

Cómo citar este documento

Irigoyen Villanueva, Paula; Bonill de las Nieves, Candela. Percepciones de enfermeros y enfermeras sobre el Régimen de Visitas Abierto en Cuidados Intensivos. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(2).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0763.php>

PERCEPCIONES DE ENFERMEROS Y ENFERMERAS SOBRE EL RÉGIMEN DE VISITAS ABIERTO EN CUIDADOS INTENSIVOS

Paula Irigoyen Villanueva¹, Candela Bonill de las Nieves²

¹Enfermera. MSc. Alumna del Máster Universitario en Cuidados Integrales en Situaciones Críticas y Urgencias en el Adulto, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga (España)

²Enfermera, PhD. Directora del Trabajo Fin de Máster, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Málaga. Unidad de Medicina Interna, Hospital de la Cruz Roja, Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería (España)

Resumen

Introducción: Las Instituciones Hospitalarias, en particular las Unidades de Cuidados Intensivos, trabajan siguiendo un modelo biomédico que impide un cuidado holístico y distancia al paciente de su entorno, en este punto se plantea el Régimen de Visitas Abierto como un dispositivo de humanización a tener en cuenta. La bibliografía al respecto nos muestra que para familiares y pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos pasar tiempo con su familiar durante el ingreso es sumamente importante, una prioridad. Las opiniones de enfermeros/as al respecto han sido sondeadas mediante enfoques positivistas y no se muestran tan favorables como familia y pacientes al Régimen de Visitas Abierto, de hecho en porcentajes variables se oponen a este. Se hace necesario un enfoque cualitativo que explique el porqué de estos resultados y abra camino hacia un cuidado más humanizado y adaptado a las necesidades de familiares y pacientes.

Objetivo principal: Describir y comprender las creencias y percepciones de las enfermeras sobre el régimen de visitas abierto.

Método: Metodología cualitativa, estudio descriptivo fenomenológico. Los informantes se seleccionaron por muestreo intencional o teórico de los enfermeros que trabajen en las Unidades de Cuidados Intensivos A y B del Complejo Hospitalario de Navarra. La técnica escogida para la recogida de

datos ha sido la de Grupos Focales complementada con entrevistas semiestructuradas a informantes clave. Se realizará un análisis de contenido a nivel semántico de las transcripciones siguiendo la metodología propuesta por Taylor-Bogdan. El rigor se determinará con los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

Palabras Clave: Visita a los pacientes, Régimen de visitas abierto, Cuidados Intensivos, Actitud del personal sanitario, Investigación cualitativa

Abstract (Perceptions of nurses about open visiting policy in Intensive Care Unit)

Introduction: Hospitals and particularly Intensive Care Unit work following a biomedical model that keeps a holistic patient care and distance them from their surroundings. At this point one may think of an Open Visiting Policy as a positive way of humanization to take into account. For families and patients admitted to the Intensive Care Unit spending time with their family during the hospitalization is extremely important, it is a priority. The views of nurses about the open visiting policy have been surveyed by positivist approaches and their opinion is not as favorable as the family and patients ones, in fact in different percentages they are against it. A qualitative approach to explain why these results are like this, is needed and it will open way towards a more humanized care adapted to the patients' and families' needs.

Main objective: To describe and understand the beliefs and perceptions of nurses on the open visiting policy.

Method: Qualitative Methodology, descriptive phenomenological study. Informants are going to be selected by intentionally or theoretical sampling of nurses working in the ICU A and B of the Hospital of Navarra. The technique chosen for data collection has been the one by the the Focus Group complemented with semi-structured interviews with key informants. Data analysis is going to be the content analysis at a semantic level of the transcripts using Taylor & Bogdan's methodology. The rigor is going to be determined by the criteria of credibility, auditability and transferability.

Keywords: Visitors to patients, Open Visiting Policy, Intensive Care, Attitude of Health Personnel, Qualitative research

1. Introducción

Actualmente las instituciones hospitalarias siguen basando sus intervenciones en un modelo biomédico que ha distanciado a la profesión de enfermería de su visión humanista y holística del cuidado, este modelo tiende a reducir lo humano a lo puramente biológico.¹

La organización de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que relega a un segundo plano la necesidad de relación del paciente con su entorno² es un ejemplo de cómo el modelo biomédico impera en las instituciones. Se trata de unidades con una gran carga de tecnologías, diferenciadas de otras áreas del hospital. Surge el debate alrededor de la deshumanización en las UCI, y se defiende la idea de que la tecnología no es más importante que la esencia humana aunque sea necesaria o incluso imprescindible y por tanto se debe implementar de forma eficaz dispositivos de humanización.³

Uno de los dispositivos de humanización es el sistema de visitas abierto^{3,4} y así lo entienden las familias que lo plantean como sugerencia para una atención más humanizada.⁵ En este sistema la atención a la familia es una parte más del cuidado integral y holístico que se realiza con el paciente.⁶ Según Da Silva y cols.⁴ se considera Régimen de Visita Abierta (RVA) “régimen que permite el acceso de la familia las 24 horas con o sin restricción del número de familiares”. Sin embargo hay gran diversidad de términos para referirse a la política de visitas: cerrada, abierta, libre, flexible, estructurada, restrictiva..., y al no haber unanimidad entre los autores,⁷ se ha seleccionado esa por ser la menos restrictiva de todas. El trabajo de los profesionales en las UCI sigue centrado en las intervenciones directas sobre el paciente dejando al margen a la familia de este, por temor a una implicación emocional⁸ o por considerarlos sujetos que dificultan a los profesionales su labor.^{4,9} El sistema de visita abierta no está extendido y esto se percibe en las necesidades que muestran pacientes y familiares en diferentes publicaciones.^{5,6,9-12}

Los pacientes ingresados en una UCI respecto a la visita refieren que esta tiene significados diferentes para ellos según el momento. Hay momentos en los que están cansados y no quieren visita o necesitan que simplemente estén a su lado pero de forma pasiva. Por otro lado entienden que para sus familiares la visita es una necesidad.⁶ Encontramos otros estudios en los que los pacientes refieren que pasar el mayor tiempo posible con su familia es para ellos también una necesidad, les es imprescindible la posibilidad de relacionarse con otras personas para superar el aislamiento, encontrar apoyo o consuelo y evitar así también el sentimiento de soledad que este ingreso provoca.^{6,10,11}

Para la familia la experiencia del ingreso de un familiar en UCI provoca estrés, cambio de roles, que ocasionan trastornos a nivel psicosocial.^{9,10} La experiencia tiene diferente intensidad para cada núcleo familiar y para cada individuo de este según la duración del ingreso, la aparición de este y la intensidad, gravedad y etapa de la enfermedad por la que ingresa.¹⁰ Las principales necesidades de la familia pasan por la demanda de información (tanto dada por parte del médico como de la enfermera), que no solo debe ser sobre la enfermedad si no también saber si este siente dolor, temor, angustia, soledad..., y la posibilidad de permanecer todo el tiempo que se permita con este así como verlo lo antes posible.^{5,6,9,10,12}

Para congeniar las necesidades variables que expresan los pacientes ingresados en UCI y los familiares de estos respecto a las visitas, la revisión

realizada por Ciuffo y cols.⁶ concluye que un horario de visitas flexible facilita el acuerdo y la satisfacción de pacientes y familiares.

