

Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica¹

Diana Marcela Achury Saldaña²

Luisa Fernanda Achury Beltrán³

SICI: 0124-2059[201307]15:2<137:PFPCPC>2.0.CO;2-6

-
1. Artículo de reflexión. Recibido: 2 de marzo de 2013. Aprobado: 2 de junio de 2013.
 2. Magister en Enfermería del Cuidado de la Salud Cardiovascular. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: dachury@javeriana.edu.co.
 3. Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesora instructora, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: achuryl@javeriana.edu.co.

Resumen

Desde su creación, las unidades de cuidado intensivo se han concebido como espacios cerrados por el riesgo que supone la condición crítica de los pacientes y la complejidad de su estado de salud; sin embargo, con el transcurrir del tiempo, las experiencias de los profesionales de la salud y la incorporación de diferentes teorías de enfermería en el cuidado de los pacientes han hecho cada vez más evidentes las necesidades familiares y de los enfermos, y ello ha impulsado el estudio de la participación familiar en la satisfacción de dichas necesidades y en la recuperación del paciente. Por tal motivo, es necesario que la participación familiar se convierta en una prioridad y realidad en las unidades de cuidado intensivo. Este artículo busca mostrar la importancia del proceso de participación familiar y propone la posibilidad de operacionalizarlo en el cuidado del paciente crítico, a través de la aplicación de una teoría como la de Rosemarie Parse, cuya fundamentación teórica se correlaciona con el proceso de participación familiar y permite articular los elementos disciplinares en la práctica profesional. Para ello, este artículo de revisión de literatura se deriva de los lineamientos internacionales de participación familiar y se integra con los referentes de una macroteoría denominada *hombre-vida-salud*.

Palabras clave: teoría de enfermería, enfermería de la familia, cuidados intensivos.

Palabras clave descriptores: enfermedad crítica, relaciones familiares, unidades de cuidados intensivos, psicoterapia familiar, manejo de atención al paciente, aspectos psicológicos, enfermería de la familia.

Family involvement in the care of critically ill patients: a theoretical proposal

Abstract

Since its inception, intensive care units are designed as restricted spaces because of the risk posed by the critical condition of the patients and the complexity of their health status, but with the elapse of time, the experiences of health professionals and the incorporation of different theories of nursing in the care of patients, the needs of family and patients have become increasingly apparent, and this has prompted the study of family involvement in meeting those needs and in the patient recovery. For this reason, it is necessary that family involvement becomes a priority and reality in intensive care units. This article shows the importance of family involvement and offers the possibility to operationalize it in critical patient care through the application of a theory such as Rosemarie Parse's, whose theoretical foundation is correlated with the process of family involvement and can articulate the disciplinary elements in professional practice. For this, this article, which is the result of a literature review, is derived from international guidelines for family involvement and integrates with the models of a macro theory called *man living-health*.

Keywords: nursing theory, family nursing, intensive care.

Keywords plus: critical disease, family relationships, intensive care units, family psychotherapy, patient care management, psychological aspects, family nursing.

Participação familiar no atendimento de pacientes críticos: proposta de fundamentação teórica

Resumo

Desde a sua criação, as unidades de terapia intensiva conceberam-se como espaços fechados pelo risco que supõe a condição crítica dos pacientes e a complexidade do seu estado de saúde; mas com o decorrer do tempo, as experiências dos profissionais da saúde e a incorporação de diferentes teorias de enfermagem no cuidado dos pacientes fizeram cada vez mais evidentes as necessidades familiares e dos enfermos, o que impulsiona o estudo da participação familiar na satisfação de tais necessidades e na recuperação do paciente. Por tal razão é necessário que a participação familiar mude em prioridade e realidade nas unidades de terapia intensiva. Este artigo procura mostrar a importância do processo de participação familiar e propõe a possibilidade de operacionalizá-lo no cuidado do paciente crítico, através da aplicação de uma teoria como a de Rosemarie Parse, cuja fundamentação teórica está correlacionada com o processo de participação familiar e permite articularem os elementos disciplinares na prática profissional. Para isso, este artigo de revisão de literatura é derivado das diretrizes internacionais de participação familiar e integra-se com os referentes de uma macroteoria nomeada *homem-vida-saúde*.

Palavras chave: teoria de enfermagem, enfermagem da família, terapia intensiva.

