

PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES Y FAMILIARES ACERCA DE LA POLÍTICA DE VISITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

Primer premio a la mejor comunicación oral presentada en el XXXV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Murcia del 7 al 9 de mayo de 2014.

Autoras

Sonsoles Martín Pérez¹, Elena Rubio Marco², Mónica Vázquez-Calatayud³, Cristina Labiano Pérez-Seoane², Yolanda Lizarraga Ursúa⁴, Marijan Bazanovi⁵, Idoya Andueza Alegria².

1 Máster en Investigación y Rol Avanzado en Enfermería por la Universidad de Navarra. Enfermera del Área de Hospitalización Especial. Enfermera del Área de Investigación Formación y Desarrollo de Enfermería. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

2 Enfermera del Área de Hospitalización Especial. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

3 Máster en Ciencias de la Enfermería. Estudiante de Doctorado en Ciencias de la Enfermería. Universidad de Navarra. Responsable del Área de Investigación, Formación y Desarrollo de Enfermería. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

4 Supervisora del Área de Críticos. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

5 Enfermera del Área de Críticos. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Resumen

• **Introducción:** La percepción de profesionales y familiares sobre la política de visitas es esencial para cubrir las necesidades de las personas implicadas.

• **Objetivos:** Conocer las percepciones de familiares y profesionales en relación a la política de visitas de la unidad y comparar sus percepciones.

• **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Muestreo de conveniencia. Cuestionario diseñado para conocer la percepción sobre la política de visitas con 22 ítems (1, totalmente en desacuerdo- 4, totalmente de acuerdo). Este cuestionario adaptado se distribuyó entre los familiares que accedieron a participar.

• **Resultados:** Se recogieron 29 cuestionarios de familiares y 43 de profesionales. Al comparar la puntuación global media de cada una de las dimensiones de la escala, hubo una mejor puntuación en los familiares que en los médicos en la dimensión: «Efecto de la visita en el paciente» ($z=-2,191$, $p=0,028$), siendo las diferencias significativas. Asimismo, entre los profesionales se encontraron diferencias significativas entre las enfermeras y médicos en dos de las dimensiones: «Efecto de la visita en el paciente» ($z=-2,958$, $p=0,003$) y «Efecto de la visita en los profesionales» ($z=-3,310$, $p=0,001$). En la primera dimensión las enfermeras puntuaron mejor y en la segunda dimensión los médicos.

• **Conclusiones:** La percepción de los familiares y de los profesionales sobre la política de visitas es positiva. Ha habido concordancia entre los ítems más positivos percibidos por el familiar y el personal. La flexibilidad para adaptarse a las necesidades del paciente ha sido el aspecto que se ha priorizado como área de mejora.

Palabras clave: unidad de cuidados especiales, visitas, política de visitas, horario de visitas y familia.

PROFESSIONALS' AND RELATIVES' PERCEPTIONS OF THE VISITING POLICY IN A SPECIAL CARE UNIT

First prize for the best oral presentation at the 35th National Congress of the AEEC.

Abstract

- Introduction: Professionals' and relatives' perception of the visiting policy is essential to meet the needs of the people involved.

- Objectives: To know about relatives' and professionals' perceptions of the unit's visiting policy and compare such perceptions.

- Material and methods: Descriptive cross-sectional study. Convenience sampling. Questionnaire designed to learn about the perception of the visiting policy comprising 22 items (1, strongly disagree - 4, strongly agree). This adapted questionnaire was distributed to those relatives who agreed to participate.

- Results: Questionnaires were collected from 29 relatives and 43 professionals. When comparing the overall mean score of each of the dimensions of the scale, relatives gave a better score than physicians in the dimension: "Effect of the visit on the patient" ($z = 2.191$, $p = 0.028$), with significant differences. Likewise, among professionals, significant differences were found between nurses and physicians in two of the dimensions: "Effect of the visit on the patient" ($z = -2.958$, $p = 0.003$) and "Effect of the visit on professionals" ($z = -3.310$, $p = 0.001$). In the former dimension, nurses gave better scores, while physicians gave better scores in the latter.

- Conclusions: Relatives and professionals have a positive perception of the visiting policy. There has been a concordance between the most positive items perceived by the relative and the staff. Flexibility to adapt to the patient's needs has been the prioritized aspect as an area of improvement.

Keywords: Special Care Unit, visits, visiting policy, visiting hours and family.

Enferm Cardiol. 2015; Año XXII (65): 38-46.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes y familiares ingresados en unidades de cuidados especiales (UCE), que incluyen las unidades coronarias (UC), de cuidados intensivos (UCI) o de intermedios (UCIM), presentan unas necesidades específicas derivadas de estos entornos. Dichas necesidades pueden ser cognitivas: relacionadas con el conocimiento que se tiene de la situación, emocionales: sentimientos que experimentan debido al ingreso, prácticas: engloban todo aquello que contribuye a la comodidad tanto del paciente como de la familia, y sociales que hacen referencia a las relaciones de las familias con el paciente¹.

