

Facultad de Enfermería y Podología



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2016 – 2017

Comunicación terapéutica y soporte emocional a la familia del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos: dificultades y barreras encontradas por los profesionales de enfermería.

Cristina López López

Director: Valentín Escudero Carranza

Relación de directores TRABAJO DE FIN DE GRADO:
VALENTÍN ESCUDERO CARRANZA

ÍNDICE

1. Resumen y palabras clave.....	1
1.1 Summary and keywords.....	2
2. Siglas e acrónimos.....	3
3. Introducción.....	4
4. Antecedentes y estado actual del tema.....	5
5. Aplicabilidad.....	9
6. Pregunta de investigación.....	10
7. Objetivos.....	11
8. Metodología.....	12
a. Encuadre metodológico: paradigma y tipo de diseño	
12	
b. Escenario de observación.....	12
c. Población y muestreo.....	13
d. Criterios de inclusión y exclusión enfermeros.....	14.
e. Criterios inclusión y exclusión familiares.....	14
f. Acceso al campo.....	15
g. Técnicas y estrategias de recogida de datos.....	16
h. Análisis de datos.....	17
i. Criterios de rigor y credibilidad.....	18
j. Contextualización del investigador.....	19
k. Limitaciones.....	19
9. Plan de trabajo.....	21
10. Consideraciones éticas.....	22
11. Difusión de los resultados.....	23
12. Financiamiento de la investigación.....	25
a. Recursos necesarios.....	25
b. Posibles fuentes de financiamiento.....	25
13. Bibliografía.....	28

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I: Cronograma de la investigación.....	21
TABLA II: Revistas de difusión.....	24
TABLA III: Recursos necesarios para la investigación.....	25

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Entrevista profesionales de enfermería.....	32
ANEXO II: Entrevista familiares.....	33
ANEXO III: Carta de presentación de documentación CAEIG.....	34
ANEXO IV: Compromiso del investigador principal.....	35
ANEXO V: Hoja de información al/la participante adulto/a.....	36
ANEXO VI: Consentimiento informado	40
ANEXO VII: revocación del consentimiento informado.....	41
ANEXO VII: Estrategia de búsqueda.....	42

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción: Cuando una persona es ingresada en un área de cuidados intensivos todo su núcleo familiar se ve alterado por esta situación. Antiguamente en estas unidades la familia era considerada un segundo plano, pero actualmente se plantea la idea de incluirla en el plan de cuidados de enfermería, ya que también son receptores del proceso de enfermedad de alguna manera. Los profesionales de enfermería son los que pasan más tiempo a pie de cama del paciente y por lo tanto, son quienes adquieren mayor confianza e información sobre él y su familia. Esto hace que a la hora de buscar información y resolver dudas la familia se dirija principalmente hacia los profesionales de enfermería. Es aquí donde la comunicación adquiere importancia y se convierte en un aspecto esencial. Sin embargo, a día de hoy, esta relación de comunicación sigue siendo considerada ineficaz desde ambos puntos de vista.

Objetivo: El objetivo principal de este proyecto es conocer desde una metodología cualitativa de carácter descriptivo, cuales son los elementos que dificultan la comunicación y el apoyo emocional del profesional de enfermería con la familia de los pacientes críticos.

Metodología: Propuesta de investigación orientada al descubrimiento, con enfoque y perspectiva cualitativa. Paradigma fenomenológico descriptivo, simbólico y constructivista. Se realizarán entrevistas en profundidad al personal de enfermería y a la familia de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos de Ferrol.

Resultados esperados: Creación de un grupo de trabajo entre expertos y familiares de los pacientes con el fin de diseñar e instaurar una guía dirigida a los profesionales de enfermería para mejorar la comunicación y el apoyo psicosocial en las unidades de cuidados intensivos con la familia del paciente crítico.

Palabras clave: comunicación, enfermería, unidad de cuidados intensivos, relación profesional-familiar, apoyo emocional.

1.1 SUMMARY AND KEYWORDS

Introduction: When a person is admitted to an intensive care area, their entire family nucleus is altered by this situation. Formerly in these units the family was considered a secondary, but the idea of including it in the plan of nursing care, since they are also receivers of the process of illness in some way. Nursing professionals are the ones who spend more time at the patient's bedside and therefore, are the ones who gain more confidence and information about him and his family. This means that when it comes to seeking information and solving doubts, the family is directed mainly towards nursing professionals. It is here that communication becomes important and becomes an essential aspect. However, to date, this relationship of communication continues to be considered ineffective from both points of view.

Objective: The main objective of this project is to know from a qualitative methodology of descriptive character, which are the elements that hinder the communication and emotional support of the nursing professional with the family of critical patients.

Methodology: Research proposal oriented to the discovery, with focus and qualitative perspective. Descriptive, symbolic and constructivist phenomenological paradigm. In-depth interviews will be conducted with the nursing staff and the family of patients in the intensive care unit of Ferrol.

Expected results: Creation of a working group between experts and family members of the patients in order to design and implement a guide aimed at nursing professionals to improve communication and psychosocial support in intensive care units with the patient's family critical.

Keywords: communication, nursing, intensive care unit, professional-family relationship, emotional support.

2. ÍNDICE DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

CHUF: Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

SERGAS: Servicio Galego de Saúde.

UDC: Universidade da Coruña.

CAEIG: Comité ético de investigación de Galicia.

JCR: Journal Citation Reports.

SEEIUC: Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería.

MAPFRE: Mutua de la agrupación de propietarios de fincas rústicas de España.

«Quiero que mis palabras digan lo que yo quiero que digan y que tú las oigas como yo quiero que las oigas».
Pablo Neruda

3. INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) se remontan a la guerra de Crimea (1854-1856). En un primer momento estas unidades eran sólo destinadas a personas recién operadas pero dieron tan buenos resultados que surgió la necesidad de reunir tanto a operados graves como a no operados en ellas. Este concepto fue evolucionando a lo largo de los años hasta que en los 50-60 se crearon las primeras unidades de cuidados intensivos. La primera UCI en España se creó en el año 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid¹.

Estas unidades estaban centradas única y exclusivamente en el cuidado del paciente crítico sin tener en cuenta a su familia, la cual quedaba en manos de los voluntarios o religiosos del centro. Poco a poco esto ha cambiado, ahora, después de muchos años, gran cantidad profesionales sanitarios sienten la necesidad de incluir en el plan de cuidados a la familia del paciente crítico²⁻¹¹. Esta idea todavía no se ha conseguido consolidar del todo a pesar de la preocupación existente en los profesionales sanitarios por el grado de hostilidad del entorno de la UCI sobre los familiares y por la severidad de las necesidades que manifiestan en esta situación³.

