos fisiopatológicos. Esto genera que el equipo de enfermería proporcione un cuidado al paciente de manera técnica y en ocasiones deshumanizada. Algo que ha hecho reflexionar con respecto a la necesidad de implementar la humanización de los cuidados en este servicio (Milena y Guaqueta, 2019).

Asimismo, en la página web de Humanizando los Cuidados Intensivos (HUCI) (2020) se recalca que dicho proyecto se creó en el año 2014 y el creador de éste fue un médico intensivista llamado Gabi Heras. Para afrontar dicho reto, son 9 las líneas de investigación, las cuales se citan a continuación:

1. UCI de puertas abiertas.
2. Comunicación.
3. Bienestar y satisfacción del paciente.

4. Presencia y participación de los familiares en los cuidados intensivos.
5. Cuidados del profesional.
6. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos.
7. Infraestructura humanizada.
8. Formación en habilidades.
9. Cuidados al final de la vida.

Dicho proyecto, ha creado una guía para los familiares de los pacientes ingresados, con el propósito de satisfacer la necesidad que tienen de ser informados. En ella se detallan los aspectos más corrientes relacionados con la hospitalización de un ser querido en críticos. El objetivo de esta guía es informar respecto a las características específicas de la UCI, la dinámica y las normas del servicio, los recursos que tiene el familiar a su disposición y consejos para que el paciente y su familiares vivan este proceso de la manera más satisfactoria (HUCI, 2020).

En relación a la humanización, otro grupo de profesionales sanitarios propuso un modelo centrado en las competencias que deberían tener el personal sanitario para el cuidado, llamado el modelo “HUMAS”. Éste se centra en los siguientes cinco ítems: “la afectación, la autoeficacia, la comprensión emocional, la disposición al optimismo y la sociabilidad” (Pérez *et al.*, 2019).

Desde el año 1979, la enfermera Nancy Molter (cit in Escudero *et al.*, 2014) ya comentaba que el cuidado por parte de los profesionales se basaba únicamente en el paciente, ignorando los cuidados a la unidad familiar y destacaba lo necesario que era ésta, refiriendo que no estaba solo compuesta por los parientes directos sino también por las amistades. Además, según detalla Freitas *et al.* (2007), dicha enfermera en ese mismo año fue la primera persona en estudiar las necesidades de la familia de un paciente ingresado en la UCI. Para llevar a cabo su objetivo, Molter realizó un cuestionario con 45 preguntas, llamado Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI), en español Inventario de Necesidades Familiares de Cuidados Críticos. Posteriormente, diversos autores lo utilizaron de manera original y otros lo adaptaron o modificaron.

En cuanto a las necesidades, Escudero *et al.* (2014) y Pardavila y Vivar (2012), mencionan que tras el ingreso de un familiar en la UCI, a las familias les surgen cuatro tipos de necesidades: las emocionales, las sociales, las prácticas y las cognitivas. A continuación, se detalla cada una de ellas.

En primer lugar las necesidades emocionales se refieren a lo que sienten los familiares tras la hospitalización de su ser querido en este servicio (Pardavila y Vivar, 2012).

Asimismo, tal y como comentan Bautista *et al.* (2016) las alteraciones emocionales se inician desde que el familiar es hospitalizado y aumentan cuando es ingresado en la UCI, causando en los familiares ansiedad, angustia y estrés. Estas emociones son a consecuencia del distanciamiento, el temor al fallecimiento y sentimientos de connotación negativa o miedo sobre el lugar donde está ingresado su familiar (Bautista *et al.*, 2016).

Para entender mejor dicho proceso, Bernal-Ruiz y Horta-Buitrago (2014), lo explican en un árbol de problemas (figura 1).



Figura 1: Árbol de problemas que afronta los familiares cuando ingresan a un familiar en la UCI. Extraído de Bernal-Ruiz y Horta-Buitrago (2014).

Además, Bautista *et al.*(2016) comentan que todas las personas tienen necesidades emocionales, no obstante, dependiendo del individuo pueden variar. En definitiva, tener a un ser querido ingresado en la UCI, ocasiona desequilibrios emocionales y su evolución dependerá de las habilidades que tienen los familiares para afrontarlos. En

este sentido, enfermería tiene un papel fundamental para dar un apoyo emocional completo y eficaz, que ayude a mejorar la situación por la que está pasando la familia. Este apoyo, según Bautista *et al.* (2016) tiene que estar compuesto de “empatía, confianza, comprensión y sensibilidad”.

En segundo lugar, en cuanto a las necesidades sociales durante la hospitalización en la UCI de su familiar, se ocasiona un cambio de roles, dificultando las relaciones y recayendo responsabilidades sobre otros componentes de la familia. Esta situación, por ende, conlleva un cambio drástico en cuanto a la vida social y familiar. Por lo que en estos momentos, la familia suele necesitar soporte de sus seres queridos (amigos, otros miembros de la familia...) (Pardavila y Vivar, 2012).

Con respecto a esto, Errasti-Ibarrondo y Tricas-Sauras (2012), añaden que dentro de esta necesidad se incluye la proximidad, es decir, la posibilidad de ver a su ser querido con frecuencia. La visita favorece el contacto entre el enfermo y su familia incidiendo, que esta necesidad se incrementa cuando su ser querido se encuentra al final de la vida, algo que se vive frecuentemente en la UCI.

Otro tipo de necesidades son las prácticas, las cuales hacen referencia a las infraestructuras que ayudan a que los familiares se encuentren cómodos, mientras dura la hospitalización. Es decir, las salas de espera, las cafeterías, la localización del hospital, etc. Sin embargo, según algunos autores esta necesidad es la menos relevante para la familia (Pardavila y Vivar, 2012).

Por otra parte, Gómez-Tello y Ferrero (2016) afirman que humanizar las infraestructuras puede beneficiar tanto en el estado físico como mental, de los pacientes, sus familiares y el equipo sanitario; ya que la mejora del entorno puede aliviar el paso por la UCI.

Y por último, las necesidades cognitivas están relacionadas con la necesidad de obtener información sobre el estado de su familiar y la complejidad del lugar que le rodea, la UCI. Según diversos estudios, éstas son las más importantes para los familiares (Pardavila y Vivar, 2012).

En esta misma línea, la demanda de información es la mayor de las necesidades comentadas por pacientes y familiares, que a consecuencia del estado en el que se

encuentran los usuarios, el derecho de obtener información se traslada a la familia (Velasco y Heras 2017). Por lo que es importante que la información por parte de las enfermeras y los médicos esté cohesionada para que así la familia obtenga unos buenos conocimientos de la situación (Pardavila y Vivar, 2012).

Según Pardavila y Vivar (2012), los familiares esperan que el equipo de enfermería les explique sobre las constantes vitales, la atención, el confort, el descanso del paciente, la medicación, datos sobre el servicio, así como la tecnología utilizada, un número para contactar y el personal. En relación a esto, Velasco y Heras (2017) comentan que en el acto de informar, enfermería da escasa información y no es concisa, aún cuando son el eje principal de cuidar tanto al paciente como a su familia.

También García *et al.* (2015), manifiestan que la falta de comunicación por parte del personal de enfermería es causada porque piensan que no tienen el deber de transmitir la información, creen que ésta recae sobre la figura del médico, evitándolo en muchas ocasiones para que no surjan conflictos. Situación que proporciona inseguridad en el personal de enfermería, generando así que no se relacionen con los seres queridos de su paciente. A pesar que diversos estudios detallan que las enfermeras se consideran el personal sanitario que mayor tiempo pasa con las familias y con quienes el diálogo es más efectivo (García *et al.*, 2015).

Es importante resaltar, según Pardavila y Vivar (2012) que muchas veces la información es ambigua, se da de manera rápida y en una situación fría. Una mala forma de relacionarse con las familias desarrolla en éstas diversos sentimientos negativos. En este sentido, varios autores plantean que la información a la familia debe ser expuesta de manera sencilla, organizada y en un contexto asertivo. Asimismo, Álvarez y Kirby (*cit. in* Pardavila y Vivar, 2012) añaden que la información debe proporcionar esperanza sin dar falsas ilusiones.

Otro aspecto a tener en cuenta según Bautista *et al.* (2016) es la comunicación no verbal en la cual se engloba el lenguaje corporal y las emociones que acompañan al interlocutor. Éste es un valioso medio de relacionarse, puesto que sin la presencia del lenguaje hablado o escrito, se transmite mayor contenido. Además, no se realiza desde la conciencia por lo que no es modificable. Ésta, según detalla Bautista *et al.* (2016) “se

realiza a través de: el tono de voz, la mirada, la apariencia física, la postura y la marcha, la expresión facial (gestos) y la expresión corporal”.

En definitiva, el personal de enfermería, al reconocer las necesidades de las familias puede ayudar a aportar un cuidado, un apoyo y un asesoramiento que mejore la experiencia de los familiares y les facilite las herramientas necesarias para superar mejor la situación que están viviendo tal y como comentan Pardavila y Vivar (2012).

