



universidad  
de León

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias  
SocioSanitarias*

Curso Académico 2017-2018

PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS  
SOBRE LAS VISITAS ABIERTAS EN UNA UCI

*INTENSIVE CARE NURSING PROFESSIONAL'S  
PERSPECTIVES ABOUT ICU OPEN VISITS*

Realizado por: Aránzazu Alonso Rodríguez  
Dirigido por: Josefa Gallego Lorenzo  
Antonio Sánchez Vallejo

En León, a 4 de Diciembre de 2017

VºBº DIRECTOR/A

VºBº AUTOR/A

## INDICE

Resumen .....	I
Abstract .....	II
1. Introducción .....	1
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo principal.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. Metodología .....	5
3.1. Tipo de estudio.....	5
3.2. Contexto del estudio.....	5
3.3. Muestra de estudio.....	6
3.4. Instrumento .....	7
3.5. Variables .....	7
3.6. Metodología de recogida de datos.....	9
3.7. Análisis estadístico.....	9
4. Resultados.....	11
4.1. Variables sociodemográficas de la muestra de profesionales de enfermería de la UCI polivalente del HUCA.....	11
4.2. Análisis descriptivo de las opiniones del personal de enfermería sobre la vista abierta en la UCI a estudio. ....	12
4.3. Análisis de la opinión del personal de enfermería respecto al actual régimen de vista abierta en la UCI a estudio en relación a las tres áreas de influencia estudiadas por el cuestionario empleado.....	16
4.4. Análisis cualitativo de las sugerencias de los profesionales .....	17
5. Discusión .....	20
5.1. Percepción de los efectos de la visita abierta en el paciente .....	20
5.2. Percepción de los efectos de la visita abierta en la familia .....	21
5.3. Percepción de los efectos de la visita abierta en los profesionales.....	22
5.4. Limitaciones del estudio .....	24
5.5. Consideraciones éticas.....	25
6. Conclusiones .....	26
7. Referencias.....	27

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Autorización para utilización del cuestionario.....	32
Anexo 2: Carta de presentación.....	33
Anexo 3: Cuestionario opiniones del personal sobre la visita abierta.....	34
Anexo 4: Permiso a gerencia HUCA y Dirección de enfermería.....	36
Anexo 5: Autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.....	37
Anexo 6: Percepciones de Personal respecto al efecto de la visita abierta.....	38
Anexo 7: Unidades de significado de las categorías derivadas de las sugerencias de los profesionales.....	40



## INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Descripción de la muestra.....	11
Tabla 1: Distribución del género por categoría profesional.....	12
Tabla 2: Percepciones del personal respecto al efecto de la visita abierta en el paciente.....	13
Tabla 3: Percepciones del personal respecto al efecto de la visita abierta en la familia.....	14
Tabla 4: Percepciones del personal respecto al efecto de la visita abierta en los profesionales .....	15
Tabla 5: Puntuación en cada una de las tres áreas .....	16
Tabla 6: Comparativa entre área familia y categoría profesional.....	17
Tabla 7: Matriz cualitativa de las opiniones expresadas por los profesionales .....	18

## RESUMEN

**Introducción:** Tradicionalmente, las Unidades de Cuidados Intensivos han tenido unos horarios de visita restringidos. Diversos estudios han demostrado la importancia cubrir las necesidades que presentan los familiares y así mejorar la calidad en la atención y satisfacción de los pacientes y sus familias. El objetivo de este estudio es conocer la opinión de los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Central de Asturias respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente, en la familia y en la actividad diaria de los profesionales, así como sus aportaciones a la actual política de visitas abiertas.

**Método:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, mediante muestreo discrecional no probabilístico. La muestra estuvo formada por profesionales de enfermería de la citada Unidad. Se les entregó un cuestionario con 26 ítems, además una pregunta abierta para evaluar las sugerencias de los profesionales.

**Resultados:** Participaron en el estudio 101 profesionales de enfermería, de los 120 que trabajan en la Unidad a estudio. El 75,2% manifiestan que el equipo de enfermería tiene que posponer o modificar su trabajo debido a la presencia de la familia y el 89,9% que su presencia produce una carga física y psíquica al personal. El 80% piensa que la visita agota a la familia y el 84,2% que la familia se siente obligada a permanecer con el paciente. El 94% opinan que el efecto de la presencia de la familia depende del paciente y de la familia.

**Conclusiones:** La mayoría de los profesionales tiene una opinión negativa hacia la política de visitas abiertas, mostrando cierta reticencia a la hora de flexibilizar los horarios de visita; aunque admiten que un horario sin restricciones en este tipo de unidades supone cierto grado de beneficio para el paciente y la familia.

## Descriptores

Enfermería, Familia, Opinión, Unidad de Cuidados Intensivos, Visitas a Pacientes.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Traditionally, Intensive Care Units have had restrictive visiting hours. Several studies have shown the importance meeting the needs presented by the family, and improve the quality of care and patient/family satisfaction. The goal of this study is to know attitude of the Central Hospital of Asturias nursing professionals regarding the effects of open visiting on patient, family and professional's daily activities, and to also know their contribution to the current open visiting policy..

**Method:** A cross-sectional descriptive study was performed, with a non-probabilistic discretionary sampling. The sample was formed nursing professionals of the aforementioned Unit. They were given a questionnaire with 26 items and an open question to evaluate the suggestions of these professionals.

**Results:** 101 nursing professionals took part in the study, of the 120 working in the Unit under study. 75.2% state that the nursing team has to postpone or modify their work due to the presence of the family and 89.9% that their presence produces a physical and psychological burden on the staff. 80% think that the visit exhausts the family and 84.2% that the family feels obliged to remain with the patient. 94% think that the effect of the presence of the family depends on the patient and the family.

**Conclusions:** Most of professionals have a negative opinion about the policy of open visits, showing some reluctance when it comes to flexible visiting hours, although they admit that an unrestricted schedule in this type of units supposes a certain degree of benefit for the patient and the family.

## **Keywords**

Family, Intensive Care Unit, Nursing, Opinion, Visitors to Patients.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) somete a los miembros de su familia a una situación difícil, frecuentemente inesperada, que provoca un cambio de los patrones de relación habituales y que requiere una adaptación. La UCI es un medio hostil donde las alarmas, la dependencia a las máquinas y la alta cantidad de tubuladuras y conexiones generan un aumento de la ansiedad de las familias de los enfermos ingresados (1). Históricamente, las UCI han tenido unos horarios de visita restringidos, basados en un enfoque de proteger al paciente ya que los cuidados van dirigidos a él de manera exclusiva e individualizada. El predominio de una cultura tecnológica, centrada en al paciente, hace que sea más difícil resolver la cercanía entre el paciente y familiares (2).

Existe una gran variabilidad en las UCI de adultos en cuanto a la política de visitas pues éstas dependen del área geográfica y cultural. El mayor porcentaje se obtiene en Suecia (70%) mientras que en algunos países como Italia solamente es del 1% (3).

En España, el estudio más reciente sobre la política de visitas abiertas fue publicado en el año 2015 (4). En él se constata que no han ocurrido cambios muy importantes en la última década, ya que en la actualidad el 9,8% de las UCI tienen horario abierto y solamente el 4% mantiene un sistema de puertas abiertas las 24 h. La mayoría (67,7%) sigue con visitas restringidas en número de 2 al día de 30-60 min, a pesar de que se ha demostrado que las visitas familiares contribuyen al bienestar del paciente, minimizan la experiencia traumática de la enfermedad y disminuyen la ansiedad, tanto del paciente como de la familia (5). En Francia, un estudio que analiza los patrones organizativos de las visitas concluye que en un 97% de las unidades estudiadas se aprecia un carácter restrictivo de las mismas (6).

El deseo de visitar al paciente con frecuencia se encuentra entre las principales necesidades identificadas por los familiares (7) y además se observan efectos positivos tanto en los familiares como en los pacientes, por ejemplo la disminución de la ansiedad o aumento de la sensación de bienestar. Asimismo, el contacto del enfermo con los familiares disminuye la confusión y agitación relacionándose con una menor incidencia de delirio en los pacientes acompañados (8). De hecho, el contacto con los familiares se considera como una de las intervenciones no farmacológicas más efectivas en la prevención del delirio, siendo usada como recurso en numerosas unidades (9).

En uno de los múltiples estudios que tratan de reflejar las preferencias de los propios pacientes sobre las visitas de sus familiares (10), se concluye que los pacientes muestran mayor satisfacción con una organización flexible y adaptada a sus propias necesidades y a la de los miembros de su familia. La presencia de la familia aporta un soporte emocional y una sensación de seguridad ante la realización de cualquier procedimiento que genere miedo en el paciente (11). Estos beneficios pueden también repercutir en una disminución de la estancia en UCI (4) y posibilitan una mayor comunicación entre el personal y los familiares (12).

En relación con estas observaciones, los profesionales inician un cambio de tendencia con el objetivo de promover el contacto con el paciente y satisfacer esas necesidades de los familiares, realizando protocolos de acogida o liberalizando los horarios de visita (9-14).

Estas medidas permiten, por una parte, incluir a la familia en el cuidado del paciente crítico y, por otra, convertir a la familia en receptora de cuidados (15); pero se observa en los profesionales de enfermería cierta incomodidad con respecto a la atención con los familiares y el papel que éstos juegan en el proceso de atención (2).

En nuestro país, Marco et al. (11) analizaron la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta, instaurada en su unidad, producía en los pacientes, familiares y enfermeras. Concluyó que existe coherencia entre las opiniones y actitudes hacia el efecto beneficioso que la visita abierta tiene en el paciente, familia y en los profesionales. En cambio, otros estudios refieren que hay aumento en la carga de trabajo para los trabajadores de la UCI y un cierto retraso en el ejercicio de sus funciones (16). Las dificultades de comunicación entre los profesionales y las familias pueden provocar reacciones de distanciamiento, generando malestar entre los profesionales y cierta frustración en los familiares. Trabajos más recientes, como el de Sánchez-Vallejo et al. (17), demuestran que hay un aumento de la satisfacción del personal, pero también indican que éstos necesitan completar su formación en aspectos psicológicos como el manejo de la comunicación con las familias.

En otro estudio realizado por Simon et al. (18) entre 201 enfermeras con el objeto de analizar la política de visitas en unidades de cuidados críticos, se expone que en un 70% de los casos sus políticas oficiales eran restrictivas. Sin embargo, el 78% de estas enfermeras decían ser flexibles en la aplicación de las normas de visitas y que la

mayoría aplica estas reglas en base a sus propias decisiones valorando las necesidades del paciente y de las propias enfermeras. Por otro lado, son frecuentes las referencias de algunos autores que destacan el papel relevante de las enfermeras en relación a la atención de los familiares por su continua permanencia junto a los pacientes (14,15). Se hace necesario, por tanto, encontrar un equilibrio entre las necesidades de los familiares y las necesidades del personal para poder mejorar la calidad de la atención prestada en los cuidados intensivos.