Tradicionalmente, en estas unidades, se han creado políticas de visitas cerradas, con límite horario en distintos periodos durante el día, aduciendo que la visita podía aumentar el riesgo de complicaciones sépticas o complicaciones cardiovasculares. Sin embargo, hay evidencia que demuestra lo contrario², en un estudio se encontró que no había diferencias significativas en cuanto al impacto en la mortalidad entre los pacientes que reciben visitas y los que no^{2,3}.

Organizaciones internacionales de gran relevancia, como el Joanna Briggs Institute y la American Association of Critical-Care Nurses^{4,5} promueven el uso de políticas de visitas flexibles, es decir, que se adapten a las circunstancias del enfermo y de la familia, y abiertas, sin restricción de ninguna clase⁶⁻⁸. Considerándose la posibilidad de ofrecer a los pacientes control sobre las visitas, mediante contratos individuales^{4,5}.

En la última década, el interés por conocer la percepción de los pacientes acerca de las visitas se ha incrementado⁷⁻¹². En general, los pacientes perciben estar

más satisfechos con una visita más abierta^{7,8,12}, refieren que el estar acompañados les da tranquilidad y disminuye su ansiedad^{9,12}. Se ha encontrado un único estudio, en el que los pacientes de una UCIM percibieron que la política de visitas abierta interrumpía su descanso e intensificaba su dolor⁹. No obstante, cabe señalar que en este estudio se comparaban dos políticas de visitas, siendo la de la UCIM más abierta que la de la UCI.

En este mismo estudio, los pacientes manifestaron que los familiares cooperan en la comprensión de la información que se les transmite⁹. Además, cabe resaltar que el ingreso en una UCE crea confusión en los pacientes¹⁰, se sienten incapacitados físicamente, lo que conlleva una especial necesidad de cercanía del familiar¹¹.

Por su parte, los familiares perciben que las políticas de visitas abiertas mejoran su satisfacción, la percepción en la calidad del cuidado, aumentando la implicación familiar en el mismo^{7,8} y la comunicación entre la familia y el personal. Además, se ha demostrado que el número de quejas por parte de la familia también disminuye con una política de visitas abierta⁸. El estar cerca les permite además, conocer los detalles de la situación⁷. Asimismo, acudir con regularidad al hospital mejora su relación con los profesionales, ya que conocen mejor al equipo y tienen más tiempo para interactuar con él, lo que ayuda a reducir su ansiedad¹³.

A pesar de existir evidencia que promueve el uso de políticas de visitas flexibles o abiertas, en la práctica se carece de servicios que desarrollen este tipo de políticas. Por ejemplo, en dos estudios realizados en varias UCI de Francia y Holanda se evidenció que, a pesar de las recomendaciones, los hospitales no tienen implementada

una política de visitas abierta y restringen tanto el horario de las visitas, como el número de visitas y la entrada de niños en las unidades^{14,15}.

Cabe señalar que, aunque se han publicado numerosos estudios para conocer las percepciones de los profesionales y de los familiares, acerca de las políticas de visitas más abiertas para su posterior implementación, hasta la fecha no se ha encontrado ningún trabajo que lo estudie desde un enfoque multidisciplinar, y compare las distintas perspectivas para tratar de comprender su no adopción. Concretamente en nuestra unidad, a pesar de existir una política de visitas con un horario amplio, se ha evidenciado que en la mitad de los casos no se cumple¹⁶. Por este motivo, se ha planteado como objetivo conocer las percepciones de los familiares y profesionales, en relación a la política de visitas de la unidad y comparar sus percepciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y muestra

Este estudio descriptivo transversal se llevó a cabo, desde diciembre de 2013 a febrero de 2014, en una UCE, compuesta por la UC, UCIM y unidad de ictus. En esta unidad existe un horario de visitas establecido amplio, de 11-14 h por la mañana y de 17-21 h por la tarde. El muestreo fue de conveniencia y la muestra estuvo formada por 29 familiares, 16 enfermeras, 6 auxiliares de enfermería y 21 médicos. Los criterios de inclusión de los familiares fueron aquellos accesibles, que entendían el castellano y capacitados para cumplimentar el cuestionario.

Instrumentos de recogida de datos

Se utilizaron dos cuestionarios para la recogida de datos. El tiempo medio estimado para la cumplimentación de ambos fue aproximadamente de 15 minutos.

1. Un cuestionario para valorar la percepción de los profesionales de enfermería, acerca de la política de visitas de la unidad. Este cuestionario, diseñado por Kirchoff et al.¹⁷ y Simpson et al.¹⁸, ha sido validado y ampliamente utilizado en nuestro contexto¹⁷⁻²⁰. Este consta de 22 ítems, que incluyen aspectos relacionados con la percepción de las enfermeras con respecto al efecto de la visita sobre el paciente, la familia y los profesionales (**Anexo 1**). Cada ítem se valoró en una escala tipo Likert del 1 al 4 (1, totalmente en desacuerdo; 4, totalmente de acuerdo). También, se recogió información acerca de su experiencia profesional, conocimiento, creencias y experiencia acerca de la política de visita vigente. Asimismo, se facilitó el mismo cuestionario a las auxiliares de enfermería y a los médicos.

