



Universidad de Jaén
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y
SATISFACCIÓN DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES
INGRESADOS EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS
CON EL COLECTIVO
ENFERMERO**

Alumno/a: Bioque Palacios, Clara

Tutor/a: Prof. D. Catalina López Martínez
Dpto.: Departamento de Enfermería

Mayo, 2021



Universidad de Jaén
Centro de Estudios de Postgrado

Trabajo Fin de Máster

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y
SATISFACCIÓN DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES
INGRESADOS EN LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS
CON EL COLECTIVO
ENFERMERO**

Alumno/a: Bioque Palacios, Clara

Tutor/a: Prof. D^a. Catalina López Martínez
Dpto.: Departamento de Enfermería

Firma del Alumno/a

Firma del Tutor/a

Mayo, 2021

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1 INTRODUCCIÓN	6
2 REVISIÓN	11
2.1 Objetivos	11
2.2 Diseño	11
2.3 Estrategia de búsqueda.....	11
2.4 Criterios de inclusión.....	15
2.5 Descripción general de los resultados de la búsqueda.....	15
2.6 Método de análisis empleado.....	17
3 RESULTADOS.....	18
3.1 Dimensión funcional.....	20
3.1.1 Apoyo de consejo o información.....	20
3.1.2 Apoyo emocional.....	21
3.1.3 Apoyo instrumental	23
3.2 Evaluación de la calidad metodológica.....	24
4 DISCUSIÓN.....	26
4.1 Limitaciones.....	29
5 CONCLUSIONES	30
6 BIBLIOGRAFÍA.....	31

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

UCI: unidad de cuidados intensivos.

RESUMEN

Introducción. La hospitalización de individuos en UCI es un acontecimiento estresante que produce cambios en el estado emocional del entorno provocando la desestabilización del núcleo familiar. Los familiares demandan mayor información y participación en el cuidado del usuario debido a la asistencia exclusiva que el profesional de enfermería realiza al paciente. Lazarus y Folkman consideran el apoyo social como una estrategia de afrontamiento que disminuye la probabilidad de generar problemas de salud como consecuencia de un evento angustioso como es el ingreso de un familiar en estado crítico. Los últimos estudios han desvelado la envergadura de este recurso para incrementar el grado de satisfacción de los familiares respecto al personal de enfermería.

Objetivo. Esta revisión trata de conocer la literatura científica acerca del apoyo social percibido por los familiares de pacientes ingresados en UCI con el personal de enfermería y su satisfacción con el mismo.

Metodología. Se ha realizado una revisión sistemática a partir de 9 estudios originales obtenidos de diferentes bases de datos (Pubmed, Cinhal, Cuiden, Wos, Scopus, PsycINFO, Lilacs y Scielo) de acuerdo con una cadena de búsqueda y unos filtros determinados. Se definieron criterios de inclusión y se llevó a cabo el análisis de los estudios mediante el Test del Signo.

Resultados. El apoyo social fue clasificado en diferentes tipos de ayuda funcional elaborando de esta forma tres categorías distintas. La mayor parte de los estudios mostraron un sentido positivo con asociación estadística entre el apoyo social percibido y la satisfacción de los familiares con el personal de enfermería. Sin embargo, el Test del Signo reveló que el número de estudios con signo positivo y asociación no es significativamente superior a los estudios con sentido negativo y no asociación.

Conclusiones. Los resultados obtenidos parecen indicar una relación positiva entre el apoyo social percibido que ofrece el profesional de enfermería y la satisfacción de la familia con el mismo. A la vista de los resultados obtenidos se hace necesaria la realización de estudios de mayor rigor metodológico que clarifiquen los posibles efectos beneficiosos del apoyo social en los familiares del paciente crítico.

Palabras clave. Apoyo social, familia, profesional de enfermería, satisfacción, UCI.

ABSTRACT

Introduction. The hospitalization of individuals in the ICU is a stressful event that produces changes in the emotional state of the environment causing the destabilization of the family nucleus. Family members demand more information and participation in the care of the user due to the exclusive assistance provided to the patient by the nursing professional. Lazarus and Folkman consider social support as a coping strategy that reduces the probability of generating health problems as a consequence of a distressing event such as the admission of a critically ill family member. Recent studies have revealed the importance of this resource in increasing the degree of satisfaction of family members with the nursing staff.

Objective. The aim of this review is to analyze the scientific literature on the social support perceived by the relatives of patients admitted to the ICU with regard to the nursing staff and their satisfaction with the same.

Methodology. A systematic review was carried out on the basis of 9 original studies obtained from different databases (Pubmed, Cinhal, Cuiden, Wos, Scopus, PsycINFO, Lilacs and Scielo) according to a search string and certain filters. Inclusion criteria were defined and the analysis of the studies was carried out using the Sign Test.

Results. Social support was classified into different types of functional support, thus elaborating three different categories. Most of the studies showed a positive sense of statistical association between perceived social support and family members' satisfaction with nursing staff. However, the Sign Test revealed that the number of studies with positive sign and association is not significantly higher than the studies with negative sense and no association.

Conclusions. The results obtained seem to indicate a positive relationship between the perceived social support offered by the nursing professional and the family's satisfaction with it. In view of the results obtained, it is necessary to carry out studies of greater methodological rigor to clarify the possible beneficial effects of social support on the relatives of the critically ill patient.

Key words. Social support, family, nursing professional, satisfaction, ICU.

1 INTRODUCCIÓN

La unidad de cuidados intensivos (UCI) se caracteriza por la realización de técnicas de alta complejidad para la prestación de cuidados a pacientes cuya gravedad representa una amenaza potencial para su vida. El estado crítico de estos usuarios implica la necesidad de llevar a cabo una monitorización constante y cuidado especializado de los mismos durante las 24 horas del día (1).

Los criterios para ingresar a un paciente en UCI no están definidos generalmente en España. Sin embargo, se tienen en cuenta una serie de aspectos tales como la edad, el diagnóstico, la comorbilidad y el pronóstico para determinar su ingreso (2). En este país predominan los pacientes con patología médica frente a la quirúrgica constituyendo los pacientes médicos no coronarios el mayor porcentaje de ingresos (3). Los usuarios pueden presentar diferentes tipos de patologías entre las que destacan insuficiencia respiratoria, estado neurológico crítico, sepsis, postoperatorio de cirugía compleja, paro cardio respiratorio, trauma grave, shock hemorrágico, insuficiencia renal y descompensación cardiológica (4).

La hospitalización de personas en UCI es un suceso estresante que origina una situación de crisis tanto en el paciente como en los familiares (1). Se entiende por familia aquel conjunto de personas que mantiene una relación afectiva o por consanguineidad con otro individuo (5). Esta circunstancia provoca alteraciones emocionales y psicológicas tales como ansiedad, incertidumbre y desesperanza en el núcleo familiar ocasionando un estado de desorganización en la vida de estos (1). Así mismo, el aislamiento y falta de comunicación produce en el paciente alteraciones desde el punto de vista emocional que le genera la necesidad de establecer contacto con sus seres queridos (6, 7).

