

**Validez de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* versión breve,
Colombia, 2022**

Elizabeth Céspedes Ibañez

Asesora de trabajo de grado

Diana Marcela Achury Saldaña

Profesora asociada del departamento de Enfermería Clínica

Trabajo de grado presentado a la Facultad de Enfermería

como requisito parcial para optar al Grado de

Maestría en Enfermería en cuidado crítico

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá

noviembre, 2022

Validez de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* (CCNFI) versión breve,

Ibagué- Colombia, 2022

Elizabeth Cespedes Ibáñez

Asesora de Tesis:

Diana Marcela Achury Saldaña, Magister en Enfermería

Trabajo de Grado presentado al Programa de la Facultad de Enfermería

Como requisito parcial para optar al Grado de

Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico

Pontificia Universidad Javeriana

noviembre, 2022

Índice

1. Introducción	1
2. Descripción del problema	2
3. Justificación	8
3.1 Relevancia social	8
3.2 Relevancia teórica.....	11
3.3 Relevancia disciplinar.....	14
3.4 Pregunta de investigación.....	17
4. Objetivos	17
4.1 Objetivo general	17
4.2 Objetivos específicos	17
5. Marco teórico	18
6. Capítulo I. Generalidades de la familia.....	19
6.1 Necesidades de la familia	21
6.1.1 Conceptualización de necesidades	21
6.2 Descripción de la clasificación de las necesidades de la familia del paciente crítico	23
6.2.1 Necesidades cognitivas	23
6.2.2 Necesidades sociales	24
6.2.3 Necesidades emocionales	25

6.2.4	Necesidades prácticas.....	26
7.	Capítulo II. Estudios de valoración de necesidades.....	27
7.1	Herramientas para valorar las necesidades de las familias de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos	28
7.1.1	Family Satisfaction in the Intensive Care Unit [FS-ICU].....	29
7.1.2	Society of Critical Care Medicine’s Family Needs Assessment [SCCM-FNA].....	30
7.1.3	Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)	30
7.1.4	Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI]	31
7.1.5	Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI] Versión breve.	32
7.2	Teoría de la Comprensión Facilitada de Judy Davidson	35
7.3	Validación de instrumentos en salud.....	39
7.3.1	Validez facial o de apariencia	40
7.3.2	Validez de contenido.....	40
8.	Marco metodológico	42
8.1	Diseño.....	42
8.2	Lugar de aplicación	42
8.3	Población de referencia	42
8.4	Población de estudio.....	43
8.4.1	Criterios de inclusión	43
8.4.2	Criterios de exclusión.....	43

8.4.3	Operacionalización de las variables	43
8.4.4	Tamaño de la muestra	44
8.5	Descripción del instrumento a validar	44
8.6	Etapas de validación	45
8.6.1	Primera etapa, validez facial	45
8.6.2	Segunda etapa, validez de contenido.....	46
8.7	Proceso de recolección de la información	47
8.8	Plan de análisis	49
8.8.1	Validez facial.....	49
8.8.2	Validez de contenido.....	50
8.8.3	Aspectos éticos	50
9.	Resultados	52
9.1	Caracterización de los participantes	52
9.1.1	Variables sociodemográficas, laborales y académicas del grupo de expertos	52
9.1.2	Variables sociodemográficas, laborales y académicas de los familiares de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos.	53
9.2	Fase 1. Validez Facial.....	56
9.2.1	Validez facial del grupo de expertos participantes: aspectos cuantitativos	56
9.2.2	Aspectos cualitativos.....	56
9.2.3	Validez facial de grupo de familiares.....	57

9.3	Fase 2. Validez de contenido.....	59
9.3.1	Aspectos cuantitativos.....	59
10.	Discusión.....	61
11.	Conclusiones.....	65
12.	Recomendaciones.....	66
13.	Bibliografía.....	67
14.	Anexos.....	82

Listado de tablas

Tabla 1. Valores y fuerza de concordancia entre expertos según Landis y Koch.....	49
Tabla 2. Distribución de variables sociodemográficas, laborales y académicas del grupo de expertos. Ibagué, 2022	53
Tabla 3. Promedio de edad y días de estancia del grupo de familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Ibagué, 2022	54
Tabla 4 Distribución de variables sociodemográficas del grupo de familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Ibagué, 2022	54
Tabla 5. Índice de Kappa de Fleiss en la fase 1. Validez facial, del grupo de expertos. Ibagué, 2022	56
Tabla 6. Índice de Comprensibilidad, del grupo de familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Ibagué, 2022	58
Tabla 7. Índice de validez de Contenido en la fase 2. Validez de contenido, del grupo de expertos. Ibagué, 2022	60

Lista de figuras

Ilustración 1. Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes, versión breve.....34

Lista de anexos

Anexo 1. Operacionalización de las variables	82
Anexo 2. Cuestionario de validez facial y de contenido del Instrumento CCFNI, versión breve .	84
Anexo 3. Solicitud de autorización uso del instrumento CCFNI, versión breve	88
Anexo 4. Consentimiento informado	89
Anexo 5. CCFNI Versión breve, ajustado.....	91

RESUMEN

Introducción. El ingreso de un paciente a las unidades de cuidados intensivos genera un impacto para su familia desencadenando una serie de necesidades, por lo tanto, es pertinente contar con instrumentos para identificarlas y suplirlas adecuadamente. En Colombia, no existen instrumentos validados. **Objetivo:** Determinar la validez de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* [CCNFI] versión breve, para identificar las necesidades de la familia del paciente crítico en una institución de tercer nivel en Ibagué - Colombia, durante el período del 2022. **Metodología:** estudio de tipo metodológico realizado en dos etapas: validez facial y validez de contenido. Participaron dos grupos de expertos –profesionales de enfermería y familiares–, se utilizaron las pruebas estadísticas de coeficiente kappa de Fleiss, índice de comprensibilidad e índice de Lawshe modificado. **Resultados:** En la validez facial, con enfermeros el instrumento reportó una índice kappa de Fleiss por encima de 0,41 interpretado como un acuerdo moderado, el índice de comprensibilidad evaluado en los familiares fue superior al 90% en la mayoría de los ítems, el índice de validez de contenido fue satisfactorio con 0,7273. **Conclusiones:** La versión en español del instrumento CCFNI versión breve, presenta una adecuada validez facial y de contenido para ser aplicada de manera rutinaria por el personal de enfermería, con el objetivo de detectar tempranamente las necesidades de los familiares de pacientes en las unidades de cuidado intensivo en el contexto colombiano.

Palabras clave: necesidades, familias, unidades de cuidados intensivos, validez facial, validez de contenido

ABSTRACT

Introduction. The admission of a patient to the intensive care units generates an impact for his or her family, triggering a series of needs; therefore, it is pertinent to have instruments to identify and supply them adequately. In Colombia, there are no validated instruments. **Objective:** determine the validity of the Critical Care Family Needs Inventory [CCNFI] scale, brief version, to identify the needs of the family of the critical patient in a third level institution in Ibagué – Colombia, during the period of 2022. **Methodology:** methodological study carried out in two stages: face validity and content validity. Two groups of experts –nursing professionals and family members– participated and the statistical tests of Fleiss kappa coefficient, comprehensibility index and modified Lawshe index were used. **Results:** in face validity, with nurses the instrument reported a Fleiss kappa index above 0.41 interpreted as moderate agreement, the comprehensibility index evaluated in relatives was above 90% in most of the items, the content validity index was satisfactory with 0.7273. **Conclusions:** the spanish version of the CCFNI instrument brief version, presents adequate face and content validity to be routinely applied by nursing staff, with the aim of early detection of the needs of relatives of patients in intensive care units in the Colombian context.

Key words: needs, families, intensive care units, face validity, content validity

Dedicatoria

Dedicada a Dios y a mi mami,

porque siempre están conmigo e hicieron posible que esto suceda.

Agradecimientos

Agradecimientos infinitos a mi tutora de tesis Diana Achury, quien me dice hija y me trató como una: apoyándome y teniéndome paciencia infinita en el desarrollo de este hermoso trabajo.

Gracias a mis amigas –casi familia–: Camila Aldana, María López, Angie Bonilla y Yurieth Rojas, quienes me ayudaron en los años de la maestría dándome esperanza en los días donde me levanté con el pie izquierdo para hacerlo mejor y finalizar.

Mil y mil gracias a Oscar, quien llegó cuando más necesitaba apoyo, me lo dio sin haberlo pedido. Sin él hubiera enloquecido un poco más de lo que ya estoy, gracias totales por estar presente en la ‘Tesis la mejor’.

Gracias a la Pontificia Universidad Javeriana, sede Bogotá y a todo su cuerpo docente de la Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico, quienes aportaron en mí parte de su conocimiento a fin de que este trabajo hoy sea posible. De igual forma, al Hospital Federico Lleras Acosta y todo su personal de las Unidades de Cuidados Intensivos tanto de la sede Francia como Limonar, quienes apoyaron mis visitas en la recolección de datos.

Gracias a nuestro grupo de expertos, quienes tuvieron toda la disposición para responder las inquietudes generadas, sin ellos no hubiera sido posible y a los familiares de los pacientes que estuvieron en las UCI quienes me colaboraron estando en un momento tan difícil, merecen toda la admiración del mundo.

No puedo olvidar a Orión que, aunque es un perro, me ha acompañado todos los días de trabajo recordándome que el amor existe de diferentes formas.

Mil y mil gracias a todos.

1. Introducción

El ingreso de un paciente a las unidades de cuidados intensivos genera un impacto para la familia que desencadena una serie de necesidades las cuales requieren ser identificadas y suplidas adecuadamente evitando el desarrollo de problemas de graves de salud en los familiares e incluso en el pronóstico y la toma de decisiones alrededor del paciente. El profesional de enfermería es el actor fundamental en el reconocimiento y suplencia de las necesidades, siendo vital contar con herramientas validadas que permitan una identificación correcta, oportuna y adecuada.

Por esta razón el CCFNI versión breve, es una escala recomendada para la valoración de las necesidades dada su practicidad en tiempo, así como el resultado en espacios tan complejos y con alta carga laboral como lo son estas unidades. En Colombia, este instrumento no se encuentra validado, por tanto, el objetivo del estudio consistió en determinar la validez de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* [CCNFI] versión breve. Con el fin de identificar las necesidades de la familia del paciente crítico, se realizó un estudio de tipo metodológico en dos etapas: la primera validez facial y la segunda validez de contenido. Participaron dos grupos de expertos – profesionales de enfermería y familiares–. Con relación a los resultados obtenidos se alcanzó una fuerza de concordancia entre expertos moderada y un alto índice de comprensibilidad por parte de los familiares, en cuanto a la validez de contenido se obtuvo un CVR' global de 0,7273, considerando la pertinencia de los ítems de este en la evaluación de las necesidades de los familiares de pacientes críticos.

Este estudio tiene como objetivo aportar una herramienta esencial para la identificación adecuada de necesidades de los familiares de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos y se convertirse

en un punto de partida para implementar protocolos que incluyan la escala orientados al cuidado centrado en la familia.

2. Descripción del problema

Las Unidades de Cuidado Intensivo [UCI] son servicios de atención especializada dentro de los centros de atención de alta complejidad en salud, con una carga tecnológica importante, así como personal altamente capacitado, son consideradas como una de las áreas más estresantes de los centros hospitalarios la cual se encarga de brindar atención y suplir las necesidades de los pacientes más críticos (1).

Las condiciones medioambientales de las unidades de cuidado intensivo tales como: el ruido e iluminación artificial unido a la gravedad de la situación clínica de los pacientes, el dolor físico generado por la enfermedad más los procedimientos, la incertidumbre por la muerte y la separación forzada entre paciente - familia impuesta por los regímenes de visita habitualmente restrictivos, provocan inestabilidad y sufrimiento tanto quien padece la enfermedad como para sus familiares (2).

El *National Consensus Project for Quality Palliative Care*, define la familia como “personas que brindan apoyo y con quienes el paciente tiene una relación significativa” (3). Entendiendo que es el paciente y las familias quienes definen el lazo vinculante. Por parte del personal de salud existe la obligación de respetar esta constitución de familia.

El ingreso de un paciente a una unidad de cuidados intensivos supone un espacio de separación entre el paciente y sus allegados, MacDonald et al. (4), señala que la delegación del cuidado del

ser querido al equipo de salud, genera un estado de *shock* en la familia, ambas partes (paciente/familia), lo perciben una vivencia estresante, complicada y triste que sugiere para la familia un cambio de roles, así como de la dinámica familiar (5), y la presencia de incertidumbre acompañada por sentimientos de miedo y desesperanza.

Kourti et al. (6), en su estudio descriptivo contó con una muestra 102 familiares de pacientes en UCI, en la que se evaluaron síntomas de ansiedad y depresión en familiares admitidos en Unidades de Cuidados Intensivos, identificaron que más del 60% de los familiares sí los presentaba. Así mismo, se evidenció que estos síntomas se derivan tanto de la evolución clínica como de los factores propios de las unidades de cuidado intensivo (7), y en los peores casos, como lo es la muerte del paciente (8)(9).

Velasco et al. (10), en su estudio descriptivo transversal en cuarenta y una UCI españolas, con la participación de familiares, médicos y enfermeras/os de pacientes críticos, sugiere que la familia del paciente crítico, precisa de cuidados para preservar su salud física y mental, requiriendo una relación estrecha con alguien a quien le pueda confiar sus necesidades, dificultades, preocupaciones o dolencias ya que en el entorno de la unidad de cuidados intensivos este familiar no solo figura como visitante, sino también como una extensión del paciente ya que experimentan el proceso de cuidado al lado de su familiar.

Así mismo, Schmidt & Cordella (7) realizaron una revisión sistemática de la literatura con cuarenta y siete estudios en donde encontraron que a lo largo del tiempo se ha priorizado el reconocimiento de las necesidades del paciente como único objetivo, dejando en segundo plano el bienestar de la familia. Por esta razón se señala la importancia de hacer partícipe a la familia tanto en la recuperación como en el cuidado del paciente. A su vez se destaca la responsabilidad que tienen

las instituciones hospitalarias en la promoción de la salud de los miembros de la familia del paciente internado en UCI, al igual que la satisfacción de sus necesidades.

A nivel internacional, Salameh et al. (11), en su estudio analítico transversal obtuvo una muestra de 240 familiares en cuatro hospitales de Palestina. Identificaron que tan solo un 33% de las necesidades evaluadas en los familiares en la UCI, siempre fueron satisfechas. Así mismo, en orden de importancia se evidenció la necesidad de seguridad como la más importante con un 64,10%, seguida por la de proximidad con 58,27%, la de información con 56,07%, la de confort con 54,37% y la de soporte con un 50,09%.

Por otra parte, Imanipour et al. (12), en una revisión sistemática de la literatura con la inclusión de veintiocho estudios que reportaron un total de 717 familiares de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo, encontraron que existe poca literatura que analice la experiencia de las familias en las unidades de cuidados intensivos. Señalan un déficit en la atención a la familia, así como, la carencia en el abordaje para la identificación de necesidades por parte del profesional de enfermería.

En Colombia, Herrera et al. (13), realizaron un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo basado en una muestra de 340 cuidadores familiares, evidenciando una puntuación global de las necesidades con una media de 41,6; DE= 1,8. Este resultado muestra la atención prioritaria que las familias requieren, tanto en la identificación del tipo de necesidad como en el abordaje para ser atendidos. Así mismo, fue posible ver que las dimensiones con mayores necesidades fueron: comunicación con una media de 11,4 DE= 0,15; seguida por atención personal con una media de 11,2 DE = 0,12; finalmente las puntuaciones más bajas fueron atención médica con una media de 10,3 DE= 0,19 y posibles mejoras con una media de 7,6 DE= 0,14.

Teniendo en cuenta los resultados previamente expuestos, queda claro que el profesional en enfermería tiene la responsabilidad de apoyar a las familias en el reconocimiento y suplencia de sus necesidades, siendo esto parte del cuidado integral. Sin embargo, investigaciones como las de Velasco et al. (10), en su estudio descriptivo transversal multicéntrico con la participación de 410 familiares, 205 médicos y 205 enfermeras de pacientes críticos y la Saleh B., et al. (11), en su estudio analítico transversal con una muestra de 240 participantes indican que los enfermeros habitualmente evalúan de manera inadecuada las necesidades de las familias al privilegiar únicamente las necesidades del paciente (10, 11). La familia debe ser considerada un sujeto de cuidado tan importante como el paciente, pues dependiendo de su adaptación y suplencia de necesidades, será más sencillo alcanzar resultados positivos para la recuperación exitosa de su familiar hospitalizado (14).

En los últimos años, han aumentado las iniciativas para el mejoramiento en el cuidado, no solo para el paciente crítico sino también a sus cuidadores, con el fin de garantizar la mejor atención posible en las unidades de cuidado intensivo. Las familias son un aspecto trascendental para dar respuesta a este objetivo, ya que el no valorar adecuadamente ni desarrollar estrategias para suplirlas o paliarlas, puede afectar de forma negativa las condiciones de salud del familiar(6).

Así mismo, se teme que la falta de resolución eficaz de las necesidades de la familia por parte del equipo de salud, podría llegar a provocar dificultades en los familiares que son los sostenedores del bienestar del paciente (15, 16), tales como: alteraciones emocionales y psiquiátricas que afectan la evolución así como el pronóstico del paciente internado en la unidad (17). Por lo tanto, es relevante incluir en el ámbito de la UCI la identificación de las necesidades de los familiares como un eje central del cuidado desde la perspectiva holística. (4).

De igual forma Tsai et al. (18), en su estudio descriptivo de corte longitudinal con una muestra de sesenta cuidadores familiares de pacientes ingresados a UCI, diagnosticados con accidente cerebrovascular, indican que si se cubren adecuadamente las necesidades de forma oportuna, se podría obtener una mejor transición de los pacientes al momento del alta del paciente, mejorando tanto la atención domiciliaria como el estrés del cuidador.

Hernández et al. (19), en su revisión integradora de la literatura con trece artículos, describió las escalas que permiten determinar las necesidades de cuidado de pacientes, familia y profesionales, mostrando un total de 27 instrumentos útiles en la evaluación de necesidades en la familia. Los más utilizados a nivel clínico son: Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI], Family Satisfaction in the Intensive Care Unit [FS-ICU], Society of Critical Care Medicine's Family Needs Assessment [SCCMFNA], Family Satisfaction Survey y Critical Care Family Satisfaction Survey [CCFSS] siendo el CCFNI el instrumento más replicado y utilizado en los diversos estudios desarrollados tanto en su versión original como la modificada.

Diferentes autores (20-27), en sus estudios de tipo psicométrico evidencian que el Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI], es un instrumento diseñado para que los familiares de los pacientes puedan clasificar jerárquicamente un grupo de necesidades relacionadas con seguridad, información, apoyo, comodidad y proximidad. Cuenta con una adecuada consistencia interna, un alfa de Cronbach superior a 0,8, fundamental para conocer las necesidades que tiene la familia ya que si no se desarrolla un proceso de valoración exitoso no se pueden esperar resultados confiables y adecuados para manejar cualquier fenómeno.

Además, Alvarado et al. (28), en su estudio descriptivo de corte transversal con una muestra total de sesenta participantes, describe como el CCFNI en su versión original es el cuestionario más utilizado para reconocer las necesidades de los familiares en diversos países del mundo como

España, Italia, Brasil, Estados Unidos, entre otros. Sin embargo, Villalobos et al. (29) y Gómez, et al. (30), indican que la versión original del CCNFI presentaba limitaciones relacionadas con mayor cantidad de tiempo dedicado para su aplicación y su relación con la sobrecarga laboral, por esta razón Harvey (31), desarrolló la versión breve reduciendo la lista de 45 a 14 ítems. Más adelante, Gómez et al. (32), realizaron adaptación y validación en el contexto europeo quedando una versión final con 11 ítems.