2. El cuestionario anterior, adaptado y pilotado para conocer las percepciones de los familiares sobre la política de visitas. Este instrumento se distribuyó entre los familiares al segundo día de ingreso, una vez que ya conocían el horario y estaban más adaptados a la situación. Este consta de 20 ítems, dos ítems menos que el dirigido a los profesionales que hacían referencia a cómo la visita influía en el trabajo de los profesionales (**Anexo 2**). También recogía datos sociodemográficos, por ejemplo, parentesco con el enfermo, y varias preguntas sobre si habían recibido información relacionada con el horario y de qué tipo, su opinión acerca del horario de visitas y se les invitaba a proponer sugerencias al respecto.

Proceso de recogida de datos y consideraciones éticas

La recogida de datos fue realizada por varios miembros del equipo investigador. A los familiares que cumplían

los criterios de selección definidos para la investigación, se les explicó el objetivo y la importancia del estudio, solicitándoles su participación voluntaria. Para asegurar la confidencialidad y el anonimato de los datos, los cuestionarios fueron codificados y se les informó a los familiares del anonimato de los mismos. Del mismo modo, a los miembros del personal se les explicó el objetivo del trabajo pidiéndoles su participación voluntaria y se les facilitó el cuestionario. Se les comentaba que era un cuestionario anónimo. Para el tratamiento de los datos se ha tenido en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Análisis de los datos

En primer lugar, se utilizó estadística descriptiva para obtener la percepción global de la política de visitas tanto en familiares como en el personal. Se utilizaron medidas de tendencia central (mediana), y de dispersión (rango intercuartílico) para las variables discretas. En segundo lugar, se empleó estadística inferencial: test de U Mann-Whitney para muestras independientes, para estudiar las posibles diferencias entre la percepción de los familiares y el personal con respecto a cada ítem. Los cálculos fueron realizados con el programa estadístico SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences). Los test estadísticos se consideraron significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos en el presente estudio.

Percepciones de los profesionales acerca de la política de visitas

Se obtuvieron 43 encuestas (tasa de respuesta: 100%). En la **Tabla 1** se representa su distribución por categoría profesional y experiencia profesional.

Tabla 1. Datos descriptivos de los profesionales.

Categoría profesional	% (n)	Experiencia profesional	
		Rango	%
Médicos	48% (21)	0-5 años	66,7
		5-10 años	14,3
		10-15 años	4,8
		15-20 años	9,5
		>20 años	4,8
Enfermeras	36% (16)	0-5 años	18,7
		5-10 años	12,5
		10-15 años	31,2
		15-20 años	6,2
		>20 años	31,2
Auxiliares	14% (6)	5-10 años	66,7
		10-15 años	16,7
		15-20 años	16,7
Total (n)		100% (43)	

Un 20,45% de los profesionales señaló que la enfermera es quien debe valorar la ampliación del horario; un 15,9% los médicos y un 29,5% ambos profesionales. El 84,9% de los profesionales conocía la política actual, mientras

que el 15,1% señaló no conocerla. Este último porcentaje corresponde a los médicos con experiencia profesional entre 0-5 años.

En la **Tabla 2**, se muestran los ítems mejor y peor valorados por los distintos profesionales.

En general, a todos los profesionales el horario de visita existente les parecía adecuado. Concretamente, los médicos comentaron que es adecuado siempre que exista flexibilidad como ahora, si no interrumpe el trabajo. Quizá «Un poco escaso para los familiares y pacientes» (M.22), «Algunos se beneficiarían de estar más tiempo acompañado» (M.44).

Alguna de las enfermeras indicó que ampliarían el horario por ejemplo, la hora de diabéticos, «Debería ser flexible en casos determinados, pero estas situaciones especiales deberían estar bien definidas» (E.39). Otras comentaron que consideraban que ya era bastante flexible y que incluso se les facilitaba a los familiares, si el horario no les venía bien, que vinieran a otras horas. Por el contrario, otras indicaron que era «Demasiado flexible» (E.4), «Retrasa los cuidados y tareas» (E.4) o era «Suficiente si no se excede» (E.16).

Por otro lado, una de las auxiliares de enfermería comentaba que «Hay casos en que se debería dejar más

Tabla 2. Percepciones acerca de la política de visitas.