1.1.2 Conceptos clave.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): Según el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010, p. 14), se define como:

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, la UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

Familia: Según el modelo ecológico de Bronfrenbrenner (*cit in* Llamas-Sánchez *et al.*, 2009, p.51):

La familia es un sistema abierto que funciona a modo de unidad y en el que todos sus miembros están íntimamente relacionados, de manera que cualquier efecto adverso que afecte a uno de sus miembros repercute de forma negativa sobre los demás, lo que da lugar a una situación de crisis y desestabilización.

Enfermería: Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2002):

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

Cuidado humanizados: Según Pérez *et al.* (2019, p.63):

La Humanización se define como un conjunto de competencias personales que permiten desarrollar la actividad profesional, dentro del ámbito sanitario, velando por la dignidad y el respeto hacia el ser humano. Es, por tanto, una actividad enfocada a la mejora del cuidado de la salud, tanto física como mental y emocional, dirigida tanto a pacientes y familiares, como a los propios profesionales sanitarios.

1.1.3 Estudios de investigación.

En este apartado, se enumeran tres estudios de investigación los cuales presentan semejanzas con este trabajo, ya que por un lado tratan sobre las necesidades y el apoyo emocional de las familias, y por otro del cuidado de enfermería a las familias. En el desarrollo de cada investigación se detallan sus autores, medio de publicación, fecha, objetivos, diseño y resultados, o las conclusiones del autor.

Título: “Necesidades de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos”.

- Autores: Pardavila, M.I. y Vivar, G.C.
- Fecha: 2012. Pese a que no es un artículo recientemente publicado, se ha tenido en cuenta por considerarse de gran relevancia.
- Medio: Artículo de revista científica, “Enfermería Intensiva”.
- Diseño: Revisión de la literatura.
- Objetivo: Analizar y presentar las necesidades de las familias del paciente crítico.
- Conclusiones: Enfermería tiene un papel importante en la UCI para analizar las necesidades que los familiares tienen a lo largo de la hospitalización de su ser querido y así brindarles una atención de ayuda, apoyo y asesoramiento que mejore la angustia de éstos.

Título: “Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional”

- Autores: Bautista, L.M. *et al.*
- Fecha: 2016.
- Medio: Artículo de revista científica, “Revista CUIDARTE”.
- Diseño: Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

- Objetivos: Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la UCI de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta.
- Resultados: El 80% de la percepción de los familiares era favorable.
- Conclusiones: La humanización de la UCI ayuda a valorar a la familia como un eje central de la atención asistencial, ya que, la familia sea participativa ayuda a que esté más sana y con instrumentos para combatir contra la situación de la hospitalización de un familiar en este servicio.

Título: “La relación terapéutica con la familia del paciente crítico”.

- Autores: García, D. *et al.*
- Fecha: 2016.
- Medio: Artículo de revista científica, “Metas enfermeras”.
- Diseño: Revisión bibliográfica.
- Objetivo: Analizar la relación terapéutica entre las/os enfermeras/os y las familias de pacientes ingresados en las UCI.
- Conclusiones: Enfermería tiene la misión de transformar los cuidados clásicos en cuidados humanizados, centrándose en una atención holística del paciente y por lo tanto integrando a la familia. Para llevar a cabo esto se debe trabajar en los procesos de información y comunicación, la incorporación de las familias en las actividades enfermeras y la reflexión en la política de visitas.

1.2 Justificación.

Para justificar el tema de estudio es necesario hacerlo desde diferentes enfoques, siendo: el interés sanitario, el social, el profesional, el administrativo, el económico, el científico y el ético. Además, del motivo de la realización de éste, el cual se cita a continuación.

El problema de estudio por el cual se ha decidido realizar dicho trabajo, es que la UCI, es un lugar donde lo tecnológico y las habilidades prácticas resaltan sobre los vínculos y

las relaciones emocionales. Convencionalmente la atención se ha enfocado en el enfermo y se ha desatendido que éste es componente de una unidad-familiar, por lo que, para proporcionarle una atención holística, también se tiene que integrar a su familia como receptores de cuidados (Llamas-Sánchez, 2009).

Respecto al interés sanitario, diversos estudios posicionan a los familiares como un útil instrumento para llevar a cabo un cuidado integral del enfermo. Teniendo en cuenta que ayudan a disminuir el estrés y el delirium procedentes de la patología y la yatrogenia, incluso que no se ven complicaciones derivadas de la presencia de los familiares junto a su ser querido, y a su vez favorece que sea más ameno su paso por el servicio. Y el hecho de que sus familiares les acompañen, ayuda a facilitar el diálogo y la seguridad al paciente, dado que les proporcionan un mejor entendimiento de lo que quiere expresarle los profesionales sanitarios. Asimismo, los familiares tienen datos que pueden contribuir en los resultados médicos del enfermo, por lo que se ha recomendado que haya una participación de las familias con el personal sanitario en las consideraciones sobre el cuidado de su familiar hospitalizado (Sánchez *et al.*, 2016). Y en el caso de que el paciente haya estado enfermo en su casa, sus familiares han sido los cuidadores principales, conocen al paciente, saben las necesidades que tiene, sus preferencias y pueden dar información sobre él (Achury y Pinilla, 2016).

También Aliberch y Miquel (2015), comentan que incluir a las familias en la UCI, no solo mejora la necesidad familiar, sino que también ayuda a disminuir la cantidad de estrés que sufren los pacientes y sus familiares. Además, de aumentar la satisfacción de estos al finalizar la hospitalización en este servicio.

En cuanto al ámbito social, es relevante por parte del personal de enfermería aportar información y comunicarse de manera adecuada con la familia, ya que la necesidad cognitiva es de las más relevantes para ellos, debido a que el ingreso de su familiar produce mucho estrés y a consecuencia muchas incógnitas (García *et al.*, 2015). Lo confirma el estudio realizado por Schimidt y Azoulay (2012) con respecto a los integrantes de la familia de un paciente ingresado en la UCI, el 70% presentan sintomatología ansiosa y el 35% depresiva. Por otro lado, también son comunes los síntomas de los trastornos de estrés agudo y estrés postraumático. García *et al.* (2015)

concluyen que gracias a una buena comunicación se puede crear un vínculo terapéutico que les facilite una estancia de su familiar más llevadera.

Por lo que se refiere al interés profesional, la figura de enfermería de la UCI es muy importante porque son los encargados de atender, cuidar y contener a los pacientes en estado crítico las 24 horas. Teniendo en cuenta esto, el resto del equipo multidisciplinar de intensivos se dirige a ellos para saber el estado del paciente (Villagra y Ruoti, 2018). Tal y como ya se ha comentado, la hospitalización de un paciente en la UCI genera problemas en sus familiares de manera psicológica y social, lo que produce que necesiten de un cuidado específico. La familia requiere de una fase de adaptación, que mientras ocurre, también se convierten en sujetos de cuidado. Por lo que en esta fase, enfermería como profesionales tienen una labor muy importante para analizar las necesidades de los familiares, solventar las incertidumbres y motivar a vencer sus miedos. No obstante, tanto en la literatura del ámbito nacional como internacional no hay patrones que contemplen a la familia, sino que la sanidad se centra en el enfermo (Llamas-Sánchez *et al.*, 2009).

Acerca de la perspectiva administrativa, según Heras (2017), promotor del Proyecto HUCI, argumenta que “más del 60% de las UCI en España cuentan con proyectos de humanización” y que ha sido llevado a cabo a través del “diseño de procesos, tecnología y protocolos centrados en el paciente que impactan en la calidad asistencial, la seguridad y la eficiencia de la atención sanitaria”. Según esto, en la actualidad hay más de la mitad de las UCI en España que van más allá de aportarles un cuidado clásico a sus pacientes.

Desde el punto de vista económico, según detallan Juárez-Rodríguez y García-Campos (2009), el cuidado por parte de enfermería tiene gran relevancia debido a que éste afecta y forma parte del rendimiento del sistema sanitario, siendo indispensables para obtener algunos objetivos finales como son la satisfacción y menor tiempo de hospitalización, mayor rendimiento y mejor calidad en la atención.

Con respecto al progreso de la tecnología, tal y como concluyen en su trabajo Arreondo-González y Silez-González (2009), ésta tiene que servir como medio, no como fin para ayudar al enfermo. La tecnología ha ayudado a progresar y muchas veces se le ha

atribuido ser la gran culpable de la deshumanización. No obstante, esto tiene más relación con la forma de proporcionar los cuidados que con la tecnología en sí misma. Por lo que se refiere a esto, según un artículo publicado en el periódico Redacción Médica (2020), en este momento debido a la pandemia de coronavirus, un gran número de enfermos se encuentran aislados en UCI, sin poder comunicarse con sus seres queridos. Sin embargo, gracias a los profesionales sanitarios, esta situación está siendo revertida, ya que los enfermos se están pudiendo comunicar con sus familiares mediante videollamadas. Manifestando así, que la tecnología está siendo la gran aliada hoy en día y en la mayoría de las veces, el único utensilio que tienen los enfermos para volver a mantener el contacto con sus familiares.