La apuesta por un cambio profundo en la estructura y organización de las unidades de cuidados intensivos es reclamada por varios autores desde hace más de una década,^{7,13} pero a día de hoy seguimos encontrando artículos que la reclaman, instaurando sistemas centrados en la relación paciente-familia-profesional porque esta remodelación reclamada no se ha producido.^{11,14}

Las enfermeras consideran los protocolos que existen en su unidad acerca de las visitas como orientaciones sobre cómo deben ser las visitas más que como normas. En la revisión realizada por Ciuffo y cols.⁶ se afirma que no hay evidencia suficiente para que se defienda un tipo de visita u otro ya que cada parte implicada (paciente, familia y equipo asistencial) tiene unas necesidades. Sin embargo hay evidencias que sustentan que los familiares necesitan atención y flexibilización de las normas restrictivas de visita ya que esto supone un beneficio a pacientes y familiares.^{9,11,15} En la guía realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010 sobre las UCI,¹⁶ recomiendan el régimen de “visita abierta” en el que se controla que estén únicamente uno o dos familiares al mismo tiempo, pero el mayor número de horas posibles.

Muchas enfermeras basan la flexibilización o no del protocolo de visitas en una evaluación de necesidades, incluyendo las de que ellas personalmente tienen.¹⁷ Pese a considerar que la visita abierta es beneficiosa para el paciente, aún quieren controlar la flexibilización del protocolo. Enfermería en las UCI tiene un papel importante de autocritica para la flexibilización de los futuros protocolos de visitas y en el replanteamiento de la relación con el familiar de estos pacientes.^{11,14} Se han realizado numerosos estudios en esta línea. En el año 2000 se publicó un estudio realizado en la Clínica Universitaria de Navarra, realizado por Marco y cols.⁷ se encuestó la opinión del total de enfermeras en relación con el sistema de visitas con un estudio descriptivo. Estas compartían criterio respecto a los beneficios de la visita para el paciente y creían que no lo inestabiliza aunque el 50% opinaba que hemodinámicamente lo altera ligeramente, había unanimidad también respecto a los beneficios que ocasiona a la familia. Sin embargo encontramos un alto porcentaje que creía que la familia interrumpe y obliga a posponer cuidados. Otro de los aspectos importantes que surge es la idea de la influencia de la estructura de la UCI para favorecer o dificultar las visitas.

Un aspecto controvertido de las visitas es el tema de la contaminación microbiana. Al respecto en 2006 se lleva a cabo por Fumagalli y cols.¹⁸ un estudio experimental con pacientes en UCI coronaria que comparó durante dos años RVA frente a régimen de visitas cerrado. Los resultados demostraban un descenso de complicaciones cardíacas (edema agudo de pulmón y shock cardiogénico) en el grupo con RVA. Se relacionó con una menor ansiedad y con un mejor perfil de hormonas de estrés. Por otro lado pese a aumentar la contaminación microbiológica ambiental las complicaciones de sépsis fueron similares.

Ayllón y cols.¹⁹ en 2007 publicaron los resultados de un estudio en el que se indagaba en los factores estresantes que percibían 91 pacientes ingresados en UCI. De estos 43 factores analizados cabe destacar que en la posición 6 encontramos “que el horario de visita sea limitado” y a continuación, en el número 7 “que no lo acompañe ningún familiar”.

LLamas y cols.⁹ llevan a cabo en una UCI de Sevilla un estudio observacional transversal sobre las necesidades de los familiares en una UCI. Se valoró por parte de la familia el régimen de visitas (30 min/ 3 veces/ día) como “muy corto” por un 66.5%. La mayoría de los pacientes se mostraron en desacuerdo con la duración y con el horario. Los autores concluyen que el acompañamiento de su familiar es una de las principales necesidades de los familiares, una de las conclusiones más repetidas en los estudios.^{5,6,10,12}

Zafortaleza y cols.¹¹ querían conocer las ideas que podían aportar los propios profesionales a una propuesta de nuevos horarios de visita. Se extrae la conclusión de que el personal de UCI es receloso de la apertura de la unidad aunque la propuesta modificada (que amplía el horario) es finalmente implantada. Los profesionales plantean que una de las principales barreras para la apertura de las UCI es la estructural y arquitectónica, además de la vulneración de la intimidad de los pacientes, perjuicio para la familia y problemas para el profesional. Las barreras estructurales y arquitectónicas así como los problemas para el profesional son reconocidas en otros estudios anteriores^{9,13} y posteriores.^{4,8,14}

Ese estudio posterior en el que se reconocen las barreras de la visita se realizó en 2011 por Gálvez y cols.¹⁴ se trataba de un estudio de caso mediante método biográfico, la participante era una enfermera de 38 años con 14 de experiencia en UCI de un hospital de tercer nivel. De su discurso se extraen las barreras del acompañamiento familiar: de comunicación, estructurales y arquitectónicas y por último organizacionales. El estudio concluye con un llamamiento a una profunda remodelación de las UCI dejando a un lado el modelo biomédico y sustituyendo este por otros centrados en paciente-familia-profesional. Rivera y cols.²⁰ entienden que no se puede cuidar personas aisladas de su entorno, estas deben ser percibidas en relación a su entorno interno, entorno social y relacional de familiares, amigos y compañeros, y los entornos sociopolítico, cultural y físico. Las mismas características comparten las enfermeras como personas, e insertas en la relación con los entornos en los que desarrollan su trabajo tienen la opción de elegir desarrollar programas de cuidados comprensivos que comparten esa visión de las personas. Sin embargo nos encontramos en la tesis de que no es la decisión habitual.¹⁴

Predebony cols.⁸ ahondan en las percepciones del equipo de enfermería sobre la visita de familiares. Se extrae del estudio que la visita familiar no es percibida como una práctica de cuidado sino como lo que coloquialmente se entiende por “visita”. Por tanto concluyen que el objeto del cuidado debe ser ampliado dejando de estar centrado en la parte clínica únicamente.

Un estudio publicado en 2013 llevado a cabo por Da Silvay cols.⁴ en una UCI en Brasil obtuvo resultados interesantes. Se realizó una encuesta sobre RVA, las respuestas más significativas fueron que un 59,4% creen que el RVA impide los cuidados al paciente y un 72,7% creen que su trabajo sufriría más interrupciones con este. Estos hallazgos siguen la línea de investigaciones anteriores como ya se ha expuesto.