	Enfermeras	Médicos	Auxiliar	Familia
	Md (Rango IC)	Md (Rango IC)	Md (Rango IC)	Md (Rango IC)
Efecto de la visita en el paciente	2,88 (2,63-3,00)	2,50 (2,38-2,63)	2,88 (2,63-3,00)	2,75 (2,50-2,94)
1. Proporciona apoyo emocional al paciente	4,00 (3,00-4,00)	4,00 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-4,00)	4,00 (4,00-4,00)
2. Incrementa la percepción del dolor en el paciente	2,00 (1,50-3,00)	2,00 (2,00-2,00)	2,50 (2,00-3,00)	1,00 (1,00-3,75)
3. Incrementa el gasto de energía del paciente	3,00 (2,00-3,50)	2,00 (2,00-3,00)	3,00 (2,00-3,25)	2,00 (2,00-2,75)
4. Minimiza el aburrimiento del paciente	3,50 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-3,25)	4,00 (3,25-4,00)
5. Incrementa en el paciente el deseo de vivir	3,00 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-3,25)	4,00 (4,00-4,00)
6. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan	3,00 (2,00-3,00)	3,00 (2,00-3,00)	3,00 (2,75-3,25)	3,00 (2,00-3,75)
7. En general, inestabiliza al paciente	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,75-2,25)	1,00 (1,00-1,00)
8. Dificulta el descanso del paciente	3,00 (2,00-3,50)	2,00 (1,00-2,00)	2,50 (2,00-3,25)	2,00 (1,25-2,00)
Efecto de la visita en la familia	3,17 (3,00-3,50)	3,00 (2,58-3,17)	3,08 (2,67-3,33)	3,00 (2,58-3,58)
9. Aumenta la satisfacción de la familia	4,00 (3,50-4,00)	3,00 (2,50-4,00)	3,00 (3,00-4,00)	4,00 (3,00-4,00)
10. Disminuye la ansiedad de la familia	4,00 (4,00-4,00)	3,00 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-4,00)
11. Agota a la familia	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (2,00-3,00)	2,50 (2,00-3,25)	2,00 (1,00-3,00)
12. Proporciona mayor información a la familia y facilita que esta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente	4,00 (3,00-4,00)	3,00 (3,00-4,00)	3,50 (3,00-4,00)	4,00 (4,00-4,00)
13. La familia se siente obligada a estar con el paciente	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (2,00-2,25)	2,00 (1,25-2,75)
14. Proporciona seguridad en los profesionales	3,00 (3,00-4,00)	3,00 (2,50-4,00)	3,00 (2,75-4,00)	3,00 (3,00-4,00)
Efecto de la visita en los profesionales	2,63 (2,50-2,88)	2,38 (2,25-2,50)	2,50 (2,47-2,66)	--
15. Interrumpe o pospone los cuidados de enfermería	3,00 (3,00-3,00)	2,00 (1,50-2,00)	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (2,00-3,00)
16. Proporciona una información muy valiosa	3,00 (3,00-3,00)	3,00 (2,00-4,00)	3,00 (2,75-4,00)	4,00 (3,00-4,00)
17. Produce una mayor carga física y psíquica	3,00 (2,50-4,00)	2,00 (2,00-3,00)	3,00 (2,00-3,00)	2,00 (2,00-3,00)
18. Ayuda a los profesionales a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente	3,00 (3,00-3,50)	3,00 (3,00-3,00)	3,00 (2,75-3,25)	4,00 (4,00-4,00)
19. Ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente	2,50 (2,00-3,00)	3,00 (2,00-3,00)	2,50 (1,75-3,00)	2,50 (2,00-3,00)
20. Supone menor dedicación al paciente por ocuparse también del familiar	2,00 (2,00-3,00)	2,00 (1,50-2,50)	2,00 (1,75-2,25)	2,00 (,00-2,75)
21. Impide a los profesionales manifestarse como son	2,00 (1,50-2,00)	1,00 (1,00-2,00)	2,00 (1,75-2,00)	--
22. Incrementa la satisfacción de los profesionales	3,00 (2,00-3,00)	3,00 (2,00-3,00)	3,00 (--)	--

Md: Mediana; **Rango IC:** Rango Intercuartílico (percentil 25-percentil 75).

tiempo al familiar por el bien del paciente, ej.: en pacientes desorientados, angustiados o agitados» (A.30). Por el contrario, dos explicaban que «No se respeta» (A.7 y 18) el horario establecido.