El presente estudio se realizó en la UCI Polivalente del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) donde existe un régimen de visitas abierto implantado desde hace aproximadamente cuatro años, en el que los familiares pueden permanecer durante períodos amplios de tiempo al lado del paciente. No se han encontrado estudios que valoren la percepción del personal de enfermería ante la visita abierta en unidades con horarios ampliados.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Describir la opinión de los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del HUCA respecto a los efectos de la visita abierta sobre el paciente, en la familia y en la actividad diaria de los profesionales.

### **2.2 Objetivos específicos**

Analizar las mencionadas opiniones de los profesionales de enfermería de la Unidad a estudio en función de las variables sociodemográficas edad, género, categoría profesional y tiempo trabajado en UCI.

Obtener información cualitativa sobre las percepciones de los profesionales de enfermería de la UCI a estudio respecto al actual régimen de visitas.



### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de estudio**

Estudio cuantitativo descriptivo transversal realizado en la UCI Polivalente del HUCA, mediante un cuestionario autoadministrado.

#### **3.2 Contexto del estudio**

El Hospital Universitario Central de Asturias, ubicado en Oviedo, es un centro de referencia en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). La atención al paciente crítico adulto en la UCI Polivalente se realiza en cuatro unidades (UCI 3-4-5-6) con diez boxes en cada unidad, dos de ellos son de aislamiento con puerta corredera de cristal pero sólo están habilitados con personal asistencial ocho boxes para el ingreso de pacientes. El ratio enfermera-paciente es de 1:2 y de 1:4 para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Al ingreso del paciente, se permite a la familia visitar a su familiar durante unos minutos, momento en el que el médico informa del estado actual del paciente. Se hace entrega de un tríptico informativo donde se refleja el médico de referencia, la cama donde está ingresado el enfermo, el teléfono para recibir información, si lo desea, sobre el estado de salud, dejando constancia que ésta será discreta para preservar la confidencialidad de los datos.

El horario de visitas es de 12:30h a 21:00h, aunque se recomienda a las familias que no permanezcan en las unidades entre las 14:30h y las 16:00h para llevar a cabo labores de cambio de turno y verificación del estado del enfermo. Durante la visita, se permite permanecer dos personas a la vez, los cuales pueden intercambiarse con otros familiares tantas veces como deseen. En el caso de situaciones de urgencia o realización de alguna técnica, los familiares pasarán a la sala de espera hasta ser nuevamente avisados. No están aconsejadas las visitas de menores de ocho años debido al impacto psicológico y posible transmisión de infecciones, aunque si la situación clínica del paciente no lo desaconseja, los menores podrán hacer visitas cortas, siempre en compañía de una persona adulta.

La información médica tiene lugar de lunes a viernes a las 12:30h y los fines de semana y festivos a las 17:00h, siempre dentro del box del paciente y sin la presencia la enfermera encargada del paciente. La información de enfermería se realiza a demanda de los familiares, y se limita a los cuidados básicos y el estado general del paciente.



El personal de enfermería desarrolla sus servicios en tres turnos de trabajo, el turno de mañana comienza a las 08:00h y finaliza a las 15:00h; el de tarde se inicia a las 15:00h y finaliza a las 22:00h y el turno de noche es desde las 22:00h hasta las 08:00h. Existe otro turno fijo de mañanas que refuerza el servicio en las horas de mayor carga de trabajo.

### 3.3 Muestra de estudio

La selección muestral siguió un patrón discrecional y no probabilístico, fundamentado sobre los criterios de selección que más adelante se detallan. Sin embargo, con el objetivo de estimar el número de participantes necesarios para que el estudio fuera representativo de la población de referencia, se realizó el cálculo del tamaño muestral; con un total de la población (N) de 124 personas, un nivel de confianza del 95%, una precisión (d) del 3% y una proporción del 5% obtendríamos un tamaño muestral (n) de 91 personas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Total de la población;

$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$  (si la seguridad es del 95%);

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05);

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95);

d = precisión (3%=0,03)

Se tomó como población de referencia a todos los profesionales de enfermería (TCAEs y enfermeras) que trabajaban en la UCI del HUCA en el mes de Abril del 2017.

Los criterios de inclusión se definieron siguiendo los encontrados en estudios similares. Estos fueron: experiencia en la unidad de al menos 6 meses y acceder a participar voluntariamente en el estudio. Como criterios de exclusión: personal en turno fijo de mañanas, ya que en dicho turno la interacción con la familia se realiza durante menos tiempo.

### 3.4. Instrumento

La escala utilizada para analizar las opiniones del equipo de enfermería (Anexo 3), fue desarrollada y adaptada por Marco et al. (10) en base a los resultados de los estudios de Kirchhoff et al de 1993 (19) y Simpson et al de 1996 (20). El resultado del análisis de fiabilidad obtenido, alfa de Cronbach, para dicha escala fue de 0,77. Previo al estudio, se solicitó el permiso de la autora para utilizar el cuestionario (Anexo 1). Se elaboró una hoja de recogida de datos que constaba de dos partes, la primera con 6 preguntas sociodemográficas y la segunda, con la escala de 26 ítems desarrollados con una escala tipo Likert y con 4 respuestas posibles, siendo el (1) *totalmente en desacuerdo*, (2) *en desacuerdo*, (3) *de acuerdo* y (4) *totalmente de acuerdo*. El cuestionario permite recoger la información en tres áreas. La primera (A) se refiere a las opiniones del personal sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes; la segunda (B), al efecto en los familiares y la tercera (C), al efecto en el propio equipo de enfermería. Además, se ha querido recoger información mediante el empleo de una pregunta abierta sobre el sistema actual de visitas, para recabar posibles opciones de mejora y explorar futuras líneas de investigación.

Tras valorar la escala de opiniones del personal de enfermería sobre la visita abierta con sus distintos indicadores, los autores de la validación del cuestionario antes citados proponen invertir la puntuación de las preguntas negativas, para posteriormente obtener una puntuación media para cada una de las áreas. Así, según las indicaciones de los autores mencionados, las preguntas invertidas fueron la 2, 3, 6, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 20, 23, 24 y 25, dándoles un valor de 4 a 1 en la escala Likert. La puntuación mínima y máxima de cada una de las tres áreas serían 10 y 40 puntos para el área del paciente, 7 y 28 puntos para el área de la familia, 9 y 36 puntos para el área de los profesionales, con una media de 25, 17,5 y 22,5 puntos, respectivamente. La puntuación total de la escala quedaría comprendida entre 26 y 104 con una media de 65 puntos. Una puntuación por encima de estas medias indicaría, según los autores de la validación del cuestionario utilizado, una opinión positiva de los encuestados hacia la visita abierta.

### 3.5 Variables

Las variables dependientes fueron: la percepción de los profesionales sobre el efecto que la visita abierta tiene sobre el paciente, la percepción respecto al efecto que la visita abierta tiene sobre la familia del paciente, y la percepción del efecto de dicha visita sobre los propios profesionales. Estas variables se operativizaron mediante los indicadores expuestos a continuación:



**A. Efecto en el paciente:**

1. Apoyo emocional al paciente
2. Percepción del dolor
3. Gasto de energía del paciente
4. Aburrimiento del paciente
5. Deseo de vivir
6. Alteración FC y TA
7. Los efectos dependen del paciente y del familiar
8. Fatiga en el paciente
9. Estabilidad del paciente
10. Descanso del paciente

**B. Efecto en la familia:**

11. Satisfacción familiar
12. Ansiedad familiar
13. Agotamiento familiar
14. Información y conocimiento de la situación en la familia
15. Obligación familiar de permanecer con el paciente
16. Apoyo del personal de enfermería a la familia
17. Desatención del resto de miembros de la familia

**C. Efecto en el profesional de enfermería:**

18. Interrupción de los cuidados de enfermería
19. Información valiosa del paciente
20. Carga física y psíquica para el profesional
21. Apoyo emocional al paciente
22. Ayuda al profesional a prestar cuidados básicos
23. Dificultad en la comunicación con el familia
24. Tiempo para información y para el cuidado
25. Imposibilidad de manifestarse como es la enfermera
26. Satisfacción del profesional

Se consideraron variables independientes las variables sociodemográficas: edad, género, categoría profesional y tiempo trabajado en UCI. Se incluyeron dos variables intervinientes a fin de valorar la influencia de aspectos complementarios como el ingreso previo de un familiar en UCI y la formación previa en habilidades de comunicación de los profesionales participantes.

### **3.6 Metodología de recogida de datos**

Para la recogida de datos durante la fase de trabajo de campo se emplearon cuestionarios autoadministrados, entregados por el investigador principal al personal de enfermería del servicio de medicina intensiva del HUCA, pero cumplimentados de forma diferida a la entrega sin la presencia de dicho investigador. Esta fase de recogida de datos tuvo lugar entre el 1 y el 30 de Abril de 2017. Los cuestionarios estaban precedidos por una carta de presentación (Anexo 2) donde se informaba de los datos principales del estudio (título, autora, objetivos...) y se indicaba la voluntariedad, el anonimato y la confidencialidad de las respuestas, entendiéndose implícito el consentimiento al aceptar la participación voluntaria en el estudio.

En el momento de la entrega de la encuesta se informó también de forma verbal a los profesionales de que la participación en el estudio era voluntaria y anónima, y se precisó que el investigador principal estaba a su disposición para resolver cualquier duda que surgiera durante la cumplimentación del cuestionario. Para la recogida de los cuestionarios se dispuso de unas urnas cerradas en la sala de descanso del personal, indicando a los participantes que las depositaran en ellas una vez cumplimentado. El investigador principal pasó diariamente a recoger los sobres de los cuestionarios entregados.

Previamente al trabajo de campo, se solicitaron los pertinentes permisos a la Gerencia y Dirección de Enfermería del HUCA (Anexo 4) y al Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias (Anexo 5), manifestando su conformidad con la realización del estudio. Una vez concedido, se informó a las supervisoras del servicio, mostrando la autorización para la realización del trabajo.

### **3.7 Análisis Estadístico**

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS, versión 24.0 para Windows PC.

El análisis univariado de las variables cuantitativas fue realizado empleando medidas de centralidad: media aritmética y mediana; y medias de dispersión: desviación típica. En el caso de las variables cualitativas este mismo análisis fue realizado mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes.