Los resultados que vemos en los estudios se repiten o van en la misma línea, y la gran mayoría de los enfoques para abordar el tema de las visitas es positivista y tienden al reduccionismo.²¹ En general se extrae la importancia de un régimen de visita más flexible tanto para pacientes como para familiares y en porcentajes elevados la oposición enfermera por unos u otros motivos al RVA, sin embargo, estos datos no aportan nada nuevo en el camino hacia un

cuidado más humanizado. Por esto se hace necesario cambiar el enfoque, emplear un método cualitativo que de sentido interpretativo a los resultados y que determine la importancia de los cuidados. Este enfoque favorecerá mediante descripción e interpretación de fenómenos un análisis crítico y reflexivo sobre nosotros mismos.²¹ La fenomenología aparece como nuevo paradigma para contrarrestar el positivismo de la práctica y la enseñanza de enfermería.²² Es necesario escuchar la voz de los principales protagonistas en el proceso de “apertura de las UCI”,²³ se pretende llevar a cabo en las unidades de cuidados intensivos del Complejo Hospitalario de Navarra. La investigación en este ámbito concreto aportará la información necesaria para comprender la vivencia enfermera respecto a las visitas, lo cual es un primer paso en el proceso de protocolizar las visitas de forma más flexible en estas unidades concretas. Además los resultados de esta investigación van a ayudar a explicar los datos obtenidos en varios estudios de enfoque positivista para poder avanzar en la tarea pendiente de cuidar al paciente crítico desde una perspectiva más holística.

2. Objetivos/Hipótesis

2.1 Hipótesis

La naturaleza cualitativa de este estudio hace que no se plantee una hipótesis desde el inicio como ocurriría en un diseño cuantitativo. Los rasgos específicos de la realidad que se pretende comprender irán evolucionando a medida que se vaya profundizando en el campo y obteniendo categorías significativas por parte de los informantes que permitan explicar el fenómeno de estudio. Partimos del convencimiento de que este estudio nos permitirá conocer que creencias y percepciones de las enfermeras apoyan o se oponen al RVA, y a partir de este conocimiento se podría trabajar en el camino de una mayor humanización del cuidado al paciente crítico en las unidades de cuidados intensivos.

2.2 Objetivos

Objetivo general:

Describir y comprender las creencias y percepciones de las enfermeras sobre el régimen de visitas abierto.

Objetivos específicos:

- Describir el régimen de visitas vigente en la unidad
- Indagar sobre la opinión que tienen acerca del régimen vigente y el RVA.
- Conocer las creencias de las enfermeras acerca de la implicación de la familia en el proceso de cuidados.
- Explorar las percepciones de las enfermeras en torno a beneficios e inconvenientes del RVA para pacientes.
- Explorar las percepciones de las enfermeras en torno a beneficios e inconvenientes del RVA para los familiares.

El estudio se realizará en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales A (antiguo Hospital de Navarra) y B (antiguo Hospital Virgen del Camino) del Complejo Hospitalario de Navarra. Para ello se seleccionará a personal de enfermería con trayectoria laboral en Cuidados Intensivos.

Los resultados de este estudio aportaran una perspectiva necesaria de cara a la elaboración de futuros protocolos de régimen de visitas más flexible o RVA en las unidades de cuidados intensivos.

Las categorías temáticas o dimensiones del estudio han sido elaboradas en base a la revisión bibliográfica realizada y a los objetivos que se persiguen con este trabajo. Posteriormente, quizás sea necesario incluir otras que deriven del propio discurso de los informantes. Las dimensiones que pretendemos explorar son las siguientes:

- Implicaciones para la práctica clínica de enfermería régimen de visitas vigente (cerrado): Con esta dimensión se intentará conocer cómo es, qué supone y qué significa para las enfermeras la visita familiar actual.
- Sentimientos que despierta el término Régimen de Visitas Abierto: Con esta dimensión se buscará conocer el discurso de cada enfermera respecto al término (RVA) aplicado a su práctica profesional.
- Implicaciones que asocian a un posible régimen de visitas abierto en su práctica diaria: Con esta dimensión se pretende indagar en los beneficios e inconvenientes que le presuponen al RVA.
- Significado y sensaciones del concepto dispositivos de humanización: Con esta dimensión se pretende indagar en el concepto de cuidado humanizado y si este incluye el RVA como uno de los dispositivos a aplicar.
- Comportamientos o actitudes ante la implicación familiar en los cuidados: Con esta dimensión se va a estudiar si existe la creencia de la necesidad de contemplar a la familia como parte del cuidado holístico y humanizado al paciente.
- Creencias sobre las consecuencias de RVA en pacientes: Con esta dimensión se pretende conocer las creencias sobre potenciales efectos del RVA sobre los pacientes y su carácter beneficioso o perjudicial.
- Creencias sobre las consecuencias de RVA en familiares: Con esta dimensión se buscaran las creencias sobre potenciales efectos del RVA sobre los familiares de pacientes ingresados en UCI y su efecto beneficioso o perjudicial para ellos.
- Creencias sobre las posibles barreras percibidas: Conocer si en el discurso se representan al igual que en la bibliografía las barreras estructural, arquitectónica y de comunicación.

3. Método

3.1. Metodología

La metodología escogida para realizar el estudio es cualitativa por serla más adecuada a los objetivos que se plantean para conocer la perspectiva de los protagonistas sobre el tema, sus percepciones y experiencias, además de analizar la dimensión social y cultural y el contexto en el que se realiza la investigación. Por este motivo un modo de análisis que se base en la estadística (metodología cuantitativa) se queda estrecho.²⁴

3.2. Diseño del estudio

Se empleará un diseño descriptivo de tipo fenomenológico que nos permitirá describir cómo el fenómeno específico del régimen de visitas abierto es percibido y experimentado por los participantes.²⁵

3.3. Población

La primera decisión acerca de la muestra debe ser la selección de contexto.²⁶ Para el desarrollo de la investigación se han escogido las Unidades de Cuidados Intensivos del Complejo Hospitalario de Navarra. En esta decisión uno de los principales criterios que se ha seguido la accesibilidad. Las unidades se encuentran en edificios diferentes. La UCI A, correspondiente al antiguo Hospital de Navarra consta de 20 camas y una plantilla de aproximadamente 50 enfermeras. Por otro lado UCI B, antiguo Virgen del Camino, tiene 12 camas y una plantilla de 28 enfermeras. La única diferencia entre estas UCI es el tipo de pacientes, a ambas se derivan todo tipo de patologías con dos excepciones: el hospital A tiene servicio de neurocirugía por lo que estos pacientes son derivados a UCI A si es necesario y el Hospital B incluye maternidad por lo que las pacientes tratadas en estos servicios son ingresadas en UCI B si esto se hace necesario.