Y finalmente, desde el punto de vista ético, Escobar-Castellanos y Cid-Henriquez (2018) comentan que la enfermería no solo requiere de habilidades técnicas sino que tiene como deber cuidar al paciente de manera integral, considerándolo, como ser humano y no como enfermedad. Además, cuidar también concierne a la unión paciente-enfermera y a la manera de entrar en contacto por parte del profesional. Por lo que el cuidado humanizado, según Baeza y Quispe (2020), se basa en la ética de cuidado ya que está compuesto de aspectos emocionales-afectivos y se distancia de lo racional y universal que se le ha atribuido al cuidado clásico.

Teniendo en cuenta lo expuesto, surgen varias preguntas de partida:

- ¿Potenciar la comunicación y el apoyo emocional a los familiares de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos por parte del personal de enfermería de dicho servicio favorecería a aliviar el sentimiento de estrés al que se ven sometidos por la hospitalización de su familiar?
- ¿La identificación de las necesidades cognitivas y emocionales de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos por parte del personal de enfermería favorecería al desarrollo de una mejor experiencia durante el ingreso?

A raíz de éstas, se formulan una serie de hipótesis iniciales:

- Que el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos identifique las necesidades cognitivas y emocionales de los familiares de los pacientes ingresados, mejoraría la experiencia de estos durante el ingreso.
- Una buena comunicación con las familias de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, por parte de los profesionales de enfermería, disminuiría los niveles de estrés a los que son sometidos.
- Brindar apoyo emocional a las familias de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, por parte del personal de enfermería, mejoraría la relación terapéutica enfermera-familia.

1.3 Objetivos.

El objetivo general de dicho estudio es: Conocer la percepción de los cuidados recibidos por parte de los profesionales de enfermería a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los objetivos específicos seleccionados son:

- Valorar la percepción de la comunicación verbal y no verbal que dan los profesionales de enfermería a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Analizar la identificación de las necesidades cognitivas que tienen los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos por parte de los profesionales de enfermería.
- Analizar la identificación de las necesidades emocionales que tienen los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos por parte de los profesionales de enfermería.
- Conocer la percepción del apoyo emocional recibido por los profesionales de enfermería a los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

II. FASE METODOLÓGICA.

2.1 Tipo de estudio.

El presente estudio es una evidencia científica de tipo observacional descriptivo de corte transversal y de abordaje cuantitativo, cuya finalidad es resolver la pregunta de partida, la cual se encuentra en el apartado 1.2 y los objetivos ubicados en el apartado 1.3.

2.2 Medio.

El proyecto de investigación se va a llevar a cabo en la UCI del Hospital Insular de Gran Canaria. Dicho centro se encuentra en la isla de Gran Canaria, en su capital. A continuación, se ampliará la información al respecto.

La isla de Gran Canaria, pertenece a la Comunidad Autónoma de Canarias. Según el Instituto Canario de Estadísticas (ISTAC) (2019) la población total de la isla es de 851.231 habitantes. Concretamente, el presente trabajo se desarrolla en el municipio Las Palmas de Gran Canaria, el cual tiene una población aproximada de 379.925 habitantes (ISTAC, 2019).

Tal y como se nombra en la página del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria (2019), esta ciudad está compuesta por cinco distritos que a su vez se componen de diversos barrios. Los distritos son:

1. Vegueta-Cono Sur-Tafira.
2. Centro.
3. Isleta-Puerto-Guanarteme.
4. Ciudad Alta.
5. Tamaraceite-San Lorenzo-Tenoya.

El estudio del presente TFG, está ubicado en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI). Situado en el barrio de San Cristobal, en la Avenida Marítima del Sur (Servicio Canario de Salud, 2018). Se encuentra en el distrito Vegueta-

Cono Sur-Tafira, habitado por 72.548 personas según consta en la página del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria (2019).

El CHUIMI forma parte de la red de hospitales públicos del Servicio Canario de la Salud, perteneciente a la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. El Complejo Hospitalario, está compuesto por el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias y por el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Ambos son centros de referencia en la Comunidad Autónoma de Canarias (Gobierno de Canarias, nd) y cuentan con un total de 916 camas según cita el Gobierno de España (nd).

A continuación, se describirá la UCI del Hospital Insular según Sánchez *et al.* (2015) quienes la detallaron en el Protocolo Docente del Servicio de Medicina Intensiva, de dicho hospital.

La UCI está diseñada para cubrir las necesidades de un hospital terciario, que atiende a toda el área sur de Gran Canaria y es el hospital de referencia de la isla de Fuerteventura. Aproximadamente, acuden al hospital 300.000 personas/año ya que a la población autóctona se le suma una gran concurrencia de turistas. Dicho servicio se encuentra en la tercera planta. Es de carácter polivalente y está compuesto por cuatro módulos, con ocho boxes en cada uno, es decir 32 camas totales. En la actualidad están disponibles 30 de los boxes. Los módulos están organizados dos en el ala este y dos en el ala oeste y se encuentran independientes e interconectados por una zona central.

Cada módulo cuenta con 8 boxes; además dispone de: zona central de enfermería con un monitor de telemetría, archivo de historias clínicas y pruebas de imagen, material de administración, lavamanos quirúrgico, tres teléfonos, carro de parada, material para el transporte del paciente crítico, almacén de medicación, almacén de procedimientos técnicos, almacén de fungibles y zona de limpieza.

Cada box, por su parte, está equipado con: electricidad y agua, conexiones de vacío, oxígeno, aire medicinal, respirador, monitor de cabecera, carro de material fungible, lavamanos, ordenador y cama.

Los recursos humanos con los que cuenta la unidad son:

- Un jefe de servicio, diecisiete médicos especialistas y diez residentes.

- En relación a enfermería se divide en:
 - Una supervisora.
 - Cuatro enfermeras y auxiliares de enfermería de mañana (uno por cada módulo) que son los responsables de revisar aparatos, los stocks, la medicación, el carro de parada, etc.
 - Enfermeras, con un ratio de una por cada dos pacientes (15 enfermeras por cada turno).
 - Auxiliares de enfermería, con un ratio de una por cada dos o tres pacientes (11 auxiliares de enfermería por cada turno).
- En cuanto a los celadores, hay tres de mañana, dos de tarde y uno en la noche.
- Un fisioterapeuta.
- Una secretaria.
- Por lo que se refiere a limpieza hay cuatro limpiadoras en la mañana, dos en la tarde y por la noche depende de las necesidades.
- Además de personal de mantenimiento de instalaciones, sistemas informáticos y equipos de electromedicina.

2.3 Población, muestra y tipo de muestreo.

La población total del estudio es hipotética, ya que depende de los pacientes ingresados en la unidad en los meses que se lleve a cabo el estudio. No obstante, estaría formada por un familiar de primer o segundo grado de los pacientes ingresados y que además, cumpliera con los criterios de inclusión y exclusión. En el caso de que hubiera dos o más familiares que cumplieran con los criterios de selección, se le realizaría la encuesta a quien más visite a su ser querido y su parentesco sea de primer grado, dándole mayor importancia a la pareja y después a los padres.

El tipo de muestreo que se utilizará es el no probabilístico consecutivo, ya que según Salamanca (2018, p. 293), “consiste en reclutar a todos los individuos de la población accesible que cumplan con los criterios de selección durante el período de reclutamiento fijado para el estudio”.

Teniendo en cuenta que el período de aplicación del instrumento, es decir, la realización de la encuesta será de dos meses. Atendiendo a la Memoria del 2018 del CHUIMI en la que se detallan el número de ingresos en la UCI, hace dos años los ingresos mensuales fueron alrededor de 100 pacientes. Aproximadamente y siguiendo esa regla, la muestra sería de 200 participantes. No obstante, está sujeta al número de ingresos que existan en esos dos meses y a los criterios de selección entre los que se encuentra la voluntariedad del allegado para participar en el estudio. A continuación, se citan los criterios de exclusión e inclusión utilizados en el presente TFG.

Por un lado, los criterios de inclusión, establecidos para la selección de los participantes son:

- Ser familiar de primer o segundo grado de un paciente ingresado en la UCI.
- Visitar diariamente a su familiar.
- Ser mayor de edad.
- Que nunca haya tenido a otro familiar ingresado en la UCI.
- Aceptar voluntariamente participar en el estudio.

Por otro lado, se tendrán en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Ser menor de edad.
- Presentar deterioro cognitivo que le impidiese responder adecuadamente a las preguntas del estudio.
- Haber sido diagnosticado recientemente de algún trastorno psicológico que pudiera interferir en la evaluación.

2.4 Variables.

En cuanto a las variables utilizadas en el presente estudio, se clasificarán a continuación según las tablas utilizadas en el instrumento de recogida de datos (IRD), donde se detallará el valor final, el tipo de variable y la escala que se empleará para valorarla.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.			
Variable.	Valor final.	Tipo de variable.	Escala.
Edad.	Edad en años.	Cuantitativa.	Intervalos.
Sexo.	Femenino/Masculino.	Cualitativa.	Nominal.
Nivel de estudios.	•Sin estudios/ •Estudios primarios/ •Estudios secundarios (bachillerato, Formación profesional)/ •Estudios superiores (Grado, Formación profesional superior)/ •Otro.	Cualitativa.	Nominal.
Parentesco.	Padre/ Madre/Pareja/ Hij@/Herman@/ Otro.	Cualitativa.	Nominal.
Tiempo de ingreso de su familiar.	Tiempo en días.	Cuantitativa.	Intervalos.
Tipo de ingreso de su familiar.	Urgente/ Programado.	Cualitativa.	Nominal.