Para el análisis bivariado empleamos el test de Kolmogorov-Smirnov previo a la realización de Test ANOVA, a fin de comprobar la normalidad de las distribuciones a



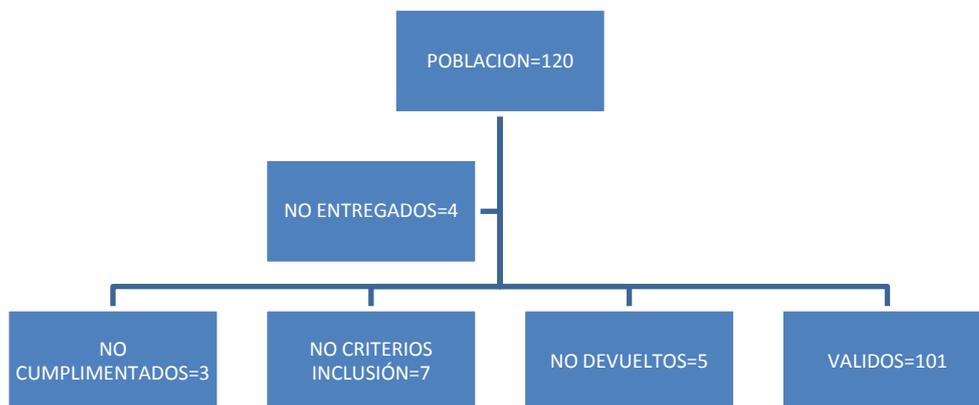
estudio. El contraste de hipótesis se evaluó mediante T de Student y Chi cuadrado, según se tratase de variables cuantitativas o cualitativas.

Se declaró significativa una diferencia cuando la probabilidad de error tipo I fuera igual o inferior al 5%, lo que se evaluó mediante el estadístico p de Pearson, con valor  $p \leq 0.05$  para esa probabilidad.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Variables sociodemográficas de la muestra de profesionales de Enfermería de la UCI Polivalente del HUCA.

Durante el periodo de recogida de datos, la población de referencia era de 82 enfermeras y 42 TCAEs, que desarrollaban su actividad profesional en el servicio de medicina intensiva del HUCA. La muestra resultante de la aplicación de los criterios de exclusión resultó constituida por 120 profesionales de enfermería, obteniéndose una tasa de participación del 81%. Se entregaron un total de 116 cuestionarios, debido a la imposibilidad de acceder a los profesionales restantes por la elevada carga de trabajo. La muestra final se compuso de 101 cuestionarios. En la Figura 1 se puede observar el proceso seguido hasta la configuración de la muestra final de estudio.



**Figura 1.** Descripción de la muestra. Elaboración propia.

En relación a los datos sociodemográficos, la edad media de la muestra a estudio fue de 42,8 años (Mediana=42,8; DT±8,4; Máximo=50; Mínimo=31). El tiempo medio trabajado en la UCI ha sido de 12,7 años (Mediana=12,7; DT±7,0; Máximo=30; Mínimo=1). Según la categoría profesional, cumplimentaron el cuestionario un 77,2% (78/101) de las enfermeras y un 22,8% (23/101) de los TCAEs. Un 38,6% (39/101) de los profesionales que cumplimentaron la encuesta han tenido en algún momento un familiar ingresado en cuidados intensivos. Con respecto a la formación en habilidades en comunicación, el 35,6% (36/101) reflejaron haber recibido formación y el 64,4% (65/101) no.



Por género, la distribución fue mayoritariamente femenina, con un 87% de mujeres (87/100). Por categoría profesional, fue también mayoritario el sexo femenino, siendo mayor el porcentaje de mujeres entre los TCAEs (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución del género por categoría profesional

		Enfermera		TCAE	
		n/N	%	n/N	%
Género	Masculino	12/78	15,6%	1/23	4,3%
	Femenino	65/78	84,4%	22/23	95,7%

#### 4.2 Análisis descriptivo de las opiniones del personal de enfermería sobre la vista abierta en la UCI a estudio.

Para simplificar la presentación de los datos se han agrupado los resultados en dos grupos. Las respuestas que incluían “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” bajo el enunciado “de acuerdo” y los que incluían “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”, bajo el enunciado “en desacuerdo”. Los resultados desglosados en las cuatro posibles respuestas se detallan en el Anexo 6.

Con respecto a la percepción del efecto que tiene la visita familiar en el paciente (Tabla 2), un 89% (89/100) de los profesionales están de acuerdo con que la presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente, y un 94% (94/100) considera que el efecto de la familia depende tanto del paciente como de la propia familia. El 56% (56/100) de los profesionales manifestaron estar de acuerdo con que la presencia de la familia incrementa la percepción de dolor en el paciente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) al comparar la edad de los encuestados con la apreciación por parte de los profesionales de que la presencia familiar incrementa la percepción de dolor en el paciente, siendo los de mayor edad los que más de acuerdo estaban con dicha afirmación. Asimismo, éstos últimos se muestran significativamente más de acuerdo con que la visita inestabiliza al paciente ( $p = 0,011$ ) y dificulta su descanso ( $p = 0,009$ ).

El 81% (81/100) de los encuestados consideran que la presencia de la familia aumenta el gasto de energía del paciente, siendo mayor el porcentaje de TCAEs, un 95,5% ( $p = 0,05$ ), que contestan en este sentido frente al porcentaje de enfermeras (76,9%).

Igualmente un 86,4% (19/22) de las TCAES se muestran significativamente más de acuerdo con que la familia dificulta el descanso del paciente, frente al 62,3% (48/77) de las enfermeras que opina en la misma línea ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 2.** Percepciones del personal respecto al efecto de la visita abierta en el paciente

		En desacuerdo		De acuerdo	
		n/N	%	n/N	%
1	La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente	11/100	11,0%	89/100	89,0%
2	La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente <sup>1</sup>	40/100	44,0%	56/100	56,0%
3	La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente <sup>2</sup>	19/100	19,0%	81/100	81,0%
4	La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente	23/100	23,0%	77/100	77,0%
5	La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir	36/101	35,7%	65/101	64,3%
6	La presencia de la familia provoca un aumento de la FC y de la TA	27/99	27,3%	72/99	72,7%
7	Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como de la familia	6/100	6,0%	94/100	94,0%
8	La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia	67/101	66,3%	34/101	33,7%
9	En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente <sup>1</sup>	64/100	64,0%	36/100	36,0%
10	La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente <sup>1,2</sup>	32/99	33,0%	67/99	67,0%

<sup>1</sup>Significación estadística según edad ( $p < 0,05$ )

<sup>2</sup>Significación estadística según categoría profesional ( $p \leq 0,05$ )

Con respecto a la percepción del efecto que la visita abierta tiene en la propia familia (Tabla 3), más del 80% de los profesionales consideran que la visita abierta agota a la familia (81/101), un 84,2% (85/101) opinan que ésta se siente obligada a estar con el paciente y un 83,8% (85/101) refieren que les resta tiempo para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia. Los profesionales que recibieron formación en habilidades de comunicación, un 72,2% (26/36) ( $p = 0,009$ ), están significativamente más en desacuerdo con que la visita abierta disminuye la ansiedad de la familia, frente al 45,3% (29/64) de profesionales que no recibieron formación en este sentido. Sin embargo, aquellos profesionales que recibieron esta formación piensan en mayor porcentaje, un 47,2% (17/36) ( $p = 0,023$ ), que la visita abierta proporciona a la familia un mayor apoyo por parte del equipo de enfermería y una mayor seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados, que aquellos sin formación en habilidades de comunicación, de los cuales opinaban en este sentido un 25% (16/64).

Se encontraron diferencias significativas ( $p=0,04$ ) según la categoría profesional en aquellos profesionales que piensan que la visita agota a la familia, siendo las enfermeras las que lo refieren en mayor porcentaje, un 84,6% (66/78), frente al 65,2% (15/23) de las TCAEs. También un mayor porcentaje de enfermeras, 42,3% (33/78) frente al 17,4% (4/23) de las TCAEs ( $p=0,029$ ), que la visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.

**Tabla 3.** Percepciones del personal respecto al efecto de la visita abierta en la familia

	En desacuerdo		De acuerdo	
	n/N	%	n/N	%
11 La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia	40/101	40,0%	61/101	60,0%
12 La visita abierta disminuye la ansiedad de la familia <sup>3</sup>	45/100	45,0%	55/100	55,0%
13 La visita abierta agota a la familia <sup>2</sup>	20/101	20,0%	81/101	80,0%
14 La visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que esta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente <sup>2</sup>	64/101	63,4%	37/101	36,6%
15 Con la visita abierta, la familia se siente obligada a estar con el paciente	16/101	15,8%	85/101	84,2%
16 La visita abierta proporciona a la familia un mayor apoyo del equipo de enfermería y mayor seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados <sup>1,2</sup>	67/100	67,0%	33/100	33,0%
17 El permanecer al lado del paciente, resta tiempo a la familia para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia	16/99	16,2%	83/99	83,8%

<sup>1</sup>Significación estadística según edad ( $p<0,05$ )

<sup>2</sup>Significación estadística según categoría profesional ( $p<0,05$ )

<sup>3</sup>Significación estadística según formación recibida en habilidades de comunicación ( $p<0,01$ )

Finalmente, con respecto a la percepción del efecto que la visita abierta tiene en los propios profesionales (Tabla 4), el 89,9% (89/99) de los profesionales participantes estiman que la visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al personal de enfermería. Un 13% (13/101) opina que la presencia de la familia ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos, y el 4% (4/100) piensa que la visita abierta incrementa su satisfacción profesional. Aquellos profesionales con formación previa en habilidades de comunicación piensan que con la visita abierta el personal de enfermería obtiene información valiosa de los familiares en un 52,8% (19/36) ( $p=0,000$ ), porcentaje significativamente superior al 18,5% (12/65) de los que opinaban en este sentido y que no tenían formación previa. También hubo fuerte significación estadística al comparar la opinión de profesionales de enfermería con formación previa en habilidades de comunicación con la de profesionales del mismo grupo que carecían

de la misma ( $p=0.003$ ) al interrogarles sobre la dedicación de un mayor tiempo para informar a los familiares en un régimen la visita abierta, en detrimento del tiempo dedicado al cuidado del paciente. Un 69,2% (45/65) de los encuestados sin formación en habilidades de comunicación opinaron a favor de esta opción, frente al 38,9% (14/36) de los que sí habían recibido esta formación y que opinaron del mismo modo. Además, son estos profesionales con formación en habilidades de comunicación los que consideran que la visita abierta incrementa su satisfacción profesional en un 43,1% (28/65), porcentaje significativamente superior ( $p=0,036$ ) al 22,2% (8/36) de los que opinan lo mismo sin haber recibido formación.