En este contexto la población participante son los enfermeros y enfermeras de las unidades de cuidados intensivos A y B del Complejo Hospitalario de Navarra con diferente edad y experiencia laboral (que hayan trabajado en UCI diferentes al Complejo u otros servicios como UCI pediátrica, oncología).

3.3.1. Criterios de inclusión/exclusión

De esta población podrán ser seleccionados aquellos participantes que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de Inclusión: Trabajar en UCI A o B y que den su consentimiento voluntariamente a participar en el estudio.
- Criterios de Exclusión: Menos de un año de experiencia en un servicio de cuidados intensivos y contrato inferior a 2 meses (porque un posible cambio no les va a afectar, no tendrán el mismo grado de implicación o motivación en el tema).

3.3.2. Método de selección

Se emplearán los criterios de adecuación de los informantes a la información (conveniencia y suficiencia) y diversidad de puntos de vista para enriquecer el discurso.

3.3.3. Procedimiento de selección

Para la selección de los informantes se utilizará el muestreo intencional o teórico, definido por Glaser y Strauss²⁷ como el proceso que consiste en seleccionar casos a estudiar adicionales de forma consciente de acuerdo con el potencial de desarrollo de nuevos descubrimientos o para el refinamiento y expansión de los que ya han sido adquiridos.

3.3.4. Tamaño muestra

En los estudios cualitativos el poder de la muestra radica en su capacidad de reflejar la diversidad del fenómeno y no en su tamaño. Por ello, el tamaño de la muestra se determinará de forma progresiva en el transcurso de la investigación hasta alcanzar el “principio de saturación”. Este se alcanza cuando se repite la información recogida sin obtenerse datos nuevos (refleja la calidad y suficiencia de los datos).²⁸

3.4. Variables

De cara a describir y caracterizar a los/as profesionales que participan en el estudio utilizaremos una serie de variables (Ver Anexo 1):

- Sociodemográficas: edad y sexo

- Otras variables: tiempo que llevan trabajando, unidad en la que trabajan (UCI A o B), años de experiencia en UCI, haber formado/no una familia, haber tenido/no un familiar ingresado en UCI.

Las dimensiones o categorías que pretendemos explorar elaboradas en base a la revisión bibliográfica realizada y a los objetivos planteados, se encuentran desarrolladas en el apartado de hipótesis y objetivos. Estas categorías, que se matizarán durante el transcurso del estudio, a su vez han servido para definir el guión temático de los GF (Ver anexo 2).

3.5. Recogida de datos

La técnica de recolección de datos escogida ha sido la de Grupos Focales (GF), complementada con entrevistas semiestructuradas a informantes clave.

3.5.1. Grupos Focales

El GF es un tipo de entrevista grupal en el que se utiliza la interacción para producir datos, generándose información entre las personas que participan. No es una técnica de consenso, no buscamos acuerdo, sino conocer sus pensamientos y sentimientos al respecto, el discurso ideológico cotidiano.²⁹ Además de su opinión respecto al tema, queremos saber qué les lleva a pensar así, por qué ese sentimiento y no otro.

Una de las ventajas que ofrece esta técnica es la interacción entre informantes, permitiéndonos captar la subjetividad que hay detrás de términos y expresiones,³⁰ y obtener información de forma menos costosa que con otras técnicas.

Las limitaciones que vamos a encontrar con esta técnica son que la presión de grupo puede coartar a algunos participantes, y la posibilidad de obtener mucha información de cada persona está limitada. Otro inconveniente es el hecho de que la mayoría se conocen entre ellos. En la conformación de los GF no se mezclarán los trabajadores de una unidad y otra, entre la propia unidad se conocen, trabajan juntos y van a coincidir, existiendo un riesgo de “preexistencia de grupo” en la vida real. Los inconvenientes citados serán corregidos en la medida de lo posible con entrevistas semiestructuradas individuales posteriores, al ser una forma de triangular la información. Por último, el GF se trata de técnica que requiere experiencia del moderador para no perder el rumbo de la investigación. Por ello la investigadora, que actuará como moderadora, recibirá la formación pertinente sobre técnicas cualitativas y manejo de grupos antes de la realización de estos. Los GF se desarrollarán con la colaboración del observador/a, formado igualmente en técnicas cualitativas. Su función principal es ayudar tomando notas sobre el lenguaje no verbal, la ubicación de los participantes y pasar notas al moderador sobre aquellos temas que precisen un tratamiento más profundo.

Para la formación de los GF se configurarán en un principio un total de 4 grupos de 8 participantes cada uno. No obstante, se citará a un número mayor con objeto de que finalmente se garanticen la asistencia de entre 5 y 10 informantes por GF.

La segmentación se llevará a cabo por sexo, edad (generación), unidad en la que trabajan y años de experiencia en UCI. Sin embargo, estos criterios no son fijos, ya que se podrían ver modificados a lo largo del estudio debido al proceso de comparación constante e incorporación progresiva. Se buscará homogeneidad intragrupo (diferencias no suficientes para interferir en la comunicación, que sean compatibles entre ellos) y heterogeneidad intergrupo.

No obstante, debido al carácter flexible de la investigación cualitativa, no se descarta la posibilidad de realizar más grupos para completar información en función de los resultados de los primeros análisis. La duración aproximada será de una hora para evitar que el cansancio de los participantes pueda interferir en los objetivos del grupo focal en perjuicio de los resultados.³¹

Para la realización de los GF se ha elaborado previamente un guión de temas (Anexo 2) a tratar en los grupos focales. Es una lista de temas a tratar que va de lo general a lo específico y que puede ser modificada de forma dinámica según avance la investigación y fluyan los temas.

Se cuenta con la ventaja de tener contactos con “porteros” o personas claves que trabajan en estos servicios como es el caso de las supervisoras de enfermería de cada unidad, quienes nos facilitarán el acceso al campo de estudio.³² Ellas serán las encargadas de captar a los participantes según los criterios de conveniencia y serán las intermediarias que explicaran lo necesario a los participantes previamente a la realización de la técnica y se encargarán de citarlos en el lugar que se haya reservado el día que esté acordado. El lugar seleccionado será una sala de reuniones del hospital que los participantes no utilicen de manera habitual y por tanto no les evoque ningún tipo de recuerdo.

La estructuración y secuencia de la reunión está basada en las recomendaciones de García y Mateo³⁰ publicadas en el 2000 (Ver Anexo 2).

