



ARTÍCULO DE INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada

D. Bernal-Ruiz^{a,*} y S. Horta-Buitrago^b

^a Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, Fundación CardiolInfantil, Bogotá, Colombia

^b Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Recibido: 4 mayo 2014; Aceptado: 29 agosto 2014

PALABRAS CLAVE

Cuidado crítico;
Familia; Plan
de cuidados
de enfermería; Teoría
de la comprensión
facilitada; Colombia.

Resumen

Introducción: La estancia de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos es para la familia una experiencia estresante, traumática y desagradable que se relaciona con enfrentarse a una situación de salud cercana a la muerte, el sufrimiento, la ruptura de roles y el desconocimiento. En este contexto, intervenciones realizadas para que la familia entienda lo que está pasando y lo que debe hacer fomentan la sensación de tranquilidad, confort, seguridad; favorece la adaptación y previene resultados psicológicos adversos.

Objetivo: Elaborar una propuesta de gestión que permita desde la teoría brindar cuidado de calidad y excelencia a la familia de los pacientes en cuidado crítico.

Metodología: Análisis y aplicación de la teoría de la comprensión facilitada desde la perspectiva del Sistema Conceptual-Teórico-Empírico y el modelo de marco lógico.

Resultado: Se presenta un plan de cuidados de enfermería que, hecho desde la teoría de la comprensión facilitada y las taxonomías NANDA, NIC, NOC, muestra aspectos inherentes a la valoración, resultados e intervenciones de cuatro diagnósticos prioritarios de las posibles situaciones más frecuentes que la familia debe enfrentar cuando un ser querido está en una condición crítica de su salud.

Conclusión: Un plan de cuidados estandarizado basado en la teoría de la comprensión facilitada es una estrategia de aplicación del conocimiento de enfermería que (1) consolida un modelo de atención integral que favorece la visibilidad, continuidad, eficiencia, calidad y excelencia del cuidado, y (2) disminuye la hostilidad que para los familiares de los pacientes genera la experiencia del cuidado intensivo.

Copyright 2014 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Arte, diseño, composición tipográfica y proceso fotomecánico por Masson Doyma México. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia: Correo electrónico: dcbernalr@unal.edu.co (D. Bernal-Ruiz).

KEYWORDS

Critical Care; Family; Nursing care plan; Facilitated Sensemaking theory; Colombia.

Critical patient's family nursing care from the facilitated sensemaking theory**Abstract**

Introduction: The admission of a loved one into an intensive care ward is a very tense, traumatic, and disagreeable experience for the family, and is associated with a challenge to near death situations, suffering, role rupture and even ignorance. Within this context, nursing interventions, in order that the family may have a better understanding of the situation and what they should do. They should also promote the feelings of tranquility, security, comfort, and favor the adaptation, thus preventing adverse psychological results.

Objective: To design a management proposal which, based on this theory, could allow giving care of quality and excellence to the families of patients in critical status.

Methodology: Analysis and establishment of the facilitated sensemaking theory from the perspective of the Theoretical-Empirical-Conceptual system, and the logical frame model.

Results: A nursing care plan is presented which, formulated from the facilitated sensemaking theory and the NANDA, NIC, NOC taxonomies, shows issues related to the assessment, results, and interventions in four priority evaluations of the possible more frequent situations which the family must face when a loved one is in a critical health status.

Conclusion: A standardized care plan based on the facilitated sensemaking theory is a strategy to implement nursing knowledge that: 1) consolidates an integral care model which favors the visibility, continuity, efficiency, and excellence of care; 2) reduces the hostility experience by the patient's family from the intensive care situation.

Copyright 2014 Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Art, design, typographical and photomechanical composition by Masson Doyma México. All rights reserved.

Introducción

Se entiende por familia el grupo de individuos¹ que vive bajo un mismo techo, comparte una historia en común, rasgos genéticos, estilo de vida, costumbres y creencias. Todas las personas tienen una familia y esta es el grupo social más influyente para el desarrollo, la formación, la educación, la adaptación y el espaciamiento.

