

Introducción

La presencia de la familia, durante la realización de procedimientos invasivos (PI) y de reanimación cardiopulmonar (RCP), viene siendo investigada en los últimos 20 años, con recomendaciones sobre los beneficios de esa práctica para la familia, en los escenarios de atendimento de emergencia, por organizaciones internacionales, como la American Heart Association (AHA) y la American Association of Critical Care Nurses (AACN)⁽¹⁻²⁾.

La definición conceptual de la presencia de la familia durante la realización de PI y de RCP es la permanencia de uno o más miembros familiares en un local, con contacto físico y/o visual con el paciente. Sin embargo, la decisión de los profesionales del área de salud de proporcionar la presencia de la familia es fundamentada en sus creencias, valores y conocimientos⁽³⁻⁴⁾.

En el contexto pediátrico, es relevante comprender las creencias de los profesionales en relación a la familia para identificar las que pueden ser restrictivas a su participación en los cuidados de salud de sus hijos para que sea posible proponer acciones que los ayuden a transformarlas. Las creencias son los lentes que utilizamos para ver el mundo y guiar nuestras elecciones, comportamientos y sentimientos⁽⁵⁾.

En un estudio transversal hecho en Brasil con 46 participantes⁽⁶⁾, sobre las perspectivas de los profesionales de salud en relación a la presencia de la familia en la sala de emergencia pediátrica, las autoras concluyeron que el equipo médico fue más favorable de lo que los profesionales del equipo de enfermería. Además, hubo una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de formación de los profesionales de salud menor que diez años y la aceptación de esa práctica. Tales resultados apuntan para la necesidad de sensibilizar los profesionales de esa área, especialmente los que tienen más tiempo de formación, para facilitar la presencia de un miembro de la familia al lado del niño durante el atendimento en esas circunstancias.

En una investigación de revisión de la literatura sobre esa temática⁽⁷⁾, las autoras identificaron creencias restrictivas de los profesionales, como las de que la familia hace mal al equipo en la realización de los procedimientos; la familia no comprende lo que está siendo realizado; la familia sufre al presenciar los procedimientos realizados en el niño; el equipo se siente presionado con la presencia de la familia en las tomadas de decisión; el equipo pierde la concentración durante la realización de los procedimientos; y los profesionales en formación podrán tener su aprendizaje perjudicado. Así, ellas propusieron cuatro acciones fundamentales para promover la presencia de la familia: a) la oferta de programas de sensibilización

del equipo en relación a la participación de la familia en los cuidados; b) la capacitación del equipo para incluir a la familia en esas circunstancias; c) la elaboración de política institucional declarada; y d) el apoyo institucional para la familia durante las intervenciones.

Se observa que hay poco o ningún estudio que dé sustentación a las creencias restrictivas de los profesionales indicando que la presencia de un miembro de la familia es perjudicial al paciente, a la familia o al equipo de salud. Al contrario, existen estudios que validan esa recomendación para la práctica y demuestran sus beneficios, que son: disminución de la ansiedad de la familia; poca o ninguna interferencia de la familia en el atendimento de salud; facilitación del proceso de luto del familiar, caso el resultado sea negativo; y mejora en la habilidad técnica de los profesionales de salud^(2,8-11).

Para la *American Association of Critical Care Nurses*, hay fuertes evidencias científicas de que la familia prefiere estar presente durante el PI y la RCP⁽⁸⁾. En Brasil, en la mayoría de las instituciones, hay restricción para la permanencia de la familia durante el PI y la RCP. Sin embargo, existen relatos de insatisfacción de las familias cuando son convidadas a retirarse de la sala de atendimento, durante un PI o RCP, con manifestación de insatisfacción debido a la falta de informaciones y al alejamiento del hijo, muchas veces, en largos períodos. Para transformar esa realidad, es preciso promover un cambio en el modelo asistencial, en que la familia sea incluida como compañera y participe de las decisiones relativas a su hijo. El Modelo del Cuidado Centrado en el Paciente y en la Familia preconiza que los profesionales de Salud trabajen en conjunto con la familia, ofreciéndole informaciones y negociando el cuidado⁽¹²⁻¹³⁾.

Por lo tanto, es preciso oír las familias y los profesionales sobre sus perspectivas en relación a la permanencia de la familia al lado del niño, viviendo situaciones críticas o sometidas a procedimientos invasivos. A partir de los resultados, será posible proponer intervenciones que modifiquen esa realidad. En la literatura, hay varios estudios que explotan esa cuestión utilizando diversos enfoques metodológicos cuyos resultados pueden contribuir para la fundamentación teórica de instrumentos de medida de la participación de la familia en procedimientos invasivos y en la reanimación cardiopulmonar^(3-4,6-11).

Instrumentos de medida de fenómenos psicosociales han sido desarrollados en la literatura por estudiosos y son herramientas objetivas para el enfermero conocer y subsidiar sus intervenciones⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. En Brasil, no hay estudios que identifiquen la perspectiva de los profesionales de salud sobre el tema con el uso de instrumentos objetivos. Por esa razón, es necesario construir y validar instrumentos que traigan subsidios

para evaluarse las creencias y las percepciones de los profesionales acerca de esa temática. A partir de esos indicadores, será posible proponer intervenciones educativas y de gestión para mejorar el cuidado con la familia en situaciones críticas.