Villalobos et al. (29), en su investigación de tipo psicométrico de validación de constructo y confiabilidad del Critical Care Family Needs Inventory, –versión breve en población Chilena–, revela la importancia que tiene esta propuesta pues su brevedad hace más sencilla la aplicación en comparación con la versión original, además destaca su alta sensibilidad y fiabilidad, características que la convierten en una herramienta potencialmente útil, donde la evaluación convencional es a menudo difícil. Perpetua (1) en su diseño mixto de triangulación concurrente con un total de cincuenta participantes, hacen énfasis sobre cómo la contribución de los familiares en el manejo de los pacientes suele ser innegable pese a que el personal tiende a dejar a un lado dichas necesidades, desatendiendo el cuidado de los mismos y su rol dentro de la UCI, situación que desencadena la ausencia de espacios dedicados a los familiares dentro de la unidad y aislamiento, provocando así mayor estrés ante el evento que supone el ingreso de un familiar a la unidad de cuidados intensivos.

Si bien las necesidades familiares han sido evaluadas sistemáticamente con la versión breve del CCFNI, actualmente no existen investigaciones publicadas en países de habla hispana de América Latina. Este punto es de particular importancia, ya que los contextos culturales y geográficos podrían convertirse en factores importantes para determinar la importancia de las necesidades

familiares y así contar con la posibilidad de influir en cómo los miembros de la familia clasifican estas necesidades (33).

En Colombia aún no se cuenta con un proceso de validación del CCFNI versión breve, atendiendo a esto se hace necesario el desarrollo de estudios psicométricos de validación en Colombia que permitan realizar valoraciones con escalas confiables para identificar las necesidades de las familias de los pacientes internados en unidades de cuidado intensivo con el fin de brindar un cuidado integral tanto al paciente como a su familia.

3. Justificación

3.1 Relevancia social

Actualmente, en un intento por humanizar los servicios de salud, los profesionales de enfermería de las unidades de cuidado intensivo están generando un cambio en la atención trasladando también sus intervenciones hacia la familia considerándola como una unidad de cuidado (34, 35), situación que genera un aumento en el interés en conocer las necesidades que tiene el núcleo familiar (23).

Los servicios de salud deben contribuir a alcanzar una atención humanizada, por esa razón, es importante un cambio en la prestación de los servicios de salud, así como, la integración de modelos de atención centrados en la familia que guían la práctica diaria.

Las unidades de cuidado intensivo han realizado a lo largo de los años un gran trabajo en torno a una serie de patologías complejas, sin embargo, su avance tecnológico en el diagnóstico y tratamiento no ha ido de la mano con el adelanto de destrezas no técnicas del equipo de salud, exigido y requerido tanto por los pacientes como por los familiares que se encuentran

hospitalizados en las UCI. Gracias a un modelo de atención centrado en el paciente y en la familia, se han permitido transiciones importantes desde un modelo paternalista hacia un espacio de autonomía a los pacientes y sus familiares teniendo en cuenta principios como la colaboración, la negociación y el cuidado en medio de un contexto familiar y social (36).

Por esta razón diferentes entes gubernamentales como la Organización Mundial de la salud [OMS] y Sociedades Científicas como la Sociedad Andaluza de Enfermería en Cuidados Críticos, han manifestado la atención centrada en la familia, como una prioridad en los procesos de humanización de los servicios de salud, considerando la participación de la misma como un aspecto clave en la transformación. Al mismo tiempo, enfatizan como una prioridad contar con instrumentos validados para medir las necesidades, satisfacción de los pacientes y sus familiares (37).

A su vez la Organización Mundial de la Salud la Salud, declara que “la salud es un estado de completo bienestar física, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (38), siendo necesario que los profesionales de la salud exploren las diferentes dimensiones del ser humano, incluyendo a su familia en busca de un compromiso real que va más allá de una dimensión física donde la dignidad al igual que el reconocimiento de la vulnerabilidad humana, se hacen vitales en la atención en salud (39).

De igual manera instituciones acreditadoras como la Joint Commission International, enfatiza que los resultados en cuanto a la atención del paciente mejoran cuando sus familiares hacen parte de la toma de decisiones y participan en los procesos de atención. Para alcanzar esta participación, deben encontrarse en un óptimo estado físico y mental, por lo tanto es vital valorar las necesidades de la familia dentro de las organizaciones sanitarias, con el propósito de facilitar el cambio así como la calidad en la dinámica familiar dentro de un marco de calidad (40).

En Colombia, las reformas generadas al sistema de salud colombiano Ley 100 de 1993 (41), y sus posteriores modificaciones en la Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011 (42), establecen cada día mayor preocupación en generar sistemas de salud competitivos con estándares de acreditación, lo que conlleva a una prestación de un cuidado diferente centrado en el paciente pero que también encargado de la valoración y cubrimiento de sus familias en torno a una cultura de calidad, dejando a un lado únicamente la venta de servicios de salud para pasar a la generación de servicios de salud capaces de dar respuesta a las necesidades humanas, de familia y comunidad (43):

En ese mismo contexto el sistema obligatorio de calidad y la Organización para la Excelencia de la salud [OES] evidencia que para brindar una atención de calidad, el cuidado centrado en el paciente y su familia es un elemento vital, involucrando en todo el proceso de atención tanto al paciente como a su familia, no solo en la toma de decisión sino también en el manejo de la enfermedad (44).

Por otra parte, Guáqueta et al. (45) en una revisión integrativa con un total de cuarenta y un estudios, indica cómo la satisfacción de las necesidades en los familiares frente a los servicios de salud se convierte en un indicador de calidad en la atención. Hoy en día se considera un aspecto vital valorado entre el paciente y su familiar, dejando atrás únicamente la relación con el personal de salud, lo cual apunta a tener a la mano herramientas en su proceso de valoración.

Bonilla et al. (43), muestra que un modelo de atención centrado en el paciente y la familia la rentabilidad de los servicios de salud aumenta, mejorando a su vez los espacios laborales, un trabajo en equipo colaborativo con alto sentido humano que a su vez garantiza una atención integral en medio de la experiencia de salud- enfermedad.

Las Naciones Unidas consideran que la familia es la unidad básica de construcción del ser humano en la sociedad (46), por tanto, sin importar el espacio donde se encuentre o la situación que presente, la

familia debe ser tratada de una manera única. Partiendo de esta premisa, la importancia que ésta tiene a nivel social como soporte de lo que hoy día construimos como humanidad, la unidad de cuidados intensivos debe ser un apoyo para ellos, pese ser un contexto difícil con múltiples estresores.

Tobo (47), establece que la familia del paciente crítico presenta cambios de índole social reflejados por transformación en sus roles, ajuste en las actividades laborales y el deber asumir responsabilidades económicas adicionales para solventar los costos derivados de la enfermedad, además los cambios tienen una relación directa con las estancias hospitalarias prolongadas. Por tanto, se hace un llamado al personal de salud que hace parte de las unidades de cuidados intensivos y a los tomadores de decisiones a nivel de las instituciones sanitarias para hacer frente a la identificación oportuna de las necesidades teniendo en cuenta la influencia que tienen las familias alrededor del paciente crítico, así como sobre el desarrollo de la sociedad.

3.2 Relevancia teórica

Disciplinas como la antropología, sociología, psicología, medicina entre otras, estudian la importancia de la identificación y valoración de las necesidades de la familia con el propósito de comprender y facilitar los procesos de adaptación que giran en torno a la unidad básica social ya que, sin importar los avances que traen consigo la globalización, la vida en familia continúa siendo un aspecto inherente al hombre entrelazado al desarrollo, así como al cauce normal de la sociedad.

Rodríguez (48), considera a la familia como la red primaria esencial del individuo, como un intermediario entre la persona y la sociedad sin importar la etapa de desarrollo vital donde este se encuentre, también como el refugio primario al cual pertenece y del cual sin importar los avances es imposible desligarse. En la familia reside la importancia en la generación de actitudes al igual que el desarrollo de la sociedad, siendo imprescindible para el avance, la consolidación de la

familia y con ello reconocimiento de los factores que la afectan o contribuyen a su desarrollo integral.

Contar con herramientas adecuadas para la valoración de las necesidades de la familia es un aspecto que trasciende la importancia desde las disciplinas sociales por ser considerada la unidad social básica, así mismo facilita la comprensión de la dinámica familiar en un contexto no tan explorado y quizás abriría las puertas a las ciencias sociales en la comprensión de enfermedad como un fenómeno social.

Igualmente, la medicina familiar, se caracteriza por ser una especialidad que se ocupa del proceso de salud/enfermedad de la familia (49), Ian McWhinney (50), ha hecho un gran énfasis en la prevención al servicio de la familia, en donde menciona que es importante comprender el contexto de la enfermedad, además de comprometerse más con la persona, que con un cuerpo particular de conocimientos.

También el Proyecto HUCI- Humanizando los cuidados intensivos realizado en España, que ha trascendido fronteras en el proceso de humanización de las unidades de cuidado intensivo, con ocho líneas de trabajo e investigación y 159 buenas prácticas para la humanización, ha mostrado la relevancia de la familia a la hora de transformar estos espacios hospitalarios, sobreponiendo la calidad técnico- científica (51).

Davidson (52), en su revisión de la literatura con once estudios, destaca cómo los familiares de los pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo, presentan una prevalencia importante de Síndrome Post Cuidados Intensivos en la familia [PICS-F], siendo el trastorno de estrés postraumático [TEPT] un síntoma relevante común, con rangos que varían entre 13 a 56%, teniendo en cuenta que a mayores niveles de estrés a nivel familiar aumentan el riesgo de presentar PICS-F de forma más abrupta. Establece cómo el personal de éste servicio especializado debe recibir

educación en el proceso de evaluación, así como la satisfacción de las necesidades de la familia a fin de prevenir el estrés familiar y unido mayores secuelas asociadas (53).

Por otra parte, desde la psicología, autores como Reid-Cunningham (54), muestran la importancia de jerarquizar las necesidades agrupadas en seis niveles diferentes tales como: necesidades básicas o fisiológicas, necesidades de seguridad y protección, necesidades de amor, afecto y pertinencia, necesidades de estima y por último necesidades de autorrealización. Describió las necesidades de más alto nivel como necesidades de desarrollo, cuando eran satisfechas, él creía que la gente podría realizar su máximo potencial. Sin embargo, si no eran satisfechas, una persona podría experimentar ciertas condiciones tales como alienación, cinismo o incluso apatía.

En ese sentido, Jezierska (55), hace explícito que la ausencia de herramientas para identificar las necesidades, puede retardar el reconocimiento de alteraciones psicológicas tales como conflicto de roles, síndrome de familia Post Cuidados Intensivos (PICS-F) y las rutinas y relaciones de los mismos.

Por otro lado, Fergé et al. (56), demostró importantes cifras sobre trastornos psicológicos luego de la admisión de un ser querido en UCI, donde evidencian que entre el 35,9% de los familiares experimentaron ansiedad y depresión, respectivamente. Köse et al. (57), por su parte, indicó que 39,5% de los familiares de los pacientes que ingresaban a las unidades de cuidado intensivo presentaban ansiedad y el 71,8% de ellos depresión.

En efecto Carvajal (58), subraya que se requiere contar con instrumentos sometidos a procesos de validación en el contexto al que va a ser aplicado, así como la comprobación de las diferentes particularidades psicométricas tales como: fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad.

Abordar las necesidades de las familias se convierte en carácter de interés mundial, lo cual requiere tener a disposición unas herramientas que faciliten “comprender, conocer y responder problemas

sanitarios que trascienden las fronteras” (59, p1) en los diferentes escenarios, mediante instrumentos que permitan medir y comparar el mismo fenómeno e identificar respuestas que solucionen o por lo menos mitiguen las necesidades, siendo cada vez más frecuente la aplicación de instrumentos con el fin de mejorar la atención y por supuesto disminuir los costos en la atención en salud no solo del paciente sino de la familia (60).

En ese sentido, se requiere que los instrumentos cada vez que sean utilizados en las mismas circunstancias tenga la posibilidad de medir lo que se espera y sean sensibles a los cambios (61). Por tanto, cuando no se dispone de un instrumento de medición escrito en el idioma o en la misma cultura, se debe elaborar un nuevo instrumento que corresponde a una tarea lenta y costosa o se recurre a ajustar un instrumento ya elaborado para tal fin, adaptando y validando su contenido a la población objeto, siendo esta última la mejor recomendación (62).

3.3 Relevancia disciplinar

El profesional de enfermería que se desempeña en la unidad de cuidado intensivo debe prestar un cuidado holístico, cuidar al paciente y a su familia desde un paradigma menos científico y más empático (63).

La familia puede desarrollar y compartir su ser, conocimiento, así como necesidades favoreciendo el proceso transpersonal del cuidar, por esta razón se ha evolucionado de un modelo centrado en el paciente hacia un acercamiento holístico que reconoce las necesidades de la familia como inseparables a las del paciente (64).

Según Aliberch & Miquel (65), priorizar las necesidades de las familias a partir de una valoración óptima influye de manera directa en la percepción de la satisfacción, atención al igual que en la

determinación de la calidad en salud. Por lo tanto, los enfermeros deben desarrollar la capacidad para detectar las necesidades, no solo de sus pacientes sino también de sus familiares, usando herramientas validadas para orientar el cumplimiento de las metas del cuidado, dando soporte a los fenómenos del quehacer, generando conocimiento en tanto se mejoran las intervenciones con resultados no solo en la calidad del cuidado, sino también a nivel costo efectivo en las instituciones de salud (66).

En la búsqueda del cuidado en la familia del paciente crítico, se enfatiza que el profesional de enfermería debe integrar teorías en la práctica diaria. En concordancia con esta afirmación, Moreno (67) exalta que las teorías de mediano rango permiten “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” (p45). Siendo la teoría de “Comprensión facilitada”, elaborada por Judy Davidson (69), un referente teórico que reconoce que la familia suele presentar una interrupción en su vida cuando un ser querido es ingresado en la UCI, para ajustarse a las necesidades de éste. La familia sufre un proceso de compensación que puede ser parcial, completo/negativo o positivo a fin de resolver lo que ha sucedido y lidiar con el evento. Sus supuestos y proposiciones evidencian la enfermedad crítica como una crisis familiar, enfatiza que 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. Davidson (68), propone que los profesionales de enfermería faciliten el proceso a la familia con una serie de intervenciones, las cuales deben centrarse en la identificación de las necesidades prioritarias, así como el proporcionar la información correspondiente y la educación al familiar frente a las necesidades.

En ese mismo contexto Castro & Simian (69), muestran que la integración de instrumentos validados en la práctica diaria para valorar las necesidades de la familia ayudará a mejorar la

eficiencia del cuidado, la seguridad de las intervenciones en enfermería, así como la construcción para la evidencia científica que permitirá sustentar las intervenciones en la práctica clínica.

La evaluación de necesidades mediante el instrumento Critical Care Family Needs Inventory [CCNFI] versión breve, adaptado y validado en población española por Gómez et al.(30), evidencia la importancia que este instrumento tiene alrededor del mundo se considera la escala con una adecuada bondad psicométrica, constituyendo una medida acertada para evaluar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados a las unidades de cuidado intensivo. El instrumento, “representa de manera básica, aunque adecuada los cinco componentes (la necesidad de apoyo, el confort, la información, la proximidad y la seguridad) de la versión original del CCFNI” (30, p358).

Khalaila (70), muestra que tener una herramienta validada que le permita a los profesionales adaptarla al entorno de la UCI, desencadenara una mejor identificación de las necesidades de la familia contribuyendo a la definición de una política de atención más adecuada, particularmente para la prevención de los desenlaces negativos en la dimensión físico y psicosocial de la familia.

Los resultados obtenidos en esta investigación hacen parte de la propuesta y aporte que busca integrar a la valoración de la familia del paciente crítico una escala validada para la población colombiana, unificando criterios que permitan reducir la variabilidad y aseguren una correcta actuación terapéutica por todo el equipo multidisciplinario en la práctica clínica. Así mismo, pretende convertirse en un insumo para el diagnóstico de las necesidades de los familiares en las unidades de cuidados intensivos permitiendo la estandarización de un protocolo institucional centrado en la satisfacción de las necesidades de la familia en una forma oportuna que garantice tanto la inclusión de la familia como una extensión del paciente en su rol dentro de la unidad (65).

A su vez, contribuye al fortalecimiento de la línea de investigación de la Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico, ya que el instrumento provisto posibilitará el intercambio de información entre la comunidad científica y la comparación de los resultados en las investigaciones en diferentes países. Este primer paso será un insumo importante para continuar a mediano plazo con el proceso de confiabilidad, así como de validación de constructo, de esta forma generará nuevos conocimientos que fortalecen la disciplina.

3.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la validez de la escala Critical Care Family Needs Inventory [CCNFI] versión breve, para determinar las necesidades de la familia del paciente crítico en una institución de tercer nivel en Ibagué - Colombia, durante el periodo del 2022?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

- Determinar la validez de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* [CCNFI] versión breve, para identificar las necesidades de la familia del paciente crítico en una institución de tercer nivel en Ibagué - Colombia, durante el periodo del 2022.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar la validez facial y de contenido de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* [CCNFI] versión breve.

5. Marco teórico

El siguiente marco teórico se desarrolló a partir de una revisión exhaustiva de la literatura, cuya búsqueda se hizo en las bases de datos Pubmed, Medline, EBSCO, Sciencedirect, Elsevier, SciELO, entre otras. Se incluyeron artículos, revisiones y capítulos de libro publicados en los últimos 10 años. Los descriptores utilizados fueron: necesidades, familias, *needs, families*, cuidado crítico, *critical care*, cuidado intensivo, terapia intensiva, validación, validez facial, y validez de contenido. La información analizada se organizó por capítulos para dar respuesta a los objetivos planteados, los cuales se presentan a continuación.

6. Capítulo I. Generalidades de la familia

Según la Organización de las Naciones Unidas, la familia es considerada la unidad básica de la sociedad (46), además de ser la institución social más antigua (71) la cual debe ser abordada según sus necesidades, características o tipología (72).

Así mismo, el concepto de familia ha tenido múltiples transformaciones a lo largo de la historia, debido a los cambios generados a nivel social y económicos mundiales (46), lo que a su vez ha exigido desarrollar cambios de su concepción indistinto al contexto.

La primera definición de familia fue descrita por la Organización Mundial de la Salud [OMS], quienes la consideran como un “grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado, por lo general a la cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos” (73) dejando a un lado las diferentes estructuras familiares actuales.

Gómez (74), define la familia como:

(...) el grupo de dos o más personas que coexisten como unidad espiritual, cultural y socioeconómica, que aún sin convivir físicamente, comparten necesidades psico-emocionales y materiales, objetivos e intereses comunes de desarrollo, desde distintos aspectos cuya prioridad y dinámica pertenecen a su libre albedrío: psicológico, social, cultural, biológico, económico y legal (p17).

Lo anterior permite considerar a la familia como un tipo de sistema social, organizado y abierto que apoya la interacción con otros sistemas que hacen parte del contexto. No solamente están unidos por lazos de sangre, sino también por vínculos legales o de afinidad (73, 75, 76), a su vez

cumplen un rol afectivo y social para el ser humano, así mismo, hacen parte del objeto de estudio de las diferentes disciplinas tanto a nivel social como clínico (71).