Cuando una persona es ingresada en un área de cuidados intensivos todo su núcleo familiar se ve alterado por esta situación, que supone tanto barreras físicas como emocionales entre el paciente y su familia²⁻³. Por lo tanto, en estos casos el profesional de enfermería no solo ha de demostrar capacitación técnica, sino una serie de competencias emocionales y humanas. De esta manera desarrollará actitudes

empáticas y sensibles que le permitieran ponerse en la piel del paciente o de su familia para identificar mejor sus necesidades y poder suplirlas⁵⁻¹⁶⁻²⁵.

Es aquí donde la comunicación se convierte en un aspecto esencial en las relaciones de ayuda terapéutica.

Virginia Henderson considera en su modelo teórico 14 necesidades básicas que toda persona debe satisfacer para llegar a un punto de independencia óptimo, en las cuales se encuentra la comunicación con los semejantes con el fin de expresar emociones, inquietudes, temores u opiniones⁶.

Para suplir esta necesidad, también es fundamental un correspondiente manejo de la competencia de comunicación del personal sanitario que facilite una adecuada transmisión de la información y un entendimiento adecuado por parte del paciente⁹.

Para entender que es la comunicación, debemos conocer su etimología, la cual proviene del latín “Communicare” que es común, como así también denota impartir y compartir⁷.

La comunicación es vital en todas las personas. La manera en la que los enfermeros nos comunicamos puede aumentar el nivel de satisfacción del paciente y su familia o por lo contrario, si esta es deficiente, puede aumentar la angustia o preocupación⁸.

La comunicación es un componente básico y fundamental en la enfermería. Para saber comunicarnos lo primero que debemos saber es escuchar, de este modo podremos empatizar con el paciente o su familia y comprenderlos mejor⁹. También es importante tener en cuenta que la comunicación no incluye solo el diálogo, sino todos los gestos, posturas, reacciones etc. Es decir, la comunicación no verbal. En este trabajo nos centraremos en los dos tipos de comunicación¹⁰.

4. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Tanto a la hora de permanecer ingresado en una planta de un hospital como en una unidad de servicios especiales, los profesionales de enfermería son los que pasan más tiempo a pie de cama del paciente y por lo tanto, son quienes adquieren mayor confianza e información sobre él y su familia¹¹. Esto hace que a la hora de buscar información y resolver dudas la familia se dirija principalmente hacia los profesionales de enfermería¹².

La evidencia científica pone de manifiesto que la familia considera el proceso de información como uno de los más importantes²⁻⁸⁻¹⁶⁻²⁵. Esta satisfacción depende más de cómo se comunican los profesionales de enfermería, que de la atención que se les da a los familiares. Sin embargo, estos últimos, se muestran insatisfechos con el proceso de comunicación y reflejan, en muchas ocasiones, que la información recibida es poco clara, no frecuente ni consistente⁹.

Por ello, en nuestro día a día, debemos de tener muy presente la comunicación, ya que las habilidades y técnicas comunicativas que utilicemos van a ser nuestra principal herramienta de trabajo. Sin embargo, muchas veces nos encontramos con barreras, tanto físicas como psicológicas que no dejan que la comunicación se lleve a cabo de la mejor forma posible.

Para hacer de la comunicación un proceso adecuado es importante estar informados sobre las necesidades que suelen tener las familias⁸⁻¹⁶, de este modo, empatizaremos mejor con ellas y nos ayudará a la hora de comunicarnos. Esta preocupación se remonta a la década de los años 70, cuando Molter⁸ evaluaba los efectos de una enfermedad grave en los familiares de centros de unidades intensivas¹⁰. Nosotros en este proyecto consideraremos también importantes las necesidades de los familiares y las estudiaremos para darle una visión más holística al problema comunicativo.

El proceso de información hacia la familia de los pacientes se reconoce como algo positivo que les ayuda a disminuir el estrés⁸. Sin embargo, gran parte de los profesionales enfermeros no se sienten cómodos y manifiestan desconcierto a la hora de realizar este proceso. La principal causa de esta situación es la falta de consenso dentro del equipo multidisciplinar a la hora de informar. Los enfermeros no están presentes en el momento en el que los médicos realizan el proceso de información lo que hace que se sientan inseguros a la hora de dar cualquier información o sientan temor a dar información contradictoria²⁻²⁵. Cabe destacar que en algunos hospitales se está llevando a cabo la información conjunta con enfermería, ya que también hay muchos datos enfermeros importantes que aportar. Además de lo anterior todavía existen diferentes criterios acerca de la información que puede ofrecer el profesional de enfermería.¹².

Otro de los factores que influyen es la falta de preparación en el proceso de comunicación con la familia de pacientes críticos. Algunos profesionales manifiestan un sentimiento de vulnerabilidad, conciben situaciones a las que se enfrentan como violentas, incómodas o angustiantes ya que para algunos profesionales llorar es poco profesional utilizando la huida como estrategia²⁻¹¹. Otros consideran que para dar apoyo emocional tienen que recurrir a sus propias experiencias y ello les afecta, y para ellos no hay apoyo psicológico¹¹⁻¹². Por otra parte puede existir una falta de conciencia, entre algunos profesionales, de cuál es el impacto de estos procesos en el ambiente familiar²⁵.

Todo esto, sumado a la falta de habilidades sociales y de comunicación en situaciones de alto contenido emocional hace que el profesional de enfermería no se sienta preparado para afrontar este proceso y desarrolle conductas de evitación²⁻¹¹⁻²⁵.

Zaforteza¹³ hace mención a que los profesionales de enfermería se sienten incómodos a la hora de trabajar bajo la mirada de los familiares¹¹.

Y también menciona que cuando los familiares entran nerviosos, esto le afecta al paciente.

Campo Martínez¹¹ demuestra que las enfermeras echan en falta, formación en relaciones interpersonales, cursos de counselling y de reciclaje de tipo emocional²⁵. Por lo que se ve necesario plantearnos también en este proyecto si la formación en pensamiento crítico y habilidades de relación cursadas en la carrera capacitan a los enfermeros para hacer frente a procesos de información en situaciones comprometidas o debería haber algún cambio².

Otros autores ⁵⁻¹¹⁻¹² consideran que los enfermeros empatizan emocionalmente poco debido al escaso uso del lenguaje no verbal y el cuidado despersonalizado, lo cual impide establecer cualquier tipo de vínculo afectivo ya que es un mecanismo de defensa. Al mismo tiempo, Zazpe⁸ (1996) considera que uno de los elementos que interfiere en la comunicación con la familia es la utilización de un lenguaje inapropiado por parte de la enfermería, mediante la utilización de muchos tecnicismos.