Sobre los objetivos de la investigación, fueron para construir y validar instrumentos para identificar las creencias de los profesionales del área de salud relacionadas a la presencia de la familia del niño en procedimientos invasivos y en reanimación cardiopulmonar.

Método

En esta investigación, fueron adoptados los procedimientos de una investigación metodológica fundamentada en la Psicometría, de acuerdo con Pasquali, para conducir las etapas teórica, empírica y analítica⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

En la etapa teórica, fue realizada una revisión integradora⁽⁷⁾, para identificar los indicadores de las creencias y de las percepciones de los profesionales sobre la presencia de la familia durante el PI y la RCP. En la secuencia, el material teórico producido guió las definiciones constitutivas y operacionales de los instrumentos. A partir de ahí, fueron elaborados los ítems de los instrumentos, con base en los criterios de amplitud, equilibrio comportamental, simplicidad, claridad, relevancia, precisión, modalidad, tipicidad, objetividad, variedad y credibilidad⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

El contenido de los instrumentos fue validado por un Comité de Jueces, especialistas en la temática, compuesto de dos enfermeras, un médico, un fisioterapeuta y una psicóloga, con más de tres años de experiencia, que actúan en unidades neonatales y pediátricas. Esos especialistas evaluaron los instrumentos sobre la semántica, la comprensión de las preguntas, la redacción y la pertinencia conceptual. Los miembros completaron un cuestionario con espacios para responder a cada ítem en relación a su relevancia y a la emisión de sugerencias. La técnica Delphi fue adoptada para el alcance de concordancia entre los jueces⁽¹⁹⁾.

La etapa empírica fue realizada en un servicio público de la ciudad de São Paulo, vinculado a una Institución de Enseñanza Superior. Los criterios de inclusión de los participantes fueron: ser profesionales del área de salud y actuar como docentes y/o asistenciales con, por lo menos, un año de experiencia en unidad neonatal. Participaron del test-piloto, por medio del test y del retest, 20 profesionales, y 96 participaron profesionales de la aplicación clínica de los instrumentos.

En la etapa analítica, se verificaron la confiabilidad, la validez y la estimación de los parámetros de los ítems relacionada a la identificación de las creencias y de las percepciones de los profesionales de la salud acerca de

la presencia de la familia, en situaciones de emergencia y de procedimientos invasivos.

El cálculo de la muestra fue definido de acuerdo con el criterio 'razón ítems/sujetos', conforme recomendado en la literatura, y fue adoptada una proporción mínima de cinco participantes para cada ítem del instrumento⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Para recoger los datos, fue hecho un convite a los participantes de la investigación personalmente, que fueron informados sobre el objetivo del estudio y el carácter voluntario de su participación. Después de la aceptación, manifestada por medio de firmar el Término de Consentimiento Libre y Aclarado, fueron entregados los instrumentos respetándose los principios éticos que orientan las investigaciones que envuelven seres humanos y que son definidos por la Resolución del Consejo Nacional de Salud 466/2012⁽²⁰⁾. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la institución, sobre el nº 332543.

Los tests psicométricos utilizados para el análisis de los datos fueron el Índice de Concordancia de Kappa, el Índice de Correlación Intra-clases (ICC), el Alfa de Cronbach, el Test de Igualdad de dos Proporciones, el Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), el Test de Bartlett y el Análisis Factorial. Para comparar las variables cualitativas, se utilizó el test de Análisis de Variancia (ANOVA). El nivel de significancia adoptado para los tests fue de 5% ($\alpha = 0,05$) y el paquete estadístico utilizado fue el SPSS for Windows, versión 17.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois), Minitab 16 y Excel Office 2010.

Resultados

La revisión de la literatura realizada resultó en la proposición de la versión I de los instrumentos que fueron denominados de "Creencias de los Profesionales de Salud relacionadas a la Presencia de la Familia en Procedimientos Invasivos- CPS Fam/PI y Creencias de los Profesionales de Salud relacionadas a la Presencia de la Familia en Reanimación Cardiopulmonar - CPS Fam/RCP".

Después de que el contenido fue validado, hubo cambios en el lenguaje y en el formato de la versión I de cada uno de los instrumentos que, después de incorporadas al texto, fueron reevaluadas. Así, hubo 100% de concordancia entre los jueces, en dos rodadas, lo que resultó en la versión II de cada uno de los instrumentos.

Cada uno de los instrumentos aprobados tiene 18 preguntas - siete con enunciados referentes a las creencias restrictivas sobre el constructo analizado (preguntas de 3 a 9). Para analizar el resultado final, ellas deben ser interpretadas de manera invertida. Las respuestas son distribuidas en una escala del tipo *Likert*, que contienen los ítems 'desacuerdo fuertemente', 'en desacuerdo', 'indiferente', 'conuerdo' y 'conuerdo fuertemente'.

En el test y en el retest de los instrumentos, realizado en la etapa empírica, se constató que el índice de correlación intra-clase (ICC) para los PI y la RCP fue de 53,3%, p -valor < 0,001. El valor de Alfa de Cronbach para el instrumento CPSFam/PI fue de 0,784, tanto en el test cuanto en el retest, y para el instrumento CPS Fam/RCP, 0,821, en el test, y 0,762, en el retest, lo que indica una consistencia interna mediana y buena.