El equipo de la UCI está compuesto por profesionales sanitarios especializados en el cuidado de pacientes críticos con el propósito de otorgar una atención adecuada que facilite su recuperación (1). Los profesionales de enfermería deben llevar a cabo un cuidado integral del paciente teniendo en cuenta todas las dimensiones del ser humano: física, social/emocional, mental y espiritual. Así pues, deben atender al paciente de una forma holística considerando a la familia como una parte esencial de su cuidado (8). Sin embargo, el equipo de enfermería prioriza el bienestar del sujeto frente al de la familia orientando la asistencia únicamente al usuario (5). El cuidado exclusivo del paciente

menoscaba otros aspectos del proceso de cuidado como la atención familiar lo que obstaculiza que sea percibida como una prioridad del profesional sanitario (9). Algunas enfermeras consideran que la inclusión de la familia puede generar más estrés entre los integrantes de esta y repercutir negativamente en la evolución del paciente. No obstante, otras enfermeras contemplan a los familiares como un recurso necesario para la recuperación del enfermo (10).

El cuidado de los familiares comenzó a ser objeto de estudio en los años setenta. A partir de esta época, se otorgó una mayor trascendencia a las necesidades que presentaba el núcleo familiar del paciente ingresado (11). Según Gómez y cols. (12), Molter (13) fue la primera enfermera que investigó las necesidades de los familiares. Molter (13) desarrolló el cuestionario Critical Care Familiars Needs Inventory (CCFNI) que permite identificar las necesidades del entorno del enfermo crítico mediante 45 ítems que analizan la necesidad de apoyo, información, cercanía, seguridad y comodidad.

La calidad del cuidado de enfermería está determinada por elementos objetivos como los recursos materiales disponibles y por elementos subjetivos como la satisfacción, considerada esta como aquella respuesta que iguala o supera las expectativas planteadas (14). La situación de incertidumbre e inseguridad que sufre el entorno cercano al paciente durante su estancia en UCI se traduce en un conjunto de necesidades que requieren ser satisfechas por el profesional sanitario. Los familiares demandan más información acerca del estado del enfermo, comunicación y apoyo por parte del equipo médico y enfermero, espacios acogedores para mayor intimidad y un trato humanizado (10). Las investigaciones realizadas en los últimos años han desvelado la trascendencia de incluir a las familias en la unidad de cuidados al paciente para favorecer su recuperación y el grado de satisfacción de los familiares respecto a la atención que se le proporciona (6, 15).

La UCI se caracteriza por ser un espacio cerrado con un régimen de visita restrictivo para los familiares lo que impide la proximidad entre el paciente y el entorno más cercano. Se ha evidenciado que la interacción entre ambos puede contribuir a disminuir la estancia del usuario en la UCI (5). De esta forma, el acercamiento entre el paciente y el núcleo familiar se traduce en una necesidad destacable para ambos lo que convierte en esencial el incremento del número de visitas y la flexibilidad del horario. Los últimos estudios

ponen de manifiesto el beneficio de establecer un régimen de visita abierto en UCI para disminuir los efectos negativos que generan la hospitalización de un familiar (16).

El cuidado de familiares hospitalizados se considera un acontecimiento angustioso que puede repercutir negativamente en el bienestar psicológico y físico de los cuidadores. El cuidador informal se puede definir como aquel familiar o amigo que colabora de forma altruista en el cuidado de personas dependientes de su red social (17).

Tal como afirman Ruiz y cols. (18), citando a Lazarus (19) y Folkman (20) , autores de la Teoría transaccional del Estrés, plantean la existencia de una relación directa entre la persona y el entorno. Este modelo se centra en cómo el sujeto se enfrenta a las necesidades del ambiente (18). Lazarus y Folkman (21), citado por Del Pino y cols. (22), establecieron el concepto “transaccional” para recalcar la conexión inherente entre el individuo y el contexto ante una situación de estrés (23). Según estos autores, la valoración subjetiva del acontecimiento estresante y los recursos disponibles como el apoyo social determinan las consecuencias de ese suceso (22, 23). Entre las estrategias de afrontamiento, el apoyo social mejora el bienestar psicológico reduciendo la posibilidad de generar problemas de salud (18). A partir de los modelos de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (22), algunos autores han analizado la influencia positiva del apoyo social sobre las consecuencias del estrés.

El apoyo social es un concepto complejo que ha sido definido a lo largo del tiempo por varios autores. Según Angarita y Escobar (24), citando a Kaplan (25), este término representa aquellos vínculos permanentes entre personas que influyen en la integración física y psicológica del sujeto. Por otro lado, el apoyo social se puede definir como la presencia de individuos en el entorno que cuidan y valoran a la persona (22).

El estudio del apoyo social comenzó en la década de los años 70 por su importancia en las investigaciones del área de la salud. Los artículos pioneros sobre el apoyo social están relacionados con las consecuencias del estrés psicoemocional (26). El atractivo por este constructo se ha incrementado en los últimos años por su influencia en el bienestar psicológico y físico de la persona considerándose un tema de interés individual en la actualidad (26, 27).

El apoyo social puede clasificarse desde diferentes perspectivas. La dimensión estructural comprende el tamaño, homogeneidad y composición de la red de apoyo como la participación comunitaria y la cantidad de contactos. La perspectiva funcional hace referencia a la existencia de lazos interpersonales significativos y a la autoevaluación del apoyo disponible. Esta dimensión incluye diferentes tipos funcionales de ayuda: emocional, instrumental, de consejo o información y valorativo. La función emocional está vinculada al bienestar, confianza y cuidado, la función instrumental alude a la disponibilidad de ayuda a través de servicios y recursos, la función informativa implica orientar y asesorar, y la función valorativa hace referencia a la sensación percibida del individuo de la disponibilidad de apoyo social (22, 24, 27). Así mismo, la dimensión funcional puede dividirse en apoyo social percibido, hace alusión a la valoración subjetiva de la persona en relación a la calidad y adecuación de la red social de apoyo, y en apoyo social recibido, acciones objetivas del grupo social (22, 27).

El apoyo social puede ser evaluado a través de varios instrumentos. Suárez (17) afirma que el cuestionario MOS, elaborado por Sherbourne y cols. (28), es un instrumento breve y autoadministrado que analiza las dimensiones afectiva, emocional, instrumental e interacción social positiva del apoyo social a partir de 20 ítems de respuesta tipo Likert. La escala Duke-UNC, caracterizado por su brevedad y sencillez, analiza el apoyo confidencial y afectivo a partir de 11 ítems estructurados según la escala Likert (17, 29). La Escala de Apoyo Social SS-B de Vaux, Riedel y Stewart destaca entre las adaptaciones españolas de los instrumentos de medida del apoyo social. Proporciona información acerca del apoyo proporcionado por la familia y amigos a través de 45 ítems mediante la escala Likert (30, 31).