Cuando una familia es funcional se comporta como una unidad, como un sistema con estrechos vínculos irreducibles en donde cualquier modificación que ocurre en alguno de sus miembros repercute en los otros², razón fundamental para comprender que, cuando la familia enfrenta el proceso de salud –enfermedad de alguno de sus integrantes–, esto constituye una entidad que en sí misma necesita atención. Este hecho es reconocido y promulgado por el personal de salud; sin embargo, cuando ocurre una hospitalización es olvidado, pues desde el ingreso hasta el tratamiento suscitan la disolución del binomio paciente-familia de modo tal que esta última no es prioridad, no es tenida en cuenta y pasa a ser considerada un ente molesto, perturbador³, evitable, pasivo, espectador y ajeno sin efecto o trascendencia.

Por lo complejo del cuidado que allí se ofrece, por las normas propias de funcionamiento y por la atención centrada casi de manera exclusiva en el sujeto que está presentando la alteración fisiológica, la unidad de cuidados críticos es un lugar representativo de la exclusión familiar. Por años se consideró necesario este aislamiento pues se tenían ideas⁴⁻⁶ erróneas acerca del agotamiento emocional⁷, infecciones, aumento de costos por uso de insumos, alteraciones de las constantes vitales⁸ e interferencia u obstaculización en la realización de actividades⁹. En este marco la rutina era el “secuestro del paciente”¹⁰, colocar a la familia fuera de la unidad¹¹ y limitar la autonomía de estos dos entes hasta establecer la depen-

dencia total hacia el personal de salud⁸, lo que genera un ambiente hostil^{12,13} que convierte la experiencia¹⁴ en atemorizante, estresante, angustiante, caótica, aburrida, solitaria, desesperanzadora y llena de incertidumbre¹⁵⁻¹⁸.

Estudios iniciados desde finales de la década de 1970¹⁹ demuestran que la restricción familiar “no es cuidado, no demuestra compasión, no es necesaria”²⁰, y que su participación activa²¹⁻²³ constituye una estructura de apoyo que disminuye la aparición de delirios, síndromes psicóticos y alteraciones afectivas. Reduce el aburrimiento, el estrés, la ansiedad^{24,25}. Promociona la recuperación, la felicidad, la satisfacción²⁶; facilita la educación, la comunicación, y disminuye las complicaciones cardiovasculares, lo que redundaría en una disminución de la actividad autonómica (menor tono vasomotor, menor trabajo del ventrículo izquierdo, menor actividad plaquetaria) y un perfil hormonal más favorable (descenso de TSH, cortisol)²⁷.

Las necesidades de los familiares del paciente y su inclusión integral desde la perspectiva de enfermería pueden ser abordadas a partir del modelo de sistemas de Betty Neuman, el modelo de adaptación de Callista Roy o desde la teoría de la incertidumbre. No obstante, si se quiere ser específico, se puede utilizar la teoría de la comprensión facilitada²⁸, que, elaborada por Judy Davidson en el 2010, plantea aspectos teóricos, prácticos y operativos concretos que permiten gestionar el cuidado de la familia cuando uno de sus miembros se encuentran frente a la enfermedad crítica.

Análisis de la teoría de la comprensión facilitada

La teoría de la comprensión facilitada es una proposición de mediano rango que, a través del sistema conceptual-teórico-empírico²⁹⁻³¹ (SCTE), puede describirse como:

- **Componente Conceptual:** deriva del modelo de adaptación de Roy y la teoría de la información organizacional de Weick. De la primera toma los conceptos metaparadigmáticos y el planteamiento de la enfermedad como disruptión que requiere compensación y adaptación. De la segunda se apropió de los planteamientos alrededor de la interpretación de los mensajes, el entorno, la reflexión y el entendimiento.
- **Componente Teórico:** Davidson define la comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, de manera tal que tengan de esta una conciencia correcta y positiva. Frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer.
- **Componente Empírico:** está conformado por todas aquellas actividades o intervenciones de comunicación que incluyen la escucha empática, la resolución de dudas, la aclaración del significado del entorno que rodea al paciente, la revisión de necesidades insatisfechas, la elaboración-resolución de preguntas y las actividades guiadas a la cabecera del paciente.