En la aplicación clínica de la versión II de los instrumentos, de los 96 participantes, la mayoría fue del sexo femenino (92; 95,8%), soltera (50; 52,0%) y sin hijos (55; 57,3%). La mayor frecuencia de edad fue de 31 a 45 años (45; 46,9%). Cuanto a la formación profesional, 15 (15,6%) participantes eran enfermeras, 20 (20,8%), técnicas de enfermería, 11 (11,5%), auxiliares de enfermería, 21 (21,9%), médicas, siete (7,3%), fisioterapeutas, una (1,0%), psicóloga, y 21, estudiantes de post-graduación - 18 (18,8%) médicos residentes y tres (3,1%) fisioterapeutas residentes. Entre los participantes, 74 (77,1%) tenían experiencia profesional de tres o más años en neonatología, y

51 (53,1%), especialización en el área pediátrica. La mayoría dijo tener experiencia con la hospitalización de algún miembro de su familia y conocimiento sobre la temática adquirida durante su formación.

En esa etapa, el Alpha de Cronbach del instrumento CPSFam/PI fue de 0,863, y del instrumento CPSFam/RCP, fue de 0,882, lo que demuestra una buena consistencia interna.

El resultado del KMO, para el instrumento CPSFam/PI, fue de 0,849, y para CPSFam/RCP, fue de 0,843, lo que tornó posible hacer el análisis factorial. El test de Bartlett fue significativo, o sea, se rechazó la hipótesis nula y, por eso, se puede afirmar que la matriz de correlaciones diferente de la matriz identidad. Por lo tanto, existe correlación entre los datos en los dos instrumentos.

Las 18 preguntas de cada instrumento generaron cuatro factores (grupos de preguntas o dominios) en cada uno, en que la variabilidad total fue explicada para CPSFam/PI, en 63,8%, y para CPSFam/RCP, en 62,4%. Estadísticamente, fue considerado un valor de mediano para bueno (Tabelas 1 e 2).

Tabla 1 – Carga factorial de las preguntas en cada factor de PI* - São Paulo, SP, Brasil - 2015[†]

	Preguntas (Q)	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Beneficios de la presencia de la familia	Q.14 - La presencia de la familia puede auxiliar en el proceso de luto, caso el niño no sobreviva.	0,770			
	Q.15 - La presencia de la familia durante el PI* sin suceso favorece su participación en los momentos vividos por el niño.	0,768			
	Q.13 - La presencia de la familia puede fortalecer el vínculo entre la familia y el equipo de salud.	0,750			
	Q.11 - La presencia de la familia puede ayudarla a entender lo que está siendo realizado con el niño.	0,748			
	Q.9 - El sufrimiento emocional de la familia puede ser amenizado cuando presencia del PI*.	0,721			
	Q.12 - La presencia de la familia puede ser benéfica para el niño durante el PI*.	0,703			
	Q.1 - El equipo multidisciplinar debe garantizar a la familia la oportunidad de decidir si quiere estar presente o no durante el PI*.	0,674			
	Q.3 - La presencia de la familia es benéfica para el familiar entender las tomadas de decisión del equipo.	0,621			
Perjuicios para la práctica profesional	Q.10 - La presencia de la familia puede ayudarla a aceptar las tomadas de decisión adoptadas por el equipo.	0,580			
	Q.6 - La presencia de la familia puede contribuir para que el equipo pierda la concentración.		0,869		
	Q.7 - La presencia de la familia puede generar inseguridad y ansiedad en el equipo y afectar sus actitudes.		0,773		
	Q.5 - La presencia de la familia puede influir en el prolongamiento del procedimiento por el equipo.		0,760		
Estrategias para incluir a la familia	Q.4 - La presencia de la familia puede interferir en las tomadas de decisión adoptadas por el equipo.		0,713		
	Q.18 - Los profesionales del equipo de salud deben ser capacitados para la inclusión de la familia.			0,862	
	Q.17 - La unidad neonatal debe disponer de un protocolo escrito sobre la presencia de la familia.			0,803	
	Q.16 - Un miembro del equipo de salud debe ser elegido para atender a las necesidades de la familia.			0,787	
Limitación del aprendizaje y de la tomada de decisión	Q.2 - El equipo multidisciplinar debe tomar la decisión de convidar a la familia para presenciar el PI*.			0,461	
	Q.8 - La presencia de la familia puede perjudicar el aprendizaje de los profesionales.				0,927

*PI- Procedimiento invasivo; † Extraction method: principal component analysis. Rotation method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 5 iterations.

Tabla 2 – Carga factorial de las preguntas en cada factor de RCP*. São Paulo, SP, Brasil, 2015[†]