Las últimas investigaciones han desvelado el efecto beneficioso que la inclusión de la familia tiene en el cuidado del paciente y el entorno. La participación del núcleo familiar debe estar presente en la asistencia del usuario hospitalizado para que este sea tratado de una manera holística e integral (8). Sin embargo, la orientación exclusiva del cuidado al paciente crítico está presente entre el profesional enfermero de la UCI ocasionando cierto grado de insatisfacción entre las necesidades de los familiares. Se ha evidenciado el efecto positivo que el apoyo social produce en la percepción del estrés y por ende en el bienestar subjetivo (32). En base a lo anteriormente expuesto se hace necesario profundizar en el apoyo social percibido y el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados

en UCI con el profesional enfermero. En este sentido, esta revisión sistemática analizará la producción científica relacionada con esta temática y permitirá una ampliación de la información sobre la relación existente entre ambas variables.

2 REVISIÓN

2.1 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer la producción científica sobre el apoyo social percibido en los familiares de pacientes ingresados en UCI y su satisfacción con el mismo.

Objetivos específicos:

- Determinar el apoyo que se les proporciona a los familiares desde el colectivo enfermero.

2.2 Diseño

Se llevó a cabo una revisión sistemática mediante una exhaustiva búsqueda de la evidencia publicada. Basándonos en el Manual Cochrane, esta revisión contiene los elementos fundamentales de una revisión sistemática. Dichos elementos son: “1) un conjunto de objetivos claramente establecidos, con criterios de elegibilidad de estudios previamente definidos; 2) una metodología explícita y reproducible; 3) una búsqueda sistemática que identifique todos los estudios que puedan cumplir los criterios de revisión; 4) una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos, por ejemplo mediante la evaluación del riesgo de sesgos y 5) una presentación sistemática y una síntesis de las características y resultados de los estudios incluidos” (33).

2.3 Estrategia de búsqueda

La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Wos, PscyINFO, Lilacs, Scielo, Cinhal y Scopus y las palabras clave que se utilizaron se muestran a continuación en la Tabla 1. Dicha búsqueda se llevó a cabo en el mes de febrero del año 2021. Se estableció una estrategia de búsqueda que compensara la especificidad y sensibilidad con la finalidad de eliminar un excesivo número de falsos positivos. Se han empleado términos estandarizados y términos en lenguaje libre de cada base de datos en función de su disponibilidad, así como sus respectivos sinónimos y truncamientos para favorecer la

sensibilidad. Asimismo, se han utilizado un conjunto de condiciones necesarias unidas por el operador booleano “Y”, al igual que etiquetas de campo en aquellas bases de datos disponibles para favorecer la especificidad. Las etiquetas utilizadas han sido (34):

PubMed

- mh: Tesauro del MeSH.
- [tiab]: El término de la búsqueda se limita al título y/o resumen.
- mj: Restringe la búsqueda a artículos donde el término estandarizado esté clasificado como término principal.

WOS

- AB: Localiza documentos donde el término de la búsqueda esté incluido en el resumen.

CINHAL

- MH: Tesauro de Cinahl Subject Heading.
- AB: Localiza documentos donde el término de la búsqueda esté incluido en el resumen.

PsycInfo:

- AB: Localiza documentos donde el término de la búsqueda esté incluido en el resumen.

Tabla 1. Resumen de la búsqueda.

Bases de datos	Cadena de búsqueda	Filtros	Fecha de búsqueda
Pubmed	(((((Personal satisfaction [mj] OR Satisfaction[tiab]) AND (Family members[tiab] OR famil*[tiab])) AND (patient*[tiab] OR critical care[mh] OR critical care unit[tiab] OR Intensive care unit*[tiab] OR Unit, Intensive Care[tiab])) AND (Social support [mj] OR Perceived Social Support*[tiab] OR Social Support* Perceived[tiab])) AND (Nurses [mj] OR Nurse*[tiab] OR Personnel, Nursing[tiab] OR Nursing Personnel[tiab]))	Todos los campos	Febrero
Cuiden	Satisfacción and familia and (cuidados intensivos or cuidados críticos)		Febrero
WOS	AB= (Personal satisfaction OR Satisfaction) AND AB= (Family members OR famil*) AND AB= (patient* OR critical care OR critical care unit OR Intensive care unit* OR Unit, Intensive Care) AND AB= (Social support OR Perceived Social Support* OR Social Support* Perceived) AND AB= (Nurses OR Nurse* OR Personnel, Nursing OR Nursing Personnel)	Artículo	Febrero
PsycINFO	ab(Personal satisfaction OR Satisfaction) AND ab(Family members OR famil*) AND ab(patient* OR critical care OR critical care unit OR Intensive care unit* OR Unit, Intensive Care) AND ab(Social support OR Perceived Social Support* OR Social Support* Perceived) AND ab(Nurses OR Nurse* OR Personnel, Nursing OR Nursing Personnel)	Resumen	Febrero

Tabla 1. Resumen de la búsqueda (continuación)

Bases de datos	Cadena de búsqueda	Filtros	Fecha de búsqueda
Scielo	(satisfacción) AND (cuidados intensivos or cuidados criticos) AND (familia)		Febrero
Lilacs	satisfacción and cuidados intensivos or cuidados criticos and familia		Febrero
Cinhal	(MH personal satisfaction OR AB satisfaction) AND (AB Family members OR AB famil*) AND (AB patient* OR MH critical care nursing OR AB critical care unit OR MH Intensive care unit* OR AB Unit, Intensive Care) AND (AB Social support OR AB Perceived Social Support* OR AB Social Support* Perceived) AND (MH Nurses OR AB Nurse* OR AB Personnel, Nursing OR AB Nursing Personnel)		Febrero
Scopus	((personal AND satisfaction OR satisfaction) AND (family AND members OR famil*) AND (patient* OR critical AND care OR critical AND care AND unit OR intensive AND care AND unit* OR unit, AND intensive AND care) AND (social AND support OR perceived AND social AND support* OR social AND support* AND perceived) AND (nurses OR nurse* OR personnel, AND nursing OR nursing AND personnel))	Todos los campos	Febrero