Tabla 2. Variables apoyo emocional.			
Variable.	Valor final.	Tipo de variable.	Escala.
Las enfermeras no les propician la expresión de emociones.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal
Las enfermeras aprovechan las ocasiones para darles ánimos.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras toman su mano cuando les observan tristes o afligidos.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras observan su angustia y no se acercan a tranquilizarlos.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.

Variable.	Valor final.	Tipo de variable.	Escala.
Las enfermeras muestran poca precaución por su estado emocional.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras no suelen consolarles cuando les observan tristes o llorando.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras les tranquilizan con palabras de aliento.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras no tienen interés por saber si están tristes.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Cuando conversan con las enfermeras sobre su preocupación o aflicción ellas muestran interés.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.

Tabla 3. Variables comunicación verbal.

Variable.	Valor final.	Tipo de variable.	Escala.
Las enfermeras no conversan con ustedes.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras les orientan durante su visita.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.

Variable.	Valor final.	Tipo de variable.	Escala.
Las enfermeras les explican sobre los procedimientos generales, que se les realizan a su familiar.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras utilizan un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder alguna inquietud.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras no les preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su familiar en estado crítico.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras pasan frente a ustedes sin saludarles.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras suelen orientarles sobre lo que deben de hacer con sus sentimientos de angustia.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras no responden de forma cortés a las preguntas que les hacen.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.

Tabla 4. Variables comunicación no verbal.

Variable.	Valor final.	Tipo de variable.	Escala.
Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con ustedes.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.

Variable.	Valor final.	Tipo de variable.	Escala.
Las enfermeras les explican los procedimientos con paciencia.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras fruncen la frente cuando preguntan repetidas veces sobre un mismo tema.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
La enfermera le mira de manera cálida al responder alguna inquietud.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras les reciben con una expresión indiferente.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras prestan atención cuando les preguntan algo.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras dialogan serenamente con ustedes.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atenderles.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Cuando pregunta repetidas veces sobre lo que les han explicado las enfermeras no se muestran molestas.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.
Las enfermeras les saludan cuando llegan.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Indiferente/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo.	Cuasicuantitativa.	Ordinal.

Tablas de creación propia.

2.5 Instrumento de recogida de datos.

Como instrumento de recogida de datos (IRD), se ha utilizado una encuesta dividida en dos partes.

En primer lugar, se formularán 6 preguntas para saber los datos sociodemográficos de los familiares participantes, realizadas por la autora del presente TFG.

Y en segundo lugar, se encuentra una encuesta extraída del artículo creado por Bautista *et al.* (2016), titulado “*Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional*”. La encuesta originalmente fue creada por Franco (2003) en su estudio “*Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Regabliati,*”. Esta encuesta fue validada mediante el juicio de expertos y fue sometida al coeficiente de Pearson, y con respecto a la confiabilidad, se ejecutó el alfa de Crombach, en la que obtuvo un 0.8 de confiabilidad, según detalla Bautista *et al.* (2016). Además, se realizó una prueba piloto en un hospital con características similares a donde lo llevo a cabo Franco. En el presente TFG se han editado los ítems de las tablas, debido a que estaban en tercera persona y de cara a entregárselo a los familiares podía haber dificultades en la comprensión.

Dicho IRD valora la percepción que tienen los familiares de los pacientes ingresados en la UCI con respecto al apoyo emocional, la comunicación verbal y la comunicación no verbal que les transmite el personal de enfermería.

Se escoge esta encuesta debido a que es una herramienta breve, sencilla, de fácil comprensión y de accesible aplicación. Está constituida por 28 ítems con respuesta en escala de tipo likert, que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Además, cuenta con una puntuación mínima de 28 puntos y una máxima de 140 puntos.

A continuación se citan los ítems que corresponden a los objetivos presentados de forma resumida:

En relación a estos objetivos:

- Analizar si el personal de enfermería identifica las necesidades emocionales de los familiares.
- Valorar la percepción general de los familiares con respecto al apoyo emocional recibido por parte del personal de enfermería.

Se usarán los ítems citados a continuación:

Tabla 5. Ítems apoyo emocional.
Las enfermeras no les propician la expresión de emociones.
Las enfermeras aprovechan las ocasiones para darles ánimos.
Las enfermeras toman su mano cuando les observan tristes o afligidos.
Las enfermeras observan su angustia y no se acercan a tranquilizarlos.
Las enfermeras muestran poca precaución por su estado emocional.
Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas.
Las enfermeras no suelen consolarles cuando les observan tristes o llorando.
Las enfermeras les tranquilizan con palabras de aliento.
Las enfermeras no tienen interés por saber si están tristes.
Cuando conversan con las enfermeras sobre su preocupación o aflicción ellas muestran interés.

En cuanto a los objetivos:

- Valorar la percepción de los familiares con respecto a la comunicación verbal y no verbal por parte de los profesionales de enfermería.
- Analizar si el personal de enfermería identifica las necesidades cognitivas de los familiares.

Se utilizarán para llevarlos a cabo los siguientes ítems:

Tabla 6. Ítems comunicación verbal.
Las enfermeras no conversan con ustedes.
Las enfermeras les orientan durante su visita.
Las enfermeras les explican sobre los procedimientos generales, que se les realizan a su familiar.

Tabla 6. Ítems comunicación verbal.
Las enfermeras utilizan un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder alguna inquietud.
Las enfermeras no les preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su familiar en estado crítico.
Las enfermeras pasan frente a ustedes sin saludarles.
Las enfermeras suelen orientarles sobre lo que deben de hacer con sus sentimientos de angustia.
Las enfermeras no responden de forma cortés a las preguntas que les hacen.

Tabla 7. Ítems comunicación no verbal.
Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con ustedes.
Las enfermeras les explican los procedimientos con paciencia.
Las enfermeras fruncen la frente cuando preguntan repetidas veces sobre un mismo tema.
La enfermera le mira de manera cálida al responder alguna inquietud.
Las enfermeras les reciben con una expresión indiferente.
Las enfermeras prestan atención cuando les preguntan algo.
Las enfermeras dialogan serenamente con ustedes.
Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atenderles.
Cuando pregunta repetidas veces sobre lo que les han explicado las enfermeras no se muestran molestas.
Las enfermeras les saludan cuando llegan.

Tablas de creación propia.

De forma general las respuestas se clasificarán en tres grupos:

- Percepción favorable (PF): > 78 puntos.
- Percepción indiferente (PI): 75-77 puntos.
- Percepción desfavorable (PD): < 74 puntos.

Dependiendo si la proposición es afirmativa se puntuará diferente a sí es negativa.

Si la proposición es afirmativa los valores serán:

- Totalmente de acuerdo (TA): 5.

- De acuerdo (DA):4.
- Indecisión (I):3.
- En desacuerdo (ED):2.
- Totalmente en desacuerdo (TD):1.

En cambio, si la proposición es negativa, los valores serán:

- Totalmente de acuerdo (TA): 1.
- De acuerdo (DA):2.
- Indecisión (I):3.
- En desacuerdo (ED):4.
- Totalmente en desacuerdo (TD):5.

Con respecto a los participantes del estudio, serán familiares de primer o segundo grado que cumplan los criterios de selección (mencionados en el apartado 2.3) de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Insular de Gran Canaria durante los dos meses que se lleve a cabo el proyecto.

El IRD será presentado en formato papel y se llevará a cabo solo una vez, tras haber tenido el primer contacto la entrevistadora con el familiar. Es una encuesta de tipo autoadministrada, que presentará y guardará durante todo el proceso hasta su análisis Arianna Cruz Herrera y la realizará el entrevistado.

La encuesta se realizará en las horas próximas al tiempo de visitas, dicho horario es de 12:00 a 13:00 en las mañanas y en las tardes de 16:00 a 18:00. Por lo que se les entregará después de haber finalizado su visita para no restarles tiempo de estar junto a su familiar. El tiempo aproximado para responder a las preguntas será de 20 minutos, y la ejecución de ésta será en una sala vacía de la UCI, la cual se le pedirá a la supervisora.

2.6 Aspectos éticos.

De cara al desarrollo de este TFG se ha tenido en cuenta no realizar las siguientes faltas éticas:

- En cuanto a la falsificación, Hernández (2007), define que el acto de falsificar es:
Proporcionar datos o métodos falsos dentro de un estudio. Los datos correctos existen, pero los autores modifican los valores a su antojo, con el fin de obtener un resultado favorable a la hipótesis del estudio.
- En lo que concierne a la fabricación o invención, tiene lugar cuando los investigadores se inventan todos o una parte de los datos de un estudio que se va a publicar (San Román, 2011).
- Con respecto al plagio, según Elli (2015, p.60) el plagio es “la apropiación de las ideas, procesos, resultados o palabras de otra persona sin haberles reconocido el crédito apropiado, presentándolas como originales y sin citar la fuente”.
 - Para no cometer esta falta ética en el presente estudio, se ha parafraseado al autor. Asimismo, cuando se ha realizado una cita directa, ésta se ha diferenciado por un lado entre comillas, cuando no superaba las dos líneas. Y por otro lado cuando era superior a dos líneas se ha separado y la letra se ha colocado a número 10. Para no efectuar plagio, se ha referenciado a los autores de donde se extraía la información.