Se comienza con la presentación del equipo, que serán la moderadora y el/la observador/a. La moderadora debe dar la bienvenida y agradecer la asistencia. A continuación se explicará el propósito de la reunión y la importancia de la participación de cada uno de los asistentes. Se explicaran de forma breve el objetivo del estudio y la dinámica de un grupo de discusión. Seguidamente se requiere el consentimiento informado verbal de cada participante además de la firma del consentimiento informado (Anexo 3). Es en este punto, una vez informados de la confidencialidad de los datos que se extraigan y firmado el CI, en el que se puede poner en funcionamiento la audiograbadora. Acto seguido la moderadora invitará a los participantes a que se presenten brevemente y una vez se ha roto el hielo comienza el debate a fondo, en el que se comenzará con temas generales para pasar a preguntas y discusiones más específicas, hacia lo que es relevante para el estudio (Ver anexo 2). La moderadora debe hablar lo imprescindible y tiene que conducir al grupo para que se cierre sobre sí mismo y prescinda de su figura. Deberá reconducirlo en toda situación que no se corresponda con el objetivo dejando cierto margen al grupo. Transcurridos en principio unos 60 minutos (a no ser que queden temas pendientes que se alargara hasta 90 minutos) llega la clausura entonces se hará un resumen de lo tratado en la sesión. Se explicará a los participantes que el grupo no se volverá a juntar como tal pero que algunas personas pueden ser llamadas a entrevista individual. Por último se agradecerá la participación de todos ellos.

En este punto y a criterio de los investigadores serán seleccionados los informantes con los que se va a plantear una entrevista individual. Casos en los que esta puede ser requerida son por ejemplo un/a informante coartado por el grupo, un/a participante cuyas percepciones son atípicas y queremos profundizar en ellas o un/a profesional que creemos que puede aportar más información interesante de forma individual. Una vez realizados los grupos focales se discutirá y se seleccionaran exponiendo los motivos que argumentan esa decisión.

3.5.2. Entrevista semiestructurada

Se le planteará a la persona que consideramos un informante clave para una entrevista que parece probable que tenga experiencias o percepciones importantes y que nos gustaría un encuentro individual.³³ Es estratégico y clave esa selección de informantes que nos van a dar el suficiente material para llegar a la saturación.³⁴

Antes del comienzo de la entrevista individual también se realizará una guía de esta conformada con preguntas abiertas. No es un protocolo estructurado ni tiene que ser seguido tal cual durante la entrevista, su función es asegurar que se traten los temas. No se pueden fijar desde ahora los temas porque el objetivo es cubrir los posibles huecos que queden de los GF. La duración media de las entrevistas será de 45 minutos. Como ya se ha expresado previamente a la realización de los GF y de las entrevistas, se solicitará el consentimiento informado verbal y escrito (Ver Anexos 3 y 4), de los participantes para la audiograbación. Posteriormente las grabaciones serán transcritas para facilitar el proceso de análisis.

Tras finalizar cada GF y entrevista, se cumplimentará un breve cuestionario (Ver Anexo 1) que recogerá algunas variables que pueden influir en el discurso. Todo ello nos permitirá describir y caracterizar a los/as profesionales que participan en el estudio. Igualmente, se cumplimentará un cuaderno con las notas de campo del observador (en el caso de los GF) o del entrevistador/a (en el caso de las entrevistas semiestructuradas) en el que se hará constar el resultado de sus observaciones en el transcurso de ambas técnicas.

3.6. Análisis de los datos

Se llevará a cabo un análisis del contenido a nivel semántico de las transcripciones de los grupos focales y de las entrevistas.

Sin perder la perspectiva circular que caracteriza al análisis de los estudios cualitativos (análisis en progreso), ya que obliga a retroceder una y otra vez a los datos. Como guía para el proceso de análisis se seguirá la metodología propuesta por Taylor-Bogdan:²²

1. Preparación de los datos: Se transcribirán de forma literal las grabaciones siguiendo la metodología propuesta por Amezcua y cols.³⁵ Esto nos permitirá registrar de forma exacta lo que dicen los informantes así como su forma de decirlo. A cada informante se le asignará un código de identificación que nos permitirá saber de quién proviene la información. A su vez, se revisarán las notas del cuaderno de campo para situarlas en la transcripción ubicadas en tiempo y espacio.

2. Descubrimiento de temas: Nos permitirá buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles. Para ello se realizarán repetidas lecturas de los datos (transcripciones y notas de campo) con el objetivo de familiarizarnos con ellos. La lectura exhaustiva y el “microanálisis” de los datos nos permitirán identificar temas emergentes y desarrollar conceptos.

3. Codificación: Mediante la codificación se da orden a los datos obtenidos según categorías y subcategorías de codificación. Se reúnen, clasifican y analizan todos los datos que hacen referencia a un mismo tema, idea o concepto tal como lo expresó cada informante (respetando su lenguaje, opiniones, creencias...). Después se revisan los datos sobrantes con el fin de incorporarlos a alguna categoría, si fuera posible, lo que refina el análisis.

4. *Relativización*: Se interpretarán los datos en el contexto en que fueron recogidos: diferenciar los datos solicitados de los que emergieron espontáneamente, la influencia del observador en el escenario, los datos directos e indirectos; una autorreflexión crítica.²³

Para facilitar el análisis de los datos se utilizará el programa informático Atlas.ti 5.0.

El rigor del estudio se determinará a través de tres criterios de rigor de los estudios cualitativos: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad.

La credibilidad se refiere a si los resultados de la investigación son verdaderos para los participantes en la investigación, para asegurarla, en la fase de análisis, se pasarán los informes de los resultados a los participantes y se les preguntará si se ven representados en las interpretaciones realizadas. Para contrarrestar la perspectiva del investigador, se registrarán en el cuaderno de campo las impresiones sobre los GF y las entrevistas y los participantes. Estas se tendrán en cuenta en la fase de análisis. La interpretación de los datos se realizará de forma triangulada entre varios investigadores. Se presentarán fragmentos de las transcripciones de los GF y de las entrevistas con objeto de respaldar los significados e interpretación de los resultados del estudio.

La auditabilidad (o confirmabilidad) es la posibilidad de otro investigador de reproducir el estudio y se asegurará con una correcta descripción del apartado de metodología.

La transferibilidad por último es la capacidad de que los resultados de ser aplicados a otras poblaciones, para ello estarán explícitos los criterios de inclusión y exclusión, descrito el contexto y las características de los participantes del estudio.

4. Aspectos Éticos

La participación en el estudio es libre, se respetara a las enfermeras que no quieran formar parte del estudio o formando parte de este decidan abandonarlo sin necesitarse explicación al respecto.

En todas las etapas del estudio se cumplirán y respetaran los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki, Fortaleza octubre 2013.