Aplicación de la teoría de la comprensión facilitada

Basados en el SCTE y ayudados por la metodología de marco lógico para la gestión de proyectos, se propone a continua-

ción una estrategia orientada a mejorar la atención de las familias con pacientes en cuidado crítico. Su elaboración surge de la realización de una serie de pasos que permitieron:

1. Comprender de forma sencilla y esquemática el problema que involucra a los familiares de los pacientes en la UCI, sus causas y consecuencias (fig. 1).
2. Reconocer que las enfermeras, por su desempeño y por el contacto directo que ejercen, son las personas idóneas para mejorar, aliviar o empeorar el desconocimiento y la experiencia de los familiares de paciente hospitalizado en cuidado crítico.
3. Establecer objetivos, medios y la situación futura a la que se desea llegar (fig. 2) con la implementación de la teoría de la comprensión facilitada.
4. Identificar y planear diferentes actividades que, analizadas desde su factibilidad económica, temporal y de recursos, permiten dar solución al problema y cumplir con los objetivos establecidos (tabla 1).
5. Seleccionar para este caso (alternativa óptima) la elaboración de un plan de cuidados estandarizado, que es la protocolización y sistematización de las intervenciones de enfermería para un problema de salud específico³². Su utilización supone una herramienta útil y un instrumento de referencia que garantiza mejorar el manejo de recursos, optimizar la utilización del tiempo, buscar alternativas de mejoramiento, desarrollar actividades con los mejores estándares de calidad, adecuar las necesidades de las personas a los procesos, homologar el lenguaje dentro de la práctica y asegurar las acciones.

El plan (tabla 2), hecho desde la teoría de la comprensión facilitada y apoyado desde las taxonomías NANDA³³, NIC y

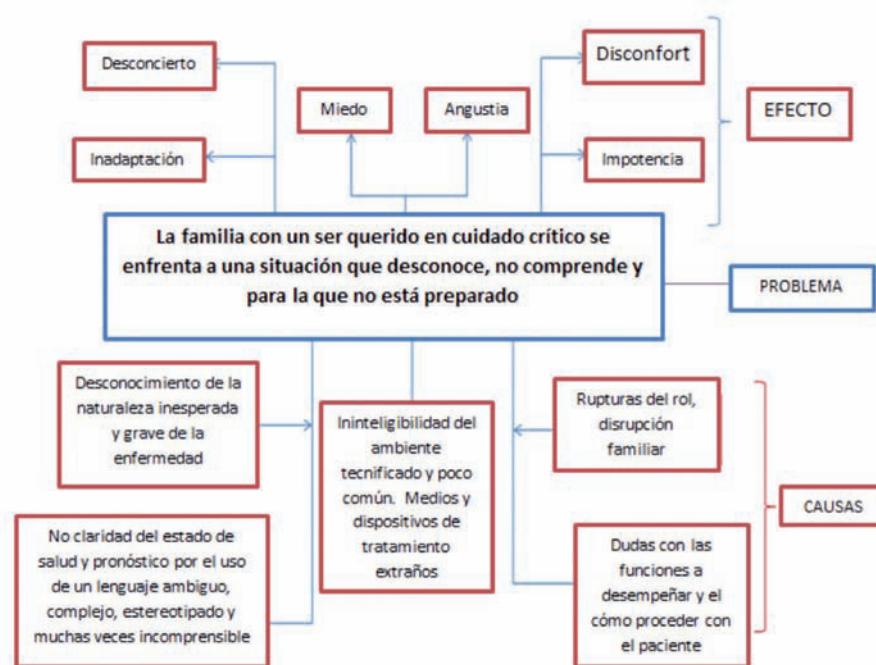
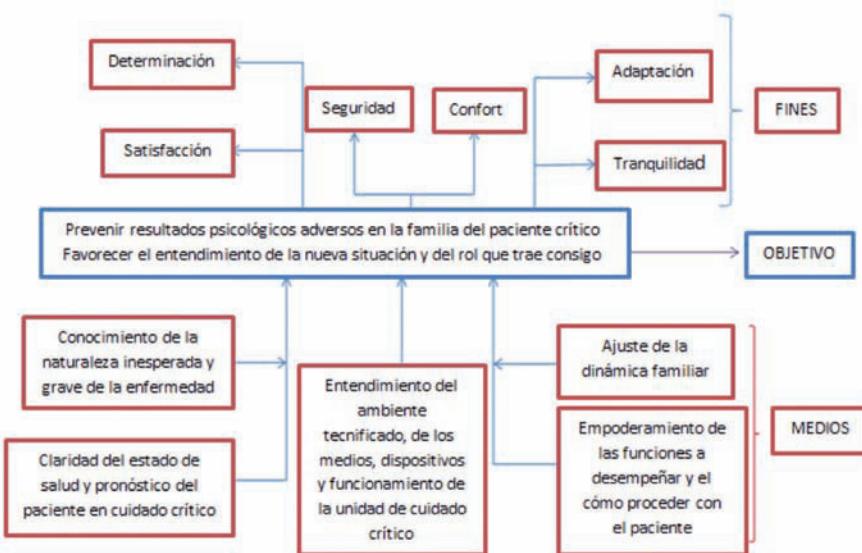