Además, cuando se llevase a cabo la fase empírica de este TFG, se contemplarían los principios éticos de Belmont, es decir el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia. Los cuales se describen a continuación:

Con respecto al principio de autonomía, Martín (2013) lo define como “ la capacidad de autodeterminación, de actuar libremente y conscientemente, sin condicionantes externos”. Según Salamanca (2018) dentro de este principio existen dos derechos, los cuales son:

- El derecho de autodeterminación: En este se detalla que los participantes tienen el derecho de elegir si participan en el estudio sin el riesgo de estar sometidos a represalias o a un trato desigual. También dentro de este derecho entra que los sujetos puedan dar por concluida su participación cuando ellos decidan (Salamanca, 2018).
- El derecho a conocimiento al irrestricto de información: Los partícipes tienen el derecho de estar informados con respecto a todo lo relacionado con el estudio antes de expresar si quieren o no estar involucrados en él (Salamanca, 2018).

El principio de beneficencia, tal y como comenta Arguedas-Arguedas (2010), está relacionado con la obligación de no hacer daño a los sujetos, realizando el mínimo de perjuicio y el máximo de beneficios. En la misma línea Salamanca (2018) añade que se debe proteger a los participantes tanto del de las repercusiones físicas como psicológicas. En este principio se encuentran:

- La garantía de no explotación: La participación en el estudio no debe posicionar a los sujetos en desventajas. Además se debe garantizar que los resultados obtenidos no se usarán en su contra (Salamanca, 2018).
- La razón riesgo/beneficio: El investigador debe valorar si existen riesgos y beneficios para el participante, además estos se les tiene que comunicar. Asimismo, el número de beneficios debe ser mayor que el de riesgos (Salamanca, 2018).

Finalmente, el cuanto al principio de justicia, Salamanca (2018) añade que en éste se incluyen el derecho a un trato justo y el derecho a la privacidad. Ambos se explican a continuación:

- Derecho a un trato justo: Este derecho concierne a que haya un trato justo y que sea ecuánime entre los participantes al principio, durante y al final de la realización del estudio (Salamanca, 2018).
- Derecho a la privacidad: Este derecho está relacionado con la privacidad del participante mediante el anonimato y del compromiso de confidencialidad, en el cual el autor del trabajo se responsabiliza de no ceder datos de manera que se pueda identificar al sujeto (Salamanca, 2018).

Para respetar el principio de autonomía el trabajo cuenta con un consentimiento informado, ubicado en el ANEXO III, creado por la autora del trabajo. Según Salamanca (2018, p.87) el consentimiento informado se define como “el procedimiento que garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el estudio, después de haber comprendido la información que se le ha dado al mismo”. Además, añade que para llevarse acabo se necesita la ejecución de los siguientes requisitos:

- El individuo tiene las competencias y la capacidad legal para otorgar su consentimiento.

- El sujeto ha obtenido y entendido los datos sobre el estudio para poder elegir si acepta participar o no.
- El participante decide de manera voluntaria participar en el estudio y sabe que puede anular su consentimiento en caso de que no quiera seguir participando.

Asimismo, de cara al tratamiento de los datos, una vez realizada la fase empírica, no habrá ni falsificación, ni fabricación o creación de datos.

Finalmente, debido a que es una evidencia científica, pero no se lleva a cabo la fase empírica se adjunta en el ANEXO II el “Registro de proyecto de investigación” y en el ANEXO V el “Informe de actividad del Comité de Ética Asistencial (CEA)”, ambos han sido cedidos por el complejo hospitalario donde se va realizar dicho proyecto, tras solicitar la autorización para su uso.

2.7 Previsión de tratamiento y presentación de los datos.

En primer lugar se contemplará que en las encuestas hayan sido respondidas todas las preguntas de la segunda parte, ya que en caso de no saber qué contestar, una de las posibles respuestas es “indiferente”. Respecto a la primera parte, en el caso de que no se realizara, no perjudicaría debido a que son datos secundarios para la investigación.

Tras haber corroborado que están completas las encuestas, se ordenarán todos los datos recogidos y el número de veces que se ha obtenido cada resultado. Además, se clasificarán por categorías para darle a cada una el resultado obtenido según el instrumento, para esto se utilizará el programa Microsoft Excel (versión 16.13).

Con respecto al análisis de las variables, se analizará una a una y se empleará el programa estadístico (SPSS) (versión 26.0) Statistical Package for the Social Sciences por sus siglas en inglés. Con respecto a los cálculos realizados, en cuanto a las variables cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central como la media y la mediana. Y en las variables cualitativas y cuasiexperimentales, se calculará la frecuencia, el porcentaje de cada una de ellas, y la desviación estándar de los datos obtenidos en las encuestas realizadas.

Para la representación de los datos, se empleará tres gráficos de sectores, uno para el apoyo emocional, otro para la comunicación verbal y finalmente uno para la comunicación no verbal. Además, en lo que respecta a las necesidades, los valores obtenidos en las tablas, en relación con la identificación de las necesidades emocionales, estarán vinculadas con la tabla del apoyo emocional; mientras que las cognitivas estarán relacionadas con las tablas de comunicación verbal y no verbal.

Se emplearán gráficos de sectores ya que son fáciles de comprender y cada sector indica una cantidad, en porcentaje proporcional a la cantidad total de la esfera. Tanto para el diseño como para su exposición, se usará el programa informático Power Point (versión 14.0.0).

Una vez se hayan obtenido los resultados, se les presentarán al equipo de enfermería de la UCI que ha participado en el estudio, de manera que puedan conocer los resultados y valorar los aspectos en el apoyo emocional, las necesidades, la comunicación verbal y no verbal con la familia que puedan mejorarse y por lo tanto, favorecer un cuidado holístico del paciente ingresado.

2.8 Previsión de recursos.

Se nombran a continuación los recursos materiales, humanos, técnicos o tecnológicos y temporales que van a ser necesarios para la realización de este proyecto de investigación.

Los recursos humanos necesarios para llevar a cabo el proyecto serán los familiares participantes de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Insular y la autora del trabajo, Arianna Cruz Herrera, quien entregará los cuestionarios, recopilará y analizará los datos, además de realizar la presentación de éstos. Y finalmente, tras haber llevado a cabo el proyecto, las enfermeras de la unidad, dado que se les expondrá los datos obtenidos.

En cuanto a los recursos tecnológicos o técnicos se requerirá de un ordenador, conexión a internet, el programa Microsoft Excel (versión 16.13), la aplicación para analizar los

datos Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Versión 26.00) y el sistema informático Power Point (versión 14.0.0) (Ya citados en el apartado 2.7).

Con respecto a los recursos materiales, se precisará de la encuesta en formato papel que responderán los familiares participantes, bolígrafos, además de una sala vacía en la UCI, donde se pueda realizar la encuesta sin interrupciones y se pueda hablar con los familiares sobre el estudio y sus objetivos. Además de obtener el consentimiento para participar en la investigación.

Y finalmente, el tiempo estipulado para su realización será de seis meses, incluyendo los dos meses donde se aplique el instrumento de recogida de datos y cuatro meses para el análisis y la presentación de los resultados.

A continuación se desarrollan los recursos que se han utilizado para la realización del presente TFG.

Los recursos materiales utilizados en el presente TFG, han sido bolígrafos, el manual de estilo de la Universidad Fernando Pessoa de Canarias, la guía de orientación para la elaboración de trabajo de fin de grado, libros y folios.

Con respecto a los recursos técnicos o tecnológicos se empleó un ordenador, conexión a internet, acceso a los buscadores, el sistema informático Pages (versión 10.00), además de la aplicación para ordenador Cisco Webex Meeting (versión 40.2.7.7) por donde se efectuaban las reuniones con la tutora debido al estado de alarma por coronavirus en el que nos encontramos.

En relación a los recursos humanos, se ha contado con la tutorización de Melba Estupiñán Guedes, la cual ha llevado el seguimiento y control del trabajo. Además, con los profesores Ana Fazeres, Joaquín Naya, Yazmina Afonso y Santiago Santana que han impartido los seminarios presenciales del TFG y por último, con la autora del TFG, Arianna Cruz Herrera.

El tiempo empleado en el desarrollo del TFG ha sido de un total de cinco meses que abarca desde diciembre del 2019 hasta abril del 2020, la duración se encuentra plasmada en el ANEXO I, donde se exponen las distintas actividades distribuidas en el total de los meses.

III. REFLEXIÓN.

En este apartado se plasmará una reflexión sobre los beneficios, las aplicaciones prácticas, las limitaciones que ha presentado la realización del trabajo y las líneas futuras que se quieren llevar a cabo.

Con la elaboración de este trabajo se ha pretendido dar a conocer la importancia que tiene el cuidado a las familias de los pacientes ingresados en la UCI por parte del personal de enfermería. Entre estos cuidados se encuentran una buena comunicación verbal y no verbal, aportar un buen apoyo emocional e identificar las necesidades que le surgen a los familiares de los pacientes. Además de la importancia que tiene enfermería en este servicio y el papel que tiene en la evolución de los cuidados clásicos a unos humanizados.