Antes del comienzo de los GF los participantes deberán dar su consentimiento verbal y firmar el consentimiento informado (Ver Anexo 3). A los enfermeros a los que se les proponga una entrevista individual después del GF y deseen llevarla a cabo antes del comienzo de esta deberán reiterar su consentimiento informado verbal para esta nueva técnica y firmar el consentimiento informado correspondiente (Anexo 4). En ambos se detallara el propósito del estudio y la máxima confidencialidad con la que serán tratados los datos obtenidos. Para garantizar el anonimato de los participantes, en el momento de la transcripción, se asignará un código a cada uno de ellos que protegerá su identidad durante el tratamiento de los datos.

El material recogido por la grabadora y las notas del observador y del investigador será de uso exclusivo de los participantes en la investigación y para los fines de esta. La información recogida se tratara de acuerdo con la legislación vigente, Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal (Ley 15/1999, de 13 diciembre).Una vez finalizada la investigación el material obtenido pasara a formar /parte de un fondo documental destinado al almacenamiento de este y se destruirá en un plazo máximo de 5 años. Los

resultados obtenidos tras la realización de la investigación se difundirán según las normas establecidas para tal fin y con carácter universal.

El comité ético del Complejo Hospitalario de Navarra será informado convenientemente del estudio que se pretende desarrollar y a su vez se solicitará la aprobación por parte de este para el inicio de la investigación.

5. Organización y calendario de actividades

1ª Etapa: Planificación: finalización de esta etapa el día 14 marzo. Elección del tema. Búsqueda y revisión bibliográfica: 1 mes. Definición de objetivos y metodología: 1 mes y medio. Elaboración del proyecto duración total 3 meses.

2ª Etapa: Organización: Gestionar el envío del proyecto a alguna revista científica que publique este tipo de estudios (Biblioteca Lascasas): 1 mes. Obtención de recursos: 1 mes. Formación y adiestramiento del personal que realizará la recogida de datos: 1 mes. Permisos: 1 mes.

3ª Etapa: Ejecución: Desarrollo de la investigación. Presentación del proyecto y captación de informantes: 1 mes. Desarrollo y transcripción de los GF: 2 meses. A continuación se realizará el análisis de los GF, la metodología es cíclica por lo que las etapas ejecución y procesamiento de datos y análisis de resultados quedan intermezcladas. Análisis de GF: 2 meses. Diseño del guión de las entrevistas individuales, realización y transcripción de las mismas: 2 meses. Análisis de entrevistas: 2 meses. Duración total de 9 meses.

4ª Etapa: Procesamiento de datos y análisis de resultados: Esta etapa no se puede distinguir de la etapa de ejecución. Aproximadamente se calcula que el tiempo dedicado a esta serán 4 meses: 2 meses para analizar los GF y 2 meses para analizar las entrevistas en profundidad.

5ª Etapa: Redacción del informe final. Informe final, difusión de resultados en ámbitos o eventos científicos y redacción del artículo original para su publicación en revistas científicas: 3 meses.

Se adjunta un cronograma como estimación del tiempo que se ha dedicado o se va a dedicar al desarrollo de la investigación. (Ver Anexo 5)

6. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que puede presentar el estudio son que el efecto de la presión de grupo pueda coartar a algunos participantes y que el protagonismo de algunos informantes reduzca la posibilidad de obtener información de otros. Así mismo otro inconveniente es que en la formación de los GF hay un riesgo de “preexistencia de grupo” en la vida real, debido a que los participantes trabajan juntos, si este hecho es detectado por la investigadora o el/la observador/a se plantearán las entrevistas individuales para ese GF. Existe la posibilidad de que los/as profesionales que no tengan una opinión a favor del RVA estén reticentes a hablar abiertamente de ello, la investigadora no forma parte de la institución ni se encontraran participando en los GF las supervisoras de las unidades. Se remarcará el objetivo investigador y en ningún momento evaluatorio de la técnica, además de la confidencialidad con la que será tratada la información.

Otra limitación sería la posible influencia de la investigación tendrá sobre las respuestas de los participantes, debido a la dificultad que entraña la disociación

objetivo-subjetivo y la importancia de los subjetivo en el análisis de fenómenos sociales. La actitud de escucha crítica por parte de la investigadora permitirá asegurar la autenticidad de los resultados.³⁶

Se asegurará el rigor científico de la investigación con los criterios de credibilidad, auditabilidad y tranferibilidad como se ha explicado en el apartado de Método.

7. Referencias

1. Troncoso MP, Suazo SV. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4): 499-503.
2. Zafortaleza C, Gastaldo D, Lastra, Sánchez-Cuenca P, de Pedro JE, Lastra P. Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *NureInv* [revista en Internet] 2004 marzo [consultado 29 de diciembre de 2013]; (3) Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf
3. Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discurso do Enfermeiro sobre humanização na Unidade Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery.* 2012; 16(4): 719-727.
4. Da Silva FJ, Lins RR, Pontes LC, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care.* [revista en Internet] 2013 octubre [consultado el 20 diciembre de 2013]; 3 Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854481/?report=reader#__ftn__sectitle
5. Beccaria LM, Ribeiro R, Souza GL, Scarpetti N, Contrin LM, Pereira RAM et al. Visita em unidades de terapia intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Ciênc Saúde.* 2008; 15(2):65-9.
6. Ciuffo D, Hader R, Holly C. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centered care. *Int J Evid Based Healthc.* 2011; 9: 362-387.
7. Marco I, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiaín MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva.* 2000; 11(3):107-117.
8. Predebon GR, Beuter M, Flores RG, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Santos NO. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saude.* 2011; 10(4):705-712.
9. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, Gonzalez-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva.* 2009; 20(2): 50-57.
10. Blanca JJ, Blanco AM, Luque M, Ramírez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm Global* [revista en Internet] 2008 febrero [consultado 17 de diciembre de 2013]; 7(12) Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822/842>
11. Zafortaleza C, García A, Quintana R, Sánchez C, Abadía E, Albert J. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva.* 2010; 21(2): 52-57.
12. Pardavila MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva.* 2012; 23 (2): 51-67.
13. Delgado P, Sola A, Mirabete I, Torrents R, Blasco M, Barrero R, et al. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva.* 2001; 12 (3): 110-126
14. Gálvez M, Fernández C, Muñumel G, Ríos F, Fernández L, del Águila B. Acompañamiento familiar: una herramienta para dignificar el proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2011

- diciembre [consultado 24 diciembre de 2013]; 20(4): 233-237. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300005&lng=pt
15. Errasti 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.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de cuidados intensivos: Estándares y recomendaciones 2010. Informes, estudios e investigación. [monografía en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010 [consultado 2 de enero de 2014] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
17. Agard AS, Lomborg K. Flexible family visitation in the intensive care units: nurses' decision-making. *J Clin Nurs*. 2011; 20 (7-8):1106-1114.
18. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006; 113: 946-52.
19. Ayllón N, Álvarez M, González M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007; 18:156-67.
20. Rivera MS, Herrera ML. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo en enfermería. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15: 158-63.
21. Solano, MC. Fenomenología-Hemeneútica y enfermería. *Cultura de los cuidados*. 2006; X(19): 5-6.
22. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción. Ir hacia la gente. En: Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos. 3ª edición. Barcelona: Paidós; 2000. 15-30.
23. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *RevEsp Salud Pública* 2002; 76: 423-436.
24. Amezcua M. Antropología de los cuidados enfermedad y padecimientos: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los Cuidados*. 2000; IV (7-8): 60-67.
25. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisión de diseños relevantes para enfermería: Parte 2: Diseños de investigación cualitativa. *Rev Latino-am Enfermagem* [revista en Internet] 2007 julio-agosto [consultado 25 enero de 2014]; 15(4) Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a25.pdf
26. Vallés MS. Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos. En: Vallés MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1997. p. 69-105.
27. Glaser BG, Strauss A. Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine; 1967.
28. Leininger M. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de Investigación Cualitativa. España: Universidad de Alicante; 2003. p.114-137.
29. Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enferm Clínica* 2003; 13 (2): 112-17.