Palavras chave descriptor: doença crítica, relações familiares, unidades de cuidados intensivos, psicoterapia familiar, gestão de atendimento ao paciente, aspectos psicológicos, enfermagem da família.

Antecedentes de la participación familiar en las unidades de cuidado intensivo

Martínez (1) señala que la primera referencia que se tiene de las unidades de cuidado intensivo se remontan al siglo XIX cuando Florence Nightingale agrupaba a los heridos de la guerra de Crimea según criterios de gravedad y los ponía a cargo de las enfermeras con mayor experiencia y conocimientos; posteriormente, en 1928, el Dr. Walter Dandy creó la primera unidad de cuidados intensivos para el manejo de los pacientes en postoperatorio neuroquirúrgico, y a partir de allí, ante la necesidad de atender personas en estado crítico, como los heridos de la segunda guerra mundial y de la epidemia de poliomielitis que tuvo lugar en Europa y Estados Unidos (2), estas unidades especializadas en el cuidado se han ido ampliando y se han centrado en el manejo de la persona en estado crítico con la más alta calidad del recurso humano, material y tecnológico.

Estructuralmente, las unidades de cuidado intensivo eran salas donde el paciente ingresaba y se aislaba de la familia. Así se instauraba una barrera física y emocional, pues la condición crítica de la persona y la complejidad en su estado de salud suponían algún tipo de repercusión negativa. Durante mucho tiempo esta concepción le restó importancia al papel de la familia en la recuperación del paciente, la cual actualmente es considerada una estructura social mediante la cual los vínculos que allí se generan permiten la interacción entre sus miembros, de forma que cualquier acción, interacción o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás integrantes de la estructura (3,4).

Es indispensable anotar que la recuperación de la persona en estado crítico es la meta fundamental de la práctica enfermera; por ello, bajo la concepción de integralidad del ser humano y la satisfacción de las necesidades familiares y del paciente crítico, Bernat (5) considera que deben convertirse en la prioridad de las intervenciones de enfermería, de manera que la vinculación familiar se hace esencial en el cuidado y en la conexión del individuo con el entorno.

La teoría hombre-vida-salud y su aplicación en el proceso de participación familiar en el cuidado de la persona en estado crítico

La participación familiar es un proceso en el cual uno o varios familiares del paciente crítico se vinculan de forma voluntaria, progresiva y dirigida, con ayuda del profesional de enfermería, al cuidado del paciente en estado crítico, en función de sus posibilidades y el estado de salud del paciente, a partir de un acuerdo entre el familiar, la enfermera y el paciente cuando la condición de salud lo permita (6). Tales aspectos se relacionan con el referente teórico de la teoría *hombre-vida-salud* de Rosemarie Parse.

Según Hansen (7) y Marriner (8), esta teoría se considera única en enfermería, pues se basa en las ciencias humanas que describen la interrelación del hombre con el entorno; de manera que dicha reciprocidad contribuye al significado que adquiere la salud para el individuo de acuerdo con los constituyentes particulares de cada situación.

La teoría de Parse destaca de forma importante el valor que adquiere la interrelación del hombre con el entorno. La familia se constituye en un componente fundamental, pues el hombre interpreta y da significado a sus patrones de relación con cada uno de los miembros de su familia (7,8). Desde la conceptualización de Parse (8) y Torres y Morales (6), se entiende por familia a cualquier persona que guarde relaciones estrechas con el individuo o que mantenga una relación afectiva reconocida.

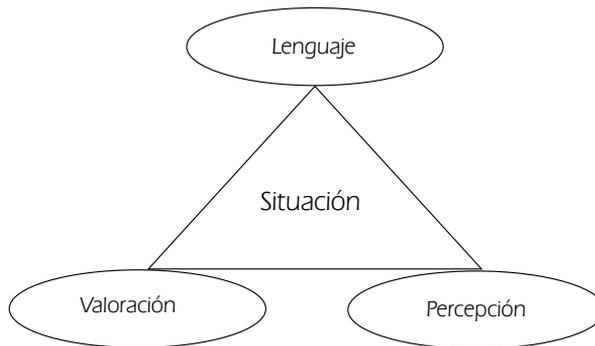
Es importante considerar que el grupo familiar deja de funcionar normalmente cuando se produce una crisis situacional como la hospitalización de uno de sus miembros en la unidad de cuidado intensivo; entonces, ubicando a la persona críticamente enferma como parte de un entorno o estructura familiar, es congruente pensar que la participación de los allegados en el cuidado del paciente crítico modifica el significado que el paciente o la familia dan a la enfermedad y genera beneficios que impactan positivamente en su recuperación y mantienen la esperanza en el proceso de mejoría de la enfermedad.