En cuando al apoyo emocional, el personal de enfermería debe ir más allá de capacitaciones técnicas y debe ser capaz de brindar apoyo tanto a los pacientes como a sus familias logrando empatía, confianza, comprensión y sensibilidad. Pero se debe tener en cuenta que para brindar este apoyo se debe contar con un cuerpo de conocimientos científicos y éticos, tomando en cuenta que al individuo se le contempla en sus tres esferas biopsicosociales⁹.

En definitiva, es necesario proponer investigaciones que profundicen en las barreras existentes en las relaciones enfermero-familia que bloquean la comunicación asertiva, su coherencia y claridad, así como el apoyo a la familia dentro y fuera de estas unidades. Ya que a pesar de que la preocupación por la familia del paciente crítico queda evidenciada en numerosas publicaciones¹¹⁻¹⁴, no existe una normativa ni una guía de recomendaciones en relación a la comunicación terapéutica y el apoyo

emocional entre los profesionales de enfermería y los familiares². Dependiendo en muchas ocasiones esta relación de muchos factores, como el estado de ánimo de la enfermera, la importancia que ésta le dé a la relación, el nivel de educación de la familia o el tiempo que el enfermo pase en la unidad¹³.

Por lo tanto, se justifica investigar tanto la percepción de los profesionales de enfermería como la de las familias con el fin de que este conocimiento apoye la creación de una guía en materia de comunicación enfermera y apoyo emocional basada en la evidencia científica¹⁶.

5. APLICABILIDAD

Todo profesional de enfermería es capaz de realizar escuchas activas o de definir palabras como empatía, asertividad o apoyo moral sin embargo a la hora de llevar estas técnicas a la práctica son olvidadas en infinidad de ocasiones, restándole calidad a las relaciones terapéuticas.

A lo largo de esta exhaustiva búsqueda bibliográfica he descubierto que sobre este tema son mucho más abundantes los artículos de investigación de corte cuantitativo que cualitativo²⁻¹⁵, sin embargo esta propuesta de investigación busca saber el “por qué” de estas dificultades en la comunicación y no el “cuanto” ya que considero que es mucho más importante buscar la causa y definir el problema para subsanarlo que cuantificarlo. También considero importante destacar que son mucho más abundantes los artículos desde la perspectiva del paciente y su familia que desde la perspectiva del profesional de enfermería. Este proyecto se realizará desde las dos perspectivas dándole una visión más holística al problema de comunicación.

La finalidad de esta propuesta será hacer reflexionar a los profesionales de enfermería sobre la importancia de la comunicación tanto con el paciente como con su familia ya que una parte muy importante del

cuidado tiene que ser destinada a los familiares, aunque muchas veces no seamos conscientes de ello u esto no sea percibido como una prioridad²⁵.

Con los resultados obtenidos se creará una comisión de expertos y familias de pacientes en UCI para la realización de una guía que recoja puntos sobre la comunicación enfermera con la familia del paciente crítico.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

No es una novedad que la comunicación con la familia del paciente crítico este afectada por barreras que no dejan que se desarrolle adecuadamente pero a pesar de todas las investigaciones, cursos de comunicación etc. esta sigue siendo considerada deficiente por el propio personal de enfermería¹³, por lo tanto surge nuestra pregunta de investigación: ¿Cuáles son los elementos que dificultan la comunicación y el apoyo emocional del profesional de enfermería con la familia de los pacientes críticos?

Es importante destacar que esta investigación se diseña bajo un paradigma constructivista lo que implica que no se parte de una hipótesis, no se pretende demostrar teorías existentes sino generar teorías a partir de los resultados obtenidos. Esto se debe al carácter inductivo de la investigación cualitativa, es decir, se parte de la realidad y cuando se encuentra la respuesta se establecen construcciones teóricas.

7. OBJETIVOS:

El siguiente proyecto tiene como finalidad responder a la siguiente cuestión: ¿Cuáles son los elementos que dificultan la comunicación y el apoyo emocional entre los profesionales de enfermería de la UCI y la familia del paciente crítico?

- **Objetivo general**

- Conocer desde una metodología cualitativa de carácter descriptivo, cuales son los elementos que dificultan la comunicación y el apoyo emocional del profesional de enfermería con la familia de los pacientes críticos.

- **Específicos :**

- Conocer cómo se desarrolla actualmente la comunicación terapéutica y el apoyo emocional en la UCI de adultos del CHUF.
- Conocer la importancia de la comunicación terapéutica con la familia del paciente crítico.
- Conocer la percepción que los profesionales de enfermería de la UCI del CHUF tienen sobre la comunicación con la familia del paciente.
- Conocer la percepción que los familiares del paciente tienen sobre la comunicación con los profesionales de enfermería.
- Valorar y analizar la presencia o ausencia de formación en la comunicación en el personal de enfermería del ámbito de cuidados intensivos.
- Diseñar una guía dirigida a los profesionales de enfermería para mejorar la comunicación y el apoyo emocional en las unidades de cuidados intensivos con la familia del paciente crítico, para cuyo diseño se creará un grupo de trabajo entre

expertos y familiares de los pacientes a partir de los resultados del proyecto.

8. METODOLOGÍA

a. Encuadre metodológico: Paradigma y tipo de diseño

Se trata de una propuesta de investigación con enfoque y perspectiva cualitativa. Paradigma fenomenológico descriptivo, simbólico y constructivista. Describe y comprende como sienten, piensan y actúan las personas respecto a situaciones, fenómenos, interacciones y comportamientos observables. Como método de recogida de datos se utilizarán entrevistas en profundidad.

b. Escenario de observación:

El estudio se realizará en la unidad de cuidados intensivos del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol "Arquitecto Marcide" (CHUF). La unidad consta con 18 enfermeras, 18 auxiliares de enfermería y la supervisora. Está compuesta por 10 camas.

En esta unidad no se sigue ningún protocolo ni normativa en cuando a la comunicación terapéutica con la familia del paciente. Las enfermeras no participan en el proceso. El cual se realizaría antes de las visitas (1 hora por la mañana y otra por la tarde).

Las enfermeras dan apoyo emocional a las familias y en el primer contacto en la unidad les explican cada una de las cosas que lleva conectado el paciente y para qué sirven. En el caso de accidente de tráfico el SERGAS cuenta con psicólogos de la asociación de víctimas de tráfico que atienden tanto al paciente como a su familia.

En esta unidad no hay sala de información, está previsto que con las obras que se realizarán en los próximos años se realice una. No hay nada en marcha sobre el proceso de comunicación en cuanto a enfermería.

c. Población y muestreo

En la investigación cualitativa el poder de la muestra no viene dado por el número de participantes del estudio sino por la capacidad de representar la diversidad del fenómeno y la variedad de perspectivas posibles en nuestra percepción de estudio.