Las familias, cumplen un rol determinante en la sociedad, sobre todo en el contexto de salud donde son vistas como una extensión del paciente con necesidades que requieren ser satisfechas, estos elementos enmarcan la filosofía del modelo de atención, centrado en el cuidado del paciente y la familia. Dicho modelo, indica cómo la familia influye en la salud de sus miembros y cómo su incorporación busca superar tanto la tecnificación como la despersonalización que se vive alrededor de los pacientes (77, 78).

Al considerar la familia en el eje central del cuidado, se busca que ésta tenga una participación en la toma de decisiones y colabore en los mejores enfoques para obtener un bienestar óptimo o una muerte digna en el mejor interés del paciente (79).

El cuidado centrado en la familia ha reflejado en diferentes estudios que su incorporación en las unidades de cuidado intensivo (68), impacta en los tiempos de estancia del paciente así como la experiencia percibida, para el logro de objetivos terapéuticos relacionados con el pronóstico del paciente (79), unidos a cuidar tanto la salud mental del paciente así como la de su familia (80), quienes claramente desean hacer parte de las unidades y participar activamente de los cuidados de sus seres queridos (79).

De igual forma, el Consejo Internacional de Enfermería, señala el cuidado de la familia como una función intrínseca a la profesión, (81) asegurando claramente la evaluación y el cubrimiento de las necesidades de las dos partes, reconociendo así a los parientes como sujetos de cuidado (82) dentro de los sistemas de salud actuales.

Por esta razón el profesional de enfermería debe desarrollar intervenciones que no solo se centren en el paciente, sino también en la familia siendo necesaria la identificación de necesidades de la familia a través de herramientas que permitan una atención holística e individual desarrollando relaciones bidireccionales basadas en el respeto, el intercambio de información, la presencia, la participación y la colaboración (68).

6.1 Necesidades de la familia

6.1.1 Conceptualización de necesidades

Según la Real Academia Española de la Lengua, necesidad se define como: “Aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir” (83) también es concebida como la “Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida” (83).

Autores como Moreno y colaboradores (84), la definen como “una evaluación subjetiva que pone de manifiesto un desfase entre un estado deseado de la persona y el estado real” (p237) que finalmente buscan ser subsanadas sin importar el ámbito donde se desarrollen.

El concepto de necesidad ha sido abordado a lo largo del tiempo por diferentes disciplinas entre ellas las ciencias sociales, la psicología así como la educación (84), siendo el eje central de estudio para lograr de comprender lo que surge no solo alrededor del concepto, sino de la forma en que se suplen.

Según Dorsch (85), “Las necesidades son la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y desarrollo” , teniendo en cuenta esta afirmación, el concepto de necesidad ha logrado acaparar importancia y generación de teorías a lo largo de la historia, como por ejemplo la Teoría de las Necesidades Humanas formuladas por Maslow,

quien generó una clasificación de las necesidades teniendo en cuenta el carácter holístico del hombre (86).

El concepto de necesidad ha sido fuertemente utilizado en el ámbito de la salud pública, aplicándose no solo a nivel personal, sino a nivel social en torno al desarrollo de políticas para el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas(87).

Pineda y Donabedian (88) hacen referencia a la necesidad, como a una desviación de la carencia o ausencia de salud, determinada por diferentes criterios –no únicamente biológicos– que requieren la implementación de medidas para solventarlas adecuadamente.

A lo largo del tiempo se han experimentado cambios en la definición del concepto de necesidad, no solo a nivel social sino también sanitario. Lo cual indica un fuerte interés tanto en la persona como en las comunidades y una de ellas corresponde al grupo familiar.

A partir de los años setenta se empezó a generar interés en las necesidades de las familias, esta inclinación fue liderada por los profesionales de enfermería. Molter (89) fue la primera profesional enfocada en la identificación de las necesidades, a partir de una revisión bibliográfica acompañada del trabajo de campo. En los años noventa Leske (90, 91), no solo define las necesidades de la familia como los requerimientos, que una vez son satisfechos, entonces atenúan su ansiedad o incrementan su percepción de adecuación al entorno, sino que realiza un ajuste importante al trabajo desarrollado por Molter (89), a partir de la verificación de dichas necesidades. Según Verhaeghe et al. (92), dichas necesidades se enmarcan en las áreas cognitiva, emocional, social y práctica las cuales permiten realizar una valoración integral y comprender la situación real de la familia para poder intervenir de una forma holística.

6.2 Descripción de la clasificación de las necesidades de la familia del paciente crítico

6.2.1 Necesidades cognitivas

Las necesidades cognitivas hacen referencia al conocimiento que tiene la familia sobre su ser querido, así como las condiciones o aspectos vitales dentro de la unidad de cuidados intensivos. Estos corresponden a la demanda de información de la familia relacionada con la situación actual, la evolución, el pronóstico, los tratamientos instaurados y lo que ocurre alrededor del paciente incluyendo información de los elementos utilizados en su cuidado –equipamiento–, alarmas y medios de comunicación existentes. Esta información proporcionada de una forma comprensible, honesta y suficiente aclarando las dudas, manteniendo la esperanza en el marco de la transparencia y realidad contribuye a generar una atención humanizada, ya que facilita a la familia comprender y aceptar el pronóstico o la evolución de la enfermedad en su familiar (23, 93-104).

De igual forma, Boada & Guáqueta (105) en su revisión integrativa de la literatura con un total de 23 artículos desarrollados entre los años 2007 a 2016, establecieron seis categorías indispensables para satisfacer dicha necesidad tales como:

(...) características de la información, valoración e identificación de la necesidad de información, habilidades indispensables de la enfermera para abordar la necesidad, participación familiar en el cuidado para satisfacción de la necesidad, condiciones para abordar la necesidad y tipo de información. (p2)

A su vez, evidenciaron cómo la posibilidad de información sobre el estado del paciente, corresponde a la principal necesidad durante la hospitalización del paciente en UCI (106).

En Colombia, la investigación de tipo descriptiva y transversal desarrollada por Herrera et al. (13), demuestra cómo la necesidad de información corresponde a la dimensión con mayores requerimientos por parte de los familiares en las unidades de cuidado intensivo.

Por otra parte Sánchez et al. (23), en un estudio prospectivo correlacional evidenciaron en sus resultados que el 49,6% de los familiares no recibió información sobre cuidados de enfermería, siendo evidente que la totalidad de familiares recibían información de los médicos, pero por parte del personal de enfermería tan solo dos tercios . Este modelo informativo ha sido común en las unidades de cuidado intensivo, evidencia cómo la enfermería suele abandonar esta tarea considerando que no hace parte de sus competencias-(23).

6.2.2 Necesidades sociales

Estas necesidades hacen referencia a las relaciones que se generan alrededor de las familias con las personas a su alrededor incluyendo por ejemplo los amigos cercanos.

Cuando un paciente ingresa a una unidad de cuidados intensivos se ve claramente afectado el contacto que mantiene con sus familiares, es por esto que la necesidad de proximidad es vital y hace referencia a la posibilidad de tener contacto físico al igual que la permanencia con su ser querido. Poder verlo de manera regular, contar con horarios flexibles que den la posibilidad de recibir afecto, apoyo en intervenciones de cuidado a través de la participación básica en las actividades de bienestar-confort, en procedimientos y al final de la vida son aspectos básicos para cubrir esta necesidad. También se establece que hace parte de esta necesidad el contacto físico que se desarrolla no solo entre el paciente-familiar, sino entre el personal de salud-familiares cuando sea necesario (23, 93-104).

El abordaje de esta necesidad, no solo mejora los niveles de angustia en la familia y eleva la satisfacción de los profesionales, sino que además mejora la comprensión, así como la aceptación de las familias en las unidades, siendo vital la implementación de políticas de visitas abiertas (106), lo cual evita la pérdida de la identidad familiar y la unión de los amigos o seres queridos (107).

6.2.3 *Necesidades emocionales*

Este grupo de necesidades hacen referencia a los sentimientos de la familia generados por la hospitalización de su ser querido en las unidades de cuidado intensivo, estableciendo alrededor de esta una serie de sentimientos negativos, tales como: el miedo e incertidumbre frente a la posibilidad de morir (107).

Actualmente, se ha considerado que para minimizar los sentimientos negativos, es necesario promover la seguridad en la familia enmarcada (23) en el deseo de mantener la esperanza de un resultado deseado, sentirse seguros y con confianza en el manejo dispuesto por el equipo de salud reflejado por la interacción que se genera entre la familia-profesionales unido a la evidencia de la satisfacción de las necesidades básicas de su ser querido. En ese mismo sentido, la familia demanda conocimiento de lo que rodea al paciente, el contacto con el personal que lo cuida, así como la percepción de un ambiente amable y abierto. Igualmente se hace necesario que la familia evidencie un entorno ordenado, profesionalismo en el desarrollo de tareas además de interés por el bienestar del paciente. A su vez el recibir un trato cordial que genere confianza y alivie la angustia, son aspectos relacionados a la generación de apoyo emocional y espiritual los cuales se convierten en intervenciones importantes para suplir esta necesidad, de

ser posible mediante una conversación con el equipo familiar donde se puedan identificar los recursos disponibles desde la familia al igual que las instituciones. (23, 93-104, 108-110).

6.2.4 *Necesidades prácticas*

Estas necesidades corresponden a todo aquello que mejora la estancia de las familias en torno a lo que llamamos la necesidad de comodidad o *confort*, hace referencia a las necesidades personales que facilitan la adaptación de los familiares durante la hospitalización de los pacientes donde la adecuación estructural de las instituciones sanitarias tiene un papel fundamental. Garantizar un espacio físico, la disponibilidad de un teléfono, alimentación además de privacidad, son aspectos claves en el cubrimiento (23, 93-104, 108-110).

Karlsson et al. (113), en su estudio descriptivo y retrospectivo, identificaron que una de las principales necesidades no satisfechas en los familiares correspondía a las necesidades prácticas evidenciando, la falta de comodidad en la sala de espera de los familiares, reiterando la importancia de la mejora de los espacios hospitalarios destinados a la atención de las familias de los pacientes en un estado crítico de salud.

Con lo anterior, se evidencia como (26) las necesidades de las familias de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos suponen un interés fundamental en el ámbito sanitario en cabeza del personal de enfermería como pioneras a lo largo de la historia, siendo relevante no solo conocerlas, sino también identificar las herramientas necesarias para valorarlas.

7. Capítulo II. Estudios de valoración de necesidades

De acuerdo con la literatura, cuando se presenta una enfermedad grave, la familia presenta necesidades relacionadas con la seguridad, información, proximidad, apoyo y confort (112), muchas veces estas necesidades no son expresadas al personal de la salud ya que resultan poco valoradas, situación que genera un compromiso en la satisfacción en el cuidado recibido (53, 113).

Padilla (114), en su revisión sistemática con 15 artículos y un total de 1392 familiares, encontró que la comunicación sincera junto con la esperanza de los familiares fueron las necesidades más relevantes, siendo la comodidad y contar los sistemas de apoyo las menos importantes. Así mismo, se logró identificar que, de acuerdo con la ubicación geográfica del estudio, la importancia de cada necesidad varía, como por ejemplo en Asia son diferentes a las de América del Norte, evidenciado que ciertas características sociodemográficas y culturales influyen en la priorización tanto de las necesidades como de su clasificación. Por esta razón se hace necesario contar con instrumentos validados en diferentes culturas como herramientas esenciales para identificar el fenómeno de interés y abordarlo de manera individual e integral.

Por otra parte Kohi et al. (115), en su estudio descriptivo transversal con una muestra de 110 familiares reafirma que en la medida que se cuente con herramientas validadas, las enfermeras podrán mejorar la calidad de atención de la familia a través de la satisfacción de las necesidades, aspecto que favorecerá la recuperación del paciente.

Gómez et al. (30), señalan que los familiares corresponden a un aspecto vital en el cuidados de los pacientes que se encuentran en UCI siendo trascendental conocer sus necesidades para facilitar su

armonía durante este fenómeno complejo (30). Lo anterior corresponde a un recurso para identificar de una forma objetiva alteraciones que se generan alrededor de un proceso de salud-enfermedad con el fin de guiar al equipo de salud frente al fenómeno (116).

Por lo tanto, reconocer las necesidades de las familias de los pacientes en estado crítico, corresponde a una actividad fundamental a nivel sanitario que va de la mano del cuidado integral generado desde la enfermería, ya que no solo facilita la valoración de las necesidades, sino que permite mejorar la calidad en la atención en este grupo que hace parte indirectamente de la atención del paciente (117).

7.1 Herramientas para valorar las necesidades de las familias de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos

El reconocimiento de las necesidades de la familia en el ámbito de la salud requiere de instrumentos validados en los diferentes contextos y culturas. Existen diferentes instrumentos que permiten de manera integral realizar una valoración, comparten varias características tales como autoadministrables, se pueden aplicar a un solo familiar y cuentan con niveles adecuados de validez y confiabilidad (118).

De acuerdo con la revisión sistemática desarrollada por Olano y Vivar (20), en treinta artículos que finalmente contaban con una adecuada calidad metodológica, se encontraron un total de cinco instrumentos utilizados para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, entre ellos se encuentra principalmente el *Family Satisfaction in the Intensive Care Unit [FS-ICU]*, *Society of Critical Care Medicine's*

Family Needs Assessment [SCCMFNA], Critical Care Family Satisfaction Survey [CCFSS], el CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory, siendo este último el más utilizado).

7.1.1 Family Satisfaction in the Intensive Care Unit [FS-ICU]

El Family Satisfaction in the Intensive Care Unit [FS-ICU] fue desarrollado por Heyland y Tranmer (119), en el 2001 posterior a la revisión de diferentes referentes relacionados con la satisfacción del paciente, las necesidades de las familias con pacientes en estado crítico y la calidad del cuidado, brindado al final de la vida. Su propósito consistió en generar una herramienta para medir la satisfacción de los miembros de las familias, de acuerdo con el cuidado recibido por su familiar. Este instrumento cuenta con 34 ítems que permiten evaluar la información, confort, toma de decisiones, cuidado al paciente, las cualidades de los profesionales y el grado de satisfacción general. Contiene una escala de respuesta tipo Likert de 1 a 5, que evalúa dos dimensiones específicas: la primera relacionada con la satisfacción del cuidado y la segunda con la satisfacción en las decisiones(120).

Los rangos se ubican entre 0 a 100 puntos, permiten evaluar de forma global la satisfacción frente a las necesidades, así como la calidad del cuidado. Tiene un alfa de Cronbach entre 0,74-0,97 evidenciado su adecuada confiabilidad (118).

El instrumento cuenta con once versiones distintas (22) adaptado y validado en varios idiomas como hebreo, chino, inglés, portugués, tailandés, noruego, turco y para febrero de 2022 en español realizada en Chile (120, 122-127), que lo convierte en una adecuada opción para trabajar a nivel mundial.

Algunas de las desventajas encontradas son: a) su extensión –excluyó en su proceso de validación familiares de pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico, dificultando el reconocimiento en esta población de la experiencia entorno a la enfermedad crítica y sus necesidades (120); b) no tiene en cuenta necesidades de seguridad y proximidad (118).

7.1.2 Society of Critical Care Medicine's Family Needs Assessment [SCCM-FNA]

Fue creado por la Society of Critical Care Medicine en 1993 y modificado en 1998 por Johnson et al. (32), se basó en un proyecto donde se valoraban las percepciones de los familiares de pacientes en cuidado intensivo frente a la satisfacción de sus necesidades. El objetivo del instrumento está dirigido a la medición de necesidades de información, confort y apoyo además de la medición de las cualidades de los profesionales en salud (118) en las unidades de cuidado intensivo. Dentro de las categorías exploradas por el instrumento, se encuentra la información, el apoyo, el confort y las cualidades de los profesionales. De igual forma puede ser autoadministrado, con una extensión de 14 ítems; su escala de evaluación es de tipo Likert, va de 1 a 4, siendo la puntuación mínima satisfacción extrema y la puntuación más elevada insatisfacción extrema. Cuenta con un alfa de Cronbach 0,76 (118).

Entre las principales limitaciones, se encuentra que suele ser un poco superficial en la valoración de necesidades ya que no profundiza en los sentimientos de los familiares relacionados con la experiencia en las unidades de cuidados intensivo (22, 118).

7.1.3 Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS)

Es un instrumento desarrollado por Wasser et al. (128), en 2001 a partir de revisión de la literatura y aspectos relacionados con la satisfacción del cuidado con el paciente y una posterior calificación en subescalas por profesionales. Su objetivo consiste en medir la satisfacción de los miembros de las familias de los pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos, así como el cumplimiento de las necesidades psicológicas e informativas del familiar. Tiene una extensión de veinte ítems. Al igual que los anteriores instrumentos puede ser autoadministrado, cuenta con una escala de puntuación tipo Likert que va desde 5 ‘muy satisfecho’ a 1 ‘muy insatisfecho’, teniendo en cuenta el número de apartados de cada subescala a la hora de realizar comparaciones. Cuenta con una consistencia interna de 0,67, un alfa de 0,91 (118).

Ha sido publicado en diez estudios y tres idiomas entre ellos el inglés, árabe y sueco (22). No se evidencia adecuada información sobre diferentes datos psicométricos u otros aspectos relevantes del instrumento, resaltando que tan solo los estudios de la versión en inglés cuentan con un buen tamaño de muestra, aunque una consistencia interna débil (22).

7.1.4 Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI]

Este instrumento fue desarrollado por Nancy Molter (89), enfermera inglesa en los años 70, creando la primera versión para identificación las necesidades de la familia. Sin embargo, años después junto con la enfermera Jane Leske (90), realizaron ajustes y adaptaciones para obtener la versión final. Es considerado el primer instrumento que evalúa las necesidades de las familias del

paciente en UCI (22), además de ser el instrumento más utilizado a nivel mundial y fue la base para la creación de la mayoría de los instrumentos desarrollados a lo largo de la historia (114).

El CCFNI, permite clasificar las necesidades en cinco categorías o dominios: seguridad, información, proximidad, apoyo y confort. Tiene 45 ítems que se evalúan en una escala tipo Likert graduada desde 4 ‘muy importante’ hasta 1 ‘no importante’, alcanzando una puntuación total que puede ir de 45 a 180 puntos indicando a mayor puntuación mayores necesidades percibidas (30). Su forma de aplicación es autoadministrada, cuenta con una consistencia interna de 0,92 (90).

El Critical Care Family Needs Inventory, ha sido traducido en varios idiomas tales como: inglés, sueco, francés, chino, holandés, portugués y árabe entre otros (22) y con un total de 18 versiones diferentes (20, 22). Algunas de las desventajas de este instrumento mencionada en diferentes estudios, esta relacionada con las respuestas cerradas, que hacen que sea restrictivo y no aborda aspectos emocionales de la familia además de considerarse muy extenso para ser aplicado debido a los tiempos que se disponen en las unidades de cuidados intensivos dada la carga laboral (20, 22), por esta razón en 1993 aparece la versión breve del CCFNI (30).

7.1.5 Critical Care Family Needs Inventory [CCFNI] Versión breve.

Dadas las desventajas evidenciadas en el CCFNI original, en 1993 Harvey (129), desarrolló el CCFNI versión breve en inglés, disminuyendo los 45 ítems a 14 con una escala de evaluación tipo Likert con los que según Gómez et al.(30) “se pretendía medir la capacidad de los profesionales para satisfacer las necesidades de los familiares del paciente de UCI”, años más tarde sería validada

por Johnson et al. (32), quien realizó la validez de constructo quedando una versión final con 12 ítems.