	Preguntas (Q)	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Beneficios de la presencia de la familia	Q.15 - La presencia de la familia durante la RCP* sin suceso favorece su participación en los momentos vividos por el niño.	0,858			
	Q.13 - La presencia de la familia puede fortalecer el vínculo entre la familia y el equipo de salud.	0,811			
	Q.14 - La presencia de la familia puede auxiliar en el proceso de luto, caso el niño no sobreviva.	0,794			
	Q.9 - El sufrimiento emocional de la familia puede ser amenizado cuando presencia la RCP*.	0,753			
	Q.12 - La presencia de la familia puede ser benéfica para el niño durante la RCP*.	0,689			
	Q.11 - La presencia de la familia puede ayudarla a entender lo que está siendo realizado con el niño.	0,647			
Estrategias para incluir a la familia	Q.1 - El equipo multidisciplinar debe garantizar a la familia la oportunidad de decidir si quiere estar presente o no durante la RCP*.	0,607			
	Q.17 - La unidad neonatal debe disponer de un protocolo escrito sobre la presencia de la familia.		0,841		
	Q.18 - Los profesionales del equipo de salud deben ser capacitados para inclusión de la familia.		0,728		
	Q.16 - Un miembro del equipo de salud debe ser elegido para atender a las necesidades de la familia.		0,594		
	Q.2 - El equipo multidisciplinar debe tomar la decisión de convidar a la familia para presenciar la RCP*.		0,557		
Limitación del aprendizaje de la tomada de decisión	Q.10 - La presencia de la familia puede ayudarla a aceptar las tomadas de decisión adoptadas por el equipo.		0,391		
	Q.5 - La presencia de la familia puede influir en el prolongamiento del procedimiento por el equipo.			0,840	
	Q.4 - La presencia de la familia puede interferir en las tomadas de decisión adoptadas por el equipo.			0,691	
Perjuicios para la práctica profesional	Q.8 - La presencia de la familia puede perjudicar el aprendizaje de los profesionales.			0,566	
	Q.7 - La presencia de la familia puede generar inseguridad y ansiedad en el equipo y afectar sus actitudes.				0,838
	Q.6 - La presencia de la familia puede contribuir para que el equipo pierda la concentración.				0,573
	Q.3 - La presencia de la familia es benéfica para el familiar entender las tomadas de decisión del equipo.				0,528

*RCP - Reanimación cardiopulmonar; †Extraction method: Principal component analysis. Rotation method: Varimax with Kaiser Normalization. Rotation converged in 7 iterations.

En el instrumento CPSFam/PI, el factor 1 representa las creencias de los profesionales relacionadas a los beneficios de la presencia de la familia del niño durante el PI; el factor 2 describe las creencias restrictivas relacionadas a los perjuicios para la práctica del profesional de salud; el factor 3 se refiere a las creencias relativas a las estrategias de promoción de la inclusión de la familia; y el factor 4 expone las creencias restrictivas del profesional en relación a la limitación para el propio aprendizaje y la tomada de decisión en la presencia de la familia del niño durante el PI.

En el instrumento CPSFam/RCP, el factor 1 representa las creencias de los profesionales relacionadas a los beneficios de la presencia de la familia del niño durante la RCP; el factor 2 es sobre las creencias relativas a las estrategias para incluir a la familia en la RCP; el factor 3 expone las creencias restrictivas del profesional en relación a la limitación para el propio aprendizaje y la tomada de decisión en la presencia de la familia del niño durante el RCP; y el factor 4 describe las creencias restrictivas relacionadas a los perjuicios para la práctica del profesional de salud.

En el instrumento CPSFam/PI, el factor 1 presentó 33,2% de la variabilidad total y es compuesto de nueve preguntas (Q): 1, 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15. La pregunta con la mayor carga factorial (0,770) fue la 14 (La presencia de un miembro de la familia puede auxiliar el proceso de luto de la familia, caso el niño no sobreviva después del PI). Sin embargo, en el factor 4, la Q.8 (La presencia de un miembro de la familia puede perjudicar el aprendizaje de los profesionales durante el PI) fue la que tuvo carga factorial más elevada (0,927), apesar de la variabilidad de 6%.

En el instrumento CPSFam/RCP, el resultado del factor 1 tuvo solo 36,5% de la variabilidad de los datos y es compuesto por las preguntas (Q) 1, 9, 11, 12, 13, 14 e 15. Entre los siete ítems, el de mayor carga factorial (0,858) fue la Q.15 (La presencia de un miembro de la familia, durante una RCP sin suceso, puede ayudar a la familia, pues favorece su participación en los momentos vividos por el niño), lo que indica su mayor correlación con el constructo evaluado.

En el instrumento CPSFam/RCP, la Q.10 (La presencia de un miembro de la familia puede ayudarla

a aceptar las tomadas de decisión adoptadas por el equipo durante la RCP) presentó una carga factorial baja (0,391). Por eso, fue necesario un re-análisis para retirar ese ítem o una nueva combinación entre los factores existentes.

Con los factores creados, fue posible calcular sus coeficientes para cada participante de la investigación. En el instrumento CPSFam/PI, se encontró una asociación del factor 1 con titulación (p-valor 0,005). Hubo asociación positiva entre el factor 1 y los profesionales con Doctorado (media de 0,573) y asociación negativa para los profesionales con nivel medio de enseñanza (media de -0,677).

En el instrumento CPSFam/RCP, se encontró asociación del factor 1 con titulación (p-valor 0,002), con destaque positivo para profesionales con Doctorado (media de 0,787) y negativo para los profesionales con nivel medio de enseñanza (media de 0,787). En relación a la categoría 'profesión' (p-valor 0,003), se destacaron los médicos (media de 0,556), los auxiliares de enfermería (media de -0,560) y los profesionales con experiencia anterior de hospitalización de un familiar (p-valor 0,038). Esos últimos respondieron positivamente (media de 0,098).