Figura 1 Árbol de problemas.

**Figura 2** Árbol de objetivos.**Tabla 1** Alternativas de solución

MÉTODO	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN		
Conocimiento de la naturaleza inesperada y grave de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre técnicas y herramientas de comunicación efectiva y atención humanizada • Actividades de sensibilización respecto a las necesidades de información de la familia • Aumentar número de enfermeras en cada turno (relación 1:2), para tener más tiempo y con este más disponibilidad para atender a la familia y a los pacientes 	Plan de Cuidados Individualizado <ul style="list-style-type: none"> • Valoración • Diagnóstico • Planeación • Intervención • Evaluación 	Plan de Cuidados Estandarizado <ul style="list-style-type: none"> • Valoración • Diagnóstico • Planeación • Intervención • Evaluación
Claridad de estado de salud y pronóstico del paciente en UCI			
Ajuste de la dinámica familiar			
Empoderamiento de las funciones a desempeñar y el cómo proceder con el paciente			
Entendimiento del ambiente tecnificado y de los medios, dispositivos y funcionamiento de la UCI	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de folletos informativos para la familia con explicación sobre la infraestructura de la unidad de cuidados críticos, normas, horarios de visita, espacios de información, teléfonos y actividades que se pueden realizar • Establecer un recurso humano encargado de brindar a los familiares información sobre la infraestructura de la unidad de cuidados críticos, normas, horarios de visita, espacios de información, teléfonos y actividades que se pueden realizar 		

Tabla 2 Teoría de la comprensión facilitada en la unidad de cuidados intensivos: plan de cuidados de enfermería

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES			
VALORACIÓN	Carenicia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico	INTERVENCIONES GENERALES	INTERVENCIONES SUGERIDAS
Características Definitorias	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES GENERALES	INTERVENCIONES SUGERIDAS
<ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos exagerados • Seguimiento inexacto de las instrucciones • Comportamientos inapropiados (p.ej. histeria, hostilidad, agitación, apatía) • Informa del problema Factores Relacionados <ul style="list-style-type: none"> • Limitación cognitiva • Mala interpretación de la información • Poca familiaridad con los recursos para obtener la información En UCI <ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda constante de información • Ostentación de información incompleta o inexacta • Manifestación de insatisfacción con los cuidados • Demostración de habilidades de comunicación, socialización y actuación insuficientes 	<p>Conocimiento: cuidados en la enfermedad (Grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima.)</p> <p>Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza (Grado de la percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados.)</p>	<p>ENSEÑANZA: proceso de enfermedad ENSEÑANZA: procedimiento/tratamiento</p> <p>COMPRENSIÓN FACILITADA Realizar procesos informativos acerca de: horarios, elementos usados para tratamiento, dispositivos tecnológicos del ambiente, estado de salud, pronóstico y progreso del paciente</p> <p>Favorecer espacios que enmarcados en la cordialidad permitan la expresión de interrogantes. Mostrar disponibilidad</p> <p>Proporcionar explicaciones sencillas en términos comprensibles y claros</p> <p>Permitir la reflexión sobre acontecimientos</p> <p>Ofrecer clarificaciones de información al inicio y final de la visita</p> <p>Asegurar la comunicación diaria con el equipo de salud que atiende al paciente</p>	