2.4 Criterios de inclusión.

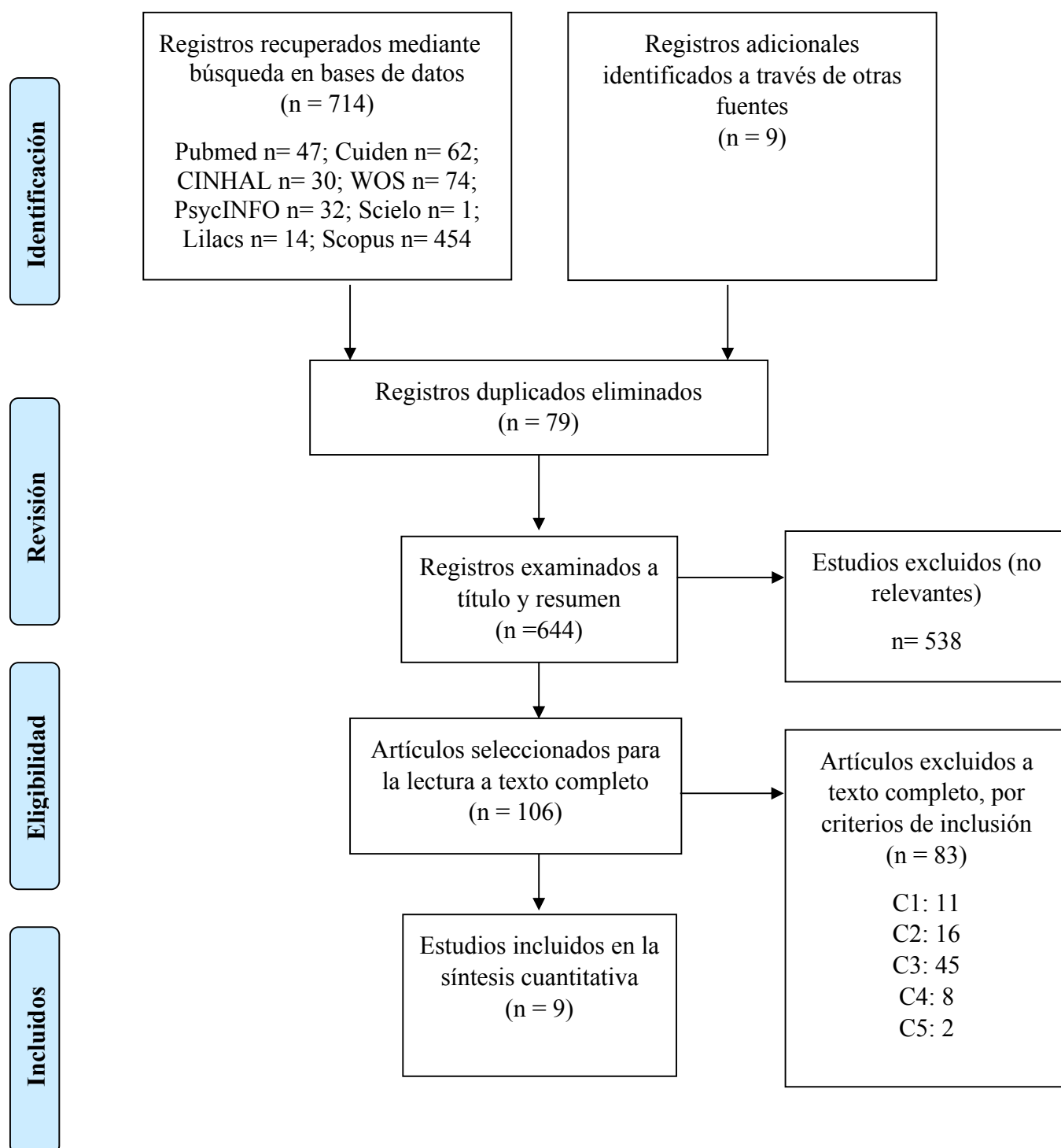
En esta revisión se han contemplado 5 criterios de inclusión entre los que se encuentran: (1) estudios originales, (2) que relacionen el apoyo social percibido de los familiares con la satisfacción de los mismos, (3) que hagan referencia a familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de adultos, (4) que identifiquen el apoyo proporcionado a los familiares por los profesionales enfermeros y, (5) que estén publicados en español o inglés.

2.5 Descripción general de los resultados de la búsqueda.

Los estudios identificados en las bases de datos descritas anteriormente fueron sometidos a una comprobación de duplicados de los cuales se descartaron 79. Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión, excluyendo aquellos que no cumplían dichos criterios.

De los 644 registros seleccionados para su lectura a título y resumen, 106 fueron elegidos para realizar la lectura a texto completo. La Figura 1 representa el proceso realizado para la obtención de los artículos incluidos en esta revisión.

Figura 1. Diagrama de flujo.



Abreviaturas:

C1: Criterio de inclusión 1, alude a estudios originales.

C2: Criterio de inclusión 2, alude al apoyo social percibido de los familiares con la satisfacción del mismo.

C3: Criterio de inclusión 3, alude a los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

C4: Criterio de inclusión 4, alude al apoyo proporcionado a los familiares por el profesional enfermero.

C5: Criterio de inclusión 5, alude al idioma de publicación, en este caso inglés y español.

2.6 Método de análisis empleado

Los estudios incluidos en esta revisión muestran una dirección tanto positiva como negativa entre las variables, así como asociación y no asociación. Ante la existencia de datos heterogéneos, se ha empleado el Test del Signo para comprobar si el número de estudios con un determinado sentido y asociación es significativamente superior a la cifra de estudios con sentido negativo y no asociación. Esto permite determinar si esta diferencia es debida al azar. Para su realización, se somete a prueba la hipótesis nula que señala que la probabilidad de que se obtenga un determinado efecto es del 50%, es decir, el número de estudios con sentido positivo es igual al número de estudios con el signo opuesto. Para llevarlo a cabo, se determinan el número de estudios con una dirección definida y el número de estudios con la dirección opuesta, considerando exclusivamente la cantidad total de estudios. De esta forma, se observará una cifra mayor (M) y otra menor (m). A continuación, se calcula a partir de una distribución binomial B (n, 0,5) donde n es igual al número de estudios, la probabilidad asociada de que existan al menos m estudios y la probabilidad de que existan M o más estudios. Al sumar las dos probabilidades, se obtiene el valor de p que indica la probabilidad de error al rechazar la hipótesis nula de igualdad de efectos (35) .

- Si $p < 0,05 \rightarrow$ M es significativamente mayor que m.
- $p \geq 0,05 \rightarrow$ M es igual a m.

3 RESULTADOS

Se han obtenido resultados acerca del apoyo social percibido en los familiares de pacientes ingresados en UCI por el profesional enfermero y también, se ha llevado a cabo una clasificación de los diferentes tipos funcionales de ayuda que engloban la dimensión funcional del apoyo social.

Casi la totalidad de los artículos incluidos en esta revisión son estudios descriptivos transversales llevados a cabo mediante muestreo no probabilístico, excepto en Llamas y cols. (36) que realizó una técnica de muestreo aleatorio sistemático. Los artículos son en su mayoría estudios descriptivos transversales, exceptuando López y cols. (37) y Shelton y cols. (38) que realizaron un estudio cuasi-experimental, y Heyland y cols. (39) que presentó un estudio de cohorte prospectivo. En general, los estudios presentan un tamaño muestral considerable salvo tres de estos que se estimaron como un tamaño muestral pequeño (inferior a 100).