En la distribución de las respuestas de los ítems relacionados a las creencias sobre estrategias para efectuarla presencia de la familia en la unidad, hubo concordancia entre los respondientes en relación a la necesidad de protocolos escritos para guiarla práctica (88,6% en el CPSFam/PI, 82,1% en el CPSFam/RCP); capacitación del equipo (89,6% en el CPSFam/PI, 76,8% en el CPSFam/RCP); elección de un miembro para acompañar a las familias (80,2% en el CPSFam/PI, 86,3% en el CPSFam/RCP) y convite para la familia presenciar el evento (53,1% en el CPSFam/PI, 51,6% en el CPSFam/RCP).

El instrumento CPSFam/PI presentó una asociación significativa con las variables demográficas en las siguientes preguntas: Q.12 (La presencia de un miembro de la familia puede ser benéfica para el niño durante el PI) para profesionales con edad de 31 a 55 años (p-valor 0,023); Q.4 (La presencia de un miembro de la familia puede interferir en las tomadas de decisión adoptadas por el equipo durante el PI) tuvo asociación con el conocimiento sobre la temática (p-valor 0,004) y Q.10 (La presencia de un miembro de la familia puede ayudarla a aceptar las tomadas de decisión adoptadas por el equipo durante el PI) con la categoría profesional (p-valor 0,014) para médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería.

Cinco preguntas tuvieron asociaciones con la titulación de los profesionales: la Q.10 (La presencia de un miembro de la familia puede ayudarla a aceptar las

tomadas de decisión adoptadas por el equipo durante el PI), con la de los profesionales que tienen Doctorado, Maestría y los recién formados (p-valor <0,001); la Q.11 (La presencia de un miembro de la familia puede ayudarla a entender lo que está siendo realizado con el niño durante el PI), con los de nivel superior (p-valor 0,005); la Q.12 (La presencia de un miembro de la familia puede ser benéfica para el niño durante el PI), con los de nivel superior (p-valor 0,047); la Q.13 (La presencia de un miembro de la familia puede fortalecer el *vínculo entre* la familia y el equipo de salud durante el PI), con doctores, maestros y especialistas (p-valor 0,042); y la Q.14 (La presencia de un miembro de la familia puede auxiliar el proceso de luto de la familia, caso el niño no sobreviva después del PI) con los profesionales de nivel superior (p-valor 0,032).

En el instrumento CPSFam/RCP, hubo asociación significativa relacionada a la experiencia anterior con la hospitalización de un miembro de la familia en las preguntas: Q.1 (El equipo multidisciplinar debe garantizar a la familia la oportunidad de decidir si quiere estar presente o no durante la RCP), entre los participantes que revelaron haber tenido experiencia anterior de hospitalización en la familia (p-valor 0,016); y Q.5 (La presencia de un miembro de la familia puede influir el prolongamiento del procedimiento por el equipo durante la RCP), con los profesionales que no vivieron esa experiencia (p-valor 0,029).

Hubo asociación significativa entre los participantes que conocen la temática y la Q.13 (La presencia de un miembro de la familia puede fortalecer el vínculo entre la familia y el equipo de salud durante la RCP) (p-valor 0,049).

La variable demográfica 'profesión' tuvo asociación con cuatro preguntas: la Q.1 (El equipo multidisciplinar debe garantizar a la familia la oportunidad de decidir si quiere estar presente o no durante la RCP), con enfermeros, médicos y técnicos de enfermería (p-valor 0,018); la Q.12 (La presencia de un miembro de la familia puede ser benéfica para el niño durante la RCP), asociación positiva con los profesionales médicos y negativa con técnicos y auxiliares de enfermería (p-valor 0,025); la Q.13 (La presencia de un miembro de la familia puede fortalecer el *vínculo entre* la familia y el equipo de salud durante la RCP), asociación positiva con médicos y enfermeros y negativa con auxiliares de enfermería (p-valor <0,001); y la Q.18 (Los profesionales del equipo de salud deben ser capacitados para incluir la familia durante la RCP), asociación positiva con todas las profesiones (p-valor 0,011).

Cuatro preguntas tuvieron asociaciones con la variable titulación: la Q.11 (La presencia de un miembro de la familia puede ayudarla a entender lo que está siendo

realizado con el niño durante la RCP), asociación positiva entre los profesionales doctores y maestros y negativa con los recién formados (p-valor 0,004); en la Q.13 (La presencia de un miembro de la familia puede fortalecer el vínculo entre la familia y el equipo de salud durante la RCP), con profesionales doctores y maestros (p-valor 0,019); en la Q.14 (La presencia de un miembro de la familia puede auxiliar el proceso de luto de la familia, caso el niño no sobreviva después de la RCP), con profesionales de nivel superior (p-valor 0,006); y en la Q.18 (Los profesionales del equipo de salud deben ser capacitados para incluir la familia durante la RCP), con profesionales que tienen post-graduación (p-valor <0,001).

Discusión

Los resultados obtenidos en la validez de los instrumentos de identificación de creencias de los profesionales de la salud relacionados a la presencia de la familia en PI y en RCP, en la unidad neonatal, indicaron propiedades psicométricas satisfactorias, por lo tanto pueden ser utilizados en la práctica clínica.