Parse maneja tres principios en su teoría: 1) estructuración de un significado, 2) cocreación y 3) cotranscendencia (impulso de acciones más allá de las posibilidades).

La estructuración del significado

El primer principio surge de un proceso de valoración que realiza el individuo a partir de su percepción acerca de determinada situación, la cual puede manifestarse por medio del lenguaje verbal o no verbal (8). También surge de la interrelación del hombre con el mundo, así como de su percepción del propósito de la vida y de los momentos significativos (8), en los cuales la familia desempeña un papel relevante. De la misma forma, las necesidades familiares cobran gran importancia en el proceso, en la medida en que determinan el significado que la familia les otorga a la salud del paciente y a la situación en general (figura 1).

FIGURA 1. Primer principio: significado



FUENTE: tomado y adaptado de Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1994.

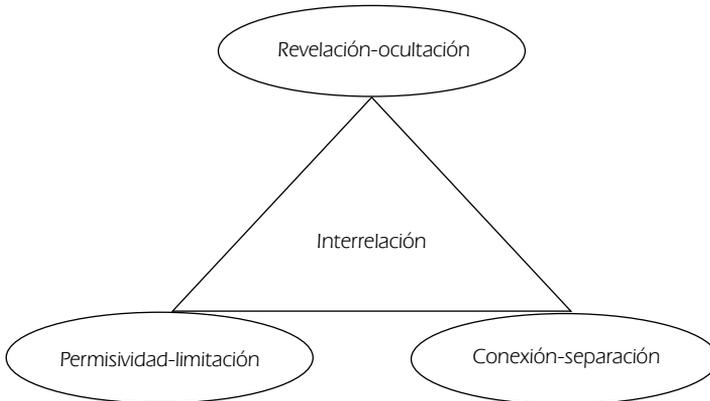
Algunos estudios, como los de Hildalgo y colaboradores (9) y Molter (10), muestran la prioridad que las familias de las personas en estado crítico le otorgan a las necesidades. Aquí la información y la seguridad se consideran de la mayor importancia; sin embargo, autores como Eggenberger (4), Rodríguez y colaboradores (11), Engström y Söderberg (12) y Verhaeghe y colaboradores (13) identifican y destacan las necesidades de tipo social y práctico, donde la cercanía y el deseo de la participación activa en el cuidado del paciente, especialmente en la alimentación y la higiene, son significativas.

Las necesidades de las personas críticamente enfermas varían de acuerdo con su condición de salud y con el significado que estos les hayan dado; no obstante, los pacientes críticos requieren cuidados especializados que faciliten su proceso de comunicación y que eviten las complicaciones de una hospitalización prolongada, como las infecciones cruzadas, el síndrome de desacondicionamiento físico, las úlceras por presión y el delirium; por tal motivo es necesario establecer espacios en las unidades de cuidado intensivo que le permitan al familiar participar activamente según las condiciones del paciente en los cuidados que se le proporcionan, y así favorecer la recuperación de la persona críticamente enferma.

La cocreación

El segundo principio de la teoría de Parse se refiere a la creación de patrones rítmicos de relación, que se fundamentan en una reciprocidad paradójica entre la revelación-ocultación, la capacidad-permisividad-limitación y la conexión-separación (6) (figura 2).

FIGURA 2. Segundo principio: cocreación



FUENTE: tomado y adaptado de Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1994.

Desde la revelación-ocultación, el paciente en estado crítico evidencia algunos patrones comportamentales o aspectos relacionados con la enfermedad; pero de forma simultánea oculta otros que no puede revelar por su condición. De esta manera, según Torres y Morales (6), la familia da a conocer al profesional de enfermería algunos aspectos de la persona antes de enfermar y lo provee de recursos importantes que favorecen el bienestar de la persona críticamente enferma, como el conocimiento sobre el proceso de enfermedad, la vivencia esperada de la situación y los mecanismos de afrontamiento (cognitivo-emocional). El familiar ejerce, entonces, un papel esencial en la actualización constante del rol desempeñado por el paciente y se convierte, así, en una fuente de humanización para los miembros del equipo de salud.