Los miembros integrantes del núcleo familiar que componen la muestra de los artículos encontrados poseen características homogéneas, en los estudios que las presentan. Los estudios revelan que los familiares que actúan como interlocutor asiduo con el profesional sanitario de la UCI son mujeres cuya edad oscila entre los 42 y 79 años de edad con una relación de parentesco de grado 1 con el paciente crítico. Así mismo, se caracterizan por tener un nivel educativo superior a la educación primaria, a excepción de Llamas y cols. (36). Los artículos elaborados por Shelton y cols. (38) y Kjerulf y cols. (40) no especifican las características de la muestra. Los datos se contemplan en la Tabla 2.

Tabla 2. Resumen de las características de los estudios incluidos en la revisión.

Autor y año	Género	Edad	Relación de parentesco	Nivel educativo
López y cols. 2011 (37)	Mujeres	No disponible	Primer grado	No disponible
Frivold y cols. 2016 (41)	Mujeres	60	Primer grado	Estudios universitarios
Kjerulf y cols. 2005 (40)	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible

Tabla 2. Resumen de las características de los estudios incluidos en la revisión (continuación).

Autor y año	Género	Edad	Relación de parentesco	Nivel educativo
Haave y cols. 2021 (42)	Mujeres	60-79	Primer grado	No disponible
Heyland y cols. 2002 (39)	Mujeres	No disponible	Primer grado	Estudios universitarios
Llamas-Sánchez y cols. 2009 (36)	Mujeres	No disponible	Primer grado	Estudios primarios
Puggina y cols. 2014 (43)	Mujeres	42	Primer grado	Estudios secundarios
Mukhopadhyay y cols. 2016 (44)	Mujeres	45	Primer grado	Estudios secundarios
Shelton y cols. 2010 (38)	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible

A continuación, se puede observar en la Tabla 3 una clasificación de los resultados obtenidos según los distintos tipos funcionales de ayuda y los resultados del Test del Signo. Se especifica la dirección, la asociación estadística y el número de artículos analizados de cada uno de ellos.

Tabla 3. Resumen de los resultados obtenidos en el Test del Signo.

Apoyo social percibido						
Apoyo funcional	Dirección	Nº de estudios	p	Asociación estadística	Nº de estudios	p
Apoyo de consejo o información	Positiva	7	0,0898*	Sí	6	0,2539*
	Negativa	2		No	3	
Apoyo emocional	Positiva	6	0,1445*	Sí	6	0,1445*
	Negativa	2		No	2	
Apoyo instrumental	Positiva	5	0,2266*	Sí	5	0,2266*
	Negativa	2		No	2	

M=m*

La interpretación de los resultados del Test del Signo se llevará a cabo en cada uno de los tipos funcionales de apoyo que se describen a continuación.

Los resultados se encuentran detallados, específicamente por separado, en tablas donde se recogieron el nombre del primer autor y año de publicación, el tipo de diseño y muestreo llevado a cabo, el tamaño muestral, la dirección entre las variables a estudiar y la asociación estadística.

3.1 Dimensión funcional

Como se ha comentado anteriormente, se han clasificado los resultados encontrados en función del tipo de ayuda funcional. Seguidamente, se desglosan cada uno de ellos.

3.1.1 Apoyo de consejo o información

Todos los artículos incluidos en esta revisión hacen alusión al apoyo de información percibido. Entre los hallazgos de este ámbito (Tabla 4) encontramos que la mayoría de los estudios analizados presentan una dirección positiva entre las variables y una asociación estadísticamente significativa en la que el valor de $p < 0,05$ (6 estudios), a excepción de López y cols. (37) y Frivold y cols. (41) cuya dirección pese a ser positiva, no muestran asociación estadísticamente significativa.

De la misma forma, el estudio publicado por Haave y cols. (42) evidencia una dirección negativa y la existencia de asociación estadística. Esta divergencia ocasionó la necesidad de llevar a cabo el Test del Signo en el que el valor de $p = 0,0898$, lo que significa que $M = m$. Así pues, los estudios con sentido positivo no son significativamente superiores a los estudios con sentido negativo.

En este ámbito prevalecen los artículos con asociación estadísticamente significativa a excepción de tres de estos. Por ello, se realizó el Test del Signo en la que $M = m$ que indica que el número de estudios con asociación no es estadísticamente superior a los que no presentan asociación.

Tabla 4. Resumen de los hallazgos de los estudios incluidos en el apoyo de consejo.

Autor y año	Diseño	N	Muestreo	Dirección	Asociación
López y cols. 2011 (37)	Cuasi-experimental	115	No probabilístico	Positiva	No
Frivold y cols. 2016 (41)	Descriptivo transversal	123	No probabilístico	Positiva	No
Kjerulf y cols. 2005 (40)	Descriptivo transversal	51	No probabilístico	Positiva	Si
Haave y cols. 2021 (42)	Descriptivo transversal	57	No probabilístico	Negativa	Si
Heyland y cols. 2002 (39)	Cohorte prospectivo	624	No probabilístico	Positiva	Si
Llamas-Sánchez y cols. 2009 (36)	Descriptivo transversal	268	Probabilístico	Positiva	Si
Puggina y cols. 2014 (43)	Descriptivo transversal	40	No probabilístico	Positiva	Si
Mukhopadhyay y cols. 2016 (44)	Descriptivo transversal	194	No probabilístico	Negativa	No
Shelton y cols. 2010 (38)	Cuasi-experimental	377	No probabilístico	Positiva	Si

3.1.2 Apoyo emocional

Del total de estudios incluidos, 8 de ellos hacen referencia al apoyo emocional percibido (Tabla 5).

La pluralidad de los artículos presenta sentido positivo y asociación estadísticamente significativa, a excepción de López y cols. (37) que no muestra asociación estadística. La discrepancia existente entre la dirección de los estudios hizo necesario llevar a cabo el Test del Signo, en el que el valor de $p=0,1445$ ($M=m$), por lo que el número de estudios

con sentido positivo no es significativamente superior al número de estudios con sentido contrario.

De igual modo, disponemos de estudios con asociación y no asociación. El Test del Signo realizado en este caso indicó un valor de $p=0,1445$ ($M=m$), es decir, el número de estudios con asociación estadística no es significativamente mayor al número de estudios con no asociación.

Tabla 5. Resumen de los hallazgos de los estudios incluidos en el apoyo emocional.

Autor y año	Diseño	N	Muestreo	Dirección	Asociación
López y cols. 2011 (37)	Cuasi-experimental	115	No probabilístico	Positiva	No
Kjerulf y cols. 2005 (40)	Descriptivo transversal	51	No probabilístico	Positiva	Si
Haave y cols. 2021 (42)	Descriptivo transversal	57	No probabilístico	Negativa	Si
Heyland y cols. 2002 (39)	Cohorte prospectivo	624	No probabilístico	Positiva	Si
Llamas-Sánchez y cols. 2009 (36)	Descriptivo transversal	268	Probabilístico	Positiva	Si
Puggina y cols. 2014 (43)	Descriptivo transversal	40	No probabilístico	Positiva	Si
Mukhopadhyay y cols. 2016 (44)	Descriptivo transversal	194	No probabilístico	Negativa	No
Shelton y cols. 2010 (38)	Cuasi-experimental	377	No probabilístico	Positiva	Si

3.1.3 Apoyo instrumental

Los artículos incorporados referentes a este tipo de apoyo (Tabla 6) disminuyen en número hasta un total de 7. La mayoría de los estudios, al igual que en los tipos de apoyo anteriores, presentan un sentido positivo y asociación estadísticamente significativa, excepto el artículo publicado por López y cols. (37) en el que no hay asociación.