Los instrumentos obtuvieron valores de Alpha de Cronbach indicativos de buena consistencia interna. Eso facilitó la comprensión de los participantes y la adecuación del contenido a la población-objetivo. Por lo tanto, los ítems de ambos instrumentos se refieren al constructo que está siendo medido para atender al recomendado en estudios de validez⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

En ambos instrumentos, fueron validados los siguientes dominios representativos de las creencias de los profesionales acerca de la presencia de la familia en PI y en RCP: I - Beneficios de la presencia de la familia; II - Estrategias para inclusión de la familia; III - Limitación del aprendizaje y de la toma de decisión; y IV - Perjuicios para la práctica profesional.

El dominio I envuelve las creencias relacionadas al fortalecimiento de vínculo entre la familia, el equipo de salud y el niño y el apoyo emocional a la familia y al niño durante el PI y la RCP, favorecidos por la presencia y por la participación de la familia. En la aplicación clínica, ambos instrumentos ayudaron a identificar las creencias de los profesionales sobre el constructo investigado. Ellos creen que la presencia de un miembro de la familia en esos dos eventos es muy importante para fortalecer los vínculos entre los propios familiares y entre los profesionales y la familia para que ella pueda ser testigo de los momentos vividos por el niño.

Relevante resaltar que las creencias facilitadoras de los profesionales identificadas con la aplicación de los instrumentos corroboran las creencias de familias evidenciadas en estudios con familias de niños⁽²¹⁻²⁴⁾ y de pacientes adultos⁽²⁵⁻²⁷⁾. Los autores concluyeron que,

cuando la familia tiene la oportunidad de estar junto de su ente querido, durante el atendimento de emergencia, en general, sus miembros eligen continuar y perciben que su presencia auxilia el proceso de luto en casos de óbito, pues propicia una comunicación más efectiva con el equipo multi-profesional y les permite constatar que todos los esfuerzos necesarios son realizados para salvar la vida del paciente^(6,25-27).

Autores de un estudio que investigó el efecto de la presencia de los padres y de la distracción del niño al usar un juguete durante la realización de procedimiento doloroso revelaron que los niños que tuvieron alguien significativo próximo presentaron mejora en el estándar respiratorio, en la presión arterial media y en la frecuencia cardíaca, en comparación con los niños cuyos padres estaban ausentes. Los niños también relataron menos dolor y se sintieron menos angustiados. Los autores concluyeron que la presencia de los padres es importante para aliviar el dolor de los niños, el estrés y su comportamiento negativo⁽²¹⁾.

En el dominio II, el objetivo es de identificar las creencias de los profesionales relacionadas a la importancia de protocolos institucionales y de la capacitación del equipo de salud para mantener a la familia al lado de su ente querido durante los PI y la RCP. En este estudio, la mayoría de los profesionales cree que los establecimientos de salud deben tener protocolos escritos y un programa de capacitación para efectuar esa práctica.

Estudios⁽²⁸⁻³⁰⁾ apuntan que es necesario establecer reglas que sean claras y escritas, como designar un miembro del equipo de salud para quedarse exclusivamente con la familia, dando apoyo a sus necesidades psicosociales, con el objetivo de evitar recuerdos negativos en el futuro, y evaluar previamente las respuestas emocionales de las familias durante los procedimientos para prever posibles interrupciones en el atendimento.

Sin embargo, se debería enfatizar que la American Association of Critical Care Nurses - AACN⁽³¹⁾ alerta que, apesar de la recomendación de organizaciones, conferencias de consenso, políticas y directrices de una práctica clínica para promover la inclusión de la familia en PI y RCP, apenas 5% de las unidades de cuidados críticos norte-americanas, 8% de las canadienses y 7% de las europeas disponen de políticas escritas. En esta investigación, los profesionales con más tiempo de escolaridad y conocimiento previo sobre la temática son más abiertos para la inclusión de la familia durante el PI y la RCP.

En Francia⁽³²⁻³³⁾, hay evidencias de que médicos con una media de 38 años de edad, con formación previa de curso relacionado a la presencia de la familia durante la RCP, son más favorables de lo que los enfermeros.

Estudios⁽¹²⁻¹³⁾ refuerzan que el equipo de salud debe incentivar la participación de la familia en esos procesos, ya que son recursos importantes en la asistencia que posibilitan resultados positivos en la evolución clínica del paciente. En ese sentido, los autores apuntan el modelo de Cuidado Centrado en el Paciente y en la Familia como potencial para conducir la práctica de los profesionales, pues está conectado a la oferta de información, al respecto de la dignidad de la familia, en la participación en los cuidados y en la colaboración⁽¹²⁾. Ese modelo de cuidado puede atender a las necesidades de los pacientes y de sus familiares, por ejemplo, de recibir información y apoyo emocional y de tener proximidad con el equipo durante una crisis relacionada a la salud. En esa perspectiva, los profesionales del área de Salud deben actuar en el sentido de reconocer que la familia tiene el derecho a las explicaciones, de manera completa y apropiada a su comprensión, sobre el diagnóstico y de los cuidados que son dispensados a su hijo.

El dominio III se refiere a las creencias restrictivas del equipo de salud relacionadas a la presencia de la familia durante el PI y la RCP en relación al aprendizaje de los profesionales y a su capacidad de tomar una decisión.