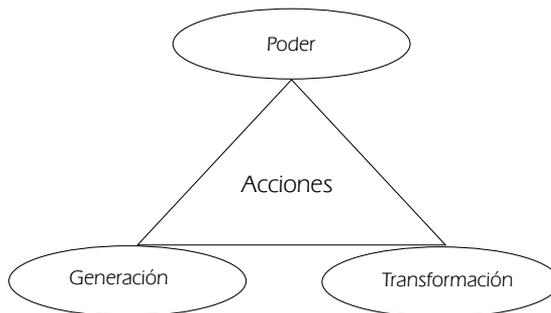
En cuanto a la permisividad-limitación, el paciente en estado crítico es incapaz de realizar todas las actividades que desea, pues su condición de inestabilidad hemodinámica o el efecto de algunos medicamentos, como los sedantes, no se lo permiten; de modo que queda limitado, y ello le exige reorientar sus relaciones, en la búsqueda que quien satisfaga sus necesidades básicas, de comunicación y de confort.

La conexión-separación implica para el paciente crítico la distancia con sus seres queridos. En la medida en que las políticas institucionales son todavía muy restrictivas y limitan el ingreso de los familiares a la unidad de cuidado intensivo, el paciente, en la búsqueda de nuevas relaciones, establece lazos con el personal de enfermería, que se convierte en el principal cuidador.

La cotrascendencia

El tercer y último principio de la teoría alude al proceso por medio del cual el ser humano puede impulsar acciones más allá de sus posibilidades para generar un proceso de transformación (8): la cotrascendencia. Este principio se relaciona fuertemente con las fases del proceso de participación familiar, en que los cuidadores se involucran de forma activa en el cuidado del paciente crítico para ayudarlo en su recuperación (figura 3).

FIGURA 3. Tercer principio: cotrascendencia



FUENTE: tomado y adaptado de Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1994.

La cotranscendencia demuestra que el proceso de participación familiar en el cuidado de la persona críticamente enferma implica la relación entre la *impulsión o el poder*, desde la conceptualización de Parse, y la fase de motivación (6), en la cual el cuidador toma conciencia ante la posibilidad de ayudar a su ser querido en estado crítico por medio de su participación en el cuidado. Por lo tanto, a través de la “generación” es capaz de materializar su vinculación voluntaria, gradual y guiada, para que —en función de sus posibilidades y de la situación de la paciente— haga operativa la iniciativa y se involucre en las acciones de cuidado.

Acciones transformadoras

Según Hidalgo y colaboradores (9), la participación de la familia se convierte en un proceso continuo, establecido de común acuerdo entre el personal de enfermería y los familiares, cuya intención va más allá del proceso de acompañamiento y tiene como objetivo generar *acciones transformadoras* que maximicen los efectos benéficos de la interacción, con base en una excelente comunicación terapéutica y relación de ayuda.

El proceso de transformación guarda relación con las otras dos fases de la participación familiar (básica y avanzada), pues el cuidador, en el ejercicio de su rol, tiene la capacidad de decidir el momento en el cual intensificará su vinculación y ascenderá en el cuidado de la persona en estado crítico, de acuerdo con los recursos que vaya adquiriendo, el deseo del paciente (cuando la condición de salud lo permita) y la determinación del equipo asistencial (6). Ello desencadena unos cambios que llevan, finalmente, a una mayor participación en los cuidados del paciente crítico.

Por una parte, la participación básica implica el inicio en la colaboración del cuidado por parte del familiar, sobre todo en los aspectos de menor demanda (componentes cognitivos y emocionales), los cuales deben individualizarse de acuerdo con el paciente y el cuidador; por la otra, según Rodríguez y colaboradores (11), la participación avanzada se centra en el desarrollo de acciones que requieren una intervención educativa específica, para que la colaboración por parte del familiar se preste activamente. Además de ello, el consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermería en Cuidados Críticos plantea algunas consideraciones específicas que orientan el proceso de participación familiar a la transformación (6):

- Adoptar un régimen de visitas que favorezca la interacción en el proceso de participación familiar.
- Garantizar la medición de la satisfacción de los pacientes y familiares con el proceso, mediante la implementación de instrumentos validados.
- Ofrecer la posibilidad de visitas de menores a sus seres queridos, siempre y cuando se valore previamente la capacidad del menor, su comprensión de la situación, se le anticipe las características del en-

torno que va a ver, se produzca en presencia de uno de los padres y se evalúe posteriormente el impacto de la visita.