**Tabla 4.** Percepciones del personal respecto al efecto de la visita abierta en los profesionales

	En desacuerdo		De acuerdo	
	n/N	%	n/N	%
18 La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente, ej aspiración de secreciones, etc.	25/101	24,8%	76/101	75,2%
19 Con la visita abierta, la enfermera obtiene de los familiares una información muy valiosa <sup>3</sup>	70/101	69,3%	31/101	30,7%
20 La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica a la enfermera <sup>4</sup>	10/99	10,1%	89/99	89,9%
21 La presencia de la familia ayuda a la enfermera a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente	72/100	72,0%	28/100	28,0%
22 La presencia de la familia ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente <sup>5</sup>	87/101	87,0%	13/101	13,0%
23 Con la visita abierta, la enfermera no se siente preparada para relacionarse con la familia	64/99	65,3%	34/99	34,7%
24 En la visita abierta, la enfermera debe emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que dedica menos tiempo al cuidado del paciente <sup>3</sup>	42/101	41,6%	59/101	58,4%
25 La visita abierta impide a la enfermera manifestarse como es <sup>1</sup>	65/101	64,3%	36/101	35,7%
26 La visita abierta incrementa la satisfacción profesional de la enfermera <sup>3</sup>	96/100	96%	4/100	4%

<sup>1</sup>Significación estadística según edad ( $p<0,05$ )

<sup>3</sup>Significación estadística según formación recibida en habilidades de comunicación ( $p<0,05$ )

<sup>4</sup>Significación estadística según años trabajados ( $p<0,05$ )

<sup>5</sup>Significación estadística según sexo ( $p<0,01$ )

Respecto a la posibilidad de que la visita abierta produzca una mayor carga física y psíquica a la enfermera, son los profesionales más antiguos los que están significativamente más de acuerdo con esta afirmación ( $p=0,012$ ). Y con respecto a que la presencia de familiar ayude a la enfermera en la prestación de cuidados básicos al paciente, se encuentran diferencias estadísticamente significativas según el género



del profesional, siendo el 38,5% (5/13) ( $p=0,004$ ) los hombres que están de acuerdo, frente al 9,3% (8/86) de mujeres las que opinan en esa misma línea.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas sobre estas cuestiones al comparar entre profesionales que habían tenido o no previamente un familiar ingresado en una UCI.

#### 4.3 Análisis de la opinión del personal de enfermería respecto al actual régimen de vista abierta en la UCI a estudio en relación a las tres áreas de influencia estudiadas por el cuestionario empleado.

Al realizar la puntuación media de cada área de estudio del cuestionario, como se ha descrito previamente en la metodología, se obtuvo un valor medio total de la escala de 68,45 puntos, (Media=68,45;  $DT\pm 4,995$ ; Mínimo=50; Máximo=82). Si nos fijamos en el área del paciente, se adquirió un valor medio de 27,91 puntos, en el área de la familia 18,99 puntos y en el área de los profesionales 21,54 puntos. Una puntuación por encima de la media indicaría, tal y como se comentó en el apartado de metodología, una opinión positiva del personal hacia la visita abierta. Según esto, las medias obtenidas indican que en general el colectivo de profesionales encuestado estima la visita abierta como un factor positivo para paciente y familia, pero negativo para los profesionales.

En la Tabla 5 podemos observar la puntuación media de cada una de las áreas que componen la escala:

**Tabla 5.** Puntuación de cada una de las tres áreas

	N	Mínimo	Máximo	Media	DT
Área Paciente	101	16	34	27,91	2,642
Área familia	101	12	24	18,99	2,304
Área profesional enfermería	101	14	32	21,54	2,606
Puntuación total de la escala	101	50	82	68,45	4,995

Al realizar la comparativa con las variables sociodemográficas, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,018$ ) solamente entre el área de la familia y la categoría profesional que desempeñan los profesionales en la UCI, siendo los TCAEs los que obtienen una menor puntuación media (Tabla 6).

**Tabla 6.** Comparativa entre área familia y categoría profesional

		Categoría profesional	Estadístico
Área familia	Enfermera	Media	19,28
		DT	2,174
		Mínimo	13
		Máximo	24
	TCAE	Media	18,00
		DT	2,505
		Mínimo	12
		Máximo	23

#### 4.4. Análisis cualitativo de las sugerencias de los profesionales.

De los 101 participantes, 36 contestaron a la pregunta abierta planteada: 27 enfermeras y 9 TCAEs. Los comentarios se agruparon según las cuatro categorías principales encontradas: efecto en la visita abierta sobre el paciente, efecto sobre la familia, efecto sobre los profesionales, y horario y duración de la visita.

La categoría en la que se obtuvieron más sugerencias fue la relacionada con el efecto de la visita sobre los profesionales, con un total de 16 comentarios. En ella, los profesionales enfatizan la interrupción de los cuidados de enfermería, el aumento de la carga física y psíquica de trabajo, y las interferencias de las familias en el trabajo de los profesionales. Además, existe en un comentario que se refiere a la información adaptada a cada paciente, mediante consenso entre el equipo de enfermería y el médico y otro que se refiere a la importancia de la formación en habilidades de comunicación para el manejo de situaciones difíciles. En la Tabla 7 se presentan fragmentos de los comentarios más representativos.

En cuanto a las opiniones sobre el efecto en el paciente, hubo 12 comentarios que hacían alusión al tema. Una de las observaciones más repetidas fue la de adecuar los horarios de visita a la situación de cada paciente y su familia. Otro aspecto que se repite, es la importancia de la intimidad de los pacientes, refiriéndose a que el resto de los familiares, al permanecer varias horas en las unidades, están pendientes del resto de los pacientes, afectando por ello a la intimidad y privacidad de éstos. El riesgo de infección también fue otro aspecto señalado.



Con respecto al horario y duración de la visita, se recogieron 10 comentarios en los que la mayoría sugirieron un horario más restringido del tiempo de la visita, reduciendo las horas de visita del turno de la mañana y de la tarde. Solo uno se refirió a un *“...horario flexible para aquellas familias que por razones de peso como trabajo, lejanía geográfica, cuidado de otros familiares dependientes”* (Profesional 18).

Finalmente, en lo que se refiere a los comentarios sobre el efecto en la familia, se recogieron 8 comentarios, la mayoría de ellos negativos, pues reflejan que la familia se siente obligada a estar con el paciente a causa de los horarios ampliados. Sólo hubo un comentario que *relata “...que en general la familia es positiva tanto para paciente como familiares”* (Profesional 59). Otro señala la importancia de una pantalla informativa en la sala de visitas sobre el acceso a la UCI o proporcionar información y preparación psicológica para la familia así como estructurar las visitas de familias con características especiales.

**Tabla 7.** Matriz cualitativa de las opiniones expresadas por los profesionales

Categorías	Unidades de significado
<b>Efecto de la visita en el personal</b>	<p>“...en muchas ocasiones las familias (visitas) interfieren el trabajo que realizamos los profesionales. (Profesional 95)</p> <p>“...y la visita abierta llama a los familiares a estar preguntándole al personal constantemente con la consiguiente carga de trabajo asociada.” (Profesional 92)</p> <p>“Cuestionan nuestra autoridad y profesionalidad” (Profesional 16)</p> <p>“En la mayoría de las ocasiones la presencia de la familia aumenta la carga de trabajo tanto psíquica como físicamente para la enfermera.” (Profesional 10)</p> <p>“Las visitas abiertas, el personal no cambia su forma de trabajar por ellos.” (Profesional 2)</p> <p>“El cambio hacia un horario de visita abierto debería ir acompañado de una formación del personal sanitario en habilidades sociales” (Profesional 55)</p> <p>“El personal se siente vigilado y cuestionado por determinados comportamientos,” (Profesional 12)</p> <p>“En desacuerdo con el régimen de visitas, quita de ejercer nuestras tareas libremente” (Profesional 15)</p> <p>“En ocasiones no facilitan el trabajo del personal.” (Profesional 77)</p>



---

<b>Efecto de la visita en el paciente</b>	<p>“Muchos pacientes no se benefician en absoluto de este régimen de visitas...” (Profesional 97).</p> <p>“Con la visita abierta disminuye la privacidad del paciente con respecto a los familiares del resto...” (Profesional 79)</p> <p>“Mi opinión sobre las visitas abiertas es que en general (y siempre con excepciones) es positiva tanto para paciente como familiares...” (Profesional 59)</p> <p>“Se debe valorar cada caso de forma individual, pero en la uci no es beneficioso ni para el paciente ni para la familia...” (Profesional 2)</p> <p>“...proporciona a algunos enfermos más seguridad pero con reservas” (Profesional 44)</p>
<b>Horario y duración de la visita</b>	<p>“...en mi opinión sería mejor una visita limitada con horario más pequeño” (Profesional 92)</p> <p>“Las visitas deberían se 1h en el turno de mañanas y otra hora por las tardes” (Profesional 38)</p> <p>“Me parece excesivo” (Profesional 83)</p> <p>“...demasiado amplio el horario” (Profesional 49)</p> <p>“Creo que debería se horario restringido” (Profesional 39)</p> <p>“Por las tardes considero que es excesivo tiempo para este tipo de pacientes” (Profesional 27)</p>
<b>Efecto de la visita en la familia</b>	<p>“...sería mejor una visita limitada con horario más pequeño muchos familiares se ven obligados a venir al tener tantas horas para la visita.” (Profesional 92)</p> <p>“...la familia se siente con la obligación de estar,” (Profesional 37)</p> <p>“...lo ideal es tener un horario flexible para aquellas familias que por razones de peso como trabajo, lejanía geográfica, cuidado de otros familiares dependientes...” (Profesional 18)</p> <p>“La familia se siente obligada a estar in situ.” (Profesional 49)</p> <p>“Muchas familias se extrañan e incomodan con el amplio horario y contaminación que supone el continuo trasiego de familiares...” (Profesional 12)</p>

---

## **5. DISCUSIÓN**

En este estudio, donde se pretende describir las opiniones del equipo de enfermería sobre los efectos de la visita abierta sobre el paciente, la familia y en los propios profesionales, se obtuvo una alta tasa de participación, en porcentajes similares a estudios previos (11,21), donde se atribuía esta participación al interés que suscita entre los profesionales la visita familiar en la UCI.

La mayor parte de los profesionales fueron mujeres entre 31 y 50 años, en porcentajes muy similares a los del estudio realizado por Ayllón et al. (22).

En relación a la experiencia profesional, la media se situó en 12,7 años trabajados. A pesar de que en la bibliografía consultada los profesionales con poca experiencia en UCI tenían una opinión más positiva en cuanto a la flexibilización de los horarios de visita (21), en el presente estudio no existe esa relación tal vez debido a una cultura arraigada de una política de visitas familiares restrictiva.

En cuanto a la posible influencia que haber tenido un familiar ingresado previamente en una UCI pudiera tener sobre la percepción de la visita abierta, no se encontraron diferencias significativas con ninguna de las variables estudiadas. Haber vivido dicha situación como familiar y no como profesional parece que no modifica en nuestro estudio la percepción de los profesionales.