Para ello se realizará muestreo intencional o de conveniencia. Este muestreo nos permite seleccionar a un número de personas o participantes que aporten información general y específica relacionada con el objetivo principal de nuestro estudio; contando sus vivencias, experiencias etc. No es un muestreo probabilístico y los participantes son elegidos por su accesibilidad¹⁷.

Como decía Patton “la lógica que orienta este tipo de muestreo y lo que determina su potencia, reside en lograr que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación¹⁸.”

En consecuencia se partirá de las 18 enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del CHUF que posean uno o más años seguidos de experiencia en esta área y 18 familiares de pacientes ingresados en UCI. Así mismo se han elaborado dos guiones de entrevistas en profundidad para pasárselos. No obstante, el muestreo seguirá las pautas del proceso de saturación, de forma que se considerará terminada la recogida de datos cuando la información de las entrevistas consecutivas ya no aporte información cualitativa relevante.

Para la selección de las muestras nos regiremos mediante una serie de criterios de inclusión y exclusión.

d. Criterios de inclusión y exclusión de profesionales de enfermería.

Inclusión

- Profesionales de enfermería con más de un año de experiencia continuo en UCI, de manera que podamos tener la seguridad de que la exposición al fenómeno de estudio habrá estado presente en algún momento de su trayectoria profesional.

Exclusión

- No cumplir alguno de los criterios de inclusión.
- Haber vivido una experiencia de estrés emocional secundaria a una vivencia personal que pudiera dificultar la capacidad narrativa y emocional del entrevistado.

e. Criterios de inclusión y exclusión de familiares

Inclusión

- Familiar del primer nivel de consanguinidad (padres, cónyuge, hijos, hermanos) que tenga mayor permanencia en el servicio.
- Mayores de 18 años de edad y menores de 75 años de edad.
- Estancia no menor a 7 días en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Aceptación voluntaria a participar en el estudio.
- Familiares que hayan permanecido en la UCI durante el periodo de estudio y que hayan aceptado participar.

Exclusión

- Haber vivido experiencias de estrés emocional respecto al ingreso y que puedan interferir en la capacidad narrativa y emocional del entrevistado.
- Tener algún problema que los incapacite para participar.

- Familiares que visiten a los pacientes por primera o Segunda vez.
- Familiares de pacientes que reingresan en el periodo durante el cual se desarrolle el estudio.

f. Acceso al campo

Una vez que tengamos el informe favorable del comité de ética acudiremos al hospital Arquitecto Marcide, donde contactaremos con los responsables de investigación dentro del hospital y con la directora de procesos. Ella será la encargada de informar al jefe de servicio y éste a su vez la supervisor/a.

Una vez situados en la UCI de adultos, hablaremos personalmente con la supervisora de la unidad, para conocer la situación del tema a tratar y así tener un enfoque más global; en el caso de que la supervisora esté interesada, nos permitirá crear un efecto de “bola de nieve” para captar el mayor número de participantes. Se entregarán también folletos informativos sobre nuestro objeto de estudio a los enfermeros del servicio.

Así mismo, presentaremos el problema al grupo de gestión del hospital y con la ayuda de este grupo realizaremos una conferencia o charla para tratar de sensibilizar a los profesionales de enfermería de la UCI con el problema de comunicación existente.

Aprovecharemos también los descansos de enfermería para tener una primera toma de contacto con el personal, en la que aprovecharemos para presentarnos, explicar nuestro proyecto, los objetivos del mismo y los criterios de inclusión y exclusión. A su vez haremos una recolección de datos de los enfermeros que estén dispuestos a participar en el estudio (nombre, número de teléfono, fecha de nacimiento, antigüedad en UCI...).

Una vez que establezcamos un contacto previo con los profesionales de enfermería que participarán en nuestro proyecto, nos informarán durante las próximas semanas de los familiares que puedan cumplir los criterios

de inclusión, hasta que alcancemos el tamaño muestral que queremos, además, informarán a los familiares sobre nuestro proyecto, y los que estén interesados serán anotados con su nombre, número de teléfono, fecha de nacimiento... De este modo nosotros nos pondremos en contacto con ellos.

Cuando alcancemos el tamaño muestral esperado, dependiendo del número de participantes, se valorará cuantas reuniones se harán y se fijarán las fechas para su realización. Es importante destacar que la idea principal es realizar entrevistas en profundidad.

g. Técnicas y estrategia de recogida de datos

La entrevista es una de las técnicas de recogida de datos más apropiada para investigaciones cualitativas de corte fenomenológico, debido a su carácter flexible y dinámico; según Taylor y Bodgan²⁰ la describen como “no directiva, no estructurada, no estandarizada y abierta”.

Se realizarán entrevistas en profundidad a los profesionales de enfermería (**ANEXO I**) y a los familiares (**ANEXO II**). Con la utilización de esta técnica conversacional se pretende llegar en profundidad al fenómeno a estudiar, recogiendo información desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, familiares y sus experiencias vividas, escuchando y aprendiendo hasta llegar a la saturación de los datos. Se realizarán de forma individual, cara a cara para así tener la oportunidad de observar la comunicación no verbal.

La investigadora mantendrá una posición neutral, limitándose a escuchar y grabar las narraciones sin interrupciones y formulará las preguntas pudiendo cambiarlas de orden o añadir otras a medida que progrese la entrevista. Se permitirá a los participantes narrar con libertad su experiencia sin restricciones, haciendo preguntas abiertas, y reconduciendo la entrevista cuando sea oportuno.

Se prevé que las entrevistas tengan una duración entre 40 y 90 minutos dependiendo de lo productivo que sea cada entrevistado y de las condiciones de fatiga del mismo. Se creará un ambiente de confianza, tranquilo y sin interrupciones. Debemos evitar las distracciones para mostrar la máxima atención posible a la persona entrevistada.

Las entrevistas serán grabadas y transcritas para luego ser analizarlas. Será importante también anotar el lenguaje no verbal que vayamos observando. Fijaremos también en nuestro guion partes del relato para después volver a incidir en ellos si resulta interesante. Recogeremos de este modo, las experiencias, sentimientos, interpretaciones y toda la información relevante de los enfermeros y las familias de los pacientes críticos a la hora de comunicarse.

Los participantes estarán informados en todo momento de la confidencialidad, del anonimato de sus datos y respuestas. También estarán informados en todo momento que su participación es voluntaria durante todo el proceso, permitiéndoles abandonar cuando lo deseen.

h. Análisis de los datos

Una vez alcancemos la saturación de los datos se pasará al análisis.