Tabla 2 Teoría de la comprensión facilitada en la unidad de cuidados intensivos: plan de cuidados de enfermería (Continuación)

VALORACIÓN		RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES GENERALES	INTERVENCIONES SUGERIDAS
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO Una persona de referencia que habitualmente brinda soporte (familiar, persona significativa o amigo íntimo) proporciona un apoyo, confort, ayuda o estímulo que puede ser necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud, que es insuficiente, ineficaz o está comprometido				
Características Definitorias				
Objetivas	<ul style="list-style-type: none"> • La persona de referencia trata de poner en práctica conductas de ayuda o de apoyo con resultados insatisfactorios • La persona de referencia muestra una conducta protectora desproporcionada a las capacidades/necesidades de autonomía del paciente • La persona de referencia establece una comunicación personal limitada o apartada con el paciente 	Afrontamiento de los problemas de la familia (Acciones de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos de la familia)	Aumentar el afrontamiento	Apoyo al cuidador principal Apoyo espiritual Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Establecimiento de objetivos comunes Facilitar el duelo Fomentar la resistencia
Subjetivas	<ul style="list-style-type: none"> • La persona de referencia expresa una base de conocimientos inadecuada, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces • La persona de referencia expresa una comprensión inadecuada, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces • La persona de referencia describe preocupación por la reacción personal (p.ej. temor, duelo, anticipado, culpa, ansiedad) ante la necesidad del paciente 	Relación entre el cuidador principal y el paciente (Interacciones y conexiones positivas entre el cuidador principal y el receptor de los cuidados)		Enseñanza: habilidad psicomotora Enseñanza: actividades/ejercicio prescrito Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: procedimiento/tratamiento Enseñanza: proceso de enfermedad Manejo ambiental: confort Potenciación de roles
Factores Relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones coexistentes que afectan a la persona de referencia • Crisis de desarrollo que puede estar afrontando la persona de referencia • Agotamiento de la capacidad de apoyo de las personas de referencia • Información inadecuada por parte de la persona de referencia • Comprendimiento inadecuado de la información por parte de la persona de referencia • Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia • Desorganización familiar temporal. Cambio temporal de roles en la familia 	Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos (Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios apropiados para un miembro de la familia)		COMPRENSIÓN FACILITADA Escucha empática Reflexión sobre necesidades insatisfechas Enseñanza de actividades y estrategias de cuidado que incluyan la participación de los familiares Favorecer la proximidad con el paciente Flexibilización de visitas Acompañamiento permanente Manejo de emociones Asegurar la confidencialidad Permitir la intimidad
En UCI	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de incertidumbre. Falta de control sobre la situación • Visitas cortas. Falta de interacción paciente familiar • Disminución del interés sobre la condición actual del paciente • Mutismo 	Resistencia del papel del cuidador (Factores que fomentan la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo período de tiempo)	Facilitar el aprendizaje	
		Salud emocional del cuidador principal (Bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia)		

Tabla 2 Teoría de la comprensión facilitada en la unidad de cuidados intensivos: plan de cuidados de enfermería (*Continuación*)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ANSIEDAD			
VALORACIÓN	RESULTADOS EXPECTADOS	INTERVENCIONES	INTERVENCIÓN
Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar una guía anticipatoria de actividades y procedimientos • Empoderamiento de las funciones a desempeñar y el cómo proceder con el paciente • Valoración de reacciones emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Unicursal para tomar decisiones • Expresiones faciales de asombro, miedo y consternación • Dificultades de atención • Preocupación excesiva • Expectativas negativas • Tendencia a recordar y solo lo desagradable • Extrema susceptibilidad • Dificultad para iniciar o mantener una conversación 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable)