Participación familiar

Gracias al proceso de participación familiar y la teoría hombre-vida-salud, se hace más evidente la responsabilidad que posee el profesional de enfermería para identificar oportunamente a aquellos familiares que podrían asumir el rol de cuidador, darlo a conocer y realizar el registro correspondiente en la historia clínica. Según Davidson y colaboradores (14), este proceso de identificación del cuidador requiere que el profesional de enfermería posea una adecuada competencia en entrevista clínica, relación de ayuda, valoración y diagnóstico de respuestas humanas de afrontamiento, desesperanza, impotencia, déficit de conocimientos y manejo del régimen terapéutico, además de habilidades en el uso de técnicas de comunicación en situaciones difíciles, uso de escalas de valoración de la función familiar, establecimiento de relaciones empáticas, escucha activa y un modelo de práctica orientado al paciente (6,14).

La teoría de Parse considera la práctica de enfermería “una participación intersubjetiva que permite guiar al familiar en la elección de las posibilidades en el proceso cambiante de la salud” (8). Ello es fundamental tanto en el proceso de participación familiar como en la estancia de un paciente en la unidad de cuidado intensivo, porque los dos suponen la toma constante de decisiones. Antes, dicho proceso se basaba en los modelos paternalista y de autonomía del paciente o su sustituto, pero ha evolucionado hasta el modelo actual, en el cual la opinión del personal de salud, el paciente y su familia sustentan una toma de decisiones compartida y de común acuerdo; tendencia que disminuye la ansiedad de las familias, tiene en cuenta los deseos del paciente y le permite al equipo de salud facilitar el proceso (4).

Con base en el actual modelo, el proceso de participación familiar implica la toma de decisiones multidisciplinarias. Aquí el establecimiento de un clima compartido favorece la relación de los agentes implicados: paciente, familia y profesionales de salud, de forma que se exponen todas las opciones disponibles, las consecuencias de cada decisión y se utilizan los medios de apoyo necesarios para facilitar el proceso. Ello hace imprescindible que el personal sanitario posea las suficientes habilidades de comunicación, facilitación y destrezas en el manejo de conflictos, de manera que el proceso se lleve a cabo bajo las mejores condiciones (6,14).

Conocer la dinámica de la participación familiar y sus implicaciones para el cuidado del paciente crítico hace necesario tener en cuenta los distintos escenarios de participación de la familia en el cuidado de la persona críticamente enferma. Muchos de ellos todavía generan polémica y controversia; sin embargo, los estudios de Rodríguez y colaboradores (11), Garrouste

y colaboradores (15), Wasser y colaboradores (16) y Meyers y colaboradores (17) demuestran que la presencia familiar es completamente inexcusable y benéfica para todos los actores implicados en el proceso de hospitalización del individuo.

Ante la identificación de las necesidades familiares, algunas instituciones poco a poco han contemplado la posibilidad de abrir espacios que favorezcan la participación de la familia en el cuidado de la persona críticamente enferma, y allí es donde la liberalización de las visitas se constituye en el primer paso para vincular a la familia en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente crítico; sin embargo, no se han contemplado otros espacios de participación familiar que, aunque más críticos, son igualmente importantes para la satisfacción de las necesidades familiares. Por ejemplo, muy poco se conoce sobre los efectos y las percepciones de las enfermeras en cuanto a la presencia familiar durante la reanimación cerebrocardiopulmonar o acerca de la presencia de los familiares durante la realización de procedimientos invasivos, como paso de catéteres o intubación orotraqueal.

Al llevar a cabo una revisión documental sobre este aspecto, se identificaron pocos estudios; sin embargo, cabe destacar las percepciones positivas de los profesionales de enfermería, entre las cuales se encuentra que la participación de la familia en el cuidado del paciente crítico les proporciona seguridad, mejora los canales de comunicación e información y facilita el duelo; así mismo, coinciden con los efectos que han experimentado los familiares, reflejados en la disminución de la ansiedad y aumento de la satisfacción del cuidado (tabla 1).