Antes de abordar el análisis de los datos será importante revisar todo el material que tenemos (anotaciones, grabaciones, entrevistas...) y hacer copias de las grabaciones para evitar así problemas por posibles daños o pérdidas.

Se realizará un análisis de contenido. González y Cano lo definen como “el proceso de identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado subyacente en los datos”.

El primer paso será transcribir literalmente las grabaciones y organizar las notas de campo. Cada transcripción se le asignará un código

alfanumérico para mantener el anonimato y distinguir a los participantes. No se transcribirá información que pueda delatarlos.

Antes de esta codificación se llevará a cabo un proceso intenso de lectura y reflexión de los textos para poder llegar a la esencia de todos los relatos y poder captar todos los datos. En este paso también es importante analizar las notas sobre la comunicación no verbal de los participantes. Tras la codificación, los datos serán agrupados por palabras o frases que guarden significado con el objeto de estudio, este proceso irá aumentando a medida que se profundice el análisis.

Como herramienta de ayuda utilizaremos un software para el análisis de datos cualitativos, que servirá de ayuda en el proceso de codificación y categorización. El software elegido es Atlas ti. Este programa puede resultar útil para buscar palabras, frases o segmentos de texto, asociar códigos a segmentos de texto y posteriormente, localizarlos y ordenarlos. También permite almacenar, organizar y obtener informes resumidos de los datos más significativos que emergen del análisis.

i. Criterios de rigor y credibilidad

Uno de los principales retos de la investigación cualitativa es mostrar que la interpretación que se ha realizado de la información recogida es veraz; puesto que los investigadores analizan lo relatado por los participantes pero también lo que observan ellos mismos, siendo muy complicado mantener al margen la subjetividad.

Somos conscientes de que la presencia del investigador puede tener un impacto en respuestas y actuaciones de los participantes, del mismo modo que nuestros conocimientos y creencias puedan llevarnos a interpretaciones erróneas de la realidad. Por ello tendremos presente la reflexividad, de forma que indagaremos nuestra influencia sobre los sujetos y la realidad investigada.

Los datos obtenidos serán verificados por los participantes y comprobaremos así, si ellos se identifican con esa realidad. Esta técnica es considerada la más importante para valorar la credibilidad del análisis realizado.

j. Contextualización del investigador: Posición del investigador

La investigadora es una graduada en Enfermería de la facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, universidad de la Coruña. A lo largo de su práctica clínica ha presenciado determinadas situaciones que le han llamado la atención con respecto a la comunicación con la familia del paciente. Muchas enfermeras suelen respaldarse diciendo que el médico le explicará cualquier duda que tengan ante cualquier pregunta que se hace al colectivo aunque puedan contestarla. Muchas veces ha podido llegar a pensar que por la carga de trabajo no quieren “perder” el tiempo hablando con la familia pero por otra parte puede ser miedo a dar información errónea debido a que no conocen bien el caso, o porque el médico no ha compartido con ellas información necesaria.

k. Limitaciones

La limitación más importante que nos podríamos encontrar a la hora de llevar a cabo el estudio es la falta de participación, tanto de los profesionales de enfermería de la UCI del CHUF como de los familiares. Esto podría ser debido, en el caso de los profesionales, a la dificultad que produce hablar sobre la práctica diaria y el miedo a ser juzgados por una mala praxis; y en el caso de la familia, miedo a ser delatados al personal de enfermería y que esto repercuta en su familiar.

Si esta situación se produce se llevará a cabo un plan de contingencias como puede ser ampliar la investigación a la Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña.

También debemos tener en cuenta que pueden aparecer otras limitaciones durante el desarrollo del estudio que sólo serán visibles una vez iniciada la investigación.

9. PLAN DE TRABAJO

	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12	MES 13
Búsqueda Bibliográfica.													
Solicitud al CAEIG.													
Solicitud de permiso al CHUF													
Contacto con los participantes.													
Entrega y recogida de consentimientos informados a los participantes.													
Realización de las entrevistas.													
Transcripción de las entrevistas.													
Análisis de los datos.													
Finalización y conclusiones del estudio.													
Difusión de resultados													

Tabla

I:

Cronograma

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio será llevado a cabo bajo el marco ético y legal de:

Declaración de Heisinki de la Asociación Médica Mundial 1964²¹.

Propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos que expone que el bienestar de los participantes debe primar siempre sobre todos los intereses científicos, sociales y de investigación biomédica. Estas consideraciones éticas estarán dirigidas a proteger la salud de la persona, sus derechos y su intimidad. Esta declaración se considera la principal referencia mundial de la ética en la investigación con seres humanos. La última revisión es la de la Fortaleza, Brasil en el año 2013.

Pacto de Oviedo 1997²². Convenio que relaciona la bioética con la defensa y promoción de los derechos humanos, en ámbitos nuevos como la biomedicina. Impulsado por el consejo de Europa.

El primer paso será solicitar la autorización del Comité Ético de Investigación de Galicia (CAEIG) para la realización del estudio. Para ello se enviará una carta de presentación para que el proyecto sea validado (**ANEXO III**). También se debe añadir el compromiso del investigador principal (**ANEXO IV**) del estudio comprometiéndose a cumplir los requisitos éticos-legales.

Una vez concedidos los permisos para la realización del estudio se solicitará el permiso para la realización de la investigación al Director de procesos de calidad y docencia y; coordinador de investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Acto seguido, se reunirá y explicará el estudio al Jefe de Servicio y a la Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos para solicitar el acceso al personal sanitario de la unidad. Todas las personas que participen en el estudio serán informadas acerca de la metodología a seguir, los

objetivos que se pretenden alcanzar y los resultados que se esperan plasmados en el modelo de la hoja de información al participante (**ANEXO V**). También se entregará el consentimiento informado²³ (**ANEXO VI**) que deberá ser firmado antes de empezar el estudio. Los participantes podrán realizar todas las preguntas que consideren oportunas para conocer el estudio en profundidad. También, se informará a los participantes el derecho a no responder a algunas preguntas así como a abandonar el estudio cuando lo estimen oportuno.

La investigadora se compromete a asegurar la confidencialidad de los participantes según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal²⁴.

11. PLAN DE DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez realizada la investigación, el objetivo final es la difusión de sus resultados y conclusiones en el ámbito científico para así llegar al mayor número de profesionales de enfermería. Por lo que nuestro estudio se difundirá en revistas científicas, congresos y otras opciones de divulgación más sociables.

Para la difusión de la investigación en **revistas científicas** se tendrá en cuenta el factor de impacto, que es un instrumento que determina la repercusión que ha tenido una revista en la comunidad científica.

Averiguaremos el factor de impacto de las revistas a través del Journal Citation Reports (JCR), que valora el número de citas que el artículo ha tenido.