Tabla 2 Teoría de la comprensión facilitada en la unidad de cuidados intensivos: plan de cuidados de enfermería (Continuación)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA : SÍNDROME DE DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO			
Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias			
VALORACIÓN	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIONES GENERALES	INTERVENCIONES SUGERIDAS
Características Definitorias			
• Estados confusionales	Concentración (capacidad para centrarse en un estímulo específico)	Manejo ambiental	Disminución de la ansiedad Estimulación cognoscitiva Fomento de la comunicación Manejo ambiental Orientación de la realidad
• Constante desorientación en entornos conocidos y desconocidos			
• Incapacidad para concentrarse	Conducta de seguridad: ambiente físico (acciones individuales o del cuidador familiar para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesión física)	Disminución de la ansiedad	Manejo ambiental: seguridad Potenciación de la seguridad Vigilancia: seguridad
• Incapacidad para seguir directrices o instrucciones simples			
• Incapacidad para razonar			
• Lentitud en la respuesta a las preguntas			
Factores Relacionados			
• Demencia	Memoria (capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada)	Estimulación cognoscitiva	Apoyo emocional Control del humor
• Depresión			Disminución de la ansiedad Orientación de la realidad
En UCI			
• Aislamiento social			
• Expresiones de temor y evitación			
• Incomodidad			
• Pensamientos distorsionados	Orientación cognitiva (capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud)		COMPRENSIÓN FACILITADA Explicación detallada y clara de elementos ambientales, la situación y el contexto de la UCI Establecimiento de horarios y rutinas Asegurar confort Atender y satisfacer las necesidades de soporte, información y proximidad

NOC³⁴, cuenta con cuatro diagnósticos prioritarios de las posibles situaciones más frecuentes que la familia debe enfrentar cuando un ser querido está en una condición crítica de su salud.

Presenta la valoración e identificación de los aspectos que caracterizan el comportamiento frente a este problema, determina las acciones a realizar para prevenir, reducir o eliminar esta situación, el resultado esperado, y finalmente, hace una lista de intervenciones generales y/o específicas con las que se espera brindar atención a la familia, mejorar la comunicación, beneficiar la comprensión, aumentar el confort, la satisfacción, favorecer la buena práctica y la réplica de cuidados de excelencia³⁵ durante el cuidado crítico.