Al igual que en los otros tipos de apoyo, existe variedad en el tipo de dirección y asociación que muestran los estudios incluidos en el apoyo instrumental. Así pues, se efectuó el Test del Signo en el que se obtuvo un valor de $p=0,2266$ para ambas discrepancias, que implica que $M=m$, revelando así que el número de estudios con sentido positivo y asociación no es significativamente superior al número de estudios con sentido negativo y no asociación.

Tabla 6. Resumen de los hallazgos de los estudios incluidos en el apoyo instrumental.

Autor y año	Diseño	N	Muestreo	Dirección	Asociación
López y cols. 2011 (37)	Cuasi-experimental	115	No probabilístico	Positiva	No
Kjerulf y cols. 2005 (40)	Descriptivo transversal	51	No probabilístico	Positiva	Si
Haave y cols. 2021 (42)	Descriptivo transversal	57	No probabilístico	Negativa	Si
Heyland y cols. 2002 (39)	Cohorte prospectivo	624	No probabilístico	Positiva	Si
Llamas-Sánchez y cols. 2009 (36)	Descriptivo transversal	268	Probabilístico	Positiva	Si
Mukhopadhyay y cols. 2016 (44)	Descriptivo transversal	194	No probabilístico	Negativa	No
Shelton y cols. 2010 (38)	Cuasi-experimental	377	No probabilístico	Positiva	Si

3.2 Evaluación de la calidad metodológica

Como se puede comprobar en los datos recogidos en la Tabla 7, el nivel de evidencia de la mayor parte de los estudios incluidos en la revisión es limitada para demostrar causalidad entre la dimensión funcional del apoyo social y la satisfacción de los familiares al tratarse de estudios descriptivos transversales. En general, el tipo de muestreo llevado a cabo ha sido un muestreo no probabilístico lo cual determina la falta de representatividad de la muestra estudiada, exceptuando Llamas y cols. (36). Los instrumentos utilizados en la mayoría de los artículos han sido validados en la población de estudio, a excepción de López y cols. (37), Kjerulf y cols. (40), Haave y cols. (42) y Llamas y cols. (36) cuyo instrumento ha sido considerado como no válido, y Shelton y cols. (38) que no determina la validez del instrumento.

Tabla 7. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión.

Autor y año	C1	C2	C3
López y cols. 2011 (37)	C-exp	No probabilístico	–
Frivold y cols. 2016 (41)	DT	No probabilístico	+
Kjerulf y cols. 2005 (40)	DT	No probabilístico	–
Haave y cols. 2021 (42)	DT	No probabilístico	–
Heyland y cols. 2002 (39)	COH	No probabilístico	+
Llamas- Sánchez y cols. 2009 (36)	DT	Probabilístico	–
Puggina y cols. 2014 (43)	DT	No probabilístico	+
Mukhopadhyay y cols. 2016 (44)	DT	No probabilístico	+
Shelton y cols. 2010 (38)	C-exp	No probabilístico	No disp

Notas: (+) la característica está presente; (-) la característica está ausente; (No disp) información no disponible.

C1: Tipo de diseño:

- Ensayo clínico aleatorizado. ECA
- Ensayo clínico no aleatorizado. ECNA
- Ensayo clínico no controlado. ECNC
- Cuasi experimental. C-exp
- Cohortes. COH
- Casos y controles. CyC
- Descriptivo transversal. DT

C2: Muestreo representativo

C3: Validez de los instrumentos

4 DISCUSIÓN

La evolución de enfermería como disciplina y su implicación en la investigación ha logrado disipar el enfoque biomédico dominante en nuestro sistema de salud orientando su objetivo al cuidado integral del paciente que incluiría al entorno familiar. No obstante, la teoría difiere de la realidad mostrando contradicciones en su práctica habitual al dirigir la atención únicamente al paciente (45).

El ingreso de usuarios en UCI genera en los familiares elevados niveles de estrés y ansiedad causando una desestabilización en el funcionamiento normal del núcleo familiar. Esta circunstancia obliga al profesional enfermero a concienciarse de esta problemática y valorar a la familia como un aspecto fundamental del cuidado integral del usuario (46). Así pues, esta revisión tiene como objetivo determinar el apoyo social que los familiares del paciente perciben del profesional de enfermería e indicar su satisfacción con el mismo.

A este respecto, esta revisión parece revelar una elevada satisfacción entre el entorno del paciente, así como los aspectos más relevantes que afectan de forma considerable al bienestar de los familiares y que, por lo tanto, han de ser satisfechas por los profesionales del servicio de UCI.

Los resultados hallados en este estudio muestran, en su gran mayoría, un sentido positivo entre las variables, lo que significa, que el incremento del apoyo social percibido por los familiares de la UCI produce una mayor satisfacción con el mismo. Así mismo, casi la totalidad de los estudios exponen la existencia de asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, ambas conjeturas no pueden ser confirmadas debido a los resultados logrados en el Test del Signo.

El nivel de satisfacción del entorno de pacientes en UCI se relaciona con el bienestar experimentado por una comunicación apropiada, apoyo emocional y disponibilidad de ayuda brindada por el profesional de enfermería (47).

Según Verhaeghe y cols. (48), la necesidad más relevante para las familias es la información. El entorno demanda un mayor conocimiento sobre el estado del paciente, así como del cuidado, tratamiento y confort del mismo. La literatura manifiesta que los familiares refieren errores en la información proporcionada sobre el estado de salud, transmitida con rapidez y con un lenguaje técnico, además de tiempos de espera

prolongados (49). Habitualmente, las enfermeras ofrecen una información básica sin responder a sus necesidades (10). No obstante, el estudio de Pérez y cols. (46), sugiere que los familiares valoran positivamente la información proporcionada por estos profesionales sanitarios.

Con frecuencia se considera que la labor de informar es un cometido exclusivo del médico. El contacto estrecho de enfermería con los pacientes destaca el papel relevante que juegan estos profesionales en la comunicación a los familiares, lo que se traduce en la necesidad de establecer una adecuada coordinación en la atención familiar entre los médicos y enfermeros para evitar la incertidumbre y el impacto del entorno de la UCI (49).