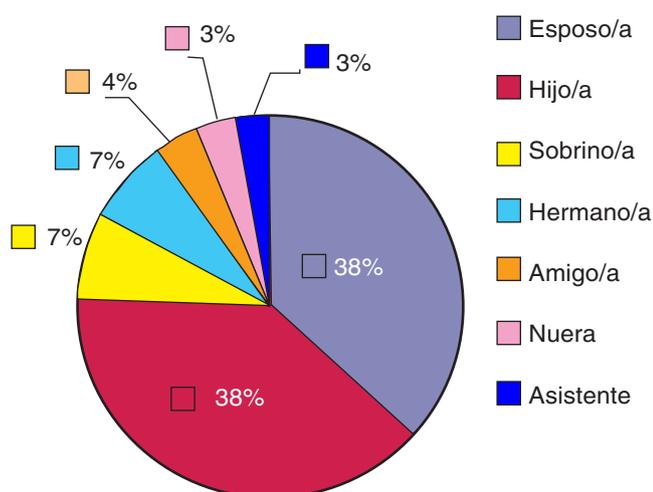
Como propuestas de mejora, en su mayoría, los profesionales señalan una mayor flexibilidad para adaptarse a las condiciones del paciente y su familia. Alguna enfermera y auxiliar fueron más reticentes a los cambios e indicaron: «Que se cumpla el horario» (E.4 y 16).

Percepciones de los familiares acerca de la política de visitas

Se obtuvieron un total de 29 encuestas de familiares (tasa de respuesta 100%). En la **Figura 1** se representa el parentesco de los familiares encuestados. Como se puede observar la mayoría de los familiares fueron cónyuges o hijos.

Todos los familiares referían haber sido informados sobre el horario de visitas, mediante distintas fuentes: cartel de entrada (10,3%); información oral (10,3%); folleto informativo (6,9%); información oral y cartel (6,9%); folleto informativo y cartel (17,2%); folleto informativo e información oral (20,8%); folleto informativo, información oral y cartel (24,1%).

Figura 1. Parentesco de los familiares encuestados.



En la **Tabla 2** se presentan los datos descriptivos de las percepciones de los familiares acerca de la política de visitas.

En relación a lo que piensan los familiares respecto al horario de visitas actual, destacar que opinaban que es un horario adecuado y amplio, lo que permite tanto el descanso del paciente, como el trabajo de los profesionales. En algún caso referían que el horario era «Incluso amplio» (F.3) y «Dependiendo de la situación del paciente un horario abierto resultaría más fatigoso para el enfermo» (F.12).

Sin embargo, en otros casos comentaban que les «Gustaría estar más tiempo con el paciente» (F.9), lo alargarían tanto en el inicio como en la hora de salida. Propusieron que dependiendo de las circunstancias del familiar, este se pudiera flexibilizar «Creo que el horario debería ser flexible para que cada paciente y familiares pudieran adaptarlo a sus circunstancias» (F.25).

Comparación de perspectivas acerca de la política de visitas

Como se puede observar en la **Tabla 2**, existe

concordancia entre familiares, enfermeras y médicos en el ítem mejor valorado, ítem 1: «La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente». Asimismo, existe concordancia entre el ítem peor valorado por los tres grupos de profesionales sobre que la visita «Impide a los profesionales manifestarse como son». También hubo concordancia entre los familiares, enfermeras y auxiliares acerca del ítem peor valorado «En general, inestabiliza al paciente».

En la **Tabla 3** se muestra la comparación de las perspectivas acerca de la política de visitas entre los profesionales.

Como se puede observar en la **Tabla 3**, al comparar la puntuación global media de cada una de las dimensiones de la escala, hubo una mejor puntuación en los familiares que en los médicos en la dimensión: «Efecto de la visita en el paciente» ($z=-2,191, p=0,028$), siendo las diferencias significativas. Asimismo, entre los profesionales se encontraron diferencias significativas entre las enfermeras y médicos en dos de las dimensiones: «Efecto de la visita en el paciente» ($z=-2,958, p=0,003$) y «Efecto de la visita en los profesionales» ($z=-3,310, p=0,001$). En la primera dimensión las enfermeras puntuaron mejor y en la segunda dimensión los médicos.

DISCUSIÓN

Los familiares de los pacientes creen que el horario de visitas de la UCE es adecuado, aunque opinan que este debería individualizarse según las características y necesidades, tanto del paciente como de ellos mismos. En general, los profesionales coinciden con esta opinión, sin embargo, algunas enfermeras y auxiliares siguen mostrando resistencia y piden que se respete el horario establecido. Dicha flexibilización e individualización de horarios dependiendo de la situación clínica del paciente, coincide con la perspectiva de los profesionales de un estudio reciente, realizado en una UCI española²¹. Cabe resaltar que, aunque no se han encontrado diferencias significativas en la comparación de la mayoría de los ítems de las encuestas, se percibe que los profesionales se siguen mostrando reticentes a los cambios de políticas, siendo esto más llamativo en las enfermeras y en las auxiliares de enfermería. Este hallazgo es similar al obtenido en otros estudios²²⁻²⁴.

Los resultados de este estudio tienden a mostrar el efecto beneficioso de la presencia de familiares, aunque se continúa mitificando el carácter perturbador de las familias como en estudios previos²⁰⁻²⁴. Esta discordancia puede deberse a que en nuestra unidad desde hace años se ha tratado de concienciar al personal de la importancia de la presencia de la familia, se ha implementado una política abierta pero, como muestran los resultados, es necesario impulsar una mayor flexibilidad entre los profesionales.