En el 2011 Gómez et al. (30), deciden traducir, adaptar y validar el CCFNI versión breve desarrollada por Harvey (129), en población española (30) con 55 familiares de los pacientes ingresados a las unidades del Hospital General Universitario de Castellón. Los resultados del proceso de validación generaron la eliminación de tres ítems puesto que, según los expertos, no representaban necesidades reales de los familiares en las unidades de cuidados intensivos quedando así una versión de 11 ítems.

Así mismo, indica que los cuatros componentes de esta versión –Atención Médica al paciente, Atención Personal al familiar, Información y Comunicación médico-paciente y Posibles mejoras percibidas– tienen relación con los aspectos teóricos del CCFNI original, por tanto, los autores (30), consideran que “la versión breve del CCFNI representa de manera básica aunque adecuada los cinco factores –la necesidad de apoyo, el confort, la información, la proximidad y la seguridad–, de la versión original del CCFNI” (p359).

En cuanto a la validez de constructo desarrollada por Gómez et al. (30), establecieron “que existe una relación significativa y positiva entre la afectación emocional general de los familiares y el grado de interferencia general que produce la situación del ingreso con las necesidades de mejora percibidas evaluadas por el CCFNI” (p359). Concluyendo así, que este instrumento “constituye una medida adecuada para la evaluación de las necesidades de los familiares del paciente crítico, mostrando una adecuada bondad psicométrica (30, p359)”.

1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
8. ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
9. Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?			
1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca

Ilustración 1. Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes, versión breve.

Fuente: Tomado de El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española (30).

Los once ítems dispuestos por Gómez et al. (30), cuentan con una escala de respuesta tipo Likert donde cada uno se refiere a: 1. Casi todas las veces, 2. La mayoría de las veces, 3. Solo algunas veces y 4. Nunca (117).

En Chile (117) en el 2017 se realizó un estudio el cual tenía como objetivo describir la adaptación cultural y evaluar las propiedades psicométricas del CCFNI, versión breve en 77 familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos alcanzado un alfa de Cronbach total de 0,7 (117), concluyendo que el instrumento constituye una herramienta para valorar las necesidades de familiares de pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (117).

Como se evidencia, en habla hispana, el instrumento se encuentra validado en población tanto española como chilena, se considera un instrumento útil debido a las necesidades que valora,

así como su practicidad y facilidad para aplicarlo en las unidades de cuidados intensivos teniendo en cuenta los tiempos disponibles al igual que las demás escalas utilizadas en la atención de los pacientes en unidades de cuidados intensivos aplicadas por enfermería. Por esa razón, se ha recomendado su validación en otros países hispanohablantes siendo Colombia uno de ellos. Por esta razón este instrumento se seleccionó para el desarrollo del trabajo de investigación.

7.2 Teoría de la Comprensión Facilitada de Judy Davidson

Desde 1950 la Enfermería, ha logrado un cambio a partir del enfoque que brinda cuidado basado en la observación o la experiencia hacia un enfoque basado en la investigación, con ello la generación de un marco epistemológico fundamentado en modelos y teorías de enfermería proporcionando, un componente fundamental no solo dirigido a la generación de conocimientos teóricos, sino también en la disminución de la variabilidad de resultados (130, 131) en los diferentes ambientes asistenciales.

A pesar, de considerarse relevante el desarrollo del componente teórico a nivel de la disciplina, muchos profesionales del área no realizan un abordaje adecuado en su quehacer diario generando dificultades en la aplicación del conocimiento propio de enfermería (132) convirtiéndose en una necesidad (133) en todos los servicios o unidades hospitalarias, sobre todo en aquellas unidades con características especiales como por ejemplo las unidades de cuidados intensivos (134).

Las UCI, suelen ser espacios donde los profesionales en enfermería cuentan con una amplia tecnificación e incluso mecanización de las actividades basadas en ámbitos principalmente médicos, dejando el cuidado a disposición de los demás profesionales que lideran estas áreas,

siendo vital la inclusión de los aspectos teóricos propios de la disciplina en las tareas de cuidado que contribuyen diariamente a reducir la brecha entre la academia y la práctica (135, 136).

De acuerdo con la revisión de la literatura realizada por Ávila et al. (133), donde se seleccionan inicialmente 286 artículos, quedan once artículos, en los que se evidencia la escasez en la aplicación de modelos y teorías en las unidades de cuidado crítico, además se puede ver una gran brecha entre la práctica clínica junto a la aplicación de modelos y teorías de enfermería a nivel nacional, al punto que no se utilizan en la práctica (137). Teniendo en cuenta lo anterior, se toma como referente teórico del presente trabajo la Teoría de la Comprensión Facilitada de Judy Davidson (138), por sus planteamientos teóricos, prácticos y operativos concretos, que permiten gestionar el cuidado de la familia cuando uno de sus miembros se encuentra frente a la enfermedad crítica en las UCI (101).

Judy Davidson, es una enfermera con una amplia trayectoria investigativa con enfoque a la atención centrada en la familia, desde su cargo como presidenta del Comité de Educación para el Paciente y la Familia de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos (68), crea una teoría de mediano rango llamada Teoría de la comprensión facilitada, la cual fue diseñada con el fin de involucrar a la familia en el proceso de cuidado durante la hospitalización de los pacientes.

De acuerdo con Bernal y Horta (103), teniendo en cuenta los planteamientos de Fawcett aplicados a la evaluación de las diferentes teorías y modelos conceptuales en la elaboración del Sistema Conceptual Teórico Empírico, indican que esta teoría de mediano rango, se deriva del componente conceptual del modelo de adaptación desarrollado por Roy y la teoría de información organizacional de Weick, tomando diferentes conceptos ya establecidos del metaparadigma al igual que la enfermedad como un evento disruptivo que requiere como su nombre lo indica

compensación y adaptación. Esta teoría está basada en tres componentes: conceptual, teórico y empírico (139-141).

- El componente conceptual: deriva de la Teoría de Adaptación de Roy, definiendo la enfermedad como la interrupción de la vida, ésta requiere un periodo de compensación, el cual conduce a la adaptación que puede ser positiva o negativa, completa o incompleta, dependiendo del periodo de compensación (101) .
- - El componente teórico (101): es definido por Davidson (68) como la comprensión facilitada de un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia dentro del proceso de cuidado, ayudando a su vez a la interpretación de la información que reciben del ambiente, con el objetivo de tener una conciencia correcta y positiva teniendo en cuenta que, cuando la familia se enfrenta a este proceso de internación en las unidades de cuidados intensivos requieren las mismas buscan poder darle un sentido a la situación para comprender lo que está pasando y así adaptarse a su nuevo rol entendiendo de manera más concreta lo que deben hacer para ayudar en el cuidado del paciente (101).
- El componente empírico: lo conforman todas las intervenciones de comunicación realizadas por el profesional de enfermería, entre la que se plantean se encuentra 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 (101)”.

Davidson (68), presenta dentro de sus supuestos, afirmaciones claras sobre cómo la enfermedad crítica se considera una crisis familiar y cómo algunas de las necesidades que se exploran mediante el CCFNI versión breve, tales como la proximidad y la información son deseadas por las familias

de estos pacientes, teniendo en cuenta la unicidad de cada familia es única, lo cual requiere diferentes enfoques para el cuidado pese a ser centrado en la familia.

Dentro de las proposiciones se establece el siguiente orden¹: a) “Las familias necesitan y se benefician de un propósito en crisis.” (68); b) “Las familias necesitan nuestro apoyo para interpretar lo que sucede durante una estadía en la UCI. Las familias requieren atención del personal de la UCI y el cuidado de las familias está dentro del ámbito de la enfermería de la UCI” (68); c) “La forma en que tratamos a las familias de los pacientes de la UCI puede tener un impacto a largo plazo tanto en los pacientes como en las familias” (68); d) “Minimizar el miedo, el horror y la impotencia a través de la atención estructurada de las familias en la UCI puede disminuir el PICS-F” y por último, e) “Apoyar a las familias durante una enfermedad crítica puede tener un efecto positivo en los pacientes en términos de: adherencia al tratamiento, movilidad y función física, función cognitiva y alcanzar los objetivos del tratamiento” (68) razones suficientes que sustentan la aplicación de esta teoría en el trabajo diario de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.

La adecuada valoración de necesidades de las familias teniendo en cuenta un enfoque teórico, constituye un aspecto fundamental en la creación de conocimientos para la disciplina mejorando la atención, calidad y seguridad de los cuidados (142), en un ámbito tan tecnificado y en ocasiones con déficit en las habilidades humanas del personal de salud que despersonaliza no solo al paciente sino también a su familia (133, 134).

¹ Citas textuales traducida por autora tomadas de Davidson et al. (68):

a) Families need and benefit from a purpose in crisis; b) Families need our support to interpret what is happening during an ICU stay; c) How we deal with families of ICU patients may have a long-term impact on both patients and families; d) Minimizing fear, horror and helplessness through structured ICU care of families may decrease PICS-F; e) Supporting families during critical illness may have a positive downstream effect on patients in terms of: Treatment adherence, Mobility and Physical Function, Cognitive function, Attaining treatment goals. (p19)

7.3 Validación de instrumentos en salud

Luján & Cardona (143), en su revisión exhaustiva de la literatura sobre la construcción y validación de escalas de medición en salud señalan que, “la información disponible sobre el proceso de construcción, adaptación y validación de escalas en salud es escasa, dispersa y en algunos casos incompleta” (p1) además, siguen presentando dificultades sobre los métodos, criterios y metodologías requeridas para la construcción y la validación de estas (58, 144, 145).

Es evidente la necesidad de contar en el área de la salud con herramientas que permitan identificar fenómenos y dirigir las acciones en salud de una forma acertada (143, 144), Por esta razón se han desarrollado múltiples instrumentos tanto en el ámbito asistencial como investigativo, abordando no solo aspectos clínicos o muy concretos, sino aquellos multidimensionales o en ocasiones subjetivos (146).

Tal como lo indica Poblete et al. (147), los instrumentos son un aspecto vital para los investigadores en el proceso de recolección de datos y permite cercanía al fenómeno para claramente lograr comprenderlo. Autores como Luján & Cardona (143), evidencian que los instrumentos son en su mayoría, traducciones y adaptaciones de versiones originalmente construidas en otro país e idioma, principalmente del inglés, es clave no solamente traducir el instrumento, sino además adaptarlo al contexto del idioma para así mismo consolidar un proceso de validación efectivo (148, 149).

La validez, se define como la capacidad que tiene un instrumento para lograr medir la característica o aspecto que se desea medir (150), es un proceso unitario, que permitirá establecer la relación con el constructo/variable que se trata de valorar. Este proceso está constituido por cinco componentes: la validez facial o de apariencia, validez de contenido, validez de criterio, validez convergente-divergente y la validez de constructo (143, 150, 151), las cuales, podrán evaluarse según el tipo de instrumento que se encuentre en proceso de validación. Al mismo tiempo, estos componentes, no

deben ser entendidos como entidades totalmente diferentes e independientes unas de otras, sino como criterios que intentan establecer el grado de confianza mediante su integración (143).

A continuación, se profundiza en los dos primeros componentes de la validación de acuerdo con el alcance definido en el trabajo.

7.3.1 Validez facial o de apariencia

La validez facial o de apariencia “hace referencia al grado en que los ítems –preguntas– de una escala, miden de forma aparente o lógica el constructo que se pretende medir” (143), habitualmente, para desarrollarse requiere de dos grupos: el primero un grupo de expertos en el área, el segundo un grupo correspondiente a las personas a quienes va dirigida la medición del instrumento. Dichos grupos finalmente revisan cada pregunta del instrumento y definen si efectivamente cada ítem mide lo que pretende medir de acuerdo con el juicio personal siendo vital la calidad de los expertos en el proceso de evaluación del evento de interés (143, 144).

Luján & Cardona (143), indican que “la relevancia de esta forma de validez reside en la aplicabilidad y sobre todo en la aceptabilidad desde el punto de vista de quien responde y es evaluado con la escala” (p5-6).

También evalúa la claridad y la comprensión del lenguaje que se utiliza para la redacción de cada uno de los ítems, es decir, evalúa uno a uno todos los ítems, pero no supone un concepto estadístico, sino que depende de los juicios que los expertos hagan sobre la pertinencia de los ítems de la escala (143).

7.3.2 Validez de contenido

La validez de contenido “busca evaluar si los diferentes ítems incluidos en el instrumento representan adecuadamente los dominios del constructo que se pretende medir” (143, p6) así

mismo, esta forma de validez “determina la estructura de la escala garantizando que ésta, por medio de sus ítems, abarque todos los dominios de la entidad que se quiere medir, es decir, confirmar que el fenómeno estudiado esté representado adecuada y totalmente por sus ítems y dominios sin dejar ningún aspecto fuera de la medición lo que significa que abarca el espectro real de la entidad,” (143) permitiendo que el instrumento pueda ser utilizado en diferentes contextos lo cual permite encontrar las mismas conclusiones en su aplicación.

En esta validez, cobra gran importancia el análisis estadístico que integra diferentes métodos con el fin de evidenciar correlaciones entre los diferentes ítems del instrumento, así como los dominios a los cuales pertenece haciendo uso de diferentes pruebas disponibles.

Existen diferentes enfoques para evaluar la validez de contenido mediante un panel de expertos, quienes evalúan el índice de validez de contenido [IVC]. Los expertos evalúan los elementos individuales, así como el instrumento global. Dos factores son clave en dicha evaluación: el primero, si los elementos individuales son pertinentes y relevantes en términos de la construcción, y segundo, si los elementos tomados en conjunto miden adecuadamente todas las dimensiones del constructo. La validación de contenido debe hacerse con al menos 3 expertos (152).

El modelo alternativo o modificados al modelo de Lawshe publicado en 1975 (153), es considerado un recurso útil para determinar la validez de contenido de una manera cuantitativa que facilita realizar la validez cuando se cuenta con una cantidad reducida de expertos, este modelo evalúa en cada uno de los ítems tres categorías: ‘esencial’, ‘importante aunque no indispensable’, ‘no necesario’ (143) y calcula el Content Validity Ratio [CVR’], considerando como ‘Aceptables’ aquellos ítems cuyo CVR’ con valores iguales o superiores a 0,58 y aquellos con valores inferiores como ‘No aceptables’ (154). -Dicho modelo ha sido considerado como una guía útil en el proceso

de validación de contenido de diferentes instrumentos, específicamente en el proceso de validez de contenido en instrumentos para el área de enfermería (154).

8. Marco metodológico

8.1 *Diseño*

Se realizó un estudio con un enfoque metodológico con una perspectiva psicométrica, que permite evaluar la precisión de los instrumentos de medición en torno a la validez y fiabilidad (155). Para una mayor organización, se desarrollaron las fases de la validación propio del diseño psicométrico, para este trabajo de grado el alcance será solo la validez facial y de contenido.

8.2 *Lugar de aplicación*

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Federico Lleras Acosta, el cual es una Empresa Social del Estado, considerada la más grande institución prestadora de servicios de salud, referente de la red pública en el departamento con un alto despliegue de servicios de mediana y alta complejidad. Cuenta con 220 camas de cuidado intensivo, con atención mixta de pacientes quirúrgicos o con enfermedad general incluyendo Covid-19.

8.3 *Población de referencia*

El estudio fue de tipo psicométrico, cuyo interés consistió en analizar el alcance del instrumento y no medir a una población específica, sin embargo, para realizar la validez facial se aplicó el instrumento a los Familiares de Pacientes en estado crítico.

8.4 Población de estudio

Familiares de pacientes en estado crítico hospitalizados en una institución de tercer nivel en Ibagué-Tolima, durante el primer semestre 2022.

8.4.1 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de los familiares de los pacientes críticos hospitalizados fueron:

- Familiares con edad igual o superior a los 18 años
- Familiares que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado
- Familiares de pacientes con una estancia igual o superior a las 48 horas, diferentes autores señalan que este tiempo se convierte en la ventana ideal para presentar de forma explícita necesidades de cuidado (10, 13, 156)

8.4.2 Criterios de exclusión

Los criterios de inclusión de los familiares de los pacientes críticos hospitalizados fueron:

- Familiares con discapacidad cognitiva que limite la comprensión de las instrucciones y la calificación de las preguntas
- Familiares que no sean hispanoblatantes
- Familiares que realizan visita por primera vez
- Familiares que no hayan recibido información médica durante las visitas

8.4.3 Operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables se organizó en tres grandes categorías. La primera, hace referencia a las características sociodemográficas donde se incluye aspectos tales como la edad, género, estado civil, área de procedencia, personas a cargo, tiempo de hospitalización del paciente,

ocupación, ingresos mensuales, ocupación, tiempo de visita al día y parentesco con el paciente. La segunda categoría hace referencia al instrumento CCFNI versión breve con sus 11 ítems que lo componen y la última categoría consistió en la validación facial y de contenido (ver Anexo 1).

8.4.4 Tamaño de la muestra

La muestra estuvo conformada por dos grupos: el primer grupo eran cinco expertos quienes realizaron el proceso de validez facial y de contenido, el segundo grupo estaba compuesto por 110 familiares de pacientes hospitalizados en estado crítico para la validez facial.

El tamaño de la muestra fue definido a partir de los lineamientos de diferentes autores en donde establecen entre dos a diez expertos profesionales para realizar un adecuado proceso de validación y un número entre cinco y diez participantes(familia) por cada ítem que incluye el instrumento (157).

8.5 Descripción del instrumento a validar

El instrumento validado fue el *Critical Care Family Needs Inventory* [CCFNI] versión breve, también conocido en español como ‘El Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos, versión breve’. La composición de este instrumento representa de manera básica, aunque adecuada las cinco necesidades –la necesidad de apoyo, el confort, la información, la proximidad y la seguridad–, de la versión original del CCFNI. Tiene once ítems con cuatro dimensiones que permiten identificar las necesidades relacionadas con la ‘Atención médica al paciente’ compuesta por los ítems 1, 2 y 10; la ‘Comunicación e información al familiar’ está compuesto por los ítems 3, 4 , 5 y 8; la ‘Atención personal al familiar’ estuvo integrada por los ítems 6, 7 y 9; y, ‘Posibles mejoras’ contenía el ítem 11 según ajustes realizados por Gómez et al. (30) (Ver ilustración 1).

Cabe resaltar, que es un instrumento con una adecuada consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,7 y con correlaciones superiores a 0,30 indicando un adecuado índice de homogeneidad (30).

8.6 Etapas de validación

La investigación se desarrolló en dos etapas, la primera etapa fue el desarrollo de la validez facial y la segunda etapa, la validez de contenido desarrolladas a continuación:

8.6.1 Primera etapa, validez facial

La validez facial busco analizar los ítems con el fin de evaluar su precisión, claridad y comprensión, con la apreciación subjetiva que hacen las personas (expertos) (158).

La validez facial se realizó con dos grupos de expertos: el grupo uno será la familia del paciente crítico y el grupo dos los profesionales de enfermería. Para el grupo de la familia se contó con 110 familiares de pacientes internados en cuidado crítico determinado a partir de los lineamientos establecidos del número de participantes frente al número de ítems del instrumento equivalentes a 11 ítems, el segundo grupo estuvo integrado por 5 expertos.

Los familiares que participaron en esta etapa cumplieron con los criterios de inclusión mencionados en el apartado 8.4.1 Criterios de inclusión.

El perfil de los expertos que se seleccionaron fue:

- Enfermeros con título de posgrado, como mínimo nivel de maestría
- Experiencia investigativa orientadas al cuidado de la familia del paciente crítico y estudios psicométricos, con al menos una publicación realizada
- Experiencia mínima de 5 años trabajando en unidades de cuidado intensivo adulto

Los criterios establecidos para la validez facial en el grupo de expertos familiares se orientaron a identificar la comprensión de los ítems del instrumento, a través de una escala ordinal en donde 2 era (se entiende), 1(se entiende parcialmente) y 0 (no se entiende).