30. García MM, Mateo I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*. 2000; 25 (3): 115-22.
31. Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal. Estrategia metodológica cualitativa: ummensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*. 2004, ene-jun; 9(11): 9-14.
32. Amezcua M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería [IndexEnferm]* (edición digital) 2000; 30. Disponible en:
<http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_30-35.php>[Consultado el 27 enero 2014]
33. Taylor SJ, Bogdan R. La entrevista en profundidad en: Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1987. p. 100-131.
34. Callejo J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *RevEsp Salud Pública*. 2002; 76: 409-422.
35. Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. *Arch Memoria [revista en Internet]* 2004; 1 [consultado 28 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>
36. Whittemore R, Chase S, Mandles C. Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*. 2001;11(4): 522-537.

8. Anexos

Anexo 1:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DESCRIPTIVOS DE LOS PARTICIPANTES

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Sexo:

-¿En qué año obtuvo su título de enfermero/a? _____

-¿Durante cuántos años ha trabajado en una unidad de cuidados intensivos? _____

-¿Previamente en qué unidades ha trabajado durante mínimo 6 meses? _____

-¿Está usted casado/a o vive en pareja? SI / NO

-¿Tiene hijos? SI / NO

-¿Ha estado usted alguna vez ingresado en una unidad de cuidados intensivos? SI / NO

-Si ha respondido SI a la pregunta anterior ¿Cuántos días aproximadamente? _____

-¿Ha estado ingresado en una UCI algún familiar cercano suyo alguna vez? SI / NO

-Si ha respondido SI a la pregunta anterior ¿Cuántos días aproximadamente? _____

(Rellenar por la investigadora)

GF número: _____

Participante número: _____

Fecha: _____

Anexo 2:

Guión de los Grupos Focales

- 1) Presentación del equipo (moderador y observador).
- 2) Dar la bienvenida y agradecer la presencia de las asistentes.
- 3) Explicar el objeto del estudio.
- 4) Importancia de su participación.
- 5) Explicar brevemente las normas de funcionamiento de un grupo de discusión.
- 6) Consentimiento informado verbal y firmado (Ver Anexo 3).
- 7) Inicio de la audiograbación.
- 8) Dinámica de presentación entre los participantes.
- 9) Preguntas:
 - Me gustaría que me diesen su opinión general del sistema de visitas actual.
 - Qué opinión tienen acerca de cómo influye en el paciente (el sistema de visitas actual).
 - Qué opinión tienen acerca de cómo influye en la familia (el sistema de visitas actual).
 - Qué opinión tienen acerca de cómo influye en el profesional, en la práctica clínica (el sistema de visitas actual).
 - Querría conocer qué entienden por cuidado humanizado.
 - Me gustaría que me dijese qué son para ustedes los dispositivos de humanización.
 - Qué opinión tienen acerca de que implicaría la participación familiar en el cuidado.
 - Me gustaría que me diesen su opinión general de RVA.
 - Qué opinión tienen acerca de cómo influiría a familia y paciente (el RVA).
 - Me gustaría que me explicasen cómo creen que influiría en la práctica diaria como profesional (el RVA).

- Me gustaría conocer su opinión sobre por qué no está instaurado (el RVA), si identifican algún motivo.
- Me gustaría saber si piensan que podría haber obstáculos para su implantación.

10) Agradecer la participación a los informantes. Explicación y entrega de Anexo 1: Datos sociodemográficos y descriptivos de los participantes, para su cumplimentación.

11) Al finalizar los GF, y a partir de la información obtenida durante su realización, se identificarán los candidatos a informantes clave de cara a realizar entrevistas en profundidad por los motivos ya reflejados y se les solicitará su participación.

Anexo 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Grupo Focal)

“Régimen de visitas en UCI: percepciones de enfermeros/as”

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita, y realice las preguntas que considere oportunas.

Justificación y objetivos del Estudio

La revisión de la bibliografía respecto al régimen de visitas en UCI refleja la necesidad por parte de los pacientes y los familiares de estos de un régimen de visitas más flexible. Sin embargo el modelo de visitas que impera en el Complejo Hospitalario de Navarra es un régimen de visitas restringido y estricto. Por otro lado los estudios que nos acercan a la posición de los/as enfermeros/as se han realizado mayoritariamente desde un enfoque positivista y los resultados muestran la disconformidad enfermera con el régimen de vistas abierto (RVA). Se hace necesario conocer las percepciones de los/as enfermeros al respecto para la comprensión de estos resultados y la reflexión sobre un cuidado más humanizado que contemple las necesidades de pacientes y familiares.

El objetivo principal del estudio es: describir y comprender las creencias y percepciones de las enfermeras sobre el régimen de visitas abierto.

Los objetivos secundarios de este:

- Describir el régimen de visitas vigente en la unidad
- Indagar sobre la opinión que tienen acerca del régimen vigente y el RVA.
- Conocer las creencias de las enfermeras acerca de la implicación de la familia en el proceso de cuidados
- Explorar las percepciones de las enfermeras en torno a beneficios e inconvenientes del RVA para pacientes

- Explorar las percepciones de las enfermeras en torno a beneficios e inconvenientes del RVA para los familiares

Diseño y Métodos del Estudio ¿En qué consiste su participación?

La participación en el estudio es libre, se respetara a aquellos que no quieran formar parte del estudio o que formando parte de este decidan abandonarlo sin precisarse justificación al respecto. Igualmente se respetara la decisión de no responder a preguntas que se formulen o temas que no quiera tratar.

Cada persona interesada en participar en el estudio formara parte de un grupo de discusión que se reunirá únicamente en una ocasión con una duración aproximada de 60 minutos. Al finalizar esta cita se deberá cumplimentar un cuestionario sobre datos sociodemográficos, características personales y contacto (número de teléfono). La reunión será registrada mediante una audiograbadora.