Es importante señalar que, a pesar de que, coincidiendo con un estudio reciente²⁴, se acepta que la presencia familiar pueda tener una influencia positiva para el paciente, también se ha identificado que las enfermeras, a diferencia de los médicos, creen que la presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente, dificulta el descanso del paciente, produce mayor carga física y psíquica e interrumpe la realización de los cuidados, encontrándose diferencia significativa entre ambos colectivos. Este resultado es apoyado por varios estudios previos realizados en UCI, en el que los médicos parecen ser más permisivos que las enfermeras²¹ y perciben menor desorganización

Tabla 3. Comparación de las percepciones de la familia con los profesionales y de las enfermeras con los otros profesionales.

	COMPARACIÓN FAMILIA-PROFESIONALES						COMPARACIÓN ENFERMERA-PROFESIONALES			
	F-E		F-M		F-A		E-M		E-A	
	z*	p	z	p	z	p	z	p	z	p
Efecto de la visita en el paciente (puntuación global)	-1,210	0,226	-2,191	0,028	-1,039	0,299	-2,958	0,003	-0,135	0,893
1. Proporciona apoyo emocional al paciente	-2,551	0,011	-2,765	0,006	-3,094	0,002	-0,433	0,665	-0,935	0,350
2. Incrementa la percepción del dolor en el paciente	-1,317	0,188	-1,036	0,300	-1,807	0,071	-1,212	0,225	-0,943	0,346
3. Incrementa el gasto de energía del paciente	-2,082	0,037	-0,228	0,819	-1,390	0,165	-2,575	0,010	-0,237	0,813
4. Minimiza el aburrimiento del paciente	-0,391	0,696	-1,568	0,117	-1,545	0,122	-1,005	0,315	-1,134	0,257
5. Incrementa en el paciente el deseo de vivir	-2,441	0,015	-2,201	0,028	-2,590	0,010	-0,067	0,947	-0,656	0,512
6. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan	0,000	1,000	-0,278	0,781	-0,802	0,422	-0,343	0,732	-0,905	0,365
7. En general, inestabiliza al paciente	-0,783	0,433	-0,640	0,522	-1,557	0,120	-0,050	0,960	-1,055	0,291
8. Dificulta el descanso del paciente	-2,705	0,007	-0,813	0,416	-1,494	0,135	-3,009	0,003	-0,438	0,662
Efecto de la visita en la familia (puntuación global)	-1,950	0,051	-1,198	0,843	-0,706	0,480	-1,919	0,055	-0,711	0,477
9. Aumenta la satisfacción de la familia	-0,289	0,773	-1,967	0,049	-1,329	0,184	-1,910	0,056	-1,470	0,142
10. Disminuye la ansiedad de la familia	-2,390	0,017	-0,109	0,913	-0,296	0,767	-2,183	0,029	-2,100	0,036
11. Agota a la familia	-1,740	0,082	-1,037	0,300	-1,825	0,068	-0,928	0,353	-0,637	0,524
12. Proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente	-1,014	0,310	-2,288	0,022	-1,290	0,197	-1,269	0,204	-0,519	0,604
13. La familia se siente obligada a estar con paciente	-2,089	0,037	-1,156	0,248	-0,956	0,339	-1,060	0,289	-0,964	0,335
14. Proporciona seguridad en los profesionales	-2,089	0,037	-1,156	0,248	-0,956	0,339	-1,060	0,289	-0,964	0,335
Efecto de la visita en los profesionales	---	---	---	---	---	---	-3,310	0,001	-1,482	0,138
15. Interrumpe o pospone los cuidados de enfermería	-2,313	0,021	-2,287	0,022	-0,315	0,753	-4,084	0,000	-2,137	0,033
16. Proporciona una información muy valiosa	-2,450	0,014	-1,526	0,127	-1,052	0,293	-0,266	0,790	-0,472	0,637
17. Produce una mayor carga física y psíquica	-2,048	0,041	-1,192	0,233	-0,558	0,577	-2,692	0,007	-1,123	0,261
18. Ayuda a los profesionales a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente	-2,591	0,010	-3,442	0,001	-2,338	0,019	-0,960	0,337	-0,675	0,500
19. Ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente	0,000	1,000	-0,631	0,528	-0,331	0,741	-0,723	0,470	-0,322	0,747
20. Supone menor dedicación al paciente por ocuparse también del familiar	-0,442	0,658	-1,224	0,221	-0,799	0,424	-0,838	0,402	-0,675	0,500
21. Impide a los profesionales manifestarse como son	--	--	--	--	--	--	-1,970	0,049	-0,583	0,560
22. Incrementa la satisfacción de los profesionales	--	--	--	--	--	--	-0,412	0,680	-1,573	0,116

F: familia; E: enfermera; M: médico; A: auxiliar.