Conclusiones

- La interacción familia-enfermera es clave para propiciar una atención integral, evitar efectos psicológicos adversos y generar entornos terapéuticos humanizados carentes de connotación negativa.
- Las necesidades cognitivas, emocionales y sociales más relevantes de la familia del paciente hospitalizado en una unidad de cuidado crítico son: tener información honesta veraz, oportuna, en términos comprensibles, sin falsas expectativas. Creer que hay esperanza, confianza, empatía, disposición y respeto. Tener proximidad, reglas claras, tranquilidad, y sentir que el ser querido recibe sin restricciones cuidados de alta calidad.
- Un plan de cuidados estandarizado basado en la teoría de la comprensión facilitada es un instrumento accesible y fácilmente realizable que (1) mejora la calidad de la atención y redunda en la promoción de la continuidad, eficiencia, seguridad y excelencia; (2) constituye una oportunidad para corroborar que la teoría no está asociada solo con procesos complejos abstractos que fundamentan y fortalecen la disciplina, sino que también son un modelo que guía y fundamenta las intervenciones diarias, contribuyendo a la planificación, predicción, evaluación, calidad y visibilidad del cuidado.
- Aplicar la teoría de la comprensión facilitada es tal como lo expresa Moreno Fergusson³⁶: “Tener esquemas mentales que orientan la práctica, y constituyen un aspecto esencial del pensamiento lógico para la toma de decisiones relacionadas con el cuidado de las personas”.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Pérez-Giraldo B. El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. Aquichan. 2002;2(2):24-6.
2. Pardavila MI, Vivarb CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012;23(2):51-67.
3. Santana-Cabrera L, Sánchez-Palacios M, Hernández-Medina E, et al. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med Intensiva. 2007;31(6):273-80.
4. Burchardi H. Let's open the door! Intensive Care Med. 2002;28(10):1371-2.
5. Youngner SJ, Coulton C, Welton R, et al. ICU visiting policies. Crit Care Med. 1984;12(7):606-8.
6. Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. Heart Lung. 1988;17(6 Pt 1):670-6.
7. Brown AJ. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary-care unit. Heart Lung. 1976;5(2):291-6.
8. Beltran-Salazar OA. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):34-45.
9. Farrell ME, Joseph DH, Schwartz-Barcott D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. Nurs Forum. 2005;40(1):18-28.
10. Zaforteza-Lallemand C, Gómez J, Gastaldo D, et al. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? Enferm Intensiva. 2003;14(3):109-19.
11. Zaforteza-Lallemand C, Prieto-González S, Canet-Ferrer TP, et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. Enferm Intensiva. 2010;2(1):11-9.
12. Uribe-Escalante MT, Muñoz-torres C, Restrepo-Ruiz J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. Invest Educ Enferm. 2004;XXII(2):50-61.
13. Solano-Ruiz MC, Siles-González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index Enferm. 2005;14(51):29-33.
14. García-Mozo A, Sánchez-Roldán F, Amorós-Cerdeira M, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2010;21(1):20-7.
15. Piera-Orts A. La percepción de la soledad en la UCI. Cultura de los Cuidados. 2002;6(11):12-7.
16. Rubio-Rico L, Aguarón-García MJ, Ferrater-Cubells M, et al. Vivir la UCI: diferentes perspectivas. Cultura de los Cuidados. 2002;VI(12):55-66.
17. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. Minerva Anestesiol. 2007;73(5):299-305.
18. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA. 2004;292(6):736-7.
19. Eggenberger SK, Nelms TP. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. J Clin Nurs. 2007;16(9):1618-28.
20. Berti D, Ferdinand P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. Intensive Care Med. 2007;33(6):1060-5.
21. Rodríguez-Martínez MC, Rodríguez-Morilla F, Roncero-Del Pino A, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2003;14(3):96-108.
22. Whitton S, Pittiglio LI. Critical care open visiting hours. Crit Care Nurs Q. 2011;34(4):361-6.
23. Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation: the case for flexible visitation. Dimens Crit Care Nurs. 2006;25(4):175-80.
24. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA. 2004;292(6):736-7.
25. Roland P, Russel J, Richards KC, et al. Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative. J Nurs Care Qual. 2001;15(2):18-26.
26. García S, Fernández M, Cumbrera EM, et al. Cuidando a la familia en UCI. Biblioteca Lascasas. 2007;3(2):1-24.
27. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an

- intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation.* 2006;113(7):946-52.
28. Davidson JE. Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse.* 2010;30(6):28-39.
29. Fawcett J. Análisis y evaluación del conocimiento de enfermería contemporáneo. 2000. Cap. 1. Bogotá: Traducción Edilma de Reales. Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 2004.
30. Fawcett J. Implementing nursing models and theories in practice. En: Fawcett J. Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories. 2.^a ed. Boston: FA Davis Company; 2005. p. 31-48.
31. Fawcett J, Gigliotti E. Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman systems model. *Nurs Sci Q.* 2001;14(4):339-45.
32. Secretaría de Salud. Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. México: Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería; 2010.
33. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.
34. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, et al. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Barcelona: Elsevier; 2012.
35. García-Tafolla G, Muñoz-Canche KA, Alamilla-Barahona J, et al. Aportaciones de las taxonomías al proceso de enfermería. *Desarrollo Científ Enferm.* 2006;14(3):92-8.
36. Moreno-Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichán. 2005; 5(1):44-55.