### **5.1 Percepción de los efectos de la visita abierta en el paciente**

La mayoría de los encuestados creen que la presencia de la familia tiene efectos beneficiosos para el bienestar emocional del paciente y que además incrementa el deseo de vivir de éstos. Estos resultados son comparables con los obtenidos por Simpson et al. (20) excepto en el deseo de vivir donde él encontró diferentes resultados a los de nuestro estudio.

La atención psicológica debería estar incluida en el cuidado del paciente crítico, pues según el estudio realizado por Gómez et al. (23) los pacientes refieren tener alteraciones emocionales durante su estancia en la UCI tales como ansiedad, estrés, o el “síndrome de cuidados intensivos”. Este síndrome, que consiste en una fluctuación de los niveles de conciencia, anomalías en el comportamiento y alteraciones de la memoria (24-27), puede influir negativamente (28) en la recuperación del paciente incrementando su estancia hospitalaria (29). Se ha descrito en otros estudios, que los familiares poseen recursos e información que les permitirían facilitar este tipo de

cuidado emocional (30). A la vista de los resultados parece que el equipo de enfermería es consciente de esta realidad, otorgando a la familia un papel importante en la provisión de apoyo emocional al paciente.

Los profesionales refieren de forma mayoritaria que la presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente y le desestabiliza. Sin embargo, en este sentido, hay estudios que demostraron que las interacciones de los profesionales con el paciente inestabilizan más al paciente que la familia (23,25). Además, los cambios que se producen en la hemodinámica del enfermo con la visita parece que se normalizan a los diez minutos después de la entrada de los familiares (30). Por tanto, parece que la percepción de esta influencia negativa no está apoyada por la evidencia disponible, y se deba insistir en la correcta formación del personal de las unidades donde se realice este tipo de visita abierta.

Si nos fijamos en la categoría profesional de las personas estudiadas, son los TCAEs mayoritariamente los que piensan que la familia incrementa el gasto de energía del paciente y dificulta su descanso. En este sentido, la mitad de las profesionales encuestadas por Simpson et al. (20) también opinaban que la visita abierta incrementaba el gasto de energía y a su vez alteraba su hemodinámica. Las diferencias entre categorías podrían remarcar nuevamente la necesidad de una formación específica en las unidades con el objetivo de proporcionar un enfoque holístico a la atención del paciente y su familia.

## **5.2 Percepción de los efectos de la visita abierta en la familia**

En relación al efecto que tiene la visita en los familiares, son múltiples los estudios que destacan el beneficio que ésta tiene para el paciente y para los propios familiares, ya que aumenta la satisfacción de la familia, disminuye su ansiedad y proporciona una mayor información y un conocimiento real de la situación del paciente (25,31,32). En nuestro estudio, se han obtenido resultados similares a los encontrados en los trabajos mencionados. Sin embargo, el 84,2% de los profesionales opinaron que la familia se puede sentir obligada a permanecer junto al enfermo durante más horas, y no consideran, en su mayor parte, que el equipo de enfermería proporcione apoyo a la familia. Además, el 94 % de profesionales reflejaron que los efectos de la visita abierta dependen de las características del paciente y del visitante. Todo ello abre una incertidumbre sobre la influencia de la visita abierta, ya que ésta puede depender de la personalidad y de la situación anímica tanto del enfermo como del familiar. Esta opinión, está relacionada con los resultados que obtuvieron Santana Cabrera et al.

(32) y Whitton et al. (33), estudios donde se comprobó que era importante personalizar e individualizar la atención del enfermo y su familia.

Como ya se ha explicado, la relación de ayuda entre la enfermera y la familia está englobada dentro de las necesidades emocionales que describen los familiares que tienen un ser querido ingresado en una UCI (34). Por lo tanto, el profesional de enfermería debería orientar su atención también hacia los familiares con el propósito de facilitarles la adaptación a la nueva situación y así contribuir en su bienestar. En este sentido, son varios los estudios que proponen la incorporación de protocolos de acogida para las familias, e incluso la elaboración de planes de cuidados dirigidos a las mismas (35,36). Sin embargo, la política de visitas abiertas de la UCI Polivalente del HUCA, en la que se llevó a cabo el presente estudio, carece tanto de protocolos como de planes de cuidados a la familia, y el personal no percibe que se proporcione apoyo a las familias. El consenso y la correcta planificación parecen necesarios para que esta política de visitas abiertas genere los beneficios para las familias que se proponen en la literatura publicada.

### **5.3 Percepción de los efectos de la visita abierta en los profesionales**

La mayoría de los profesionales del estudio (90%) estimaron que la visita produce una mayor carga física y psíquica en la enfermera. Cuantos más años llevan trabajando en la UCI, la presencia familiar les produce una mayor percepción de incremento en la carga de trabajo. Coincidiendo con el presente estudio, los resultados de Ayllón et al. (22), indican también que la presencia de la familia puede percibirse como una carga para los profesionales. Por otro lado, sólo el 13% de los encuestados refiere que la presencia de la familia ayuda a la enfermera a realizar cuidados básicos, encontrando diferencias significativas en cuanto al género, siendo los hombres los que refieren estar más de acuerdo. En este sentido, se ha demostrado que la implicación de los familiares en el cuidado del paciente puede disminuir su ansiedad y ayudarles a entender lo que sucede en la UCI, además de ser positivo para el propio paciente (13).

Sin embargo, el aparataje y el ambiente extraño de la UCI pueden inhibir a los familiares del contacto con el paciente, por lo que debería ser el personal de enfermería el que les anime a realizar algunos cuidados básicos. También aquí parece necesaria la elaboración de protocolos de atención a las familias por lo que sería interesante incluir a los familiares en dichos cuidados básicos.

Por otro lado, un alto porcentaje de los encuestados (75%) opinaron que la presencia de la familia interrumpe o pospone los cuidados, resultados similares a los obtenidos en el estudio realizado por Marco et al. (11). En este sentido, existen varios estudios que revelan que los profesionales se sienten incómodos cuando son observados por los familiares (26,27). Ello puede impulsar a los profesionales a disminuir la frecuencia de los cuidados o posponerlos.

Resulta interesante la aparición de diferencias significativas entre aquellos profesionales de la muestra que tienen formación en habilidades de comunicación y los que manifiestan carecer de dicha formación. Estos opinan que la enfermera no tiene por qué emplear más tiempo con la familia y menos con el paciente, que obtienen una información valiosa de los familiares y que la visita abierta les produce una mayor satisfacción profesional. Las enfermeras de la UCI habitualmente presentan carencias en habilidades de comunicación, ya que suelen tratar con pacientes con los que es difícil comunicarse debido a su situación crítica (37). Además, parece que las enfermeras que realizan su trabajo en una UCI presentan un mecanismo de defensa de la personalidad que les lleva a inhibir la comunicación interpersonal, generado ante las situaciones estresantes habituales en su trabajo diario (38). Sin embargo, estas habilidades de comunicación son muy importantes en la relación con los familiares pues éstos lo perciben como una buena calidad de cuidados (39). Existen varias habilidades que favorecen una buena comunicación con el paciente o la familia: la escucha, la empatía, la compasión, la asertividad, el apoyo emocional (33,38).

Son varios los estudios que reflejan que la mayoría de las enfermeras no creen tener los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades emocionales de los familiares (40), lo que, unido al potencial desconocimiento de la información médica ofrecida por el facultativo, puede hacer que las enfermeras eviten el contacto con las familias (38). Así, en el presente estudio, la mayoría de los profesionales encuestados opinan que no obtienen de los familiares información muy valiosa. En otros estudios, las enfermeras formadas en habilidades de comunicación sí conseguían información de las familias para planificar mejor los cuidados (11,20,21,41).

En cuanto a la satisfacción profesional relacionada con la visita abierta, sólo el 4% de los profesionales de nuestro estudio piensa que la visita abierta puede incrementar dicha satisfacción. Por el contrario, en el estudio de Marco L. (11), se observó que la mayoría de las enfermeras referían tener más seguridad en el manejo con los familiares, ya que se sentían capacitadas para relacionarse con ellos, lo que además

demostró producir un aumento en su satisfacción profesional. También en el presente estudio, aquellos profesionales con formación previa en habilidades de comunicación presentan una mayor satisfacción profesional con la visita abierta. Se demuestra una vez más la importancia de las habilidades de comunicación a la hora de relacionarse con la familia del paciente crítico.

En este sentido, una posible línea de investigación sería mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de la UCI, mediante reuniones de profesionales con los familiares de los pacientes ingresados en la UCI y formación específica en esta área, propuestas que coinciden con los estudios de Daly et al. (41) y Sargeant et al. (42).

De los resultados obtenidos puede desprenderse que el personal de enfermería ve la visita abierta como un problema, sobre todo en lo que se refiere al efecto que esta produce en los profesionales, ya que según sugieren los resultados es necesario que éstos reorganicen su trabajo para poder solventar los déficits que presentan en habilidades de comunicación. Estas habilidades les ayudarían a relacionarse mejor con la familia del paciente, proporcionando apoyo emocional tanto a la familia como al paciente. Por tanto, parece clara la importancia de incorporar el cuidado del familiar como objetivo en la planificación de los cuidados, lo que supondría una ayuda para la recuperación y mejora del paciente crítico.

En esta mejora, podría resultar interesante proponer a los familiares la designación de un miembro de la familia como persona de referencia para el equipo de enfermería (9), de forma que éste pueda participar, si lo desea, en los cuidados básicos del paciente, así como en la información relacionada con la evolución del paciente. Ello favorecería también la cobertura de las necesidades emocionales del paciente y serviría de ayuda para el personal de enfermería.

#### **5.4 Limitaciones del estudio**

Nuestro estudio presenta limitaciones derivadas de la contextualización de los resultados en la UCI del HUCA, del limitado tamaño muestral, y de un posible efecto Hawthorne derivado de la necesidad de entrega de los cuestionarios por parte del investigador principal. Este efecto se trató de amortiguar mediante la cumplimentación diferida de la entrega y depósito anónimo de los cuestionarios, por parte de los participantes. Sin embargo todo ello limita la generalización de los resultados.

### **5.5 Consideraciones éticas**

Durante la ejecución del estudio se respetaron los principios de la ética en la investigación.

La información transmitida cumple los requisitos contemplados en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica y la protección de datos de carácter personal detallados a continuación:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (43), mediante la cual se garantiza y protege, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas, especialmente se su honor e intimidad personal y familiar.
- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (44). Esta ley tiene como objetivo la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.
- Ley 14/2007 de investigación biomédica (45). Conforme a esta ley se asegura el respeto a la dignidad e identidad humanas y a los derechos inherentes a la persona.