*z: U Mann-Whinney.

en el cuidado¹³. Este hecho puede atribuirse a que las enfermeras encuestadas tienen más años de experiencia que los médicos y que son las que permanecen más tiempo con el paciente y la familia, pudiendo vulnerar su intimidad en su puesto de trabajo. En este sentido, Zaforzeta y cols.²³, a través de una investigación acción-participativa, propusieron la creación de pactos con los profesionales para abrir el horario adaptándose a sus necesidades.

Entre las limitaciones del presente estudio destacan el tipo de muestreo y el tamaño muestral que no permiten la generalización de los resultados.

Como fortalezas de este trabajo, cabe señalar la tasa elevada de respuesta de los cuestionarios de percepción de las visitas de los profesionales y familiares. También, hay que destacar que se han utilizado medidas para asegurar la confidencialidad y el anonimato de los datos, con el fin

de garantizar la validez de los resultados. Este artículo aporta la visión compartida tanto de familiares como de los profesionales, de la flexibilización e individualización de los horarios de visita dependiendo de la situación clínica del paciente en una UCE que incluye, no solo la UCI sino también la UC y la UCIM. Otro punto fuerte del estudio, sería la validación del cuestionario, empleado previamente en nuestra institución^{19,20} y recientemente en otras unidades en España²¹.

Se considera que es importante que se fomenten servicios con horarios más abiertos y flexibles, en los que se valore de manera individualizada a los pacientes y sus familias, para poder adaptarse a sus necesidades.

CONCLUSIÓN

La percepción de los familiares y de los profesionales

sobre la política de visitas es positiva. Ha habido concordancia entre los ítems más positivos percibidos por los familiares y el personal. La flexibilidad e individualización para adaptarse a las necesidades del paciente ha sido el aspecto que se ha priorizado como área de mejora.

Se sugieren futuras investigaciones de tipo acción-participativa que contribuyan a generar mayor evidencia en cuanto a la eficacia de políticas de visita más flexibles, y que impliquen a los mismos profesionales en el cambio de dichas políticas, con el fin de buscar un cambio en comportamiento de los mismos.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del Área de Hospitalización Especial, enfermeras, auxiliares, personal de limpieza y médicos, por su colaboración con el presente trabajo, que ha sido indispensable para su desarrollo.

Anexo 1. Encuesta a las familias sobre política de visitas.

Estamos realizando un trabajo para conocer en profundidad aspectos relacionados con los horarios de visita del Área de Hospitalización Especial, agradecemos que cumplimente esta pequeña encuesta.

1. Indique su parentesco con el paciente
 - Esposo/esposa
 - Hijo/hija
 - Amigo/amiga
 - Otros: _____

2. ¿Ha recibido información sobre el horario de visitas de la unidad?
 - Sí
 - No

Qué tipo de información:

- Folleto informativo
- Información oral
- He visto el cartel que hay al entrar en AHE
- Otros: _____

3. ¿Qué piensa en relación al horario visita existente en el AHE?

4. Por favor responda a las siguientes preguntas, siendo (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) totalmente de acuerdo:

1. La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente.	1	2	3	4
2. La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente.	1	2	3	4
3. La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente.	1	2	3	4
4. La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente.	1	2	3	4
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir.	1	2	3	4
6. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia.	1	2	3	4
7. En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente.	1	2	3	4
8. La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente.	1	2	3	4
9. La visita aumenta la satisfacción de la familia.	1	2	3	4
10. La visita disminuye la ansiedad de la familia.	1	2	3	4
11. La visita agota a la familia.	1	2	3	4
12. La visita proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.	1	2	3	4
13. Con la visita, la familia se siente obligada a estar con el paciente.	1	2	3	4
14. La visita proporciona a la familia seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.	1	2	3	4
15. Los cuidados de enfermería, especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente, ej. curas, aspiración de secreciones, etc. interrumpen o posponen la visita.	1	2	3	4
16. Con la visita, los familiares obtienen de los profesionales una información muy valiosa.	1	2	3	4
17. La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica a las visitas.	1	2	3	4
18. La presencia de la familia ayuda a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente.	1	2	3	4
19. La presencia de la familia ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente.	1	2	3	4
20. En la visita los profesionales deben emplear más tiempo para informar a los familiares.	1	2	3	4

5. ¿Qué sugerencias le gustaría hacer en relación al horario de visitas?

Anexo 2. Encuesta a las Profesionales sobre política de visitas.

1. Años de experiencia laboral

- 5-10 años 15-20 años
 10-15 años Más de 20 años

2. Categoría profesional

- Médico Auxiliar
 Enfermera Limpieza

3. ¿Conoce el horario de visitas del Área de Hospitalización Especial (AHE)?

- Sí No

4. ¿Qué piensa en relación al horario visita existente en el AHE?