Contrario a lo que se cree, la literatura no reporta ningún caso en el cual los familiares hayan interferido en las maniobras de resucitación, se hayan prolongado los tiempos de reanimación o se evidencien consecuencias psicológicas negativas en los familiares (24); por el contrario, son tan importantes los efectos benéficos que los familiares manifiestan que repetirían la experiencia (17). De manera que ante la imperiosa necesidad de llevar a cabo prácticas que permitan la presencia del familiar durante la reanimación cerebrocardiopulmonar, Cottle y James (33) recomiendan la presencia de un profesional que acompañe al familiar durante el tiempo de reanimación y se encargue de proporcionar toda la información necesaria durante el proceso, que resuelva sus dudas y satisfaga sus necesidades. Ello se relaciona estrechamente con la conceptualización de la práctica enfermera de la teoría de Parse.

Entonces bajo el enfoque holístico del cuidado, la enfermería actual extiende sus intervenciones no solo a los pacientes, sino a sus familiares, lo cual se refleja en los esfuerzos constantes para integrarlos al proceso de participación familiar donde se pretende una recuperación más rápida de la persona en estado crítico y la satisfacción de los actores implicados en el proceso, de manera que ello se refleje en la calidad del cuidado de enfermería.

TABLA 1. Percepciones y efectos de la participación familiar en diferentes escenarios en la unidad de cuidado intensivo

Escenario de participación familiar	Percepciones positivas de las enfermeras	Percepciones negativas de las enfermeras	Efectos en el paciente y su familia
Cuidados básicos del paciente crítico (higiene general, higiene de la boca, movilización activa, movilización pasiva de articulaciones y alimentación)	Los familiares como una fuente valiosa de información y comunicación, así como importantes en la realización de actividades relacionadas con el bienestar psicológico (15,18,19)		<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ansiedad en los familiares de los pacientes (11). • Los familiares de los pacientes están dispuestos a participar en las actividades de cuidado (15). • Los pacientes consideraron favorable la participación de su familia en el cuidado (15). • Incremento en la satisfacción de los familiares con el cuidado (16). • Mejora significativa en el respeto, la colaboración y el apoyo (20).
Rondas			<ul style="list-style-type: none"> • Los familiares tienen la oportunidad de hacer preguntas y de clarificar la información discutida en las rondas, lo cual mejora la comunicación (21,22). • Incrementa la satisfacción del paciente (22).

Continúa

Escenario de participación familiar	Percepciones positivas de las enfermeras	Percepciones negativas de las enfermeras	Efectos en el paciente y su familia
<p>Reanimación cerebrotardiopulmonar y procedimientos invasivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las familias pueden ver el esfuerzo realizado, tienen la oportunidad de aceptar la situación con mayor facilidad, ejercen el derecho de estar presentes y aumentan su confianza en el personal; así mismo, mejora el comportamiento profesional (19,23). • Las familias tienen la oportunidad de decir adiós, lo cual facilita el proceso del duelo (24,25). • Las familias sienten que brindan apoyo al paciente y no los dejan solos (26). • Existe una reducción en el miedo y la preocupación de la familia. • Reducción del humor negro durante la reanimación (24). 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de interferencia de la familia en la realización de las maniobras de reanimación, de efectos traumáticos para los familiares, de un efecto negativo en el rendimiento del personal por la presión sobre el equipo, de incremento en los tiempos de reanimación y por lo que no hay suficiente espacio para la familia (23,24,26-31). • Existe la posibilidad de repercusiones como denuncias y acciones legales (27). • No se tiene en cuenta la privacidad y confidencialidad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los familiares experimentan una mejor elaboración del duelo y manifiestan que repetirían la experiencia (17,24,29,32,33). • Se incrementa la satisfacción de la familia con la atención (16).

FUENTE: elaboración propia a partir de la revisión documental relacionada con percepciones y efectos de la participación familiar.