Los criterios para los expertos profesionales de enfermería para evaluar cada ítem fueron la comprensión (al leer el ítem se entiende lo que se quiere decir), la claridad (frase o ítem con lenguaje y redacción fácil de comprender) y la precisión (frase o ítem puntual y exacto que no da lugar a dudas). Se diseñó un formato que contenía estos criterios, y una escala de respuesta con el sistema ordinario tipo ordinal, en donde 1 (indicaba que el ítem no es claro), 2 (el ítem requiere una modificación específica en relación con el orden de las palabras) y 3 (el ítem es claro, no requiere modificación) (ver anexo 2).

También se determinó la concordancia entre los jueces que permite evidenciar el grado de acuerdo entre los expertos ubicando a través del índice de concordancia determinado por el coeficiente kappa de Fleis (159).

8.6.2 Segunda etapa, validez de contenido

La validez de contenido es un proceso en el que se determina la estructura de la escala garantizando que ésta por medio de sus ítems, abarque todos lo que la entidad quiere medir, es decir, pretende confirmar que el fenómeno estudiado esté representado adecuada y totalmente por sus ítems sin dejar ningún aspecto fuera de la medición. Esta etapa es trascendental, a la hora de diseñar una prueba o en segundo caso para realizar la validación de un instrumento construido para una población distinta, pero que se ha adaptado mediante un proceso de traducción como es el caso actual (158).

Respecto a la validez de contenido, se realizó con la participación de cinco expertas con importante trayectoria en el tema, quienes dieron un juicio y valoración crítica en relación al proceso con los criterios definidos anteriormente. Los expertos que participan en esta etapa son los mismos que desarrollaron la etapa de validez facial.

En etapa se evaluaron dos criterios fundamentales, la **Pertinencia** que corresponde a la cualidad que presenta un ítem para medir realmente lo que se pretende evaluar en cuanto a contenido y la **Relevancia** que hace referencia a la importancia e impacto del instrumento para identificar las necesidades de la familia del paciente crítico (159).

Se diseñó un formato con los criterios mencionados para cada ítem. Contó con una escala de respuesta en donde: 2= Esencial: El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental para el instrumento; 1=Útil, pero no esencial: El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable; y 0=No necesario: El ítem no es indispensable.

Se utilizó el índice de Lawshe modificado que sintetiza la opinión de los expertos, proporcionando una valoración conjunta de cada ítem y una valoración global del instrumento. Además, permite que se tenga un mínimo de aprobación de cada ítem según el acuerdo entre los expertos al precisar qué ítems obtienen la suficiencia para que sean aplicados o deban ser descartados (160).

8.7 Proceso de recolección de la información

El proceso de recolección de información se desarrolló de la siguiente forma:

- a) Solicitud de autorización de la autora del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos [CCFNI] versión breve (ver anexo3)
- b) Presentación del anteproyecto al comité de ética e investigaciones de la Institución de tercer nivel seleccionada
- c) Se desarrolló la etapa de validez facial con el primer grupo de expertos que corresponde a la familia. Al finalizar la visita en la Unidad de Cuidado Intensivo, se estableció contacto con el familiar, se realizó una entrevista en la sala de espera del servicio con el propósito de evaluar la claridad y comprensión del instrumento, el tiempo promedio de este proceso fue de 15 minutos. Para el segundo grupo (profesionales de enfermería expertos) se contactaron por correo electrónico y se envió la información del proceso de validación al igual que los formatos respectivos. El tiempo promedio de respuesta por parte de los expertos fue de dos semanas
- d) Para la validez de contenido se tuvieron en cuenta los mismos expertos profesionales que participaron en la etapa de validez facial, manteniendo la misma ruta de contacto y orientación descrita en la etapa anterior
- e) Con la información recolectada de la validez facial y de contenido, se realizó el análisis de los resultados, así como los ajustes respectivos al instrumento
- f) El instrumento ajustado se envió a la autora para su aprobación
- g) La versión final de instrumento se presentó a la institución para que se convierta en una herramienta de valoración en la familia del paciente crítico

8.8 Plan de análisis

8.8.1 Validez facial

Se evaluó en los familiares el índice de comprensibilidad de cada ítem a partir de los criterios establecidos en donde un resultado menor al 90 % implicará una reestructuración a fondo del ítem, entre 90-95 % un ajuste menor y mayor al 95 % no requerirá modificación alguna.

Para analizar la concordancia entre los jueces, se utilizó la prueba estadística del coeficiente de kappa de Fleiss, cuyo resultado fue evaluado con la interpretación dada por Landis y Koch , fue considerada como aceptable, cuando el índice de Kappa sea mayor a 0,41, representando una fuerza de concordancia entre expertos moderada (161). En la tabla 1, se describe a detalle la fuerza de concordancia de acuerdo a los valores.

Tabla 1. Valores y fuerza de concordancia entre expertos según Landis y Koch

Valor de Kappa	Grado de acuerdo
< 0,00	Pobre
0,00-0,20	Escaso
0,21-0,40	Justo
0,41-0,60	Moderado
0,61-0,80	Considerable
0,81-1,00	Casi perfecto

Fuente: elaboración propia con base en The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. Biometrics (161).

La fórmula se representa de la siguiente manera (161):

$$\bar{K} = 1 - \frac{nm^2 - \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^r x_{ij}^2}{nm(m-1) \sum_{j=1}^r \bar{p}_j \bar{q}_j}$$

8.8.2 Validez de contenido

Para realizar la validez de contenido se utilizó el Índice de validez de Contenido (CVR') considerado el único índice cuantitativo disponible hasta el momento, a partir del modelo de Lawshe modificado que “consiste simplemente en la proporción de acuerdos en la categoría “esencial”, con respecto al número de jueces” (78, p44) el cual considera un ítem como aceptable cuando reporta un índice de validez de contenido (CVR') de 0,5823, independiente del número de expertos incluidos (78).

La fórmula se expresa de la siguiente manera: $CVR' = \frac{ne}{N}$

8.8.3 Aspectos éticos

A lo largo del desarrollo del proyecto de investigación, fueron tenidas en cuenta las diferentes declaraciones, normas y resoluciones que reglamentan la investigación en salud a nivel nacional colombiana, dentro de las que se destacan la Resolución 008430 de 1993 y las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas Cioms y la OMS. Así mismo fue tomada en cuenta la declaración internacional de Helsinki para la investigación médica en seres humanos. Se clasifica como una investigación ‘sin riesgo’ al no realizarse ningún tipo de intervención en la población de estudio.

Se guardo la confidencialidad de la información registrada, sin embargo, se consideró que por el tipo de investigación y por los objetivos de esta, no causa ningún impacto ambiental, ni efecto directo porque no se manipularan variables que pongan en riesgo la salud. Adicionalmente, se les entrego a los familiares un consentimiento informado (ver anexo 4), con el propósito de mantener los principios éticos de privacidad y de confidencialidad.

9. Resultados

9.1 Caracterización de los participantes

A continuación, se describe la caracterización de los dos grupos de expertos que participaron en el proceso de validación: profesionales de enfermería y familiares del paciente en estado crítico.

9.1.1 Variables sociodemográficas, laborales y académicas del grupo de expertos

Para el desarrollo del presente estudio se contó con la participación de cinco enfermeros expertos de los cuales un 80% corresponden al género femenino. La mayoría tenía un grado de estudio máximo de Maestría y trabajaban en la ciudad de Bogotá. A nivel laboral, el 40% de los profesionales de enfermería se desempeñaban en el área asistencial, porcentaje similar a quienes laboraban en docencia e investigación. Así mismo, el 100% contaba con experiencia en el área de cuidado crítico, así como en la elaboración de estudios de investigación de tipo psicométrico como se puede ver en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de variables sociodemográficas, laborales y académicas del grupo de expertos. Ibagué, 2022

Variable	Categoría	N°	%
Sexo	Masculino	1	20
	Femenino	4	80
Nivel de estudio máximo alcanzado	Maestría	5	100
Área de trabajo actual	Asistencial	2	40
	Docencia e investigación	2	40
	Mixta	1	20
Experiencia en cuidado crítico	Si	5	100
	No	0	0
Ciudad donde labora	Bogotá	4	80
	Ibagué	1	20
Experiencia en estudios psicométricos	Si	5	100
	No	0	0
Total		5	100

Fuente elaboración propia.

9.1.2 Variables sociodemográficas, laborales y académicas de los familiares de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos.

Se contó con una muestra total de 110 familiares de pacientes hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos adultos de la institución de tercer nivel de complejidad. La mayoría de los familiares eran hombres, procedentes del área urbana con una edad media 42,58 años y una desviación estándar (SD) $\pm 13,77$, escolaridad secundaria, ocupación independiente, tenían a cargo de 1 a 2 personas, sus ingresos mensuales aproximados oscilaban entre \$501.000 a \$1.000.000. El

parentesco con el paciente eran hijos y la estancia hospitalaria promedio de su familiar era de 5 días, con una (SD) $\pm 4,42$ (Ver tabla 3 y 4).

Tabla 3. Promedio de edad y días de estancia del grupo de familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Ibagué, 2022

Variable	Promedio	Desviación estándar
Edad en años	42,58	$\pm 13,77$
Días de estancia	5	$\pm 4,42$

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4 Distribución de variables sociodemográficas del grupo de familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Ibagué, 2022

Variable	Categoría	N°	%
Género	Masculino	71	64,55
	Femenino	39	35,45
Estado civil	Soltero	36	32,73
	Unión libre	39	35,45
	Casado	28	25,45
	Divorciado	3	2,73
	Viudo	4	3,64
Área de procedencia	Rural	22	20,00
	Urbana	88	80,00
Número de personas a cargo	Ninguna	18	16,36
	1 a 2 personas	49	44,55
	3 a 4 personas	32	29,09

	5 a 6 personas	11	10,00
Número de hijos	Ninguno	20	18,18
	1 a 2 hijos	50	45,45
	3 a 4 hijos	30	27,27
	5 a más hijos	10	9,09
	Ocupación	Desempleado	12
	Empleado	31	28,18
	Independiente	40	36,36
	Pensionado	6	5,45
	No aplica	21	19,09
Ingresos mensuales aproximados	Ninguno	12	10,91
	Menor a \$500.000	27	24,55
	Entre \$501.000 a \$1.000.000	43	39,09
	Entre \$1.001.000 a \$1.500.000	12	10,91
	Entre \$1.501.000 a \$2.000.000	5	4,55
	Más de \$2.000.000	11	10,00
Nivel de estudios	Primaria	29	26,36
	Secundaria	54	49,09
	Técnico	9	8,18
	Tecnólogo	3	2,73
	Universitario	10	9,09
	Posgrado	5	4,55
Parentesco con el paciente	Madre/Padre	13	11,82
	Hijo/Hija	41	37,27
	Pareja	25	22,73
	Amigo/Amiga	2	1,82
	Otro	29	26,36
	Total	110	100

Fuente: elaboración propia.

9.2 Fase 1. Validez Facial

9.2.1 Validez facial del grupo de expertos participantes: aspectos cuantitativos

En la primera fase del estudio correspondiente a la validez facial, se utilizó como medida estándar el Índice de Kappa de Fleiss para evaluar la concordancia entre los jueces, teniendo en cuenta en su evaluación la interpretación indicada por Landis y Koch (1977), quienes consideran aceptable dicho valor cuando los índices son superiores al 0,41.

En la tabla 5, se evidencian los tres atributos evaluados: claridad, precisión y comprensión encontrando en cada uno de ellos una fuerza de concordancia entre expertos moderada. Es importante señalar que el Índice de Kappa de Fleiss más alto fue el del atributo de comprensión con una puntuación de 0,57.

Tabla 5. Índice de Kappa de Fleiss en la fase 1. Validez facial, del grupo de expertos. Ibagué, 2022

Fase 1. Validez facial		
Atributo	Índice de Kappa de Fleiss	Grado de fuerza del acuerdo
1. Claridad	0,48	Moderada
2. Precisión	0,46	Moderada
3. Comprensión	0,57	Moderada

Fuente: elaboración propia.

9.2.2 Aspectos cualitativos

Es importante señalar algunos aspectos cualitativos encontrados en la validación facial frente a los ítems del instrumento.

Todos los expertos coincidieron en que el ítem número 5: ‘¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas –pruebas, técnicas–?’ debe ser más específico y el término ‘cosas’ se debería reemplazar por estudios y procedimientos. Ocurre lo mismo, con el ítem 8: ‘¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?’, los cinco expertos recomiendan cambiar la palabra ‘equipamiento’ ya que suele ser un término poco claro y puede generar confusiones al familiar por ser un término muy técnico, siendo importante su ajuste para garantizar una mayor claridad y comprensión

Por otro lado, con relación al ítem 4: ‘¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?’, tres de cinco expertos refieren que se debe cambiar la palabra progreso por evolución puesto que da más precisión al estado de salud de su familiar. Respecto al ítem 9: ‘Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente’, dos de tres expertos sugieren organizar el ítem en forma de pregunta en lugar de afirmación. Por último, dos de cinco expertos indican que el ítem 2: ‘¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?’, debe ser más específico con el área o servicio en donde se encuentra su familiar.

En cuanto a los demás ítems no se presentaron observaciones generadas por los expertos.

9.2.3 Validez facial de grupo de familiares

En esta etapa con el grupo de expertos ‘Familiares’ se determinó el índice de comprensibilidad de cada ítem a partir de los criterios establecidos en donde un resultado menor al 90% implicó una reestructuración a fondo del ítem, entre 90-95% un ajuste menor y mayor al 95% no requiere modificación.

En la tabla 6, se puede observar que los ítems 1,2,3,4,5,6,7,9, y 10 mostraron un índice de comprensibilidad mayor al 95% indicando que no se requería ninguna modificación a la estructura del ítem. Con relación al ítem 8: ‘¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?’ y el ítem 11: ‘¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?’, tienen valores inferiores al 90%, es decir que presentan una baja comprensibilidad lo cual requiere una reestructuración a fondo del ítem.

Tabla 6. Índice de Comprensibilidad, del grupo de familiares de pacientes hospitalizados en UCI. Ibagué, 2022

Ítem	Calificación	Nº	Índice de comprensibilidad (%)	Interpretación
Ítem 1	0. No se entiende	0	0	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	0	0	
	2. Se entiende	110	100	
Ítem 2	0. No se entiende	0	0	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	0	0	
	2. Se entiende	110	100	
Ítem 3	0. No se entiende	0	0	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	1	1	
	2. Se entiende	109	99	
Ítem 4	0. No se entiende	0	0	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	0	0	
	2. Se entiende	110	100	
Ítem 5	0. No se entiende	0	0	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	1	1	
	2. Se entiende	109	99	
Ítem 6	0. No se entiende	0	0	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	0	0	
	2. Se entiende	110	100	
Ítem 7	0. No se entiende	1	1	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	1	1	
	2. Se entiende	108	98	
Ítem 8	0. No se entiende	7	6	Baja comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	13	12	

	2. Se entiende	92	84	
Ítem 9	0. No se entiende	1	1	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	1	1	
	2. Se entiende	108	98	
Ítem 10	0. No se entiende	1	1	Alta comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	2	2	
	2. Se entiende	107	97	
Ítem 11	0. No se entiende	8	7	Baja comprensibilidad
	1. Se entiende parcialmente	17	15	
	2. Se entiende	85	77	

Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta los resultados descritos del proceso de validación en ambos grupos de expertos, se realizaron los ajustes de forma a los ítems sugeridos y se volvió aplicar el instrumento ajustado (Ver anexo 5), a los familiares de pacientes hospitalizados en UCI, donde al realizar nuevamente el proceso de validez facial, se alcanzó un índice de comprensibilidad del 100% para la totalidad de los ítems.

9.3 Fase 2. Validez de contenido

9.3.1 Aspectos cuantitativos

En la Fase 2 validez de contenido, se utilizó como medida el Índice de validez de Contenido (CVR') considerado el único índice cuantitativo disponible hasta el momento, teniendo en cuenta que se considera aceptable cuando el ítem alcanza un CVR' de 0,5823. En la tabla 7, se puede observar que la razón de validez de contenidos para cada ítem fue aceptable, ya que la mayoría de los ítems alcanzaron valores de 0,8 y un CVR global de 0,7, aspecto que demuestra que todos los ítems son pertinentes en la evaluación del fenómeno.

Tabla 7. Índice de validez de Contenido en la fase 2. Validez de contenido, del grupo de expertos. Ibagué, 2022

Ítem del instrumento	Índice de Validez de Contenido (CVR')
1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?	0,8
2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?	0,8
3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	0,8
4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?	0,8
5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?	0,8
6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?	0,8
7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?	0,6
8. ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?	0,4
9. Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente	0,8
10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?	0,6
11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?	0,8
Puntuación global del instrumento	0,7273

Fuente: elaboración propia.

10. Discusión

Este estudio desarrolló el proceso de validez facial y de contenido de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* versión breve (30), que permite identificar las necesidades de las familias de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de una forma precisa y rutinaria, convirtiéndose en una herramienta de gran utilidad y aporte para la práctica.

Según Ramada-Rodilla et al. (148), para implementar intervenciones de cuidado más efectivas que permiten minimizar el impacto de las necesidades no satisfechas, se requiere tanto la inclusión como el uso sistemático de escalas validadas en la fase de valoración, para proporcionar una mirada integral de la diada paciente-familia, facilitando la toma de decisiones oportuna.

Actualmente, pese a que existen publicaciones en otros países de habla hispana, referentes a la escala [CCNFI], los contextos culturales y geográficos son aspectos que influyen negativamente en la medición de un fenómeno (33)(148, 149), 163) y generan diferencias importantes en la forma en que las familias perciben y clasifican dichas necesidades (163).

Por esa razón contar con una herramienta validada para la medición de las necesidades de los familiares de los pacientes en unidades de cuidado intensivo de Colombia, se convierte en un recurso esencial que permite brindar un cuidado integral de una forma objetiva y sencilla, facilitando las actividades de enfermería, así como el trabajo interdisciplinar generado en estos entornos laborales (143, 144).

Frente a las características sociodemográficas del primer grupo de expertos –Profesionales en enfermería–, que participaron en el proceso de validación, se encontró que la mayoría tenía un grado de estudio de maestría, con amplia experiencia en el área de cuidado crítico, al igual que en

la elaboración de estudios de investigación de tipo psicométrico. Según Soriano (164), estas características favorecen el proceso de validación de un instrumento, pues aseguran el conocimiento alrededor del fenómeno de una manera objetiva, válida y en ocasiones única para aceptar un instrumento, lo que radica en un aspecto fundamental para establecer este tipo de validez partiendo de la experiencia y reflexión de los jueces(143, 144, 164).

Frente a las características del segundo grupo de expertos –familiares– se evidenció que la mayoría eran hombres, con una edad media 42,58 años, escolaridad secundaria, ocupación independiente, en unión libre, con uno o dos hijos, entre una y dos personas a cargo, el parentesco eran hijos y la estancia hospitalaria promedio de su familiar correspondía a 5 días. La mayoría de estas características, coinciden con lo encontrado en el estudio de validación desarrollado por Villalobos et al. (29) y Gómez et al. (30).