Uno de los beneficios derivados de este proyecto de investigación ha sido profundizar en el conocimiento sobre las necesidades que tienen los familiares, ya que en el hospital no se suelen contemplar. El personal de enfermería tiene un papel importante en la identificación de éstas, dado que puede ayudar a aportar un cuidado, un apoyo y un asesoramiento que mejora la experiencia de los familiares y les facilita las herramientas necesarias para superar mejor la situación que están viviendo, tal y como comentan Pardavila y Vivar (2012).

El acompañamiento de los familiares al paciente conlleva múltiples beneficios, entre ellos se encuentran ayudar a facilitar el diálogo y la seguridad del paciente. Asimismo, la familia le proporciona al enfermo un mejor entendimiento de lo que quieren expresarles los profesionales sanitarios (Sánchez *et al.*, 2016). También Aliberch y Miquel (2015), comentan que incluir a las familias en la UCI no solo mejora la necesidad familiar, sino que también ayuda a disminuir la cantidad de estrés que sufren los pacientes y sus familiares y aumenta la satisfacción de estos al finalizar la hospitalización en este servicio.

Asimismo, Sánchez *et al.* (2016) comentan que los familiares tienen datos que pueden contribuir en los resultados médicos del enfermo, por lo que se ha recomendado que haya una participación de las familias con el personal sanitario en las consideraciones sobre el cuidado de su familiar hospitalizado; ya que en el caso de que el paciente haya

estado enfermo en su casa, sus familiares han sido los cuidadores principales, conocen al paciente, saben las necesidades que tiene, sus preferencias y pueden dar información sobre él (Achury y Pinilla, 2016).

Con respecto a los beneficios en el ámbito sanitario derivados de la atención a las familias, son de gran ayuda puesto que contribuyen a proporcionar un cuidado integral del paciente. Debido a que ayudan a disminuir el estrés y el delirium procedentes de la patología y la yatrogenia y además ayudan a que el enfermo tenga una estancia en críticos más amena (Sánchez *et al.*, 2016).

Un buen cuidado por parte de enfermería, donde se incluyan a las familias, ayudaría a reducir los gastos puesto que forma parte del rendimiento del sistema sanitario, y es indispensable para obtener altas, satisfacción en los pacientes, y menor tiempo de hospitalización, por lo que habrá mayor rendimiento y mejor calidad en la atención. (Juárez-Rodríguez y García-Campos, 2009).

Debido a los beneficios que tiene las familias en la UCI se han efectuado varios estudios donde se detalla flexibilizar los horarios y que los propios familiares realicen algunos cuidados a su ser querido, no obstante no se ha profundizado por ser un tema amplio y con mucha controversia.

Sin embargo, es importante recalcar que el abordaje del rol familiar permite la participación en los cuidados, mejora la relación entre la enfermera, el paciente y su familia, ayudando a disminuir el estrés y aumentando los conocimientos de la enfermera sobre su paciente en cuanto a su entorno, sus valores, su cultura...Por lo que esta situación favorece la adaptación de la hospitalización, la confianza y la seguridad de las familias (Aliberch y Miquel, 2015).

En cuanto a las aplicaciones prácticas que pueden desarrollarse a raíz del proyecto, considero que si las distintas instituciones ofertaran a los profesionales sanitarios cursos para obtener o mejorar las habilidades sociales se podrían favorecer el cuidado tanto del paciente, como de sus familiares; ya que según Bautista *et al.* (2016) las enfermeras son esenciales para aportar un buen apoyo emocional, que ayude a mejorar el momento que está viviendo los familiares.

Otro aspecto que puede favorecer el cuidado de las familias es proporcionarles una guía donde se detalle todo lo relacionado con el lugar donde va a ser ingresado el paciente, tal y como la que se creó en el proyecto HUCI; puesto que así la UCI pasaría a ser un lugar menos desconocido para ellos y vivirían la hospitalización de su familiar de una manera menos traumática. Por lo tanto, ayudaría a disminuir la necesidad cognitiva que tienen. Dado que según Pardavila y Vivar (2012) y el proyecto HUCI (2018) ésta es la más importante para los familiares.

Además, considero que se deberían dar pautas a las enfermeras sobre lo que pueden expresar y lo que no. Muchas veces según comenta García *et al.* (2015) las enfermeras evitan el contacto con los familiares de sus pacientes para prevenir que les pidan información y la posibilidad de tener problemas con otros miembros del equipo. Una situación que fomenta inseguridad entre las enfermeras, pese a que en diversas bibliografías se las consideran el personal sanitario más cualificado para transmitir información debido a su cercanía las 24 horas del día con los enfermos (García *et al.*, 2015).

En cuanto a las limitaciones de la realización del proyecto, durante la búsqueda de bibliográfica, se han utilizado textos que superaban los límites de tiempo debido a la relevancia que tenían. Y en esta misma línea, ha habido un obstáculo con respecto a acceder a estudios científicos completos, lo que ocasionaba no obtener toda la información que se deseaba.

Otras de las limitaciones, está relacionada al momento en el que nos encontramos debido a la pandemia por coronavirus y al confinamiento, reflejándose en un agotamiento emocional que influía en el desarrollo del presente TFG.

Además de lo mencionado, algo que también influyó fue el comienzo del diseño, puesto que no sabía muy bien como abarcarlo debido a que es un tema muy amplio, no obstante tras la búsqueda de diversos estudios y realizar diversos esquemas esto se pudo solucionar.

De cara un futuro me gustaría desarrollar la fase empírica, es decir realizar la encuesta, analizar los datos y finalmente exponérselos a los profesionales de la unidad. Además de efectuar una segunda línea de investigación donde se lleven a cabo actividades en las

UCI para mejorar la experiencia de las familias, la comunicación y la implicación de éstos, o incluso el empoderamiento del paciente y como no, de la familia en su cuidado.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Artículos de periódico digitales:

Heras La Calle, G. (2017): “Más del 60% de las UCI en España cuentan con proyectos de humanización”, *Redacción Médica*, 19 de junio. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/responsabilidad-sociosanitaria/mas-del-60-de-las-uci-en-espana-cuentan-con-proyectos-de-humanizacion-5722> (Consulta: 18 de marzo del 2020).

Redacción Médica (2020): “Coronavirus en UCI: médicos que 'conectan' a pacientes con sus familiares”, *Redacción Médica*, 29 de marzo. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/-coronavirus-uci-medicos-conectan-pacientes-familiares--5042> (Consulta: 19 de abril del 2020).

Artículos de revistas científicas:

Achury, D.M. y Pinilla, M. (2016): “La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida”, *Enfermería universitaria*, 13 (1), pp. 55-60.

Aliberch, A.M. y Miquel, I.M. (2015): “Necesidad de rol en los familiares del paciente en la unidad de cuidados intensivos”, *Enfermería Intensiva*, 26 (3), pp. 110-111.

Arguedas-Arguedas, O. (2010) “Elementos básicos de bioética en investigación”, *Acta Méd. Costarric*, 52 (2).

Arredondo-González, C.P. y Siles-González J. (2009): “Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales”, *Index Enferm*, 8 (1), pp. 32-36.

Baeza Gómez, I. y Quispe Hoxsas, L.C. (2020): “Proyecto humanizando los Cuidados Intensivos, nuevo paradigma de de los Cuidados Intensivos”, *Revista de Bioética y Derecho*, 48, pp. 111-126.

Bautista Rodríguez, L.M. *et al.* (2016): “Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional”, *Revista CUIDARTE*, 7 (2), pp. 1297-1309.

Bernal-Ruiz, D. y Horta-Buitrago, S. (2014): “Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada”, *Enfermería Universitaria*, 11 (4), pp. 154-163.

Elli, J.R. (2015). Ética de la comunicación científica”, *Neurología Argentina*, 7 (1), pp. 59-62.

Errasti-Ibarrondo, B. y Tricas-Sauras, S. (2012): “La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico”, *Enfermería Intensiva*, 23 (4), pp.179-188.

Escobar-Castellanos, B. y Cid-Henriquez, P. (2018): “El Cuidado de Enfermería y La Ética Derivados Del Avance Tecnológico En Salud”, *Acta Bioethica*, 24 (1), pp. 39-46.

Escudero, D. *et al.* (2014): “Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio”, *Medicina Intensiva*, 38 (6), pp. 371-375.

Freitas, K. *et al.* (2007): “Family members needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital”, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (1), pp. 84-92.

García Ortega, D. *et al.* (2016): “La relación terapéutica con la familia del paciente crítico”, *Metas Enfermeras*, 19 (2), pp. 49-59.

Gien López, J.A. *et al.* (2006): “Valor predictivo de la escala APACHE II sobre la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos de adultos en la ciudad de Mérida Yucatán”, *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 20 (1), pp. 30-40.

Gómez-Tello, V. y Ferrero, M. (2016): “Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance”, *Enfermería Intensiva*, 27 (4), pp. 135-137.

Juárez-Rodríguez P.A y García-Campos M.L.(2009) “La importancia del cuidado de enfermería”, *Rev Enferm IMSS*, 17(2), pp. 113-115.