Revista	Factor De Impacto	Cuartil
American Journal of Critical Care	2,053	8/116
Journal of Nursing Care Quality	1,214	45/116
Revista Latino-Americana de Enfermagem.	1,117	51/116

Tabla II: Revistas de difusión.

Los congresos en los que será presentado nuestro estudio serán:

- Congreso nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensivista y Unidades Coronarias (SEEIUC) 2018.
- Congreso ibero-americano de investigación cualitativa 2018. Es anual. Este año se llevará a cabo en Salamanca.

Otras opciones de divulgación más sociales serían la publicación de la investigación en revistas online o blogs.

12. Financiamiento de la investigación

a. Recursos necesarios

DESCRIPCIÓN	COSTE UNIDAD	CANTIDAD	COSTE TOTAL
Material Fungible			
Folios	3€/500 folios	5 paquetes	15€
Bolígrafos	0,4€	10	4€
Archivadores	3,5€	3	10,5€
Rotuladores	0,85€	5	4,25€
Material inventariable			
Ordenador Portátil	500€	1	500€
Grabadora digital	50€	1	50€
Pendrivel 64 Gb	40€	1	40€
Programa Atlas.ti	50€	1	50€
Otros gastos: traducción, formación...			
Traductor de artículos	200€	2	400€
Congresos	350€	1	350€
TOTAL			1424€

Tabla III: Recursos necesarios.

b. Posibles fuentes de financiamiento

Llevar a cabo una investigación supone cierta inversión económica por lo que una vez concluido el presupuesto, el siguiente paso será ponerse en contacto con asociaciones, tanto públicas como privadas a nivel autonómico, nacional o europeo que puedan financiar la investigación. En este caso, las organizaciones con las que estableceríamos un contacto serían las siguientes:

- **Ámbito autonómico:**

- **La UDC**, El 9 de Junio del 2017 la UCD salieron convocadas en la página web de la UDC una serie de ayudas entre las que se incluyen las siguientes acciones: Visitas/encuentros de investigadores, organización de congresos y jornadas, intensificación de la participación en el programa H2020, estancias postdoctorales de investigación y patentes.
- **Xunta de Galicia**: Becas destinada a las Universidades del Sistema Gallego, a los organismos públicos de investigación de Galicia, a las fundaciones de investigación sanitaria de Galicia y a los centros del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y del Instituto Español de Oceanografía radicados en Galicia. Ayudas destinadas a todas las ramas del conocimiento científico.
- **Colegio Oficial de Enfermería de A Coruña** que proporciona remuneraciones económicas a colegiados (antigüedad igual o superior a dos años) una vez que concluyen el estudio de investigación.

- **Ámbito Nacional:**

- **Instituto de Salud Carlos III**: Es un organismo público nacional que se confecciona en una única convocatoria competitiva anual. En el que se financian proyectos de investigación que tienen como objetivo fomentar la salud y el bienestar de la población, desarrollar aspectos preventivos, diagnósticos, curativos, rehabilitadores y paliativos de la enfermedad.
- **Fundación MAPFRE**: de las ayudas que ofrece esta fundación nos interesan las de D. Ignacio Hernando de Larramendi.

Entidad privada que proporciona becas y ayudas para la realización de proyectos de investigación que tienen como objetivo la promoción de la salud.

- **Ámbito Europeo:**

- **Programa Marco de Investigación e Innovación (2014-2020):** Financiación de proyectos de investigación que aborden retos claramente definidos. Fondos destinados a la concesión de becas internacionales de investigación en los sectores público y privado, a la formación en materia de investigación y al intercambio de personal.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. Revista Javeriana [revista en internet] 2013 [01/06/2017]15(2):[137-151] Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7073/5620>
2. Garcia Ortega D, Garcia Graus N, Martinez Martin ML. La relacion terapeutica con la familia del paciente crítico. Metas Enferm. 2016; 19(2): 49-59.
3. Murillo Pérez MA, López López C, Torrente Vela S, Morales Sánchez C, Orejana Martín M, García Iglesias M et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. Enferm Intensiva [revista en internet] 2014 [10/06/2017] 25(4):[137-145] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-percepcion-las-enfermeras-sobre-comunicacion-S1130239914000728>
4. Achury D, Pinilla M. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. Enfermería Universitaria [revista en internet] 2016 [15/06/2017] 13(1): [55-60] Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/54861>
5. Müggenburg C, Riveros-Rosas A, Juárez García F. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeros y percepción del paciente que recibe su cuidado. Enfermería Universitaria [Revista en internet] 2016 [23/03/2017] 13(2):[201-207] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-entrenamiento-habilidades-comunicacion-enfermeras-percepcion-S1665706316300392>
6. Bellido JC, Lendínez JF. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN [internet] 1. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010 [09/05/17].

Dirección electrónica: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>

7. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Madrid, España.
Disponible en: <http://dle.rae.es/>.
8. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería Intensiva [revista en internet] 2012 [26/05/17] 23(2): [51-67] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-las-unidades-cuidados-S1130239911000460>
9. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. Revista Cuidarte [revista en internet] 2016 [08/06/17] 7(2): [1297-1309] Disponible en:
<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/330>
10. López-Martín, I. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación: centrado en el familiar. Revista española de comunicación en salud [revista en internet] 2014 [03/03/2017] 5 (2): [92-101] Disponible en: http://www.aecs.es/3_1_6.pdf
11. Campo Martínez MC, Cotrina Gamboa MJ. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enfermería Global [revista en internet] 2011 [21/03/2017] 10(4): [103/109] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/docencia3.pdf>
12. Brysiewicz P, Bhengu BR. The experiences of nurses in providing psychosocial support to families of critically ill trauma patients in intensive care units: A study in the Durban metropolitan area. South Afr J Crit Care. 2010; 26(2):42-51.
13. Zaforteza Lallemand, C, de Pedro Gómez J, Gastaldo D, Lastra Cubel P, and Sánchez-Cuenca López, P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación

- con los familiares del paciente crítico? Enfermería Intensiva [revista en internet] 2003 [20/03/2017] 14(3):[109-119] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-que-perspectiva-tienen-las-enfermeras-S1130239903781152>
14. Achury DM, Pinilla M, Alvarado H. Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. Invest Educ Enferm [revista en internet] 2015 [23/03/2017] 33(1): [102-111]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148161>
 15. Gaeeni M, Mansoureh AF, Seyedlalemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of families and nurses. Global Journal of Health Science [revista en internet] 2014 [25/05/2017] 7(2):[8-19] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25716373>
 16. García Mozo A, Sánchez Roldan F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Duran Torres MT et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiar/es del paciente crítico. Enfermería intensiva [revista en internet] 2010 [01/06/2017] 21 (1) 20-27 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-desarrollo-una-guia-atencion-los-S1130239909000042>
 17. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós Básica; 1987
 18. Patton, M. (1990). Qualitative evaluation and research. Beverly Hills, CA: Sage. methods [169-186]
 19. Mayan, MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales [libro en internet]. Alberta, Canadá: Qual Institute Press; 2001 [01/05/2017]. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf>
 20. Gonzalez Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos de investigación cualitativa. Tipos de análisis y proceso de codificación