La hospitalización de pacientes en UCI genera inestabilidad emocional entre los familiares al no estar capacitados para afrontar esta situación, de modo que el entorno requiere un cuidado continuo que preserve su salud mental. Así pues, el personal de enfermería debe dirigir su acción a mejorar la calidad del cuidado integrando criterios que tengan en cuenta a la familia (50).

El apoyo emocional percibido por los miembros de la familia en relación con el profesional de enfermería hace referencia a la intervención que favorece tanto la expresión de emociones, confianza y trato cordial como una actitud amigable que controle la crisis situacional (51). Según Bautista y cols. (50), los familiares destacan los elementos del cuidado que valoran al individuo de forma holística, considerando las actitudes de empatía, cuidado y afecto como una atención de calidad. Sin embargo, la investigación realizada por Franco (51) manifiesta que la percepción del núcleo familiar en el ámbito del apoyo emocional es desfavorable e indiferente, aludiendo a la falta de interés existente entre el personal de la UCI acerca de la incertidumbre y angustia que presenta el entorno del paciente crítico.

La implicación de los familiares en el cuidado del usuario ha generado numerosas dudas: se cuestiona si deben participar de forma activa en la asistencia del paciente.

La literatura ha evidenciado que la colaboración de las familias propicia sentimientos de utilidad y de continuidad con la vida antes de la hospitalización, así como disminuye el estrés y atenúa sentimientos negativos como la impotencia y el miedo (52). No obstante, el estudio publicado por Azoulay y cols. (52) revela que los familiares no están de acuerdo con su participación en el cuidado del paciente, siendo una causa probable la falta de

información recibida sobre las actividades que implican su participación y los beneficios que aporta. A pesar de ello, Marsden (53) afirma que la intervención de la familia en el cuidado se relaciona con una mayor satisfacción entre los miembros del núcleo familiar.

La participación de los familiares en el cuidado del enfermo está íntimamente relacionada con el régimen de visita establecido en la UCI. En España prevalece la visita de tipo restrictivo que limita el acceso de los familiares durante un tiempo determinado (45). Este hecho dificulta la colaboración del entorno en los cuidados básicos del paciente pese a la evidencia del efecto beneficioso que produce (52). El estudio realizado por Martínez y cols. (54) expone que la participación familiar reduce la ansiedad del cuidador.

Estudios recientes han desvelado la diversidad de opiniones presentes entre el personal de enfermería acerca de los efectos positivos de la visita abierta (55).

Por un lado, existe la creencia de que la relación estrecha entre el entorno y el paciente durante su estancia en UCI favorece el bienestar físico y mental de la familia, así como la satisfacción de sus necesidades. Igualmente, consideran que el contacto entre ambos beneficia el estado del paciente favoreciendo su estabilidad hemodinámica (55). A este respecto, el estudio realizado por Naranjo y cols. (56) revela que un elevado porcentaje de enfermeras está de acuerdo con la implementación de horarios de visita más flexibles. Otro estudio, publicado por Pardavila y Vivar (57), observó las actitudes del profesional de enfermería sobre el efecto del régimen de visita abierto. La muestra de este estudio valoró a la familia como un elemento esencial en el apoyo emocional proporcionado al paciente.

Por otra parte, algunas enfermeras sostienen que el horario de visita flexible constituye una fuente de estrés para el paciente que puede perjudicar su estado hemodinámico. De igual forma, este tipo de visita puede generar mayor carga física y mental para el personal de enfermería ya que obstaculiza la realización de los cuidados (49).

La consideración de la familia como componente del conjunto de cuidados facilita la planificación de actuaciones dirigidas hacia el entorno. Pardavila y Vivar (57) plantea el uso de herramientas como el genograma para obtener información sobre el núcleo familiar, en particular sobre las relaciones entre los miembros de la familia, la etnia y la situación laboral, entre otros.

4.1 Limitaciones

Si bien, pese a ser un trabajo de revisión, este presenta ciertas limitaciones.

Se trata de una revisión bibliográfica sistemática sin meta-análisis lo que sugiere la presencia de sesgos. La mayoría de los estudios incluidos en este estudio han sido llevados a cabo mediante un muestreo no probabilístico de modo que las diferencias halladas entre los grupos de familiares pueden deberse a otras diferencias no relacionadas con el apoyo del personal de enfermería. Asimismo, la falta de validez de los instrumentos utilizados en los artículos incluidos ha podido ocasionar errores en la medición de la satisfacción por parte del investigador.

A pesar de haber realizado una exhaustiva búsqueda, los resultados deben tomarse con cautela debido al reducido número de artículos incluidos en la revisión. Asimismo, se ha llevado a cabo en su mayoría con estudios descriptivos transversales por lo que no se puede establecer una relación de causalidad.

El método de análisis empleado indica que el número de estudios con signo positivo y asociación estadística no es significativamente superior al número de estudios con sentido contrario y no asociación, de forma que se requiere un número de estudios superior para obtener resultados significativos. Además, el Test del Signo presenta otros inconvenientes: no tiene en cuenta el tamaño muestral ni la fuerza de las asociaciones y solo permite determinar si los resultados son debido al azar.

5 CONCLUSIONES

Los estudios incluidos en esta revisión parecen apoyar la hipótesis de que los familiares de pacientes críticos están satisfechos con el apoyo social percibido por el personal de enfermería.

La mayoría de los estudios muestran una dirección positiva con asociación estadística entre las variables por lo que existen indicios de que, a mayor apoyo social percibido, mayor satisfacción con el mismo, pero estos resultados podrían ser los esperados por azar.

A priori, los resultados apuntan hacia la posibilidad de que el apoyo emocional, instrumental y de información proporcionado por el personal de enfermería produce un efecto beneficioso en el entorno del individuo disminuyendo, así, las reacciones emocionales negativas que la hospitalización del familiar provoca en el mismo, pero se necesitarían más estudios. La inclusión del núcleo familiar en el cuidado del paciente parece influir en el bienestar físico y psíquico tanto del usuario como de la familia, así como parece garantizar una atención de calidad.

Los familiares demandan mayor información y atención por parte del profesional de enfermería para hacer frente a la crisis emocional que el ingreso de un familiar en UCI les produce.