## 6. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, para la mayor parte de los profesionales participantes la familia tiene un papel importante en el apoyo emocional del paciente, pero también un efecto desestabilizante sobre el mismo, dependiendo éste tanto del paciente como de la familia. Fueron los profesionales de mayor edad quienes opinaron en esta línea con más frecuencia.

En cuanto a los efectos de la visita abierta sobre la propia familia, estos profesionales opinaron mayoritariamente que la visita abierta tiene un efecto fundamentalmente negativo sobre ellas, agotándolas y generando un sentimiento de obligación de permanecer junto al paciente.

Finalmente, con respecto a los efectos de la visita abierta sobre los profesionales, ésta parece inducirles a posponer o modificar su rutina de trabajo debido a la presencia familiar, a la cual describen en sus respuestas como una carga. Sin embargo, hubo diferencias significativas en los aspectos mencionados entre profesionales con formación previa en habilidades de comunicación, y aquellos que no la poseían. Los primeros muestran una visión más positiva respecto al efecto que la visita abierta ejerce sobre la familia. Además, perciben menos carga de trabajo y mayor satisfacción profesional en relación con la presencia continuada de la familia junto al enfermo en el interior de la UCI.

La evidencia obtenida en nuestro estudio muestra la reticencia de la mayoría de los profesionales hacia la flexibilización de los horarios de visita y hacia las políticas de visita abiertas, aunque admiten que un horario sin restricciones en la UCI puede resultar beneficioso para el paciente y su familia.

Estimamos necesaria nueva investigación orientada a conocer cuáles son los obstáculos que el personal de enfermería de Cuidados Intensivos encuentra a la hora de aplicar los cuidados al paciente crítico, derivados de la presencia continuada de la familia del mismo en el interior de la UCI. Esto contribuiría decisivamente a implementar planes de cuidado adecuados para cada familia, que la impliquen en el cuidado del paciente e individualicen la atención a ambos, con beneficios también para el profesional. Resulta, así mismo, esencial avanzar en el estudio científico de la humanización de la atención prestada en Cuidados Intensivos, orientando esfuerzos hacia la formación de los profesionales en habilidades de comunicación que posibiliten un trato más cercano, individualizado y humano.

## 7. REFERENCIAS

- (1) Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014 Aug-Sep;38(6):371-5. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>
- (2) Zaforteza Lallemand C. Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación-acción participativa [tesis]. Universidad de las Islas Baleares; 2010.
- (3) Forsgren LM, Eriksson M. Delirium--awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010 Oct;26(5):296–303. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.07.003>
- (4) Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist*. 2015 Sep-Oct;30(5):243-50. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>
- (5) Hupcey JE. Looking out for the patient and ourselves--the process of family integration into the ICU. *J Clin Nurs*. 1999 May;8(3):253–62. DOI: 10.1046/j.1365-2702.1999.00244.x
- (6) Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catineau J, De Tinteniach A. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med* 2002 Oct;28(10):1389-94. <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1402-7>
- (7) Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *Am J Crit Care*. 2004 May;13(3):194–8. Disponible en: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/3/194.full.pdf+html>
- (8) Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs* 2013 Jul;22(13-14):1805-17. <https://doi.org/10.1111/jocn.12065>
- (9) Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon 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.* 2007 Feb;35(2):605–22. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>
- (10) Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA.* 2004 Aug 11;292(6):736–7. <https://doi.org/10.1001/jama.292.6.736>
- (11) Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva.* 2000 Jul-Sept;11(3):107-17. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-resumen-opinions-and-attitudes-of-intensive-10017624>
- (12) Blanca JJ, Muñoz R, Hervás J, Alba CM. Protocolo de acogida para los familiares de los pacientes críticos en una UCI polivalente. *Inquietudes.* 2006;12(35):10-6. Disponible en: [http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35\\_articulo\\_10\\_16-0707.pdf](http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_10_16-0707.pdf)
- (13) García S, Fernández M, Cumbre EM, Morano MJ, Alfonso D, Contreras I. Cuidando a la familia en UCI. *Biblioteca Lascasas.* 2007;3(2):1-24. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248.pdf>
- (14) Knutsson SE, Otterberg CL, Bergbom IL. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Crit Care Nurs.* 2004 Oct;20(5):264–74. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.06.004>
- (15) O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson ML, Siewe S, Benson-Landau M, et al. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung* 1991 Mar;20(2):189-201.
- (16) Da Silva Ramos FJ, Fumis RR, Azevedo LC, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care* 2013 Oct 17;3(1):34. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-34>
- (17) 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. *Med Intensiva.* 2016 Dec;40(9):527-40. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>



- (18) Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care* 1997 May;6(3):210-7.
- (19) Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care* 1993 May;2(3):238-245.
- (20) Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. *Am J Crit Care* 1996 Nov;5(6):420-6.
- (21) Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez\_Cuenca P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico?. *Enferm Intensiva*. 2003 Jul-Sept;14(3):109-19. DOI: 10.1016/S1130-2399(03)78115-2
- (22) Ayllón N, Montero P, Acebes MI, Sánchez J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014 Apr-Jun;25(2), 72-7. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>
- (23) Gómez-Carretero P, Monsalve. V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* 2007 Aug-Sep;31(6):318-25. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74830-1](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74830-1)
- (24) Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004 Mar-Apr;9(2):72-9. DOI: 10.1111/j.1478-5153.2004.00053.x
- (25) Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs*. 2002 Sept;11(5):575-84. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2002.00638.x
- (26) Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nurs Crit Care*. 2005 JAn-Feb;10(1):23-30. <https://doi:10.1111/j.1362-1017.2005.00091.x>
- (27) Broomhead LR, Brett SJ. Clinical review: Intensive care follow-up--what has it told us? *Crit Care*. 2002 Oct;6(5):411-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC137315/pdf/cc1532.pdf>



- (28) Granberg AI, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DB. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2002 Jul;46(6):726-31. DOI: 10.1034/j.1399-6576.2002.460616.x
- (29) Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med.* 2012 Feb;40(2):618-624. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>
- (30) Holl RM. Role-modeled visiting compared with restricted visiting on surgical cardiac patients and family members. *Crit Care Nurs Q.* 1993 Aug;16(2):70-82.
- (31) Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Glenn LL. Visitor and nurse satisfaction with a visitation policy change in critical care units. *Dimens Crit Care Nurs.* 1999 Sept-Oct;18(5):42-8.
- (32) Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva.* 2007 Aug-Sept;31(6):273-80. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74826-X](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74826-X)
- (33) Whitton S, Pittiglio LI. Critical Care Open Visiting Hours. *Crit Care Nurs Q.* 2011 Oct-Dec;34(4):361-6. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31822c9ab1>
- (34) Pardavila Belioa MI, Vivar CG. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva.* 2012 Apr-Jun;23(2):51-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>
- (35) Davidson JE. Facilitated Sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse.* 2010 Dec;30(6):28-39. <https://doi.org/10.4037/ccn2010410>
- (36) Gómez LL. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y sus familiares.[Trabajo fin de grado] Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya; 2015 Disponible en: [http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs\\_G%C3%B3mez\\_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1](http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs_G%C3%B3mez_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1)
- (37) Pérez M, Rodríguez M, Fernández A, et al. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de

- cuidados intensivos. *Med intensiva* 2004;28(5):237-49. Disponible en <http://www.medintensiva.org/es/content/articulo/13062421>
- (38) Marín M, Rubio L., María J. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*. 2001;13(2):247-51. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/32194>
- (39) Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart Lung* 1988 Nov;17(6 Pt 1):670-6.
- (40) Dunkel J, Eisendrath S. Families in the intensive care unit: their effect on staff. *Heart Lung* 1983 May;12(3):258-61.
- (41) Daly BJ, Douglas JL, O'Toole E, Gordon NH, Hejal R, Peerless J, et al. Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *Chest*. 2010 Dec;138(6):1340-8. <https://doi.org/10.1378/chest.10-0292>.
- (42) Sargeant J, MacLeod T, Murray A. An interprofessional approach to teaching communication skills. *J Contin Educ Health Prof*. 2011 Fall;31(4):265-7. <https://doi.org/10.1002/chp.20139>.
- (43) Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, nº298, 14 de diciembre de 1999). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- (44) Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, nº274, de 15 de noviembre de 2002). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- (45) Ley 14/2007 de 3 de julio, de investigación biomédica. (Boletín Oficial del Estado, nº159, de 4 de julio de 2007). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf>



## Anexo 1: Autorización para la utilización del cuestionario

### Autorización Utilización Cuestionario

Recibidos x



**Arantza A. <arantzastur@gmail.com>**

para Laura.mendillo.

Mi nombre es Aránzazu Alonso Rguez, soy enfermera y trabajo en la UCI del Hospital Universitario Central de Asturias. En la actualidad estoy realizando el Máster de Investigación de Ciencias Sociosanitarias de la Universidad de León y para mi Trabajo Fin de Máster he elegido el tema del horario de visitas abiertas en la UCI. El motivo de mi email es el de solicitar su permiso para utilizar el cuestionario sobre las "*Creencias y Actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras*" pues me consta que ha sido elaborado para su estudio publicado en el año 2000 sobre el mismo tema.

(de Pinedo, N. G. F., Coscojuela, M. A. M., Eguía, I. B., Landa, L. M., & Adot, I. S. (2000). Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enfermería Intensiva*, 11(3), 107-117.)

En el caso de poder publicar las conclusiones de mi trabajo de investigación, en el cual se citará su estudio, se le enviaría una copia del mismo si usted estuviera interesada.

Sin otro particular y agradecida por su atención, quedo a su disposición ante cualquier duda y de tener noticias suyas.

Un saludo, muchas gracias.



**Laura Marco <laura.mendillorri@gmail.com>**

para mí

Hola Aránzazu:

Lo primero pedirte disculpas por mi tardanza en responderte; tu correo me llegó en un momento en el que estaba muy liada y sinceramente se me había pasado el responderte.

No tengo ningún problema en que utilices el cuestionario y espero que tu trabajo salga adelante con éxito.

Un saludo:

Laura Marco.

## Anexo 2: Carta de Presentación

Estimados compañeros,

mi nombre es Aránzazu Alonso Rodríguez y con esta carta solicito vuestra colaboración para que completéis un cuestionario que se corresponde con mi Trabajo de Fin de Máster.

*OBJETIVO:* el cuestionario que os invito a realizar es sobre las opiniones del personal de enfermería de cuidados intensivos ante la visita abierta en una UCI y así poder mejorar la calidad de la atención en los cuidados intensivos.

*CONFIDENCIALIDAD:* la encuesta es anónima y los datos que se solicitan servirán para el análisis de los datos, pero en ningún caso para identificaros.

*TIEMPO:* os llevará aproximadamente 15 min. realizarla.

*INSTRUCCIONES:* el cuestionario consta de 33 ítems en el que deberéis marcar con una X la casilla que consideres oportuna.