Conclusiones

- La familia del paciente en estado crítico tiene necesidades de cercanía e interacción, de manera que el profesional de enfermería, con base en el enfoque holístico de cuidado y la teoría hombre-vida-salud, debe brindar los cuidados necesarios para satisfacer la necesidades del paciente y su familia, teniendo en cuenta la integralidad del ser y su inseparable relación con el entorno.
- El significado, la cocreación y la cotrascendencia, como los tres principios de la teoría de Parse, permiten al profesional de enfermería entender la importancia que adquiere para la familia del paciente en estado crítico la participación en todas las actividades de cuidado, con base en el fundamento de una teoría basada en las ciencias humanas y la interrelación del hombre con su entorno.
- El proceso de participación familiar y la práctica de enfermería desde la conceptualización de Parse permiten la vinculación gradual del familiar en el cuidado, en función de sus posibilidades para promover y facilitar la recuperación del paciente.
- Existen diversos escenarios de participación familiar en la unidad de cuidado intensivo, unos más explorados que otros, pero todos igualmente importantes y necesarios, en la medida en que se relacionan con una mayor satisfacción de los familiares y de la percepción de la calidad del cuidado.

Referencias

1. Martínez G. Cuidados intensivos: necesidad de cuidados intermedios. *Enferm Intensiva*. 2002;13(3):113-24.
2. Asiain Erro MC. Las unidades de cuidados intensivos: manual de enfermería en cuidados intensivos médico-quirúrgicos. s. l.: Instituto Monsa de Ediciones; 2008.
3. Torrents R, Torres EO, Saucedo MJ, Surroca L, Sancho CJ. Impacto de los familiares del paciente crítico: ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*. 2003;14(2):49-60.
4. Eggenberger SK. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *J Clin Nurs*. 2007;16:1618-28.
5. Bernat R. Necesidades de la familia del paciente crítico: revisión bibliográfica. *Nursing*. 2008;26(9):60-3.
6. Torres L, Morales JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. 2004;1:18-25.
7. Hansen PK. Parse's theory in practice: an interpretive analysis. *J Holist Nurs*. 2004;22(1):57-72.
8. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1994.

9. Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm. Intensiva*. 2007;18(3):106-14.
10. Molter N. Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart & Lung*. 1979;8(2):332-9.
11. Rodríguez MC, Rodríguez F, Recero del Pino Á, Morgado MI, Bannik JT, Flores LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003;14(3):96-108.
12. Engström A, Söderberg S. The experiences of partners of critically ill persons in an intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004;20:299-308.
13. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005;14(4):501-9.
14. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35(2):605-22.
15. Garrouste-Orgeas M, Willems V, Timsit JF, Diaw F, Brochon S, Vesin A, et al. Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. *J Crit Care*. 2010;25(4):634-40.
16. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med*. 2001;29:192-6.
17. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, et al. Research: Do families want to be present during CPR? *Top Emerg Med*. 2004;26:61-73.
18. Blanchard D, Alavi C. Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nurs Crit Care*. 2008;13(5):225-31.
19. Agard AS, Maindal TS. Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task. *British Association of Critical Care Nurses. Nurs Crit Care*. 2009;14(5):264-72.
20. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care*. 2009;18(6):543-52.
21. Lehmann LS, Brancati FL, Chen MC, et al. The effect of bedside case presentations on patients' perceptions of their medical care. *N Engl J Med*. 1997;336:1150-5.
22. Ibarrondo B, Tricas S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(4):179-88.
23. Demir F. Presence of patients' families during cardiopulmonary resuscitation: physicians' and nurses' opinions. *J Adv Nurs*. 2008;63(4):409-16.
24. Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE. Family presence during invasive procedures and resuscitation. *Am J Nurs*. 2000;100:32-43.

25. MacClean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: practices of critical care and emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2003;29(3):208-21.
26. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med.* 2003;29:1498-504.
27. Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. American Association for the Surgery of Trauma. Emergency Nurses Association. *J Trauma.* 2000;48:1015-22.
28. Davidson JE. Family presence at resuscitation: What if? *Crit Care Med.* 2006;34:3041-2.
29. Duran C, Oman K, Abel J, Koziel V, Szymanski D. Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. *Am J Crit Care.* 2007;16:270-9.
30. Howlett M, Gail A, Tsuchiya B. Health care providers' attitudes regarding family presence during resuscitation of adults: an integrated review of the literature. *Clin Nurse Spec.* 2010;24(3):161-74.
31. Ong ME, Chan YH, Strither De, Lim YH.: Asian medical staff attitudes toward witnessed resuscitation. *Resuscitation.* 2004;60(1):45-50.
32. Ellison S. Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. *J Emerg Nurs.* 2003;29(6):515-21.
33. Cottle EM, James JE. Role of the family support person during resuscitation. *Nurs Stand.* 2008;23(9):43-7.