- (II). Nure investigación [revista en internet] 2010 [01/05/2017] 1(45): [1-10] Disponible en: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/.../465
21. Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial, Hong Kong, 1989
22. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Instrumento de Ratificación, de 23 de Julio de 1999. Boletín Oficial del Estado, nº 251, (20-10-1999).
23. Ley Orgánica LEY 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Boletín oficial del Estado, nº 158, (3 de julio de 2001).
24. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14 de diciembre de 1999).
25. Zaforteza Lallemand C, Prieto González S, Canet Ferrer TP, Diaz López Y, Molina Santiago M, Moreno Mulet C et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. Enfermería intensiva [Revista en internet] 2010 [03/03/2017] 21(1) [101-109] Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-mejorando-el-cuidado-los-familiares-S1130239909000054>

14. ANEXOS

ANEXO I: ENTREVISTA PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

- ¿Cómo es para usted la relación con los familiares de los pacientes?
- ¿Qué hace cuando llega un familiar a visitar a un enfermo? Piense en un caso. ¿Cuándo se va, qué hace?
- ¿Cuándo entran los familiares por primera vez, le explica todo lo que tiene el paciente... manguito de tensión, catéter arterial, pulsioxímetro...?
- A la hora de informar a la familia, ¿recibe información por parte del médico de lo que ha dicho? ¿Qué opina de ello?
- ¿Qué aspectos cree que tienen repercusión en o que condicionan la comunicación que se establece entre los enfermeros y los familiares?
- ¿Qué opina sobre la formación en pensamiento crítico y habilidades de relación cursadas en la carrera? ¿Cree que capacitan a los enfermeros para hacer frente a procesos de información en situaciones comprometidas? ¿Por qué?
- ¿Qué impacto tiene en usted el contacto con los familiares?
- ¿Le parece adecuado el nivel de participación con los familiares?
- ¿Cómo se siente cuando da soporte emocional?
- Cuando observa angustia por parte de los familiares ¿qué hace?
- ¿Cómo cree que los familiares describirían la actitud enfermera a la hora de comunicarse o prestar apoyo emocional?
- En un mundo ideal, ¿cómo planificaría la relación terapéutica entre enfermeros y familiares? Espacios, tiempo, etc.

ANEXO II. ENTREVISTA FAMILIARES.

- ¿Desde cuándo lleva su familiar ingresado en esta unidad? ¿Cuál es vuestro parentesco?
- ¿Por qué motivo ha ingresado? ¿Cuál es su estado de salud actualmente?
- Como fue el primer encuentro con el personal de enfermería en esta unidad, ¿puede describirmelo?
- ¿Cómo le parece la comunicación con el personal de enfermería de la UCI? ¿Cree que debería cambiar algo?
- Diariamente, ¿Cómo definiría usted la relación existente con el personal de enfermería de la UCI?
- A la hora de que el personal de enfermería le solucionase alguna necesidad afectiva, ¿Qué ha notado?
- Cuando tiene alguna duda ¿A quién recurre?, ¿Por qué?
- ¿Cómo se ha sentido atendido en esta unidad?
- ¿Qué sugerencias aportaría para mejorar esta situación?

Las entrevistas empezarán con una pregunta abierta sobre la comunicación entre el personal de enfermería y los familiares de los pacientes. Posteriormente se podrán ir incluyendo las preguntas mostradas con anterioridad, pudiendo cambiar el orden de las mismas o incluir alguna a medida que progrese la entrevista.

ANEXO III: CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE GALICIA.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral

Comité Autonómico de Ética de la Investigación de Galicia
Secretaría técnica
Edificio Administrativo de San Lázaro
15781 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Teléfono: 881 546425
www.sergas.es/ceic



CARTA DE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN A LA RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA

D/Dña.

Con teléfono de contacto: y correo-e: @

Dirección postal:

SOLICITA la evaluación de:

- Protocolo **nuevo** de investigación
 Respuesta a las aclaraciones solicitadas por el Comité
 Modificación o Ampliación a otros centros de un estudio ya aprobado por el Comité

DEL ESTUDIO:

Título:

Investigador/a Principal:

Promotor:

MARCAR si procede que confirma que cumple los requisitos para la exención de tasas según el art. 57 de la Ley 16/2008, de 23 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2009. DOG de 31 de diciembre de 2008)

Código de protocolo:

Versión de protocolo:

Tipo de estudio:

- Ensayo clínico con medicamentos con medicamentos
CEIC de Referencia:
- Investigaciones clínicas con productos sanitarios
- EPA-SP (estudio post-autorización con medicamentos seguimiento prospectivo)
- Otros estudios no incluidos en las categorías anteriores

Investigador/es:

Centro/s:

Adjunto se envía la documentación necesaria en base a los requisitos que figuran en la web de la Red Gallega de CEIs, y me comprometo a tener disponibles para los participantes los documentos de consentimiento aprobados en gallego y castellano.

En , a de de

Fdo.:

RED DE COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE GALICIA
Secretaría Técnica del CAEI de Galicia
Secretaría Xeral. Consellería de Sanidade

ANEXO IV. COMPROMISO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL

D. Cristina López López

Servicio

Centro: Facultad de enfermería y podología. Universidad de la Coruña.

Hace constar:

- ✓ Que conoce el protocolo del estudio

Título: "Comunicación terapéutica y apoyo psicosocial a la familia del paciente crítico: dificultades y barreras encontradas por los profesionales de enfermería."

Código do promotor:

Versión:

Promotor:

- ✓ Que dicho estudio respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios de investigación
- ✓ Que participará como investigador principal en el mismo
- ✓ Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el estudio, sin que esto interfiera con la realización de otros estudios ni con otras tareas profesionales asignadas
- ✓ Que se compromete a cumplir el protocolo presentado por el promotor y aprobado por el comité en todos sus puntos, así como las sucesivas modificaciones autorizadas por este último
- ✓ Que respetará las normas éticas y legales aplicables, en particular la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo y seguirá las Normas de Buena Práctica en investigación en seres humanos en su realización

- ✓ Que notificará, en colaboración con el promotor, al comité que aprobó el estudio datos sobre el estado del mismo con una periodicidad mínima anual hasta su finalización
- ✓ Que los investigadores colaboradores necesarios son idóneos.