En un estudio del tipo survey, realizado en los Estados Unidos de América (EUA) con 154 enfermeras sobre la presencia de la familia durante la RCP, los autores revelaron que la autoconfianza de esos profesionales fue significativamente mayor entre las que habían completado el entrenamiento en soporte avanzado de vida, las que participaron de diez o más eventos de reanimación y las que fueron certificadas por sociedades de especialistas o por organizaciones profesionales de enfermeros⁽³⁴⁾. El estudio reveló que tanto los profesionales de Salud de nivel superior cuanto los de nivel medio creen que la presencia de la familia del niño durante los PI y la RCP no interfiere en el aprendizaje, en la concentración del equipo, en las tomadas de decisiones, ni en el tiempo de realización de los procedimientos.

El dominio IV es relativo a las creencias sobre los perjuicios para la práctica del profesional cuando la familia está presente, como ansiedad, inseguridad y pérdida de la concentración durante el PI y la RCP.

Esas creencias han sido apuntadas como las que motivan a los profesionales a no incluir a la familia en el PI y en la RCP. Estudios de intervención realizados en Francia revelaron que, mismo después de haber tomado conciencia de que la presencia de la familia es muy importante durante la RCP, los autores constataron que el equipo médico mantiene creencias restrictivas, como las de que la presencia de un familiar puede causar daños psicológicos, el tiempo del procedimiento es más prolongado, el equipo pierde la concentración, hay

riesgo de interferencia en la gestión médica y aumenta el estrés del equipo de cuidados⁽³²⁻³³⁾.

Enfermeras que participaron del estudio⁽³⁴⁾ identificaron barreras en relación a la presencia de la familia, como el miedo de que ella interfiera en los procedimientos, la falta de espacio físico y de apoyo para sus miembros, el miedo de trauma y el aumento de la ansiedad.

Como limitaciones de este estudio, se destacan el tamaño de la muestra, en que se consideró la razón ítem/participantes en lo mínimo recomendado; la inclusión de participantes circunscrita a un municipio brasileiro; la etapa empírica de validez restringida al contexto neonatal; la escasez de literatura nacional sobre las creencias de profesionales de la salud en relación a la presencia de la familia en situaciones críticas; y la falta de protocolos asistenciales en los servicios de atención pediátrica y de consensos nacionales sobre la temática por sociedades de especialistas, que dificultaron la construcción de los instrumentos.

Conclusión

Este estudio posibilitó la construcción y la validez de dos instrumentos de identificación de las Creencias de los Profesionales de Salud relacionadas a la Presencia de la Familia en Procedimientos Invasivos- CPSFam/PI – y de las Creencias de los Profesionales de la Salud relacionadas a la Presencia de la Familia en Reanimación Cardiopulmonar - CPSFam/RCP, ambos con buena consistencia interna cuyos ítems se refieren al mismo constructo. Los resultados del análisis factorial apuntaron cuatro factores con carga superior a 0,500, que se constituyeron en cuatro dominios de creencias de los profesionales.

Los instrumentos propuestos y testados se revelaron capaces de identificar las creencias de los profesionales acerca de los eventos estudiados, de apuntar aspectos que deben ser considerados por el equipo de salud, al cuidar de la familia como compañera en los cuidados de salud de sus miembros, y de contribuir para mejorar la calidad de la asistencia en ese contexto. Por esa razón, deben ser utilizados en otros contextos nacionales, considerando la diversidad cultural del país.

Referencias

1. MacAlvin SS, Carew-Lyons A. Family presence during resuscitation and invasive procedures in pediatric critical care: a systematic review. *Am J Crit Care*. 2014; 23(6):477-84; quiz 485. doi: 10.4037/ajcc2014922.
2. American Association of Critical Care Nurses. Practice Alert. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurse*. 2016; 36(1):e11-e4. doi: 10.4037/ccn2016980.