Llamas-Sánchez, F. J. *et al* (2009): “Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos”, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20, pp. 50-57.

Martín Manjarrés, S. (2013) “Aplicación de los principios éticos a la metodología de la investigación”, *Enfermería en Cardiología*, 58, pp. 27-30.

Milena Joven, Z. y Guáqueta Parada, S.R. (2019): “Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”, *Avances en Enfermería*, 37 (1), pp. 65-74.

Navarro Arnedo, J. M. *et al.* (2005): “Guía práctica de enfermería en el paciente crítico”, *Enfermería Intensiva*, 16 (1), pp. 15-22.

Pardavila Belio, M.I. y Vivar, G.C. (2012): “Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos”, *Enfermería Intensiva*, 23 (2), pp. 51-67.

Pérez Fuentes, M.C. *et al.* (2019): “Propuesta de un Modelo de Humanización basado en las Competencias Personales: Modelo HUMAS”, *European Journal of Health Research*, 5(1), pp. 63-77.

Rojas, V. (2019): “HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS”, *Revista Médica Clínica las Condes*, 30(2), pp. 120-125.

Sánchez-Vallejo, A. *et al.* (2016): “Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos”, *Medicina Intensiva*, 40 (9), pp. 527-540.

San Román Terán, C.M. (2011) “Aspectos éticos de las comunicaciones científicas”, *Galicia Clin*, 72 (4), pp. 169-179.

Schmidt, M. y Azoulay, E. (2012): “Having a loved one in the ICU: the forgotten family”, *Current Opinion in Critical Care*, 18 (4), pp. 540-547.

Velasco Bueno, J.M. y Heras La Calle, G. (2017): “Humanizando los cuidados intensivos. De un proyecto inspirador a nuevas realidades”, *Ética de los Cuidados*, 10(20).

Villagra Rivera, N. y Ruoti Cosp, M. (2018): “Empoderamiento enfermero en las unidades de cuidados intensivos de adultos en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social”, *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 16(1), pp. 84-93.

Capítulos de libros:

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). (nd): “El paciente crítico”, *Breve historia de la medicina intensiva*, p. 1-9. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/enfermo-critico/pdf/00-00.pdf>. (Consulta: 15 de marzo del 2020).

Comunicación de un congreso:

Hernández, C.L. (2007). “Ética de la publicación científica”, *II Taller nacional de educación bioética*, La Habana, Revista habanera de ciencias médicas.

Informe técnico:

Ministerio de Sanidad y Política Social (2010): Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Sánchez Palacios, M. et al. (2015): “*PROTOCOLO DOCENTE*”, *Servicio de Medicina Intensiva*, Hospital Universitario de Gran Canaria.

Libros:

Salamanca Castro, A. B. (2018): *El aeiou de la investigación enfermera*, 2ª, Madrid, Fuden.

Sitios Web:

Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria. (2019): La ciudad: Distritos. Disponible en: <https://www.laspalmasgc.es/es/la-ciudad/distritos/vegueta-cono-sur-y-tafira/> (Consulta: 26 de marzo del 2020).

Consejo Internacional de enfermeras (CIE). (2020): Políticas de Enfermería: Definiciones. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones> (Consulta: 2 de marzo del 2020).

Gobierno de Canarias. (nd): Servicio Canario de Salud. Descripción. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=0f98cca2-a546-11df->

bb08-49b71bb85ec3&idCarpeta=04d48f0a-541c-11de-9665-998e1388f7ed (Consulta: 26 de marzo del 2020).

Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. (nd): Centros y Servicios del Sistema Nacional de Salud Centros, servicios y establecimientos sanitarios. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/centros.do?metodo=realizarDetalle&tipo=hospital&numero=350290> (Consulta: 26 de marzo del 2020).

Humanizando los cuidados Intensivos (HUCI) (2020): Conoce HUCI. Disponible en :<https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/> (Consulta: 16 de marzo del 2020).

Instituto Canario de Estadísticas (ISTAC). (2019): Población según indicadores. Municipios por islas de Canarias y años. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/tabla.do> (Consulta: 26 de marzo del 2020).

Recoletas Red Hospitalaria (2020): Grupo Recoletas. Noticias. Disponible en: <https://www.gruporecoletas.com/noticias/que-es-la-uci-hospital/> (Consulta: 13 de marzo del 2020).

Servicio Canario de Salud. (2018): Memoria 2018, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/30/memorias/18/complejo.html> (Consulta: 26 de marzo del 2020).

Trabajos académicos electrónicos:

Franco Canales, R.E. (2003): *Percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos*, TFG , Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1322/franco_cr.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Consulta: 27 de marzo del 2020).

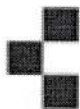
ANEXOS.

ANEXO I. Cronograma.

Actividades.	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
Búsqueda bibliográfica.	X	X	X	X	X
Marco teórico.			X	X	X
Justificación.				X	X
Objetivos.			X	X	
Fase metodológica.				X	X
Anexos.				X	X
Reflexión.					X
Autoevaluación.					X
Tutorías.	X	X	X	X	X
Seminarios.			X	X	

Tabla de creación propia.

ANEXO II. Petición de autorización.



Servicio Canario de la Salud
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
INSULAR MATERNO INFANTIL

REGISTRO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN



Unidad de Investigación
Versión 201710

1. TÍTULO DEL PROYECTO

2. APELLIDOS Y NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL (IP)

3. Correo electrónico

4. Teléfono de Contacto

5. SERVICIO Y CENTRO

Indicar Servicio y Centro de Trabajo

6. CATEGORIA PROFESIONAL

☐ Médico

☐ Farmacéutica/o

☐ Matrona

☐ Química/o

☐ Ingeniera/o

☐ Personal en formación de postgrado (MIR, EIR, BIR, FIR, QIR)

☐ Enfermera/o

☐ Fisioterapeuta

☐ Bióloga/o

☐ Psicóloga/o

☐ Personal en formación de pregrado

7. Doctor

☐ Si

☐ No

8. Si es personal en formación, indicar nombre y apellidos del Tutor, email y teléfono de contacto.

9. MOTIVO DEL PROYECTO

Indique el motivo de realizar el proyecto que propone

- | | |
|--|--|
| ☐ Innovación de la asistencia sanitaria | ☐ Tesis Doctoral |
| ☐ Master | ☐ Trabajo de Fin de Grado |
| ☐ Comunicación a congreso | ☐ Publicación |
| ☐ Otra. Especifique. | |

10. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Marque todas las opciones que sean procedentes.

- ☐ Manejo de datos personales de pacientes y/o familiares
- ☐ Obtención y/o manejo de muestras biológicas
- ☐ Hay una intervención: el paciente se somete a una medicación y/o procedimiento.
- ☐ Fuera de indicación: Si además la intervención no figura en el prospecto
- ☐ Ensayo aleatorizado
- ☐ Manejo de datos clínicos anonimizados
- ☐ Otro. Explique

11. FECHA LIMITE DE INICIO

Indicar si la hubiera (DD/MM/AAAA)

12. PROMOTOR DEL ESTUDIO

- ☐ CHUIMI
- ☐ Otro Centro público Sanitario o de Investigación
- ☐ Organización pública o privada sin ánimo de lucro
- ☐ Empresa privada (farmacéutica, etc)
- ☐ Otro:

13. CENTROS IMPLICADOS

- ☐ CHUIMI
- ☐ Otro centro dependiente del Área Sur Universidad
- ☐ Centro privado
- ☐ Multicéntrico

14. Si es un estudio MULTICÉNTRICO Especificar el centro promotor y el IP coordinador, los datos de contacto del mismo e indicar el Comité Ético (CEIC) de referencia en el caso en el que fuera pertinente.

15. RESUMEN DEL PROYECTO
Máximo 1800 caracteres con espacios

16. INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y BENEFICIOS ESPERADOS Exponer brevemente los antecedentes que justifiquen este estudio y por que es importante en nuestro entorno hospitalario en base a los beneficios esperados.
Máximo 5000 caracteres.

16. RESUMEN METODOLÓGICO DEL ESTUDIO Exponer brevemente la hipótesis los objetivos marcados y la metodología a seguir: Variables a medir, recogida de datos, modo de análisis. Máximo 5000 caracteres.

17. BIBLIOGRAFÍA RELEVANTE Solo publicaciones indexadas en PubMed. Máximo 15

Una vez completado, enviar por favor por correo electrónico a la dirección
uichuimi@gmail.com

o por otros medios a

Dr. Antonio Tugores
Unidad de Investigación
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil
Avda Marítima del Sur, s/n
E-35016 Las Palmas de Gran Canaria, SPAIN
Tf: +34 928 441 530; FAX: Tf: +34 928 441 535

Gracias

ANEXO III. Consentimiento informado.

El estudio que se va a llevar a cabo tiene como título, “Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos: Cuidado del personal de enfermería a las familias”. Se realizará en la UCI en el Hospital Insular de Gran Canaria. La investigadora principal es Arianna Cruz Herrera y en caso de cualquier duda podrá ponerse en contacto con ella, a través del siguiente email _____.