Según Carvajal et al. (59), la validación facial no es un proceso automático ni está exento de dificultades en la práctica. Los instrumentos muchas veces exigen la colaboración del paciente o la familia, por lo que es fundamental conocer algunas variables sociodemográficas que pueden influir la comprensión del instrumento y de forma paralela en los resultados de esta primera fase de validación, como por ejemplo la formación educativa y una función cognitiva suficiente para responder las preguntas garantizando la comprensión adecuada del instrumento y una valoración más objetiva. Es importante mencionar que para este estudio el número de profesionales (N:5) y familiares (N:110) que participaron fue superior al de los estudios de Villalobos et al. (29) y Gómez et al. (30), siendo una fortaleza ya que según Pedrosa et al. (165), el tamaño muestral de los expertos determina un adecuado proceso de validez de un instrumento, pese a la fluctuación estadística de los objetos de medición que se puedan generar.

La validez facial del CCFNI mostró una fuerza de concordancia entre los expertos –profesionales de enfermería– moderada, encontrando que cada uno de los ítems permitía medir las necesidades de la familia. Los ajustes en la redacción sugeridos por los expertos en los ítems: 2, 4, 5, 8, y 9 facilitó la claridad y precisión del instrumento. Autores como Soriano (164) y Pedrosa et al. (165) evidencian cómo esta etapa de validación es fundamental para hacer más comprensible la herramienta de medición al igual que la aceptación de una escala por varias personas, da consistencia a la hora de utilizarla.

Con relación al índice de comprensibilidad evaluado en el segundo grupo de expertos –familia del paciente crítico–, se identificó en la validez facial que la mayoría de los ítems tuvieron un puntaje mayor al 95% lo cual muestra un nivel alto de comprensión, tan solo los ítems número 8 –¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?– tuvieron una comprensibilidad baja, requiriendo reestructuración a fondo en su redacción o inclusión de una palabra para mejorar su comprensión. Según Boparai et al. (166), el uso de instrumentos validados permite conocer la percepción de las personas, siempre y cuando el instrumento esté adaptado a su cultura, sea comprensible y cumpla en alto grado los estándares estadísticos apropiados con el tipo de medición.

Es importante mencionar que a partir de los ajustes de forma realizados a los ítems del instrumento sugeridos por los grupos de expertos en la validez facial se aplicó nuevamente a un grupo adicional de familiares en donde se encontró un índice de comprensibilidad del 100% en todos los ítems del instrumento.

Este aspecto es fundamental, ya que la mayoría de estas escalas, han sido desarrolladas en países de habla inglesa, lo cual limita su uso para los países con idiomas o culturas diferentes. Por lo anterior, es importante que profesionales expertos en el tema señalen con claridad el instrumento

para así poder brindar una herramienta comprensible para todos los profesionales que lo van a desarrollar (148).

Por otra parte en la validación de contenido del instrumento se obtuvo un índice de validez de Contenido (CVR') de 0,7273, demostrando que los ítems son pertinentes en la evaluación de las necesidades de la familia del paciente crítico (159), así como la posibilidad de generar una atención integral y objetiva que reconozca la familia como otro sujeto de cuidado en el proceso de hospitalización.

Al comparar los resultados de este estudio alcanzados en la validez facial y de contenido el hallazgo es coherente con lo encontrado por Villalobos et al. (29) y Gómez, et al. (30), ya que coinciden en que esta herramienta constituye una medida útil y adecuada en el proceso de evaluación de las diferentes necesidades de los familiares en las unidades de cuidados intensivos.

Los resultados obtenidos en esta primera fase de validación reflejan la importancia que tiene para el ámbito colombiano la utilización de escalas validadas a la hora de brindar un cuidado holístico. Es evidente, la relevancia y el vacío investigativo que existe en nuestro País y en América Latina a nivel de investigaciones psicométricas en el ámbito de enfermería, con el desarrollo de estudios que miden un fenómeno particular sin tener en cuenta la importancia de la validez, así como la generación de resultados poco confiables dadas las diferencias culturales, sociales, geográficas y económicas afectan los resultados obtenidos en los ámbitos asistenciales.

Se puede destacar en las limitaciones del estudio que dado que corresponde a una primera fase donde se realizó una validez facial y validez de contenido añadido, existe mínima disponibilidad de estudios en países de habla hispana (163), por lo que es difícil realizar comparaciones en una magnitud mayor, siendo de igual forma un punto de partida para posteriores estudios ya que aporta

un espacio poco explorado y necesario para una valoración adecuada de necesidades en los familiares de los pacientes críticos, siendo importante continuar con una segunda fase que evalúe tanto la confiabilidad del instrumento como la validez de constructo.

Finalmente se destaca la contribución de los resultados a la práctica en enfermería ya que, es el primer estudio en las unidades de cuidado intensivo colombianas que valida el instrumento CCFNI versión breve, considerada una herramienta útil y práctica para valorar objetivamente las necesidades de los familiares, derivándose información valiosa para ampliar el proceso investigativo alrededor de este fenómeno poco explorado en el país.

11. Conclusiones

La versión en español de la escala *Critical Care Family Needs Inventory* [CCNFI] versión breve presenta un adecuado índice de validez facial y de contenido para ser aplicada de manera rutinaria por el personal de enfermería, con el objetivo de detectar tempranamente las necesidades que presentan los familiares de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo en el contexto colombiano.

En la validez facial de la escala se alcanzó una fuerza de concordancia entre expertos moderada y un alto índice de comprensibilidad por parte de los familiares del paciente crítico evidenciando una adecuada aceptabilidad, claridad, precisión y comprensión del instrumento.

La validez de contenido obtenida para el instrumento fue satisfactoria, con un CVR' global de 0.7273, considerando la pertinencia de los ítems en la evaluación del fenómeno propuesto.

12. Recomendaciones

Es necesario continuar con la realización de estudios que evalúan la confiabilidad de la escala, con el fin de garantizar la calidad en las mediciones, lo que permite realizar un proceso de análisis y comparación más profundo con las validaciones realizadas en otros países de habla hispana.

Con el proceso de validación desarrollado se sugiere incluir la escala en los protocolos dirigidos al cuidado centrado de la familia de las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que cuenten con unidades de cuidados intensivos dada la aceptabilidad, utilidad y facilidad del instrumento en la identificación correcta de las necesidades de los familiares de pacientes en UCI.

13. Bibliografía

1. Perpetua MBL. Hearing the unheard: Amplifying the voices of relatives with critically-ill patients in intensive care unit. *Enferm Clin* [Internet]. 2020 feb. [citado mayo 2021 10]; 2020;30(1):1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.12.003>
2. Gutiérrez B, Blanco JJ, Alvariño AM, Luque Pérez M, Ramírez M. Experiencias percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2008 feb. [citado mayo 2021 10]; 2008;12:1-14. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/24276/1/Experiencias%20percepciones%20y%20necesidades%20en%20la%20UCI.%20Revision%20sistemática%20de%20estudios%20cualitativos..pdf>
3. Palliat J. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, executive summary. National Center for Biotechnology Information. *J Palliat Med.* [Internet] 2004; [citado mayo 2021 10];2004;7(5):611-27. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2004.7.611>
4. Macdonald ME, Liben S, Carnevale FA, Cohen SR. An office or a bedroom? Challenges for family-centered care in the pediatric intensive care unit. *J Child Health Care* [Internet]; 2012 feb; 2012;16(3):237-49. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1367493511430678>
5. Urizzi F, Corrêa AK. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet] 2007 jul. [citado mayo 2021 10];2007;15(4):598-604. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jSxnCBSHNLWLkmXHKGykm4d/?format=pdf&lang=es>
6. Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. *Av. Enferm.* [Internet] 2015 en. [citado mayo 2021 11]; 2015;33(1):47-54. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.48670>
7. Schmidt-Hebbel V, Cordella P. The family when an adult relative is hospitalized in ICU: a systematic review, 2016.
8. Andresen M, Guic E, Orellana A, Diaz MJ, Castro R. Posttraumatic stress disorder symptoms in close relatives of intensive care unit patients: Prevalence data resemble that of earthquake survivors in Chile. *J Crit Care.* [Internet]; 2015 jun. [citado mayo 2021 11];2015;30(5):1152.e7-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.06.009>
9. Downar J, Barua R, Sinuff T. The desirability of an Intensive Care Unit (ICU) clinician-led bereavement screening and support program for family members of ICU Decedents (ICU Bereave). *J Crit Care*[Internet] 2014 apr. [citado mayo 2021 11];2014;29(2):311.e9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.11.024>
10. Velasco Bueno JM, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* [Internet]; 2018 ag-sep. [citado mayo 2021 11]; 2018;42(6):337-

45. <https://www.medintensiva.org/es-principales-demandas-informativas-familiares-pacientes-articulo-S0210569117302784>
11. Saleh Salameh BS SBS, Eddy LL, Judeh HS, Toqan DR. Necesidades de atención esenciales para los familiares de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos en Palestina. *Iraní J Nursing Midwifery Res.* [Internet]; 2020 feb. [citado mayo 2021 12];25(2):154-159. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_9_19
 12. Imanipour M, Kiwanuka F, Akhavan Rad S, Masaba R, Alemayehu YH. Family members' experiences in adult intensive care units: a systematic review. *Scand. J. Caring Sci.*[Internet]; 2019 mar. [citado mayo 2021 12];33(3):569-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.12675>
 13. Herrera Herrera JL, Llorente Pérez YJ, Suarez Mendoza SJ, Oyola López E. Necesidades en familiares de pacientes críticos de una institución de IV nivel en Montería, Colombia. *Enferm. glob.* [Internet]; 2021 en. [citado mayo 2021 12];20(1):285-304. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/global.423121>
 14. Ventura Expósito L, Arreciado Marañón A. Necesidades y estrategias de participación propuestas por la familia en los cuidados diarios del paciente crítico. *Enfermería Clínica.*[Internet]; 2021 sept. [citado mayo 2021 12];31(5):294-302. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.029>
 15. Cadavid González AM, Guerra Sánchez D, Del Toro Morales G. Evaluación de la satisfacción de las familias y/o acompañantes de los pacientes atendidos en la unidad de cuidado intensivo y cuidado coronario de una institución de cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín(Satisfaction evaluation of families. *Rev CES Salud Pública* [Internet]. 2016 sept. [citado mes 2022 día];7(1):25-36. Disponible en: https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/31016.
McKiernan M, McCarthy G. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs.* [Internet]; 2010 oct. [citado mes 2022 día];26(5):254-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.06.004>
 17. Rodríguez AM, Gregorio MA, Rodríguez AG. Psychological repercussions in family members of hospitalised critical condition patients. *J Psychosom Res.* [Inernet]; 2005 may. [citado junio 2021 13]; 58(5):447-51. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.011>
 18. Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, Lou MF. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence.* [Internet]; 2015 mar. [citado junio 2021 13]; 9:449-57. Disponible en: <https://doi.org/10.2147%2FPPA.S77713>
 19. Hernandez-Zambrano M, Carrillo-Algarra AJ, Torres-Pachon LB, Herrera-Cristancho DM. Escalas para medir necesidades de cuidado en pacientes, familia y profesionales que se enfrentan al final de la vida en la UCI.. *Cultura de los cuidados.* [Internet]; 2019 oct. [citado junio 2021 13];23(54):345-359. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.54.30>
 20. Olano M, Vivar C. Instruments for the assessment of the needs of family members of patients in intensive care units: A systematic review. *An. Sist. Sanit. Navar.* [Internet]; 2012 en.

[citado junio 2021 13]; 35(1):53-67. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v35n1/revision2.pdf>

21. Ballester Arnal R, Gil Juliá B, Dolores Gil Llario M, Gómez Martínez S. Afrontamiento de la muerte en familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos: Valoración diferencial en función de variables sociodemográficas. *Med Paliat.* [Internet]; 2011 abr. [citado mes 2022 día];18(2):46-53. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-afrontamiento-muerte-familiares-pacientes-ingresados-S1134248X1170009X>
22. Van den Broek JM, Brunsveld-Reinders AH, Zedlitz AM, Girbes AR, de Jonge E, Arbous MS. Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Crit Care Med.* [Internet]; 2015 ago. [citado junio 2021 16];43(8):1731-44. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000000980>
23. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva.* [Internet]; 2016 mar. [citado junio 2021 16];40(9):527-40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>
24. Galvis CS, E. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia.. *Investig Enferm Imagen Desarr.*[Internet]; 2014 jul. [citado junio 2021 16];(2):81-94.
25. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enferm. Intensiva.* [Internet]; 2018 en. [citado mes 2022 día];29(1):32-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familiares-pacientes-criticos-un-S1130239917300974>
26. Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *J Nurs Scholarsh.* [Internet]; 2009 mar. [citado junio 2021 16];41(1):28-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01248.x>.
27. Gómez-Carretero P, Soriano Pastor JF, Monsalve Dolz V, Andrés Ibáñez Jd. Satisfacción con la Información: Posible Variable Interviniente en el Estado de Ánimo de Cuidadores Primarios de Pacientes Críticos. *Clínica y Salud* [Internet]. 2009 [citado junio 2021 18];20(1): 91-105. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000100008&lng=es.
28. Alvarado HR, Rodríguez Colmenares SM. Necesidades percibidas de atención por niños, cuidadores y enfermeros durante la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo. *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo.* [Internet]. 2014 dic. [citado julio 2021 02];17(1). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/866529>.
Villalobos RL, Osorio Spuler, O., & Luis Valdebenito Santana, J. . Psychometric Properties Of The Questionnaire For Needs Of Family Members Of Patients Hospitalized In Critical Units, Abbreviated Version. *Ciencia y Enfermería.* [Internet]; 2017 [citado julio 2021

02];XXIII(3):77-89. <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v23n3/0717-9553-cienf-23-03-00077.pdf>

30. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B. 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*. [Internet]; 2011 sep. [citado julio 2021 02];34(3):349-61. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300002>
31. Harvey M, Lent M. Volunteers in the Critical Care Waiting Room. *Dimens. Crit. Care Nurs*. [Internet]. 1994 jul. [citado julio 2021 02];13(4):201. Disponible en: https://journals.lww.com/dccjournal/citation/1994/07000/volunteers_in_the_critical_care_waiting_room.8.aspx
32. Johnson D, Wilson M, Cavanaugh B, Bryden C, Gudmundson D, Moodley O. Measuring the ability to meet family needs in an intensive care unit. *Crit Care Med*. [Internet] 1998 feb. [citado julio 2021 02];26(2):266-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00003246-199802000-00023>
33. Wang W, Li X, Gao R. The needs of Chinese family members of acute myocardial infarction patients during the critical phase of admission to coronary care. *he World of Critical Care Nursing*. [Internet]; 2005 may. [citado julio 2021 15];3(4):96-101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1891/1748-6254.3.4.96>
34. Alvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. *Curr Opin Crit Care*. [Internet]; 2006 dec. [citado julio 2021 15];12(6):614-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328010c7ef>
35. Guilianelli S, Kelly R, Skelskey J, Gonzalez Y, Sharp T, Turley T, et al. Critical care nurse manager's perspective: the Critical Care Family Assistance Program. *Chest*. [Internet]; 2005 sep. [citado julio 2021 15];128(3 Suppl):118s-23s. Disponible en: [10.1378/chest.128.3_suppl.118S](https://doi.org/10.1378/chest.128.3_suppl.118S)
36. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev. Med. Clin. Condes*. [Internet]; . 2019 mar. [citado septiembre 2021 15];30(2):120-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
37. Torres LF, Morales Asencio JM. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* [Internet]; 2004 dic. [citado septiembre 2021 15];4(1):18-25. Disponible en: <http://www.tempusvitalis.com/descargas/articulos/2004vol4num1/5consenso41.pd>
38. World Health Organization [Internet]. Human rights and health. 2017 dec. 29 .Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
39. Bermejo JC. *Humanizar la asistencia humanitaria*, 2ª ed., Bilbao: Desclée De Brouwer; 2014.
40. JCI. *Estándares de acreditación de la Joint Commission International para Hospitales*. 6a ed. Oakbrook: Joint Comission International; 2017. Disponible en: [https://store.jointcommissioninternational.org/#googtrans\(es\)](https://store.jointcommissioninternational.org/#googtrans(es)).

41. Ley 100. Colombia. Constitución Colombiana. 1993
42. Ley 1438. Colombia. Constitución Colombiana. 2011
43. Bonilla A, Sánchez-Cárdenas M, Cabal Escandón VE, Vargas-Escobar L, Valle Ballesteros R, Tole M, et al. Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia. Bogotá: Editorial Universidad del Bosque; 2016.
44. Atención Humanizada Centrada en el Paciente. AHCP: para transformar los servicios de salud. s.f. Available from: <https://oes.org.co/atencion-humanizada-centrada-en-el-paciente/>
45. Guáqueta Parada SR, Henao Castaño Ángela M, Motta Robayo CL, Triana Restrepo MC, Burgos Herrera JD, Neira Fernández KD, et al. Intervenciones de Enfermería ante la Necesidad de Información de la Familia del Paciente Crítico. *Rev Cuid* [Internet] 2021 may. [citado octubre 2021 22];12(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1775>
46. Naciones Unidas Guatemala. Día de las familias, s.f. Disponible en: <https://onu.org.gt/articulos/dia-de-las-familias/>.
47. Tobo Vargas NI. Hospitalización y los procesos familiares. *Av Enferm*. [Internet] 1998 en. [citado octubre 2021 22];16(1-2):30-4. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16356>
48. Fernández NER. Un acercamiento a la familia desde una perspectiva sociológica. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. [Internet] 2012 may. [citado octubre 2021 22];(2012-05). Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/cccs/20/nerf.html>
49. Anzures CR, Chávez AV, García, PM, Pons, AO. (editores). *Determinantes y condiciones*. México: Corinter; 2008.50. McWhinney LJI. Los nueve principios de la medicina familiar. *Arch Med Fam*. [Internet] 2021 jun. [citado octubre 2021 22];23(2):101-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212f.pdf>
51. Alonso-Ovies Á, Heras la Calle G. Humanizing care reduces mortality in critically ill patients. *Med. Intensiva (English Edition)*. [Internet] 2020 jun. [citado noviembre 2021 03];44(2):122-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2019.03.016>
52. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. [Internet] 2012 feb. [citado noviembre 2021 03];40(2):618-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>
53. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, YuKon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. [Internet] 2007 jun. [citado enero 2022 11];35(2):605-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>.
54. Allison Ruby Reid-Cunningham M. *Maslow's Theory of Motivation and Hierarchy of Human Needs: A Critical Analysis* [Tesis PosDoctoral] [Bogotá]: Universidad de California; 2008 dic. 83 p. Disponible en: <https://fouziyagm.files.wordpress.com/2014/05/maslows-hierarchy-of-needs-a-critical-analysis.pdf>