3. Cathie G. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurse*. 2017; 37(1):e11-4. doi: 10.4037/ccn2016980.
4. Pasek TA, Licata J. Parent advocacy group for events of resuscitation. *Crit Care Nurse*. 2016;36(3):58-64. doi: 10.4037/ccn2016759.
5. Marshall A, Bell JM, Moules NJ. Beliefs, suffering, and healing: a clinical practice model for families experiencing mental illness. *Perspect Psychiatr Care*. 2010 Jul;46(3):197-208. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00259.x.
6. Mekitarian FFP, Angelo M. Family's presence in the pediatric emergency room: opinion of health's professionals. *Rev Paul Pediatr*. 2015 Oct/Dec; 33(4):460-6. doi: 10.1016/j.rpped.2015.03.010.
7. Ferreira CAG, Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures in children. *Rev Paul Pediatr*. 2014; 32(1):107-13. doi: 10.1590/S0103-05822014000100017.
8. Kathleen LM, Jeff C, Susan E. Family-centered care in the pediatric intensive care uniteline: family presenceduring invasive procedures and resuscitation. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Jun; 60(3):761-72. doi:10.1016/j.pcl.2013.02.011.
9. Nishisaki A, Diekena DS. Mind the gap and narrowing it: family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures. *Resuscitation*. 2011 Jun;82(6):655-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.03.028.
10. Lederman Z. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: evidence-based guidelines? letter to editor. *Resuscitation*. 2016; 105:e5-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.04.026.
11. Bossaert L, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VL, Greif R, Haywood KL, et al. Reply to letter: family presence during cardiopulmonary resuscitation: evidence-based guidelines? *Resuscitation*. 2016; 105:e7-8. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.05.003.
12. Cruz AC, Angelo M. Family centered care in pediatrics: redefining relationships. *Cienc Cuidado Saúde*. 2011; 10(4):861-5. doi:10.4025/ciencuidsaude.v10i4.18333.
13. Dennis C, Baxter P, Ploeq J, Blatz S. Models of partneship within family-centred care in the acute paediatric setting: a discussion paper. *J Adv Nurs*. 2017 Feb; 73(2):361-74. doi: 10.1111/jan.13178.
14. Santos NC, Fugulin FMT. Creation and validation of an instrument to identify nursing activities in pediatric wards: information for determining workload. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(5):1052-60. doi: 10.1590/S0080-623420130000500007.
15. Mitchell ML, Burmeister E, Chaboyer W, Shields L. Psychometrics of the "family-centred care survey- adult scale. *Int J Person Centered Med*. 2012; 2(4):792-8. doi: 10.5750/ijpcm.v2i4.313.
16. Balbino FS, Balieiro MMFG, Mandetta MA. Measurement of family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2016 Aug; 24:e2753. doi: 10.1590/1518-8345.0710.2753.
17. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2009; 43(Esp):992-9 [cited Feb 17, 2017]; 43(Esp.):992-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
18. Rosana KSM, Marcos AFJ, Diana PSRP, Allyne FV, Viviane EPS, Elizabeth B. Pasquali's model of content validation in the nursing researches. *Rev Enferm*. 2015;5(4):127-35. doi: 10.12707/RIV14009.
19. Pereira RDM, Alvim NAT. Delphi technique in dialogue with nurses on acupuncture as a proposed nursing intervention. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):174-80. doi: 10.5935/1414-8145.20150024.
20. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta as pesquisas com seres humanos. [Internet]. 2012 [cited Feb 17, 2017]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.
21. Matziou V, Chrysostomou A, Vlahiot E, Perdikaris P. Parental presence and distraction during painful childhood procedures. *Br J Nur*. 2013; 22(8):470-5. doi: 10.12968/bjon.2013.22.8470.
22. Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Silva JH, Carvalho JS, Zamberlan KC. Family perception about their presence or not in a pediatric emergency situation. *Texto Contexto- Enferm*. [Internet]. 2016 [cited Feb 17, 2017]; 25(3):e0230015. doi: 10.1590/0104-07072016000230015.
23. Porter JE, Simon JC, Sellick K. Family presence during resuscitation (FPDR): perceived benefits, barriers and enablers to implementation and practice. *Int Emerg Nurs*. 2014 Apr; 22(2):69-74. doi: 10.1016/j.ienj.2013.07.001.
24. Dall'Orso MS, Concha PJ. Presencia familiar durante la reanimación cardiopulmonar: la mirada de enfermeros y familiares. *Cienc Enferm*. 2012;18(3):83-99. doi: 10.4067/S0717-95532012000300009.
25. Porter J, Dip G, Cooper SJ, Sellick K. Attitudes, implementation and practice of family presence during resuscitation (FPDR): a quantitative literature review. *Int Emerg Nurs*. 2013; 22(1):26-34. doi: 10.1016/j.ienj.2012.04.00.
26. Goldberger ZD, Nallamotheu BK, Nichol G, Chan PS, Curtis JR, Cooke CR. Policies allowing family presence during resuscitation and patterns of care during in-hospital cardiac arrest. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015 May; 8(3):226-34. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001272.

27. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med*. 2013 Mar; 368(11):1008-18. doi: 10.1056/NEJMoa1203366.
28. Leske JS, McAndrew NS, Brasel KJ. Experiences of families when present during resuscitation in the emergency department after trauma. *J Trauma Nurs*. 2013; 20(2):77-85. doi: 10.1097/JTN.0b013e31829600a8.
29. Lederman Z, Garasic M, Piperberg M. Family presence during cardiopulmonary resuscitation: who should decide? *J Med Ethics*. 2014; 40(5):315-9. doi: 10.1136/medethics-2012-100715.
30. Downar J, Kritek PA. Family presence during cardiac resuscitation. *N Engl J Med*. 2013; 368(11):1060-62. doi: 10.1056/NEJMclde1301020.
31. Guzzetta C. Family presence during resuscitation and invasive procedures. *Crit Care Nurs*. 2016; 36(1):11-4. doi: 10.4037/ccn2016980.
32. Tripon Defossez G, Ragot S, Ghazali A, Boureau-Voultoury A, Scépi M, Oriot D. Parental presence during cardiopulmonary resuscitation of children: the experience, opinions and moral positions of emergency teams in France. *Arch Dis Child*. 2014; 99:305-6. doi: 10.1136/archdischild-2013-305810.
33. Belpomme V, Adnet F, Mazariegos I, Beardmore M, Duchateau F, Mantz J, et al. Family witnessed resuscitation: nationwide survey of 337 prehospital emergency teams in France. *Emerg Med J*. 2013 Dec; 30(12):1038-42. doi: 10.1136/emered-2012-201626
34. Tudor K, Berger J, Polivka BJ, Chlebowy R, Thomas B. Nurses' perceptions of family presence during resuscitation. *Am J Crit Care*. 2014; 23(6):88-96. doi: 10.4037/ajcc2014484.

Recibido: 24.07.2017

Aceptado: 23.07.2018

Autor correspondiente:

Cristiana Araujo Guiller Ferreira

E-mail: crisneonato@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6577-0394>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.