Lo aquí expuesto, destaca la importancia de ampliar el conocimiento acerca de este tema puesto que la confirmación de la hipótesis planteada podría fomentar la implantación de horarios de visita flexibles en la UCI y la concienciación de los profesionales sanitarios acerca del papel fundamental que la familia cumple en la evolución del individuo.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. García CRA, Torres CM. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica*. 2017;31(3):171-3.
2. Cisneros J, Fernández-Viladrich P, León C, Miró J, Pachón J, Palomar M, et al. Indications for admission to the intensive care service of adult patients with severe infections. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1998;16(9):423-30.
3. Mas N, Olaechea P, Palomar M, Alvarez-Lerma F, Rivas R, Nuvials X, et al. Análisis comparativo de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos españolas por causa médica y quirúrgica. *Med Intensiva*. 2015;39(5):279-89.
4. Ruiz C, Díaz MÁ, Zapata JM, Bravo S, Panay S, Escobar C, et al. Características y evolución de los pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público. *Rev Med Chil*. 2016;144(10):1297-304.
5. Sacyl. Necesidades de la familia del paciente crítico y opinión de profesionales de UCI. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2021 [Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/Profesionales/en/investigacion/lineas-investigacion/necesidades-familia-paciente-critico-opinion-profesionales>].
6. Martos-Casado G, Aragón-López A, Gutiérrez-Ramos N. Satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: percepción de los familiares y los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014;25(4):164-72.
7. Guerra-Martín M, González-Fernández P. Satisfacción de pacientes y cuidadores familiares en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2020.
8. Calatayud MV, Azcoiti ME. El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *Enferm Intensiva*. 2010;21(4):161-4.
9. Lallemand CZ, González SP, Ferrer TC, López YD, Santiago MM, Mulet CM, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 2010;21(1):11-9.
10. Gutiérrez JB, Alvariño AB, Pérez ML, Pérez MR. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*. 2008;7(1).

11. Padilla Fortunatti CF. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):306-16.
12. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B, editors. El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. *Anales Sis San Navarra*; 2011: SciELO Espana.
13. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979;8(2):332-9.
14. López Toledano M, Luque Cantarero I, Gómez López VE, Casas Cuesta R, Crespo Montero R. La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis. *Enferm Nefrol*. 2016;19(2):125-33.
15. Pérez MM, López CL, Vela ST, Sánchez CM, Martín MO, Iglesias MG, et al. Percepción de las enfermeras sobre la comunicación con la familia de pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Enferm Intensiva*. 2014;25(4):137-45.
16. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2012;23(4):179-88.
17. Suarez Cuba MÁ. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Méd La Paz*. 2011;17(1):60-7.
18. Ruiz EB, Maldonado SIM, Valero CZV, Rodríguez AS, Escobar GG. Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2014;16(1):37-57.
19. Lazarus R. Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. . Desclée Brouwer. 2000.
20. Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca. 1991.
21. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping: Springer publishing company; 1984.
22. Del Pino Casado R, Frías Osuna A, Palomino Moral PA, Ruzafa Martínez M, Ramos Morcillo AJ. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(1):e0189874.
23. Poręba-Chabros A, Mamcarz P, Jurek K. Social support as a moderator between the perception of the disease and stress level in lung cancer patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*. 2020;27(4):630-5.

24. Angarita OV, Escobar DG. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*. 2009;8(2).
25. Kaplan JR, Manuck SB, Clarkson TB, Lusso FM, Taub DM, Miller EW. Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. *Science*. 1983;220(4598):733-5.
26. De Roda ABL, Moreno ES. Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*. 2001:17-23.
27. Almagiá EB. Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*. 2004;14(2):237-43.
28. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
29. Saameño JAB, Sánchez AD, del Castillo JDL, Claret PL. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. 1996;18(4):153-63.
30. Francés FC, Palarea MDD. Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*. 2004;16(4):570-5.
31. Vidal Estrada R, Cebria Andreu J, Palma Sevillano C, Planells Palome G, Espinassa Rifa J, Estafanell Celma A. "El apoyo social percibido en pacientes hiperfrecuentadores de Atención Primaria". *Butlletí*. 2010;28(3).
32. Melguizo-Garín A, Martos-Méndez MJ, Hombrados-Mendieta I. Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. *Psicooncología*. 2019;16(1):25.
33. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*.: The Cochrane Collaboration 2011; 2021 [Available from: <https://training.cochrane.org/es/manual-cochrane-de-revisiones-sistem%C3%A1ticas-de-intervenciones>].
34. Del Pino Casado R. La búsqueda bibliográfica en el trabajo de fin de grado. In: R DPC, JR MR, editors. *Manual para la elaboración y defensa del trabajo de fin de grado en ciencias de la salud*. Madrid: Elsevier; 2016. p. 25-40.
35. Del Pino Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA. La revisión sistemática cuantitativa en enfermería. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*. 2014;7(1).

36. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera M, González-Vázquez J, Albar-Marín M, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009;20(2):50-7.
37. López Chacón MA, Piñol Pérez-Rejón M, Merino Cabrera E, Taurà Rodríguez G, Quispe Hoxas LC, Manzanedo Sánchez D, et al. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. *Nursing (Ed Española)*. 2011;29(8):52-65.
38. Shelton W, Moore CD, Socaris S, Gao J, Dowling J. The effect of a family support intervention on family satisfaction, length-of-stay, and cost of care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2010;38(5):1315-20.
39. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med*. 2002;30(7):1413-8.
40. Kjerulf M, Regehr C, Popova SR, Baker AJ. Family perceptions of end-of-life care in an urban ICU. *Dynamics*. 2005;16(3):22-5.
41. Frivold G, Slettebø Å, Heyland DK, Dale B. Family members' satisfaction with care and decision-making in intensive care units and post-stay follow-up needs-a cross-sectional survey study. *Nurs Open*. 2018;5(1):6-14.
42. Haave RO, Bakke HH, Schröder A. Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. *BMC Emerg Med*. 2021;21(1):20.
43. Puggina AC, Ienne A, Carbonari KFBSdF, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Escola Anna Nery*. 2014;18(2):277-83.
44. Mukhopadhyay A, Song G, Sim PZ, Ting KC, Yoo JKS, Wang QL, et al. Satisfaction domains differ between the patient and their family in adult intensive care units. *BioMed Research International*. 2016;2016.
45. Verdasco AMA, Delgado MCR, Rodríguez LD, Hernández MMA, Figueroa JC. Características de la organización de las visitas en las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Enfermería en cardiología: Revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. 2002(25):36-40.
46. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz A, Catalán González M, Montejo González J. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28(5):237-49.

47. Blas Bergara FdJ. Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Juan De Lurigancho 2010. 2013. p. 95-.
48. 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.
49. Achury LF, Achury DM, Ramírez ÁM. La familia y las visitas en las unidades de cuidados intensivos. *World*. 2011;8(1):2.
50. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista cuidarte*. 2016;7(2):1297-309.
51. Franco Canales RE. Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril 2003. 2004.
52. Azoulay É, 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(9):1498-504.
53. Marsden C. Family-centered critical care: an option or obligation? *Am J Crit Care*. 1992;1(3):115-7.
54. Martínez MdCR, Morilla FR, Del Pino ÁR, Almenara MIM, Bannik JT, Caballero LJF, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*. 2003;14(3):96-108.
55. de Pinedo NGF, Coscojuela MAM, Eguia IB, Landa LM, Adot IS. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva*. 2000;11(3):107-17.
56. Naranjo RB, Peregrina MC, Córdoba CG, López AL, Pelegrí ML. Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: Opinión de todos los implicados. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*. 2000(20):28-39.
57. Pardavila Belio M, Vivar C. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Revisión de la literatura. Enferm intensiva (Ed impr)*. 2012:51-67.