55. Jeziarska N. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther.* [Internet]; 2014 en. [citado enero 2022 11];46(1):42-5. Disponible en: <https://doi.org/10.5603/AIT.2014.0009>
56. Fergé JL, Le Terrier C, Banydeen R, Kentish-Barnes N, Derancourt C, Jehel L, et al. Prevalence of Anxiety and Depression Symptomatology in Adolescents Faced With the Hospitalization of a Loved One in the ICU. *Crit Care Med.* [Internet] 2018 apr. [citado enero 2022 11];46(4):e330-e3. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002964>
57. Köse I, Zincircioğlu Ç, Öztürk YK, Çakmak M, Güldoğan EA, Demir HF, et al. Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients. *J Intensive Care Med.* [Internet]; 2016 oct. [citado enero 2022 11];31(9):611-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0885066615595791>
58. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra.* [Internet]; 2011 abr. [citado enero 2022 11];34:63-72. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
59. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2020 en [citado enero 2022 11];31(1):85-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.08.003>
60. Chahín Pinzón N. Aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una adaptación de test entre diferentes culturas. *Psychologia.* [Internet]; 2014 jul. [citado enero 2022 11];8:109-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297232756008.pdf>
61. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a methods review. *J Adv Nurs.* [Internet]; 2004 oct. [citado febrero 2022 11];48(2):175-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15369498/>
62. Stewart AL, Thrasher AD, Goldberg J, Shea JA. A framework for understanding modifications to measures for diverse populations. *J Aging Health.* [Internet]; 2012 sep. [citado febrero 2022 11];24(6):992-1017. Disponible en: <https://doi.org/10.1177%2F0898264312440321>
63. Castro ABS. La enfermería como arte y sus implicaciones en nuestro desarrollo como colectivo. *Nure Inv.* [Internet]; 2017 oct. [citado marzo 2022 11];14(90)1-2. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1349>
64. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs.* [Internet]; 2007 mar. [citado marzo 2022 11];57(6):623-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04143.x>
65. Aliberch Raurell AM, Miquel Aymar IM. [Need for the role of the patient's family members at the intensive care unit]. *Enferm Intensiva.* [Internet]; 2015 jul-sep. [citado marzo 2022 11];26(3):101-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2015.02.001>
66. Pino Armijo P. Valor de la investigación como parte del rol de enfermería en la práctica clínica / Value of research as part of nursing role in clinical practice. *Horiz enferm.* [Internet];

- 2012 en. [citado marzo 2022 15];23(1):89-95. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-673473>
67. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. Aquichan. [Internet]; 2009 en-dic. [citado marzo 2022 15];5(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100005
 68. Davidson JE. Family-Centered Care. AACN Adv Crit Care. [Internet]; 2017 jul. [citado marzo 2022 15];28(2):136-7. Disponible en: <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017803>
 69. Castro M, Simian D. La Enfermería y la Investigación. Rev. Med. Clin. Condes.. [Internet]; 2018 may.jun. [citado marzo 2022 15];29(3):301-10. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.007>
 70. Khalaila R. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. J Adv Nurs. [Internet]; 2013 may. [citado marzo 2022 16];69(5):1172-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x>
 71. Cid Rodríguez MdC, Montes de Oca Ramos R, Hernandez Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Revista Médica Electrónica. [Internet]; 2014 oct. [citado marzo 2022 16];36(4):11. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1108/html>
 72. Malpartida Ampudia MK. Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. Rev. Méd. Siner. [Internet]; 2020 sep. [citado marzo 2022 16];5(9):e543. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.543>
 73. Campos NHFU, Ramón; Polanco, Isabel Ringeling. Familia y salud familiar: un enfoque para la atención primaria. [Internet]; Bol. Oficina Sanit. Panam 1985 feb. [citado marzo 2022 17];98(2): 144-55. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-86775>.
Oliva Gómez E, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. [Internet]; 2014 en-jun. [citado mes 2022 día];10:11-20. <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
 74. Oliva Gómez E, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. [Internet]; 2014 en-jun. [citado mes 2022 día];10:11-20. <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
 75. Amando Martín Zurro JFCP, Badia JG. Atención primaria problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 7 ed. México; Elsevier: 2014.
 76. Gomez FJ, (editor). Elementos esenciales de la medicina familiar conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en medicina familiar.. Arch Med Fam. [Internet]; 2005 en. [citado marzo 2022 17];7(1):15-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>
 77. Salud integral incluyente, Gobierno de Navarra, Salud sin límites Perú, Medicus Mundi. Modelo De Atención Integral De Salud Ministerio de Salud del Perú. 2011. Bolivia, Guatemala, Perú. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>.

78. Mezzich JE, Perales A. Atención clínica centrada en la persona: principios y estrategias. *Rev. perú. med. exp. salud publica.* [Internet] . 2016 oct. [citado marzo 2022 17];33(4):794-800. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2567>
79. Torres-Ospina JN, Vanegas-Díaz CA, Yepes-Delgado CE. Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Rev. Ger. Pol. Sal.* [Internet]. 2016 [citado marzo 2022 17];15:190-201. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.acpf>
80. Eichner JMB, Chitkara MB, Jewell JA, Lye PS, Mirkinson LJ, Brown C, et al.. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics.* [Internet] 2012 feb. [citado marzo 2022 17];129(2):394-404. Disponible en:<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
81. Walter JK, Benneyworth BD, Housey M, Davis MM. The factors associated with high-quality communication for critically ill children. *Pediatrics.* [Internet] 2013 mar. [citado mayo 2022 10];131:Suppl 1(Suppl 1):S90-5.Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23457155/>
82. ICN. Nurses Always There for You: Caring for Families. Information and Action Tool Kit: Geneve: ICN; 2002.
83. Real Academia Española de la lengua. Necesidad. s.f. Disponible en: <https://dle.rae.es/necesidad2022..>
84. Moreno Cámara S, Palomino Moral PÁ, Frías Osuna A, Pino Casado Rd. En torno al concepto de necesidad. *Index de Enfermería.*[Internet] 2015 oct.-dic.[citado mayo 2022 10];24:236-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000300010
85. Dorsch F., Diccionario de psicología. Herder editorial; México: 2000.
86. Maslow AH. Motivación y personalidad. 1 ed. Madrid: Ediciones Díaz Santos; 2012.
87. Osuna AF. Salud pública y educación para la salud. Madrid:Masson; 2000.
88. Vidal Pineda LM. Avedis Donabedian. Los espacios de la salud : aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Pública,Fondo de Cultura Económica; p. 772, 1988. . Estudios Sociológicos de El Colegio de México..
89. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung.*[Internet] 1979 mar.-apr. [citado mayo 2022 10];8(2):332-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/253712/>
90. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung.* [Internet] 1991 may. [citado junio 2022 16];20(3):236-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2032860/>
91. Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung.* [Internet] 1986 mar. [citado junio 2022 16];15(2):189-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3633247/>
92. 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*. [Internet] 2005 apr.;14(4):501-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01081.x>
93. Suárez EFA, Holguín EdSA. Actividades de enfermería para la satisfacción de necesidades familiares en cuidado intensivo adulto: una revisión integrativa. *Rev Cuid*. [Internet]: 2021 en.- abr. [citado junio 2022 16];12(1):1229. Disponible en: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1229>
 94. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres MT, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2010 [Internet]: abr. [citado junio 2022 16];21(1):20-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300008
 95. Davidson JE, Daly BJ, Agan D, Brady NR, Higgins PA. Facilitated Sensemaking: A Feasibility Study for the Provision of a Family Support Program in the Intensive Care Unit. *Crit Car Nurs Q*. [Internet]: 2010 apr. [citado junio 2022 16];33(2):177-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/cnq.0b013e3181d91369>
 96. Yousefi H, Karami A, Moeini M, Ganji H. Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iran J Nurs Midwifery Res*. [Internet]: 2012 may. [citado junio 2022 16];17(4):296-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23833630/>
 97. Contreras Moreno AM, Espinosa XP. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud*. [Internet]: 2014 en. - apr. [citado junio 2022 16];46(1):47-60. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072014000100006
 98. Rebecca Aslakson JC, Daniela Vollenweider, Dragos Galusca, Thomas J. Smith y Peter J. Pronovost. Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. *J. Palliat. Med*. [Internet]: 2014 feb. [citado junio 2022 19];17(2):219-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24517300/>
 99. Khalaila R. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nurs Stand*. [Internet]: 2014 jul. [citado mes 2022 día];28(43):37-44. Disponible en: <https://doi.org/10.7748/ns.28.43.37.e8333>
 100. Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulskey JA, Steinhauser KE, Bailey DE, Jr. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart Lung*. [Internet]: 2014 sep. -oc. [citado junio 2022 19];43(5):406-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.02.001>
 101. Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enferm Universitaria*. [Internet]: 2014 ag. [citado junio 2022 19];11(4):154-63. Disponible en: <http://www.index-f.com/reu/11pdf/154163.pdf>
 102. Kátia Santana Freitas Igor GMF, Carneiro Mussi Validation of the Comfort scale for relatives of people in critical states of health. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]: 2015 jul.-ag. [citado junio 2022 19];23(4):1. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0180.2601>

103. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Mirmohammadkhani M, Vaismoradi M, Snelgrove S. Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective. *J. Res. Nurs.* [Internet]: 2015 jul. [citado junio 2022 19];20(5):401-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1744987115591868>
104. Henriques MAPP, Adriana; Botelho, Maria Antónia Rebelo; Rebelo, Antónia; Rodrigues, Florinda Laura Ferreira; et al.. Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem* [Internet]: 2015 en. [citado junio 2022 19];19(1):31-46 Disponible en: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf
105. Boada Quijano LC, Guáqueta Parada SR. Elementos para abordar la necesidad de información de las familias en una unidad de cuidados intensivos. *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo.* [Internet]:. 2019 dic. [citado junio 2022 19];21(2). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-2.eani>
106. Sotelo SF. Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos: [tesis pregrado]; impreso]. [La Coruña]: Universidad de A Coruña; 2015 jun..
107. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva.* [Internet]:2012 abr. [citado agosto 2022 22];23(2):51-67. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-familia-unidades-cuidados-intensivos--S1130239911000460109>. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIS Database System Rev Implement Rep.* [Internet]: 2016 mar. [citado agosto 2022 22];14(3):181-234. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2477>
109. Achury Saldaña DM, Achury Beltrán LF. Participación familiar en el cuidado de pacientes críticos: una propuesta de fundamentación teórica. *Investg. Enferm. Imagen Desarrollo.* 2013;15(2):137-51. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/7073>
110. Mitchell ML, Coyer F, Kean S, Stone R, Murfield J, Dwan T. Patient, family-centred care interventions within the adult ICU setting: An integrative review. *Aust Crit Care.* [Internet]: 2016 nov. [citado agosto 2022 22];29(4):179-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.08.002>
111. Karlsson C, Tisell A, Engström A, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care.* [Internet]: 2011 en. - feb. [citado agosto 2022 22];16(1):11-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00388.x>
112. Chatzaki M, Klimathianaki M, Anastasaki M, Chatzakis G, Apostolakou E, Georgopoulos D. Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *J Clin Nurs.* [Internet]: 2012 jul. [citado agosto 2022 22];21(13-14):1831-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04022.x>

113. Buckley P, Andrews T. Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive Crit Care Nurs.* [Internet]: 2011 oct. [citado agosto 2022 22];27(5):263-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.07.001>
114. Padilla Fortunatti CF. Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest. educ. enferm.* [Internet]: 2014 may. - ag. [citado agosto 2022 24];32(2):306-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000200013
115. Kohi TW, Obogo MW, Mselle LT. Perceived needs and level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National hospital intensive care units, Tanzania. *BMC Nurs.* [Internet]: 2016 mar. [citado agosto 2022 24];15:18. Disponible en: <https://doi.org/10.1186%2Fs12912-016-0139-5>
116. Gardona RGB. La importancia de la práctica clínica sostenida por instrumentos de evaluación en salud. *Rev Bras Enferm* [Internet]:. 2018 oct. [citado agosto 2022 24];71(4):1925-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>
117. Villalobos Aburto LR, Osorio Spuler XO, Valdebenito Santana JL. Psychometric properties of the questionnaire for needs of family members of patients hospitalized in critical units, abbreviated version. *Cienc. enferm.* [Internet]: 2017 dec. [citado agosto 2022 24];23(3):77-89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300077>
118. Olano M, Vivar CG. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *Anales Sis San Navarra* [Internet]: . 2012 en. [citado agosto 2022 25];35(1):53-67. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000100006>
119. Heyland DK, Tranmer JE. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care.* [Internet]: 2001 dec. [citado agosto 2022 25];16(4):142-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/jcrc.2001.30163>
120. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Molina-Muñoz Y, Avendaño-Jara S. Cultural adaptation and psychometric properties of the Chilean-Spanish version of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit - 24 questionnaire. *Medicina Intensiva (English Edition).* [Internet]: 2022 sep. [citado agosto 2022 25]; S2173-5727(22)00196-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medine.2022.07.019>
121. Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med.* [Internet]:2007 en. [citado agosto 2022 25];35(1):271-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000251122.15053.50>
122. Lai VKW, Li JC, Lee A. Psychometric validation of the Chinese patient- and family satisfaction in the intensive care unit questionnaires. *J Crit Care.* [Internet]: 2019 dec. [citado agosto 2022 27];54:58-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2019.07.009>
123. Harrison DA, Ferrando-Vivas P, Wright SE, McColl E, Heyland DK, Rowan KM. Psychometric assessment of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit questionnaire in the United Kingdom. *J Crit Care.* [Internet]: 2017 oct. [citado agosto 2022 27];38:346-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.10.023>

124. Neves J, Schwartz E, Echevarría-Guanilo M, Zanetti ac, Heyland D, Spagnolo L. Adaptação transcultural do Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit para o Brasil/Cross-cultural adaptation of the Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit for Brazil. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]: 2018 ;17(4). Disponible en: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v17i4.45069>
125. Tajarerernmuang P, Chittawatanarat K, Dodek P, Heyland DK, Chanayat P, Inchai J, et al. Validity and Reliability of a Thai Version of Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit Survey. *Indian J Crit Care Med.* [Internet]: 2020 oct. [citado agosto 2022 27];24(10):946-54. Disponible en: <https://doi.org/10.5005%2Fjp-journals-10071-23559>
126. Dale B, Frivold G. Psychometric testing of the Norwegian version of the questionnaire Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU-24). *J Multidiscip Healthc.* [Internet]: 2018 nov. [citado agosto 2022 27];11:653-9. Disponible en: <https://doi.org/10.2147%2FJMDH.S184003>
127. Tastan S, Iyigun E, Ayhan H, Kılıckaya O, Yılmaz AA, Kurt E. Validity and reliability of Turkish version of family satisfaction in the intensive care unit. *Int J Nurs Pract.* [Internet]: 2014 jun. [citado agosto 2022 27];20(3):320-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/ijn.12153>
128. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med.* [Internet]: 2001 en. [citado agosto 2022 29];29(1):192-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/00003246-200101000-00038>
129. Harvey M, Lent M. Volunteers in the Critical Care Waiting Room. *Dimens. Crit. Care Nurs.* [Internet]: 1994 jul. [citado agosto 2022 29];13(4):201. Disponible en: https://journals.lww.com/dccnjournal/citation/1994/07000/volunteers_in_the_critical_care_waiting_room.8.aspx
130. Arribas AAJ, García A, Hernández A, Rodríguez A. Modelos conceptuales del cuidado. *Fundamento del cuidado*. 3ra ed. Madrid: Departamento de Metodología e innovación delcuidado; 2017. 334 p.
131. Butts JB, Rich KL. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2021.
132. Lizet Veliz R, Ceballos VP, Valenzuela SS, Sanhueza AO. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index Enferm.* [Internet]: 2012 oct. - dic. [citado agosto 2022 29];21(4):224-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300010
133. Ávila González MC, Mora Morales DF, Rivera Rojas F, Ceballos Vásquez PA. Aplicación de modelos y teorías en unidades de cuidados críticos: una revisión de la literatura. *Benessere.* [Internet]: 2020 jun. [citado agosto 2022 29];4(1). Disponible en: <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2305>.
134. Vásquez P, Rolo G, Hernández-Fernaud E, Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos M. Psychosocial factors and mental work load: A reality perceived by nurses in intensive care

- units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]: 2015 feb. [citado septiembre 2022 02];23(2):315-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0044.2557>
135. Avilés Reinoso L, Soto Núñez C. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enferm glob*. [Internet]: 2014 abr. [citado septiembre 2022 02];13(34):323-9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200015
 136. Piedrahita Sandoval LE, Rosero Prado AL. Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. *Enferm. glob*. [Internet]: 2017 jul. [citado septiembre 2022 02];16(47):679-706. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/global.16.3.269261>
 137. Saleh US, Theory guided practice in nursing. *J Nurs Res Pract*. [Internet]: 2018 en. [citado septiembre 2022 02];2(1):18. Disponible en: <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/theory-guided-practice-in-nursing-4140.html>
 138. Davidson JE. Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse*. [Internet]: 2010 apr. [citado septiembre 2022 02];30(6):28-39 Disponible en: <https://doi.org/10.4037/ccn2010410>
 139. Duran de Villalobos MM. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. *Aquichan* [Internet]: 2005 jun. [citado septiembre 2022 02];5:155-. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/73>
 140. Fawcett J, Desanto-Madeya S. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 3rd edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2013.
 141. Fawcett J, Gigliotti E. Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman systems model. *Nurs Sci Q*. [Internet]: 2001 oct. [citado septiembre 2022 02];14(4):339-45. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/089431840101400411>
 142. M.I. Pardavila Belio CGV. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm intensiva*. [Internet]: 2012 jul. [citado septiembre 2022 02];23(2):51-67. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2016/09/Necesidades-de-la-familia-en-las-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>
 143. Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Archs. Med*. [Internet]. 2015 jul;11(3:1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.3823/1251>
 144. Sánchez Pedraza Ricardo GRCI. Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Rev Col Psiqui* [Internet]: 1998 jun. [citado mes 2022 día]:XXVII(2):121-130. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=24980>
 145. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev. salud pública* [Internet:] 2004 sept. [citado septiembre 2022 12];6(3):302-18. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/95885>

146. Lara-Muñoz MdC, Ortega-Soto H. ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica. [Internet]: 1995 dic. [citado mes 2022 día];18(4):8. Disponible en: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/574/574
147. Poblete-Troncoso MdC, Valenzuela-Suazo SV, Merino JM. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. [Internet]: Aquichan. 2012 en. [citado septiembre 2022 12];12(1):8-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972012000100002&script=sci_abstract&tlng=es
148. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. [Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: revision and methodological recommendations]. Salud Publica Mex. [Internet]: 2013 en. feb. [citado septiembre 2022 12];55(1):57-66. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/s0036-36342013000100009>
149. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition]. Psicothema. [Internet]: 2013 jun. [citado septiembre 2022 12];25(2):151-7. Disponible en: <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
150. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. Qual Life Res. [Internet]: 2010 may. [citado septiembre 2022 12];19(4):539-49. Disponible en: [10.1007/s11136-010-9606-8](https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8)
151. Josep Maria Argimon Pallàs JJV. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5ª Edición. Madrid: Elsevier; 2019.
152. Beck DPC. Fundamentos de la investigación en enfermería. 10 ed. LWW: Amsterdam; 2017.
153. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances en medición. 2008;6(1):37-48.
154. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med.[Internet]: 1993 apr. [citado septiembre 2022 12];118(8):622-9. Disponible en: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
155. Montero Rojas E. Referentes conceptuales y metodológicos sobre la noción moderna de validez de instrumentos de medición: implicaciones para el caso de personas con necesidades educativas especiales. Actualidades en Psicología. 2013;27(114):113-28.
156. Santana Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez-Palacios M. Valoración de las necesidades de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. 2007;31:207-9.
157. Jazmine Escobar Pérez ÁCM. Validez de contenido y juicio de expertos una aproximación a su utilización. Avances en medición. 2008;6(1):27-36.
158. Reina Gamba Nadia Carolina VRE. Validez de contenido y validez facial del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado". Av. Enferm. 2008;26:71-9.