5. Qué profesionales cree que tienen la competencia de decidir en qué situación se puede ampliar el horario _____

6. Responda a las siguientes preguntas, siendo (1) totalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo y (4) totalmente de acuerdo:

1. La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente.	1	2	3	4
2. La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente*.	1	2	3	4
3. La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente.	1	2	3	4
4. La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente.	1	2	3	4
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir.	1	2	3	4
6. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia.	1	2	3	4
7. En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente.	1	2	3	4
8. La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente.	1	2	3	4
9. La visita aumenta la satisfacción de la familia.	1	2	3	4
10. La visita disminuye la ansiedad de la familia.	1	2	3	4
11. La visita agota a la familia.	1	2	3	4
12. La visita proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.	1	2	3	4
13. Con la visita, la familia se siente obligada a estar con el paciente.	1	2	3	4
14. La visita proporciona a la familia seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.	1	2	3	4
15. La visita interrumpe o pospone los cuidados de enfermería especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente, ej. curas, aspiración de secreciones, etc.	1	2	3	4
16. Con la visita, los profesionales obtiene de los familiares una información muy valiosa.	1	2	3	4
17. La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica a los profesionales.	1	2	3	4
18. La presencia de la familia ayuda a los profesionales a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente.	1	2	3	4
19. La presencia de la familia ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente.	1	2	3	4
20. En la visita los profesionales deben emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que se dedica menos tiempo a la atención del paciente.	1	2	3	4
21. La visita impide a los profesionales manifestarse como son.	1	2	3	4
22. La visita incrementa la satisfacción de los profesionales.	1	2	3	4

7. Sugerencias en relación al horario

8. Experiencias propias que desee añadir

Dirección para correspondencia
 Sonsoles Martín Pérez
 Clínica Universidad de Navarra
 Avenida Pío XII, 36
 31008 Pamplona
Correo electrónico:
 smartin5@unav.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Pardavila MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012;23(2):51-67.
2. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006;113(7):946-52.
3. Eriksson T, Bergbom I. Visits to intensive care unit patients —frequency, duration and impact on outcome. *Nurs Crit Care*. 2007;12:1.
4. AACN Practice Alerts. Family Presence: Visitation in the Adult ICU. *Crit Care Nurse*. 2012; 32:76-8.
5. Smith L, Medves J, Harrison MB, Tranmer J, Waytuck B. The impact of hospital visiting hours policies on paediatric and adult and their visitors. *JBI Library of Systematic Reviews*. JBR000146 7, 2009;(2):38-79.
6. Slota M, Shearn D, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Crit Care Med*. 2003;31(5):362-6.
7. Ciuffo D, Hader R, Holly C. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9:362-87.
8. Roland P, Russell J, Richards KC, Sullivan SC. Visitation in Critical Care: Process and Outcomes of a Performance Improvement Initiative. *J Nurs Care Qual*. 2001;15(2):18-26.
9. Carroll DL, Gonzalez CE. Visiting preferences of cardiovascular patients. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2009;24(4):149-54.
10. Eriksson T, Bergbom I, Lindahl B. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit—a hermeneutic interview study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(2):60-6.
11. Eriksson T, Lindahl B, Bergbom I. Visits in an intensive care unit—an observational hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(1):51-7.
12. Hardin SR, Bernhardt Tindal K, Hart A, y col. Critical-care visitation: The patients. *Dimens Crit Care Nurs*. 2011;30(1):53-61.
13. Garroute Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2008;36(1):30-5.
14. Quinio P, Savry C, Deghelt A, Guilloux M, Catoire J, de Tinténiac A et al. A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med*. 2002;28:1389-94.
15. Spreen AE, Schuurmans MJ. Visiting policies in the adult intensive care units: A complete survey of dutch icus. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(1):27-30.
16. Martín-Pérez S, Labiano-Pérez-Seoane C, Lizarra-Ursua Y, Rubio-Marco E, Andueza-Alegria I, Bazanovi M, Vázquez-Calatayud M. Comunicación: Adherencia a la política de visitas en una Unidad de Cuidados Especiales. En: 35.º Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Murcia; 7-9 de mayo de 2014.
17. Kirchoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care*. 1993;2:238-45.
18. 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;5:420-6.
19. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes toward the effects of open visitation on patients, family, and nurses. *Nurs Crit Care*. 2006;11(1):33-41.
20. 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;11:107-17.
21. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: A regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anestesiol*. 2010;76:93-9.
22. Yanez B, Santana L, Hernández A, Molina A. Actitudes del personal de enfermería de cuidados intensivos hacia las visitas. *Med Intensiva*. 2011;35:62-3.
23. Zaforteza Lallemand C, García Mozo A, Quintana Carbonero R, Sánchez Calvin C, Abadía Ortiz E, Miro Gaya JA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿Qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva*. 2010;21:52-7.
24. Ayllón N, Montero P, Acebes MI, Sánchez J. Open door intensive care unit: View of the professionals. *Enferm Intensiva*. 2014; 25 (2):72-7.