*POSIBILIDAD DE CONOCER LOS RESULTADOS:* Si alguno/a de vosotros/as quiere más información sobre el trabajo, quedo a vuestra disposición. Mi correo: arantzastur@gmail.com

Muchas gracias por vuestra colaboración.

### Anexo 3: Cuestionario opiniones del personal sobre la visita abierta

El objetivo general de este cuestionario es conocer las opiniones del personal de enfermería de cuidados intensivos ante la visita abierta en una UCI. Rellenarlo llevará sólo unos minutos. Es totalmente anónimo y confidencial. Ello ayudará a mejorar la calidad de la atención en los servicios de cuidados intensivos. Facilítemi mi correo electrónico para cualquier consulta sobre los resultados de la encuesta. Muchas gracias por la colaboración.

#### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

**1. Edad**

- 20 a 29
- 30 a 39
- 40 a 49
- 50 a 59
- 60 ó más

**2. Sexo**

- Hombre
- Mujer

**3. Puesto de trabajo que desempeña en la UCI**

- DUE
- TCAE

**4. Tiempo Total Trabajado como DUE/TCAE en UCI**

- 6 meses a 5 años
- 6 a 10 años
- 11 a 15 años
- 16 a 20 años
- 21 a 25 años
- Más de 26 años

**5. Ha tenido alguna vez algún familiar ingresado en una UCI**

- SI
- NO

**6. Ha recibido formación sobre habilidades de comunicación**

- SI
- NO

## CUESTIONARIO SOBRE LAS OPINIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LA VISITA ABIERTA

RESPONDA A LAS CUESTIONES MARCANDO UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE:

- TOTALMENTE EN DESACUERDO= 1
- EN DESACUERDO= 2
- DE ACUERDO= 3
- TOTALMENTE DE ACUERDO= 4

	1	2	3	4
1. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA PROPORCIONA APOYO EMOCIONAL AL PACIENTE				
2. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA INCREMENTA LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE				
3. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA INCREMENTA EL GASTO DE ENERGÍA DEL PACIENTE				
4. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA MINIMIZA EL ABURRIMIENTO DEL PACIENTE				
5. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA INCREMENTA EN EL PACIENTE EL DESEO DE VIVIR				
6. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA PROVOCA UN AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA Y DE LA TENSIÓN ARTERIAL				
7. LOS EFECTOS DE LA PRESENCIA DE LA FAMILIA DEPENDEN TANTO DEL PACIENTE COMO DEL VISITANTE				
8. LA GRAN MAYORÍA DE LOS PACIENTES NO SE FATIGAN CON LA PRESENCIA DE LA FAMILIA				
9. EN GENERAL, LA PRESENCIA DE LA FAMILIA INESTABILIZA AL PACIENTE				
10. LA PESENCIA DE LA FAMILIA DIFICULTA EL DESCANSO DEL PACIENTE				
11. LA VISITA ABIERTA AUMENTA LA SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA				
12. LA VISITA ABIERTA DISMINUYE LA ANSIEDAD DE LA FAMILIA				
13. LA VISITA ABIERTA AGOTA A LA FAMILIA				
14. LA VISITA ABIERTA PROPORCIONA MAYOR INFORMACIÓN A LA FAMILIA Y FACILITA QUE ÉSTA TENGA UN CONOCIMIENTO MÁS REAL DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE				
15. CON LA VISITA ABIERTA, LA FAMILIA SE SEINTE OBLIGADA A ESTAR CON EL PACIENTE				
16. LA VISITA ABIERTA PROPORCIONA A LA FAMILIA UN MAYOR APOYO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y MAYOR SEGURIDAD DE QUE EL PACIENTE RECIBE LOS MEJORES CUIDADOS				
17. EL PERMANECER AL LADO DEL PACIENTE, RESTA TIEMPO A LA FAMILIA PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL RESTO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.				
18. LA VISITA ABIERTA INTERRUMPE O POSPONE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECIALMENTE AQUELLOS PROCEDIMIENTOS QUE CAUSAN DOLOR AL PACIENTE, EJ, ASPIRACIÓN DE SECRECIONES ETC.				
19. CON LA VISITA ABIERTA, LA ENFERMERA OBTIENE DE LOS FAMILIARES UNA INFORMACIÓN MUY VALIOSA				
20. LA VISITA ABIERTA PRODUCE UNA MAYOR CARGA FÍSICA Y PSÍQUICA A LA ENFERMERA				
21. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA AYUDA A LA ENFERMERA A PROPORCIONAR EL APOYO EMOCIONAL QUE REQUIERE EL PACIENTE				
22. LA PRESENCIA DE LA FAMILIA AYUDA A LA ENFERMERA EN LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS BÁSICOS QUE REQUIERE EL PACIENTE				
23. CON LA VISITA ABIERTA LA ENFERMERA NO SE SIENTE PREPARADA PARA RELACIONARSE CON LA FAMILIA				
24. EN LA VISITA ABIERTA, LA ENFERMERA DEBE EMPLEAR MÁS TIEMPO PARA INFORMAR A LOS FAMILIARES, POR LO QUE DEDICA MENOS TIEMPO AL CUIDADO DEL PACIENTE.				
25. LA VISITA ABIERTA IMPIDE A LA ENFERMERA MANIFESTARSE COMO ES				
26. LA VISITA ABIERTA INCREMENTA LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL DE LA ENFERMERA.				

27. Sugerencias o comentarios sobre el régimen de visitas actual y de los no encontrados en el cuestionario:



## Anexo 4: Permiso a Gerencia HUCA y Dirección de Enfermería



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA IV

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Oviedo, 29 de Marzo de 2017

Asunto: Respuesta a solicitud de permiso para realización trabajo de investigación.

D<sup>a</sup>. Gloria Herías Corral, Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área Sanitaria IV, autoriza a:

**D<sup>a</sup> ARÁNZAZU ALONSO RODRÍGUEZ**

Enfermera de UCI del HUCA, para la recogida de datos del trabajo de investigación que lleva por título **"PERSPECTIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LAS VISITAS ABIERTAS EN UNA UCI"**.

Se recuerda a la solicitante que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos, tal como está previsto en el L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y del R.D. 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

Asimismo le informamos que deberá ponerse en contacto, con el supervisor/a o responsable del servicio para presentarse y exponerle su proyecto.

Consideramos que este estudio puede ser de interés para la organización, por lo que le pedimos que una vez haya concluido el trabajo nos haga llegar los resultados.

Un saludo,



Fdo. Gloria Herías Corral  
Directora de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área IV



## Anexo 5: Autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del  
Principado de Asturias  
C/ Celestino Villamil s/n  
33006.-Oviedo  
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28  
e-mail: [ceicr\\_asturias@hca.es](mailto:ceicr_asturias@hca.es)

Área Sanitaria

Oviedo, 06 de Marzo de 2017

El Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 71/17, titulado: "PERSPECTIVAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE LAS VISITAS ABIERTAS EN UNA UCI" Investigador/a, principal Dña. Aranzazu Alonso Rodríguez .Graduada Enfermería UCI DEL HUCA.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Meral  
Secretario del Comité de Ética de la Investigación  
del Principado de Asturias



## Anexo 6: Percepciones del Personal respecto al efecto de la visita abierta

		Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
		n/N	%	n/N	%	n/N	%	n/N	%
1	La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente	0/100	0%	11/100	11%	73/100	73%	16/100	16%
2	La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente <sup>1</sup>	4/100	4%	40/100	40%	49/100	49%	7/100	7%
3	La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente <sup>2</sup>	0/100	0%	19/100	19%	59/100	59%	22/100	22%
4	La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente	0/100	0%	23/100	23%	65/100	65%	12/100	12%
5	La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir	1/101	1%	35/101	34,7%	57/101	56,4%	8/101	7,9%
6	La presencia de la familia provoca un aumento de la FC y de la TA	1/99	1%	26/99	26,3%	59/99	59,6%	13/99	13,1%
7	Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como de la familia	0/100	0%	6/100	6%	30/100	30%	64/100	64%
8	La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia	6/101	5,9%	61/101	60,4%	31/101	30,7%	3/101	3%
9	En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente <sup>1</sup>	4/100	4%	60/100	60%	30/100	30%	6/100	6%
10	La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente <sup>1,2</sup>	0/99	0%	32/99	32,3%	54/99	54,5%	13/99	13,1%
11	La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia	5/101	5%	35/101	34,7%	48/101	47,5%	13/101	12,9%
12	La visita abierta disminuye la ansiedad de la familia <sup>3</sup>	5/100	5%	40/100	40%	49/100	49%	6/100	6%
13	La visita abierta agota a la familia <sup>2</sup>	6/101	5,9%	14/101	13,9%	50/101	49,5%	31/101	30,7%
14	La visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que esta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente <sup>2</sup>	15/101	14,9%	49/101	48,5%	30/101	29,7%	7/101	6,9%
15	Con la visita abierta, la familia se siente obligada a estar con el paciente	2/101	2%	14/101	13,9%	43/101	42,6%	42/101	41,6%
16	La visita abierta proporciona a la familia un mayor apoyo del equipo de enfermería y mayor seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados <sup>1,2</sup>	16/100	16%	51/100	51%	27/100	27%	6/100	6%

17	El permanecer al lado del paciente, resta tiempo a la familia para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia	2/99	2%	14/99	14,1%	60/99	60,6%	23/99	23,2%
18	La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente, ej aspiración de secreciones, etc	4/101	4%	21/101	20,8%	37/101	36,6%	39/101	38,6%
19	Con la visita abierta, la enfermera obtiene de los familiares una información muy valiosa <sup>3</sup>	16/101	15,8%	54/101	53,5%	25/101	24,8%	6/101	5,9%
20	La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica a la enfermera <sup>4</sup>	2/99	2%	8/99	8,1%	39/99	39,4%	50/99	50,5%
21	La presencia de la familia ayuda a la enfermera a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente	19/100	19%	53/100	53%	25/100	25%	3/100	3%
22	La presencia de la familia ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente <sup>5</sup>	32/100	32%	55/100	55%	9/100	9%	4/100	4%
23	Con la visita abierta, la enfermera no se siente preparada para relacionarse con la familia	10/98	10,2%	54/98	55,1%	26/98	26,5%	8/98	8,2%
24	En la visita abierta, la enfermera debe emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que dedica menos tiempo al cuidado del paciente <sup>3</sup>	3/101	3%	39/101	38,6%	43/101	42,6%	16/101	15,8%
25	La visita abierta impide a la enfermera manifestarse como es <sup>1</sup>	9/101	8,9%	56/101	55,4%	23/101	22,8%	13/101	12,9%
26	La visita abierta incrementa la satisfacción profesional de la enfermera <sup>3</sup>	44/100	44%	52/100	52%	3/100	3%	1/100	1%