En _____, a _____ de _____ de _____

Asdo. Cristina López López.

ANEXO V: HOJA DE INFORMACIÓN AL/LA PARTICIPANTE ADULTO/A

TÍTULO DEL ESTUDIO: "Comunicación terapéutica y apoyo psicosocial a la familia del paciente crítico: dificultades y barreras encontradas por los profesionales de enfermería."

INVESTIGADOR Cristina López López

Este documento tiene por objeto ofrecerle información sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Este estudio fue aprobado por el Comité Autonómico de Ética e Investigación de Galicia.

En el caso de querer participar en la investigación, deberá recibir información personalizada del investigador, leer antes este documento y realizar todas las preguntas pertinentes para poder comprender bien todos los detalles sobre el mismo. Podrá tomar el tiempo necesario para decidir si participa o no, y podrá llevar la hoja de información para consultarlo con otras personas antes de firmarlo, si así lo desea.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Ud. Puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

El objetivo de este estudio es conocer desde una metodología descriptiva, cuales son los elementos que dificultan o facilitan la comunicación y el apoyo psico-emocional del profesional de enfermería con la familia de los pacientes críticos.

Conocer la percepción que los profesionales de enfermería tienen sobre la comunicación con la familia del paciente crítico y la importancia para ellos, como se lleva a cabo en la UCI de adultos del CHUF esta intervención y valorar si es necesaria la presencia/ausencia de estrategias de comunicación; y si es necesario modificar y/o mejorar la actuación de los profesionales sanitarios.

El estudio aportará nuevos conocimientos sobre el tema y beneficios para los pacientes, los familiares y profesionales. Los hallazgos encontrados nos servirán para llevar a cabo intervenciones de enfermería relacionados la comunicación en situaciones difíciles.

¿Por qué me ofrecen participar a mí?

Ud. es invitado a participar porque cumple los requisitos de inclusión expuestos anteriormente en la metodología.

¿En qué consiste mi participación?

La participación consiste en una entrevista individual en profundidad. En él se realizarán una serie de preguntas de respuesta abierta.

Tras la realización de la entrevista, es posible que sea necesario volver a contactar con usted bien para obtener datos que se consideren importantes u para matizar algunos aspectos que ya hubiesen sido tratados.

Toda persona que decida participar en la realización de la investigación deberá ser lo más sincero y serio posible a la hora de realizar la entrevista para que los datos sean lo más realistas posible.

La duración de la entrevista se estima entre 30 y 60. El estudio puede terminar cuando el investigador lo considere pertinente.

¿Qué molestias o inconvenientes tiene mi participación?

El único inconveniente que puede suponer participar en este estudio es la molestia causada por la realización de la entrevista en profundidad y que alguna de sus preguntas resulten difíciles o incómodas de contestar. En este caso puede pedir que no se le formulen cierta/s preguntas, sin necesidad de dar explicaciones o por lo contrario abandonar el estudio en cualquier momento.

¿Obtendré algún beneficio por participar?

No se espera que Ud. obtenga beneficio directo por participar en el estudio.

¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Se Ud. lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados serán remitidos a publicaciones científicas pero nunca llevarán ningún dato que pueda identificar a los participantes del estudio.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. En todo momento, usted podrá acceder a sus datos, oponerse, corregirlos o cancelarlos, solicitando ante el investigador.

Solo el equipo investigador, y las autoridades sanitarias, que tienen el deber de guardar la confidencialidad, tendrán acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se puede transmitir a terceros la información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea

transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente como mínimo al exigido a la normativa de nuestro país.

Los datos serán recogidos y conservados hasta terminar el estudio en modo **codificado**, que quiere decir que poseen un código con el que el equipo investigador podrá conocer a quién pertenece.

El responsable de la custodia de los datos es Cristina López López. Al terminar el estudio los datos serán anonimizados.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

La investigadora no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio.

Ud. no será retribuido por participar.

¿Cómo contactar con el equipo investigador de este estudio?

Ud. puede contactar con Cristina López López en el teléfono [REDACTED] o el correo electrónico [REDACTED]

ANEXO VI: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA A PARTICIPACIÓN NUN ESTUDO DE INVESTIGACIÓN:

TÍTULO: "Comunicación terapéutica y apoyo psicosocial a la familia del paciente crítico: dificultades y barreras encontradas por los profesionales de enfermería."

Yo, _____

- Leí la hoja de información al participante del estudio arriba mencionado que se me entregó, pude conversar con Cristina López López y hacer todas las preguntas sobre el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.
- Accedo a que utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.
- Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.

Firma: O/a participante.
el consentimiento.

Firma: El/la investigador/es que solicitan

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

ANEXO VII: REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO:.....

.....

D/D^a.....,

REVOCO la autorización para la publicación de mis datos de salud

firmada con fecha ___/___/_____

Fdo.: El/ la paciente

Nombre y apellidos:

Fecha:

ANEXO VIII: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Nº RESULTADOS
CINHAL	MH "professional-family relations" AND MH family AND MH ("critical care" OR ICU OR "intensive care") AND MH communication Limitadores: Fecha de publicación (2007-2017); Idioma: English, Spanish, Portuguese; Grupos de edad: All adult	12
CUIDEN-FUNDACIÓN INDEX	("comunicación")AND(("enfermería")AND(("paciente")AND("UCI"))) Límites: originales Inglés, Español y Portugués. Fecha de publicación (2007-2017).	30
PUBMED	(((professional family relations*) AND intensive care unit*) AND communication*) AND nurse* Filters activated: Published in the last 10 years; English, Spanish, Portuguese; Adult: 19+ years.	40
PsicINFO	(professional-family relations) AND nurs* AND (communication OR Psychoemotional support) AND (intensive care units) Límites: Fecha de publicación (2007-2017); Idioma: Inglés, Español, Portugués; Grupo de edad: Adulthood (18 yrs & older); Tipo de fuente: Revistas científicas.	39
SCOPUS	("comunicación") AND (("enfermera") AND (("familiar") AND ("UCI"))) Límites: Idioma: Inglés, Español, Portugués; Fecha de publicación: 2007-2017	4

A parte de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos anteriores también se han utilizado otros recursos electrónicos como Google Académico.

De entre todos los artículos obtenidos en la búsqueda bibliográfica, se ha procedido a descartar los que no cumplieran los criterios de inclusión. Se buscó entre las referencias bibliográficas de los no descartados otros que pudieran ser incluidos en nuestra revisión.

Una vez finalizado el proyecto, la selección definitiva incluyó un total de 16 artículos.