Cabe la posibilidad de ser seleccionado para participar en entrevistas individuales posteriores (duración 45 minutos) a criterio del investigador. La posibilidad de realización de entrevista individual a petición del investigador queda sujeta a la elección del participante.

Posteriormente los participantes expresaran su conformidad con las interpretaciones realizadas por los investigadores a partir de los datos.

Privacidad y Confidencialidad

Los datos extraídos en el curso de la investigación serán tratados con la máxima confidencialidad, únicamente para los fines de esta y el acceso a estos queda restringido a los investigadores principales. A cada participante se le asignara un código durante el análisis de datos para proteger su identidad al igual que a la hora de la difusión de los resultados del estudio se protegerá el anonimato de todos ellos y respetaran las normas de carácter universal.

Una vez finalizada la investigación el material obtenido se traspasara a un fondo documental destinado al almacenamiento de estos y se destruirá en un plazo máximo de 5 años.

Aspectos éticos

Este estudio de investigación clínica se realizará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente en nuestro país en materia de investigación clínica, especialmente la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Este proyecto cuenta además con la conformidad del Comité de Ética “*del Complejo Hospitalario de Navarra*”

Yo:

DNI/Pasaporte: _____

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con la Investigadora: _____

Entiendo que la participación es voluntaria y que soy libre de participar o no en el estudio.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes aspectos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), por la que debe garantizarse la confidencialidad de los mismos.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
- Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Entiendo que puedo abandonar el estudio y retirar mi consentimiento:

- Cuando lo desee.

- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados sanitarios

Por ello presto libremente mi conformidad para participar en este proyecto de INVESTIGACIÓN sobre _____
_____, hasta que decida lo contrario, autorizando la grabación de mi voz. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del participante: _____

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador: _____

Firma:

Fecha:

Para ponerse en contacto con la investigadora para recibir más información o cualquier aclaración o consulta utilice el correo electrónico:

paurigoyenvillanueva@gmail.com

Anexo 4:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Entrevista)

“Régimen de visitas en UCI: percepciones de enfermeros/as”

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita, y realice las preguntas que considere oportunas.

Justificación y objetivos del Estudio:

La revisión de la bibliografía respecto al régimen de visitas en UCI refleja la necesidad por parte de los pacientes y los familiares de estos de un régimen de visitas más flexible. Sin embargo el modelo de visitas que impera en el Complejo Hospitalario de Navarra es un régimen de visitas restringido y estricto. Por otro lado los estudios que nos acercan a la posición de los/as enfermeros/as se han realizado mayoritariamente desde un enfoque positivista y los resultados muestran la disconformidad enfermera con el régimen de vistas abierto (RVA). Se hace necesario conocer las percepciones de los/as enfermeros al respecto para la comprensión de estos resultados y la reflexión sobre un cuidado más humanizado que contemple las necesidades de pacientes y familiares.

El objetivo principal del estudio es: describir y comprender las creencias y percepciones de las enfermeras sobre el régimen de visitas abierto.

Los objetivos secundarios de este:

- Describir el régimen de visitas vigente en la unidad
- Indagar sobre la opinión que tienen acerca del régimen vigente y el RVA.
- Conocer las creencias de las enfermeras acerca de la implicación de la familia en el proceso de cuidados
- Explorar las percepciones de las enfermeras en torno a beneficios e inconvenientes del RVA para pacientes

- Explorar las percepciones de las enfermeras en torno a beneficios e inconvenientes del RVA para los familiares

Diseño y Métodos del Estudio ¿En qué consiste su participación?

La participación en el estudio es libre, se respetara a aquellos que no quieran formar parte del estudio o que formando parte de este decidan abandonarlo sin precisarse justificación al respecto. Se respetara igualmente la decisión de no contestar a preguntas o temas que no desee tratar.

Tras la realización de los grupos focales ha sido usted seleccionado para la realización de entrevista individual con el investigador puesto que parece probable que tenga experiencias o percepciones importantes, que aportarían datos interesantes al estudio. La duración de la entrevista será de aproximadamente 45 minutos. La reunión será registrada mediante una audiograbadora.

Posteriormente usted expresara su conformidad con las interpretaciones realizadas por los investigadores a partir de los datos obtenidos.

Privacidad y Confidencialidad

Los datos extraídos en el curso de la investigación serán tratados con la máxima confidencialidad, únicamente para los fines de esta y el acceso a estos queda restringido a los investigadores principales. A cada participante se le asignara un código durante el análisis de datos para proteger su identidad al igual que a la hora de la difusión de los resultados del estudio se protegerá el anonimato de todos ellos y respetaran las normas de carácter universal.

Una vez finalizada la investigación el material obtenido se traspasara a un fondo documental destinado al almacenamiento de estos y se destruirá en un plazo máximo de 5 años.

Aspectos éticos

Este estudio de investigación clínica se realizará siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente en nuestro país en materia de investigación clínica, especialmente la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica. Este proyecto cuenta además con la conformidad del Comité de Ética *“del Complejo Hospitalario de Navarra”*

Yo:

DNI/Pasaporte: _____

He leído la hoja informativa que me ha sido entregada

He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias.

He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con la Investigadora: _____

Entiendo que la participación es voluntaria y que soy libre de participar o no en el estudio.

También he sido informado de forma clara, precisa y suficiente de los siguientes aspectos que afectan a los datos personales que se contienen en este consentimiento y en la ficha o expediente que se abra para la investigación:

- Que estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos (Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), por la que debe garantizarse la confidencialidad de los mismos.
- Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.
- Estos datos no podrán ser cedidos sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto.

Entiendo que puedo abandonar el estudio y retirar mi consentimiento:

- Cuando lo desee.
- Sin que tenga que dar explicaciones.
- Sin que ello afecte a mis cuidados sanitarios

Por ello presto libremente mi conformidad para participar en este proyecto de INVESTIGACIÓN sobre _____
_____, hasta que decida lo contrario, autorizando la grabación de mi voz. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del participante: _____

Firma:

Fecha:

Nombre del investigador: _____

Firma:

Fecha:

Para ponerse en contacto con la investigadora para recibir más información o cualquier aclaración o consulta utilice el correo electrónico:

pauirigoyenvillanueva@gmail.com

Anexo 5:

Cronograma previsto

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ACTIVIDAD																		
Elección tema Revisión bibliográfica																		
Definición de objetivos Metodología																		
Elaboración proyecto																		
Envío proyecto revista científica																		
Obtención recursos																		
Formación y adestramiento del personal																		
Obtención permisos																		
Presentación Captación de participantes																		
Desarrollo Transcripción de GF																		
Análisis GF																		
Diseño Desarrollo Transcripción Entrevistas																		
Análisis entrevistas																		
Realización informe final																		
Difusión Publicación resultados																		