159. Hungler BP, Polit D. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
160. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Dialnet Métricas*. 2008;6(1692-0023):37-48.
161. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
162. López Fernández R, Lalangui Ramírez J, Maldonado Córdova AV, Palmero Urquiza DE. Validación de un instrumento sobre los destinos turísticos para determinar las potencialidades turísticas en la provincia de El Oro, Ecuador. *Universidad y Sociedad* [Internet]: 2019 jun. [citado oct. 2022 15];11(2),341-346. Disponible en: <http://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus>
163. Rojas Silva, N., Padilla Fortunatti, C., Molina Muñoz, Y., & Amthauer Rojas, M. The needs of the relatives in the adult intensive care unit: Cultural adaptation and psychometric properties of the Chilean-Spanish version of the Critical Care Family Needs Inventory. *Intensive Crit. Care Nurs*. [Internet]: 2017 dec. [citado nov. 2022 02];43:123–128. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.006>
164. Soriano, A. M. Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos*. [Internet]: 2014 nov. [citado sep. 2022, 02];14:19-40. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/DIALOGOS/article/view/2202>
165. Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., García-Cueto, E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación [Content Validity Evidences: Theoretical Advances and Estimation Methods]. *Acción psicol.* [Internet]. 2014 Jun. [cited 2022 sep.3];10(2):3-18. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
166. Boparai JK, Singh S, Kathuria P. How to Design and Validate A Questionnaire: A Guide. *Curr Clin Pharmacol*. [Internet]: 2018 oct. [citado sep. 2022 02];13(4):210-215. Disponible en: <https://doi.org/10.2174/1574884713666180807151328>

14. Anexos

Anexo 1. Operacionalización de las variables

a). Variables de Características sociodemográficas

Características sociodemográficas				
Nombre de la variable	Definición de la variable	Medición	Naturaleza	Fuente
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de recolección de información	Se tomará la fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	Ficha de datos sociodemográficos
Género	Totalidad de características de la estructura reproductiva	1 Masculino 2 Femenino	Cualitativo	Ficha de datos sociodemográficos
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	1 Soltero 2 Unión libre 3 Casado 4 Viudo 5 Divorciado	Cualitativo	Ficha de datos sociodemográficos
Área de procedencia	Area de donde la persona proviene	1. Rural 2. Urbana	Cualitativo	Ficha de datos sociodemográficos
Personas a cargo	Número de personas a cargo	0 a n	Cuantitativa discreta	Ficha de datos sociodemográficos
Número de hijos	Número de hijos del familiar (a)	0 a n	Cuantitativa discreta	Ficha de datos sociodemográficos
Tiempo de hospitalización	Período de confinamiento de un paciente en un hospital o en otro centro de salud	en días	Cuantitativa continua	História clínica del paciente
Ocupación	Designa el oficio, empleo u ocupación que se ejerce a cambio de una retribución.	1. Empleado 2. Independiente 3. Desempleado 4. Pensionado	Cualitativo	Ficha de datos sociodemográficos
Ingresos mensuales	Entradas de dinero o recursos del familiar durante un período de treinta días.	1. menos de 500.000 2. Entre 501.000 a 1.000.000 3. Entre 1.001.000 a 1.500.000 4. Entre 1.501.000 a 2.000.000 5. Más de 2.001.000	Cualitativa	Ficha de datos sociodemográficos
Nivel de estudios	Duración de los estudios que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Universitario 5. Posgrado 5. Ninguno	Cualitativa	Ordinal
Tiempo de visita al día	Número de minutos que visita a su familiar al día	0 a n minutos	Cuantitativa continua	De razón
Parentesco con el paciente	Vínculo existente con el familiar hospitalizado ya sea por vínculo biológico, jurídico o social.	1. Madre/Padre 2. Hijo/a 3. Pareja 4. Amigo/a 4. Otro	Cualitativa	Nominal

Fuente: elaboración propia.

b). Variables instrumento CCFNI

Instrumento Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) versión breve						
Concepto	Definición	Nombre de la variable	Variable	Nivel de medición	Indicador	Fuente
Necesidades de la familia	Definidas como la expresión de lo que la familia requiere previa evaluación subjetiva de un estado deseado y un estado real, que requiere una acción para satisfacer dicha situación.	Ítem 1 instrumento CCFNI versión breve	¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 2 instrumento CCFNI versión breve	¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 3 instrumento CCFNI versión breve	¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 4 instrumento CCFNI versión breve	¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 5 instrumento CCFNI versión breve	¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 6 instrumento CCFNI versión breve	¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 7 instrumento CCFNI versión breve	¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 8 instrumento CCFNI versión breve	¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 9 instrumento CCFNI versión breve	Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 10 instrumento CCFNI versión breve	¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar
		Ítem 11 instrumento CCFNI versión breve	¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?	Ordinal	Proporción según opciones de respuesta	Fuente primaria de información: Familiar

Fuente: elaboración propia.

c). Variables comprensión del Instrumento CCFNI

Comprensión del instrumento CCFNI				
Nombre de la variable	Definición de la variable	Nivel de medición	Indicador	Fuente
validación facial	Evaluación del instrumento en claridad, comprensión, precisión y forma por parte de quien lo diligencia.	No cumple	Cuantitativo : Índice de comprensibilidad por expertos (familiares). Cuantitativo. Índice de kaplan (concordancia expertos profesionales)	grupo de expertos
validación de contenido	Evaluación del instrumento en cuanto a relevancia y pertinencia, por parte de quien lo diligencia.	No cumple	Cuantitativo (índice de Lawshe modificado):	Grupo de expertos

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Cuestionario de validez facial y de contenido del Instrumento CCFNI, versión breve

VALIDEZ FACIAL Y DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO “Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve”

El presente estudio hace parte del proceso de validez facial y de contenido del instrumento titulado “Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve”. Es un instrumento adaptado y validado por Gómez, M. A., et al, donde según los autores “*representa de manera básica, aunque adecuada los cinco factores (la necesidad de apoyo, el confort, la información, la proximidad y la seguridad) de la versión original del CCFNI*” que se relacionan con cuatro factores extraídos de un análisis factorial; el primer factor es denominado Atención médica al paciente compuesto por los ítems 1,2 y 10, el factor dos designado Comunicación e información al familiar compuesto por ítems 3,4 y 5, el factor tres llamado Atención personal al familiar integrado por los ítems 6, 7 y 9 y por último el factor número cuatro denominado Posibles mejoras compuesto por los ítems 11 y 14 respectivamente.

Su participación en el presente estudio se realizará en dos fases, las cuales comprenden el diligenciamiento de un cuestionario en el que se contempla tanto la validez facial como la validez de contenido del instrumento.

FASE 1 → VALIDEZ FACIAL

En la fase de validez facial su participación es como evaluador de la claridad, precisión y comprensión de cada uno de los ítems del instrumento.

- Claridad: Ítem redactado de tal forma que permite su fácil y rápida lectura.
- Precisión: Ítem redactado de forma puntual y exacta, no da lugar a dudas.
- Comprensión: Entendimiento de lo que se quiere indagar con el ítem.

FASE 2 → VALIDEZ DE CONTENIDO

En la fase de validez de contenido su participación es como evaluador de cada ítem en relación a su pertinencia en cuanto al fenómeno de estudio del instrumento, clasificándolo así en esencial, útil pero no esencial y no necesario.

- Esencial: El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental para el instrumento
- Útil, pero no esencial: El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable.
- No necesario: El ítem no es indispensable.

Para diligenciar el cuestionario, usted debe tener en cuenta los siguientes procedimientos:

FASE 1 → VALIDEZ FACIAL

1. Lea detenidamente cada uno de los ítems del instrumento.
2. Establezca de cada uno de los ítems su precisión, claridad y comprensión de acuerdo a la información contenida en la tabla 1.
3. Si tiene observaciones o sugerencias acerca de la precisión, claridad y comprensión de alguno de los ítems, es necesario que las escriba en la casilla de observaciones que se encuentra frente a cada uno de ellos.

VALIDEZ FACIAL Y DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
“Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve”

FASE 2 → VALIDEZ DE CONTENIDO

1. Lea detenidamente cada uno de los ítems del instrumento.
2. Establezca de cada uno de los ítems si este es: esencial, útil pero no esencial ó no necesario de acuerdo a la información contenida en la tabla 2.
3. Si tiene observaciones o sugerencias acerca de alguno de los ítems, es necesario que las escriba en la casilla de observaciones que se encuentra frente a cada uno de ellos.
4. Una vez diligenciado el cuestionario, debe devolverlo a la investigadora.

1. PRESENTACIÓN DEL EXPERTO

- a. Nombres y apellidos: _____
- b. Formación académica: _____

- c. Áreas de experiencia profesional: _____

- d. Cargo actual: _____

- e. Institución: _____

2. OBJETIVO DEL JUICIO DE EXPERTOS

Determinar la validez facial y de contenido de cada uno de los ítems que conforman el instrumento denominado “Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve”, a través de de un juicio acerca de su claridad, precisión y comprensión y a su vez estableciendo si el ítem es esencial, útil pero no esencial ó no necesario.

Para realizar la validez facial y de contenido de los ítems del instrumento, usted debe tener en cuenta la información contenida en las siguientes tablas:

VALIDEZ FACIAL Y DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
“Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve”

Tabla 1 . Categoría, calificación e indicador para la evaluación de los ítems del instrumento.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN		INDICADOR
<u>Claridad:</u> Ítem redactado de tal forma que permite su fácil y rápida lectura.	1	El ítem no cumple con el criterio de la categoría.	El ítem no es claro.
	2	El ítem cumple moderadamente con el criterio de la categoría.	El ítem requiere una modificación específica en relación con el orden de las palabras.
	3	El ítem cumple con el criterio de la categoría.	El ítem es claro, no requiere modificación.
<u>Precisión:</u> Ítem redactado de forma puntual y exacta, no da lugar a dudas.	1	El ítem no cumple con el criterio de la categoría.	El ítem no es preciso.
	2	El ítem cumple moderadamente con el criterio de la categoría.	El ítem requiere de una modificación específica en relación con las palabras para mejorar su exactitud.
	3	El ítem cumple con el criterio de la categoría.	El ítem es preciso, no da lugar a dudas.
<u>Comprensión:</u> Entendimiento de los que se quiere indagar con el ítem.	1	El ítem no cumple con el criterio de la categoría.	El ítem no es comprensible.
	2	El ítem cumple moderadamente con el criterio de la categoría.	El ítem requiere de una modificación específica para poder interpretar su significado, en términos de los que se desea medir.
	3	El ítem cumple con el criterio de la categoría.	El ítem es comprensible, permite interpretar y entender su significado.

Tabla 2. Indicadores para determinar la validez de contenido.

CALIFICACIÓN		INDICADOR
1	No necesario	El ítem no es indispensable, y su NO inclusión dentro del instrumento NO afectará la medición del fenómeno.
2	Útil pero no esencial	El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable. Es relativamente importante.
3	Esencial	El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental que se incluya dentro del instrumento

VALIDEZ FACIAL Y DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO
“Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve”

Con base en los indicadores de las anteriores tablas, califique de 1 a 3 cada uno de los ítems de acuerdo a los aspectos de la validez facial (claridad, precisión y comprensión) y seleccione solo una de las casillas de la validez de contenido (esencial, útil pero no esencial y no necesario) de acuerdo a lo que usted considere.

DIMENSIÓN / ÍTEM	VALIDEZ FACIAL				VALIDEZ DE CONTENIDO			
	CLARIDAD	PRECISIÓN	COMPRESIÓN	OBSERVACIONES	ESENCIAL	UTIL PERO NO ESENCIAL	NO NECESARIO	OBSERVACIONES
1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?								
2. ¿Usted siente que el personal del hospital se preocupa por el paciente?								
3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?								
4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y progreso del paciente?								
5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo cosas (pruebas, técnicas...)?								
6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?								
7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?								
8. ¿Le ha explicado el personal del hospital el equipamiento que está utilizándose?								
9. Yo estoy muy satisfecho con las atenciones médicas recibidas por el paciente								
10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?								
11. ¿Hay algunas cosas respecto a los cuidados médicos recibidos por el paciente que podrían ser mejoradas?								

Fuente: elaboración propia.

Anexo 3. Solicitud de autorización uso del instrumento CCFNI, versión breve



Elizabeth Céspedes Ibáñez

Para: gomezs@uji.es; sandra.gomezm@campusviu.es



Vie 05/11/2021 13:18

Reciba un cordial saludo, apreciada doctora Sandra Gómez Martínez. Quisiera primero felicitarla por su trabajo y en segundo lugar agradecerle profundamente su colaboración.

Mi nombre es Elizabeth Céspedes Ibáñez, soy enfermera, me encuentro actualmente trabajando como enfermera del área de cuidado intensivo en la Clínica Avidanti que se encuentra en la ciudad de Ibagué en Colombia, actualmente estudiante del programa de Maestría en enfermería en Cuidado Crítico de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia y en este momento me encuentro desarrollando mi trabajo de grado el cual tiene por objetivo la validación a versión breve del Cuestionario de Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) la cual usted adaptó y validó en una muestra española según encuentro en la bibliografía siendo un trabajo base para mí ya que, aunque el objetivo inicial de mi investigación era como tal la medición de las necesidades en nuestras UCIA, debido a que en Colombia aún no contamos con una escala validada se acordó con mi tutor que se realizaría de forma inicial este primer paso, por lo cual recurro a usted de la forma más respetuosa posible a fin de poder utilizar su trabajo como base para mi ejercicio académico y profesional, utilizando de base la escala validada y solicitando información sobre la escala original ya que los artículos que reviso me llevan a referencias muy antiguas donde no me permite ver la dirección de correspondencia del autor inicial de la versión breve. Le agradecería infinitamente su apoyo en el permiso solicitado y de ser posible ampliación de la información a fin de poder aclarar mis dudas y por mi parte dejar un trabajo que nos facilite en Colombia la medición de un aspecto fundamental en nuestras unidades de cuidado intensivo.

Agradezco su inmensa colaboración, quedo atenta a cualquier comunicación. Mi número telefónico es + 57 320 446 8798.

Cordialmente,
Elizabeth Céspedes Ibáñez
Enfermera
Maestrante Pontificia Universidad Javeriana



Sandra Gómez Martínez <gomezs@uji.es>

Para: Elizabeth Céspedes Ibáñez



Mié 24/11/2021 8:48

Estimada Elizabeth,

En primer lugar, te pido perdón por la demora en la respuesta, apenas utilizo ya este correo.

En segundo lugar, me gustaría felicitarles por la elección del tema para su trabajo. Siempre es una gran alegría ver que el tema de las necesidades familiares despierta interés y mucho más si lo despierta desde dentro de la UCI.

Estaré encantada de colaborar conjuntamente con ustedes en el desarrollo de esta validación y por supuesto tienen mi permiso para utilizar este cuestionario (para eso se validó). Respecto al cuestionario, tengo que decirle que nos hemos dado cuenta de un error que hay en el artículo. En éste pone que *la puntuación total se obtiene sumando las respuestas y el total va de 45 a 180 indicando a mayor puntuación más necesidades percibidas*. Y nos hemos dado cuenta de que las puntuaciones van de **11 a 44**. *Cuanto mayor sea la puntuación más necesidades percibidas*.

Sin nada más que decir, me despido y quedo a su disposición para cualquier cosa que necesiten.

Un saludo,

Sandra

Anexo 4. Consentimiento informado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA MAESTRÍA EN CUIDADO CRÍTICO CONSENTIMIENTO INFORMADO



FECHA ___/___/___.

Usted está siendo invitado a participar en el estudio titulado: “Validez de la escala Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve, Ibagué - Colombia, 2022”. Este documento le proporciona la información necesaria para que usted participe voluntaria y libremente. El proyecto es realizado por Elizabeth Céspedes Ibáñez, estudiante de la Maestría en Cuidado Crítico de la Pontificia Universidad Javeriana.

Antes de dar su consentimiento, usted necesita entender plenamente el propósito de su decisión. Este proceso se denomina consentimiento informado. Una vez que haya leído este documento y resuelto con el investigador las dudas, se le pedirá que firme este formato en señal de aceptación de participar.

- El objetivo de la investigación es:

Determinar la validez de la escala Critical Care Family Needs Inventory (CCNFI) versión breve, para determinar las necesidades de las familias de los pacientes internados en las unidades de cuidado intensivo adulto en una institución de tercer nivel en Ibagué - Colombia, durante el periodo del 2022.

- ¿Por qué es importante realizar el estudio?

Este estudio es muy importante porque a través de la validación de este instrumento para Colombia se podrá identificar las necesidades que tienen los familiares de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo, permitiendo reconocer a la familia como sujeto de cuidado y la entrega de una atención holística e individualizada que permita aumentar la satisfacción de la familia.

- ¿En qué consiste el estudio?

Este estudio consiste en realizar la validación de un instrumento denominado El Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) a partir de la evaluación de los once ítems que lo constituyen a partir de una escala donde 2 = (se entiende), 1=(se entiende parcialmente) y 0 = (no se entiende) y una segunda fase, desarrollada por expertos calificados en el área de cuidados intensivos y psicometría a fin de validar el instrumento para Colombia.

- ¿Cuáles son las molestias o los riesgos esperados?

Hasta el momento no se conoce ninguna condición que coloque en riesgo la salud física o mental de los individuos por el hecho de participar en este estudio.

- ¿Cuáles son los beneficios que puedo obtener por participar?

No obtendrá retribuciones económicas ya que es un estudio donde los participantes hacen parte de él de manera voluntaria, sin embargo, su opinión tendrá en cuenta y beneficiará la

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
MAESTRÍA EN CUIDADO CRÍTICO
CONSENTIMIENTO INFORMADO



validación de un instrumento útil a futuro en nuestro país para determinar las necesidades de las familias de los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos.

- ¿Existe confidencialidad en el manejo de mis datos? Este proyecto se acoge a la ley 1581 de 2012 (Hábeas Data) que aplica para el tratamiento de datos personales.

Durante los dos meses de recolección de la información, se mantendrá su privacidad, los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo los investigadores y el personal autorizado como el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes con el fin de mantener el anonimato, no se escribirán el nombre de los entrevistados en el formato de la encuesta.

- ¿Existe alguna obligación financiera?

Participar en este estudio no tiene ningún costo económico para usted como participante.

- ¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?

Durante la hospitalización de su familiar.

- ¿Qué sucede si no deseo participar o me retiro del estudio?

Usted es libre de participar en este estudio, así como está en la libertad de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo o pérdida de los beneficios que ya haya obtenido.

AUTORIZACIÓN

He comprendido las explicaciones que, en un lenguaje claro y sencillo, se me han brindado. El investigador me ha permitido expresar todas mis observaciones y ha aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado respecto a los fines, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de participar en el estudio. Se me ha proporcionado una copia de este documento. Al firmar este documento doy mi consentimiento voluntario para participar en él.

Nombre _____

Firma _____

Documento de identidad _____

Teléfono _____

Relación con el paciente _____

Anexo 5. CCFNI Versión breve, ajustado

Ítem	Calificación			
	1. Casi todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Solo algunas veces	4. Nunca
1. ¿Usted siente que se le están dando los mejores cuidados posibles al paciente?				
2. ¿Usted siente que el personal de la unidad de cuidados intensivos se preocupa por el paciente?				
3. ¿Le dan explicaciones sobre el estado del paciente en términos que usted pueda comprender?				
4. ¿Usted siente que le están dando información sincera respecto al estado y evolución del paciente?				
5. ¿Usted comprende lo que le está sucediendo al paciente y por qué motivos le están haciendo estudios y procedimientos?				
6. ¿Están siendo los miembros del equipo atentos con usted?				
7. ¿Muestra algún miembro del equipo interés por cómo está usted?				
8. El personal de la unidad de cuidados intensivos ¿le ha explicado sobre los equipos que se están utilizando?				
9. ¿Está usted satisfecho con la atención médica brindada al paciente?				
10. ¿Usted se siente solo y aislado en la sala de espera?				
11. ¿Usted siente que algunos de los cuidados médicos brindados al paciente se podrían mejorar?				

Fuente: elaboración propia.