<sup>1</sup>Significación estadística según edad

<sup>2</sup>Significación estadística según categoría profesional

<sup>3</sup>Significación estadística según formación recibida en habilidades de comunicación

<sup>4</sup>Significación estadística según años trabajados

<sup>5</sup>Significación estadística según sexo

## Anexo 7: Unidades de significado de las categorías derivadas de las sugerencias de los profesionales

PROFESIONAL	GENERO	CATEGORIA PROFESIONAL	AÑOS TRABAJADOS	UNIDAD DE SIGNIFICADO	CATEGORIAS REPRESENTADAS
2	Mujer	Enfermera	15 años	Se debe valorar cada caso de forma individual, pero en la UCI no es beneficioso ni para el paciente ni para la familia. Las visitas abiertas, el personal no cambia su forma de trabajar por ellos.	Efecto en el paciente Efecto en la familia Efecto en el personal
10	Mujer	Enfermera	14 años	En la mayoría de las ocasiones la presencia de la familia aumenta la carga de trabajo tanto psíquica como físicamente para la enfermera. En muchas ocasiones fuerzan al paciente a tomar decisiones que ellos no quieren.	Efecto en el paciente Efecto en el personal
11	Mujer	Enfermera	1 año	En ocasiones interrumpe los cuidados, pues a veces se posponen para no interrumpir la visita de la familia. La familia suele preguntar información del paciente, siendo el médico el que tiene que informar a las horas oportunas, pero es enfermería el personal que da la cara.	Efecto en el personal
12	Mujer	TCAE	18 años	Muchas familias se extrañan e incomodan con el amplio horario y contaminación que supone el continuo trasiego de familiares. El personal se siente vigilado y cuestionado por determinados comportamientos, salidas de tono y confianza de familiares que hacen literalmente lo que les da la gana (paseos fuera de los boxes, no aceptan indicaciones de que salgan quedándose en la puerta, observación morbosa de otros paciente ajenos a su familia, etc).	Efecto en la familia Efecto en el personal
15	Mujer	TCAE	10 años	En desacuerdo con el régimen de visitas, quita de ejercer nuestras tareas libremente.	Efecto en el personal
16	Mujer	Enfermera	22 años	El horario amplio de visitas impide completamente realizar las tareas habituales a su horario como curas, etc. Cuestionan nuestra autoridad y profesionalidad.	Efecto en el personal



17	Hombre	Enfermero	12 años	Creo que el régimen de visitas abierto debería llevar una información real, veraz y adaptada a cada paciente, mediante consenso entre el equipo de enfermería y medico, cosa que actualmente no se hace adecuadamente.	Horario y duración de la visita
18	Hombre	Enfermero	7 años	Creo que lo ideal es tener un horario flexible para aquellas familias que por razones de peso como trabajo, lejanía geográfica, cuidado de otros familiares dependientes. La visita abierta creo que no es adecuada pues llega un momento que ni miran al paciente, que entorpece nuestro trabajo y que luego no se involucran en los cuidados básicos de su familiar.	Efecto en la familia Efecto en el personal Horario y duración de la visita
27	Mujer	TCAE	1 año	Por las tardes considero que es excesivo tiempo para este tipo de pacientes.	Horario y duración de la visita
28	Mujer	Enfermera	30 años	Creo que abarca todos los puntos importantes.	Efecto en el paciente Efecto en la familia Efecto en el personal Horario y duración de la visita
34	Mujer	Enfermera	16 años	Pantalla digital exterior en la sala de visitas donde aparezca reflejado en que boxes no se está trabajando y que familias pueden acceder a la uvi. Revalorar como gestionar los traslados, éxitos, ingresos, y casos críticos con los familiares presentes que observan todo lo que sucede alrededor.	Efecto en la familia
37	Hombre	Enfermero	7 años	La gran mayoría de los pacientes de la uci 3-4-5-6 no son conscientes de la visita y la familia se siente con la obligación de estar, ya que cuando se ausentan se disculpan.	Efecto en la familia
38	Mujer	Enfermera	2 años	Las visitas deberían ser 1h en el turno de mañanas y otra hora por las tardes. En algunas ocasiones, en presencia de la familia, se pospone actuaciones cruentas, aunque beneficiosas para el paciente.	Horario y duración de la visita



39	Mujer	TCAE	6 meses	Creo que debería se horario restringido.	Horario y duración de la visita
40	Mujer	Enfermera	5 años	Las familias, en muchas ocasiones, demandan en exceso la atención de enfermería y al pasar en la unidad tanto tiempo, están pendientes de todo lo que sucede con el resto de los pacientes, lo que considero que afecta a su intimidad. En muchas ocasiones, supone una carga extra para enfermería que al paciente lo visiten 8 ó 9 personas el mismo día. Los pacientes se cansan y las familias se agotan, al tener que pasar aquí tantas horas todos los días.	Efecto en el paciente
41	Mujer	Enfermera	6 años	Creo que debería disminuir el número de horas de visita (durante la tarde sobretodo).	Horario y duración de la visita
44	Mujer	TCAE	4 años	La visita abierta no es mala para todos los casos, es verdad que proporciona a algunos enfermos más seguridad pero con reservas. Los aislamientos por ejemplo bajo mi opinión no deberían tener visitas abiertas y deberían estar restringidas las visitas.	Efecto en el paciente
46	Hombre	Enfermero	12 años	1º Creo que la mayoría de los ítems admiten más de una respuesta en función de la situación única de cada paciente y cada familia.2º considero el régimen actual de visitas inapropiado para una unidad de cuidados intensivos, si bien, a nivel personal me he acostumbrado y no me supone ninguna preocupación ni influye en mi trabajo.	Efecto en el personal
49	Hombre	TCAE	5 años	Demasiado amplio el horario. La familia se siente obligada a estar in situ. Familias desorientadas con tanto cambio: horarios, zonas de acceso, batas no batas...	Efecto en la familia Horario y duración de la visita
55	Hombre	Enfermero	11 años	El cambio hacia un horario de visita abierto debería ir acompañado de una formación del personal sanitario en habilidades sociales y en manejo de este tipo de familiares y sus necesidades, así como manejo de situaciones difíciles y comunicación en general.	Efecto en el personal



56	Mujer	Enfermera	8 años	Aunque las visitas libres son beneficiosas en la mayoría de los pacientes, NO EN TODOS. Esto sería importante valorarlo. Considero que habría que acotar la visita a 2h por la mañana y a 3 ó 4h por la tarde. Considero importante valorar por parte del médico dejar claro que las visitas son opcionales y que no a todos los pacientes benefician.	Efecto en el paciente Horario y duración de la visita
57	Mujer	Enfermera	12 años	La visita abierta pretende humanizar la uci y para ello los familiares deberían involucrarse en los cuidados básicos del paciente con corte de uñas, lavado de boca, ojos...y no muestran ningún interés en colaborar ya que por ejemplo tienen sialorrea el familiar avisa para que se le limpie la saliva.	Efecto en el paciente
59	Mujer	Enfermera	2 años	Mi opinión sobre las visitas abiertas es que en general (y siempre con excepciones) es positiva tanto para paciente como familiares. Opino también que en caso en que no puede el paciente manifestar su opinión sobre quien puede hacer esas visitas debería solo poder visitarle los familiares más próximos (pareja, hijos, padres) hasta que el paciente pudiera decidir. Entiendo que esto es muy complicado de controlar. También en el personal (por lo menos en mi caso), añade algo de carga psíquica quizás por no estar demasiado acostumbrada a ser "observada" en nuestro desempeño.	Efecto en el paciente Efecto en la familia Efecto en el personal
65	Mujer	Enfermera	17 años	Las visitas deberían de estar limitadas en número. El ir y venir de familiares no favorece en nada al paciente.	Horario y duración de la visita
68	Mujer	Enfermera	28 años	Necesidad de proporcionar información y preparación psicológica a la familia y buena política de información de las ventajas de la visita abierta para el paciente. Estructuración de las visitas de familiares con características especiales: discapacitados, menores de edad, etc.	Efecto en la familia

71	Mujer	Enfermera	3 años	Debería haber "puertas abiertas" solo en casos excepcionales como en menores o pacientes desorientados que se centran con gente conocida, pero no por defecto para todos los pacientes porque a veces los alteran o se dedican a mirar todo menos el paciente.	Efecto en el paciente
72	Hombre	Enfermero	20 años	Habría que formar más y preparar al personal de enfermería para enfrentarse a situaciones con familiares.	Efecto en el personal
77	Mujer	TCAE	1 año	Muy difícil de precisar. Depende de muchos factores los efectos de la visita de la familia abierta. Habría que valorar cada situación. En ocasiones no facilitan el trabajo del personal.	Efecto en el personal
79	Mujer	Enfermera	22 años	Con la visita abierta disminuye la privacidad del paciente con respecto a los familiares del resto. Con la visita abierta muchos familiares están más pendientes del "entorno" que de su propio familiar.	Efecto en el paciente Efecto en la familia
83	Mujer	TCAE	15 años	Me parece excesivo.	
85	Mujer	TCAE	4 años	A mi parecer las visitas abiertas no repercute en ningún beneficio hacia el paciente ni para el personal de enfermería sino todo lo contrario. Interrumpe mucho la dinámica de trabajo.	Horario y duración de la visita
88	Mujer	Enfermera	20 años	La visita en la uci debería adaptarse a la situación del paciente y de la familia. Puede ser agotadora para ambos y, para el personal.	Efecto en el personal
92	Mujer	Enfermera	5 años	En mi opinión sería mejor una visita limitada con horario más pequeño muchos familiares se ven obligados a venir al tener tantas horas para la visita. Creo que hay mayor movimiento de gente con el consiguiente riesgo de infección que eso acarrea y la visita abierta llama a los familiares a estar preguntándole al personal constantemente con la consiguiente carga de trabajo asociada. Acaban agotando al personal enfermero. Sugerencia: limitación de horarios.	Efecto en el paciente Efecto en la familia Efecto en el personal Horario y duración de la visita



95	Mujer	Enfermera	20 años	Creo que solo se debería permitir las visitas abiertas en aquellos casos en las que el paciente se pueda beneficiar se las mismas en muchas ocasiones las familias (visitas) interfieren el trabajo que realizamos los profesionales.	Efecto en el personal
96	Mujer	Enfermera	21 años	Creo que el régimen de visitas actual, con un horario tan amplio en el turno de tarde merma la calidad de los cuidados que recibe el paciente. Es beneficioso en según qué tipo de pacientes, dependiendo de su situación y patología y debería ser valorado individualmente.	Efecto en el paciente
97	Mujer	Enfermera	20 años	El tiempo que la familia deba permanecer con el paciente debe depender de la patología, del estado, de la situación...ha de ser individualizado. No se puede generalizar. Muchos pacientes no se benefician en absoluto de este régimen de visitas.	Efecto en el paciente