Con respecto al objetivo general de este trabajo es conocer la percepción de los cuidados recibidos por parte de los profesionales de enfermería a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI. Para valorarlo se realizará una encuesta compuesta por 28 ítems sobre la percepción que tiene respecto al apoyo emocional, la comunicación verbal y no verbal proporcionada por el personal de enfermería, así como 6 preguntas para saber datos sociodemográficos sobre Usted. En la cual no pondrá su nombre ni apellidos, que puedan identificarlo.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y el secreto profesional se cumplirá en todo momento. Participar en esta investigación no supone ningún riesgo para Usted y podrá acceder a los resultados finales.

Asimismo, en caso de que no quiera seguir con su participación es libre y en cualquier momento puede retirarse u oponerse al ejercicio académico, cuando lo considere conveniente y sin necesidad de justificación alguna, sin represalias por ello.

Yo, con nombre y apellidos.....Con
DNI.....Declaro que he sido informado(a) con claridad y
veracidad respecto al estudio de investigación. Mi participación es voluntaria, por lo
cual y para que conste, firmo el presente consentimiento informado junto al profesional
que me brinda la información.

Hoy_____ de _____ del 202...

Firma del participante.

Firma de la investigadora.

ANEXO IV. Instrumento de recogida de datos.

La presente encuesta tiene como objetivo recoger información acerca de la opinión que tiene respecto a la forma de como la enfermera actúa e interviene ante sus respuestas emocionales y preocupaciones derivadas de la hospitalización y enfermedad de su familiar.

Autorizo la participación en el presente estudio.	SI	NO
---	----	----

En primer lugar se le realizarán algunas preguntas sobre usted:

- Sexo:.....
- Edad:
- Nivel de estudios:.....
- Parentesco:.....
- Tiempo de hospitalización de su familiar:.....
- Tipo de ingreso de su familiar:.....

A continuación debe marcar con una X, la opción que corresponda con su opinión.

Las siglas superiores corresponden a:

- TA: Totalmente de acuerdo.
- DA: De acuerdo.
- I: Indiferente.
- ED: En desacuerdo.
- TD: Totalmente en desacuerdo.

APOYO EMOCIONAL.	TA	DA	I	ED	TD
Las enfermeras no les propician la expresión de emociones.					
Las enfermeras aprovechan las ocasiones para darles ánimos.					
La enfermeras toman su mano cuando les observan tristes o afligidos.					
Las enfermeras observan su angustia y no se acercan a tranquilizarlos.					
Las enfermeras muestran poca precaución por su estado emocional.					
Las enfermeras se muestran atentas y comprensivas.					
Las enfermeras no suelen consolarles cuando les observan tristes o llorando.					
Las enfermeras les tranquilizan con palabras de aliento.					
Las enfermeras no tienen interés por saber si están tristes.					
Cuando conversan con las enfermeras sobre su preocupación o aflicción ellas muestran interés.					

COMUNICACIÓN VERBAL.	TA	DA	I	ED	TD
Las enfermeras no conversan con ustedes.					
Las enfermeras les orientan durante su visita.					
Las enfermeras les explican sobre los procedimientos generales, que se les realizan a su familiar.					
Las enfermeras utilizan un lenguaje claro, sencillo al conversar o responder alguna inquietud.					
Las enfermeras no les preguntan sobre los problemas que enfrentan debido a su familiar en estado crítico.					
Las enfermeras pasan frente a ustedes sin saludarles.					

COMUNICACIÓN VERBAL.	TA	DA	I	ED	TD
Las enfermeras suelen orientarles sobre lo que deben hacer con sus sentimientos de angustia.					
Las enfermeras no responden de forma cortés a las preguntas que les hacen.					

COMUNICACIÓN NO VERBAL.	TA	DA	I	ED	TD
Las enfermeras tienen un tono cálido al hablar con ustedes.					
Las enfermeras les explican los procedimientos con paciencia.					
Las enfermeras fruncen la frente cuando preguntan repetidas veces sobre un mismo tema.					
Las enfermeras le miran de manera cálida al responder alguna inquietud.					
Las enfermeras les reciben con una expresión indiferente.					
Las enfermeras prestan atención cuando les preguntan algo.					
Las enfermeras dialogan serenamente con ustedes.					
Las enfermeras se muestran molestas o muy ocupadas para atenderles.					
Cuando pregunta repetidas veces sobre lo que les han explicado las enfermeras no se muestran molestas.					
Las enfermeras les saludan cuando llegan.					

Encuesta de creación propia, a partir de la de Franco (2003).

ANEXO V. Informe de actividad del Comité de Ética Asistencial CHUIMI.

 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil	INFORME DE ACTIVIDAD COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL CHUIMI	Código de Referencia
		AÑO/Nº:
DE: DNI: Correo electrónico: Teléfono de contacto:		
Fecha de solicitud:		Fecha del informe: (a rellenar por el CEA)
Motivo de consulta		
Documentación que aporta:		
Actividad desarrollada: (a rellenar por el CEA)		

 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil	INFORME DE ACTIVIDAD COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL CHUIMI	Código de Referencia
		AÑO/Nº:

Recomendaciones/Sugerencias:

(firma)

(firma)

D/Dª.

D/Dª.

Revisado por: Secretario del CEA del CHUIMI

Aprobado por: Presidente del CEA del CHUIMI

El CEA del CHUIMI garantiza y protege la **confidencialidad, integridad y disponibilidad** de la información

AUTOEVALUACIÓN.

Con la ejecución de este proyecto se da por finalizada mi etapa como estudiante de enfermería, y la introducción a mi vida laboral. Mi periodo como estudiante ha estado constituido por un gran número de horas de trabajo duro, haber priorizado muchas veces el estudio a la vida social pero obteniendo los resultados esperados, también por días largos de prácticas que me hacían cuestionar mi futuro como enfermera. Sin embargo, volvería a elegir esta carrera una y mil veces.

La realización del TFG ha supuesto la adquisición de nuevos conocimientos relacionados con la investigación. Ha sido una tarea ardua. No obstante, este trabajo me ha permitido adquirir herramientas básicas para poder investigar, que podré seguir empleando y desarrollando en mi vida profesional. Así como, conocer los aspectos necesarios para llevar a cabo una evidencia científica, valorando lo que necesito y de cara a un futuro poder realizar la fase empírica de este proyecto.

En lo que concierne a mi futuro como enfermera, considero que este proyecto de investigación ha sido de gran utilidad dado que gracias a él, tendré más nociones de cómo ayudar a las familias y por lo tanto darles un cuidado holístico a mis pacientes, algo que puede influir en su pronóstico y evolución. Debido a la importancia que le doy a la humanización y la visión aportada por los diferentes estudios, me gustaría formarme en este ámbito.

Tras lo expuesto en el trabajo, considero que para proporcionar un buen cuidado a las familias necesitamos propiciar un buen apoyo emocional, comunicarnos adecuadamente de manera verbal y no verbal e identificar sus necesidades. No obstante, se entiende que debido a la complejidad de la UCI a veces esto no es posible. Pero basándome en mi experiencia tras realizar prácticas en este servicio, pude comprobar que cuando les dedicaba tiempo a los familiares, el grado de satisfacción era mayor que cuando solo pasaba y les saludaba.

Como comenté anteriormente, me gustaría llevar a cabo la fase empírica como propuesta de mejora, dado que así podría valorar los resultados del trabajo ejecutado y si la proyección ha sido la adecuada. También añadiría más artículos en otros idiomas ya que a pesar de haber recurrido a artículos en inglés, estos han sido escasos. Además,

como ya he comentado, hay algunos aspectos mejorables que han supuesto más dificultades, como plasmar todo de manera que fuera entendible y la fase metodológica, ya que el hecho de no llevar a cabo la empírica me ha hecho reflexionar sobre qué sería más adecuado si ésta se ejecutara.

Mi TFG lo valoro de manera positiva y me siento muy orgullosa de su desarrollo. Me ha parecido un proceso bastante laborioso, que ha requerido de muchas horas de trabajo debido a mi desconocimiento en esta actividad pero gracias a la tutorización de Melba Estupiñán Guedes y a mi dedicación he podido abordarlo. A su vez ha sido muy gratificante, puesto que he dado lo mejor de mí y me he esforzado para poder finalizarlo. Ha supuesto la evolución total como futura enfermera, dado que la investigación nos ayuda a progresar como profesión. Asimismo, también estoy muy satisfecha de haberlo realizado sobre la humanización en relación al cuidado que proporciona enfermería en la UCI a las familias, ya que desde primero de carrera ha sido un tema que me ha parecido muy importante de abarcar.

Seguramente hay muchos aspectos que se podrían mejorar, pero me quedo con la satisfacción de haberlo podido ejecutar ya que es el primer trabajo que hago de estas características.

Y con estas últimas palabras pongo fin a uno de los trabajos más costosos y gratificantes que he realizado hasta el momento. También me gustaría añadir que tras este intenso trabajo, he podido crecer como alumna, superando aspectos y retos que dudaba que pudiera conseguir. Espero que con todo lo detallado en este TFG se haya entendido lo que he querido transmitir. Dado que la motivación inicial de llevarlo a cabo ha sido el hecho de empatizar con la situación que sufren los enfermos y sus familiares en esos momentos tan difíciles.