

L. Marco Landa
I. Bermejillo Eguía
N. Garayalde Fernández de Pinedo
I. Sarrate Adot
M. A. Margall Coscojuela¹
M. C. Asiain Erro²

Diplomadas en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universitaria de Navarra.

¹ Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra. M. Sc. Inf.

² Supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Navarra.

Correspondencia:

Laura Marco Landa
Unidad de Cuidados Intensivos
Clínica Universitaria de Navarra
Avda. Pío XII, 36
31008 Pamplona

Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras

Opinions and attitudes of intensive care nurses on the effect of open visits on patients, family members, and nurses

Primer Accésit SEEIUC-ABBOTT a la mejor comunicación presentada al XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Barcelona, 24-27 de Mayo de 2000.

RESUMEN

La política de visitas de los familiares a los pacientes ingresados en UCI se ha ido liberalizando en los últimos años ante la creencia del efecto beneficioso que la presencia de la familia tiene en los pacientes. En nuestra Unidad este cambio también se ha producido de forma progresiva y en la actualidad las familias permanecen durante periodos de tiempo al lado del paciente. Con el fin de conocer las creencias/opiniones y actitud de las enfermeras sobre el tema se ha realizado este estudio con el objetivo de analizar la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familia y enfermeras.

Este estudio descriptivo correlacional se ha realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente.

La muestra estaba formada por 46 enfermeras, quienes cumplimentaron un cuestionario autocompletado y anónimo. Este cuestionario incluía: una escala tipo Likert mediante la cual se analizaron las creencias de las enfermeras sobre el efecto de las visitas y una escala semántica diferencial para analizar sus actitudes hacia la visita de los familiares.

La creencia sobre el efecto positivo de las visitas dio un valor medio de 3,001, siendo el valor máximo 4. La puntuación obtenida en la escala de actitudes hacia la visita abierta fue de 6,005 para un valor máximo de 7. La correlación obtenida entre las creencias y actitudes ha sido significativa y positiva ($r=0,523$, $p<0,0001$). Al comparar las variables sociodemográficas y las variables de interés no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas, excepto en la

108 variable actitud, y el hecho de tener hijos ($t = -2,254$, $p = 0,03$) que obtuvieron una puntuación más elevada. Se concluye que las creencias de las enfermeras sobre los efectos positivos de la visita abierta se corresponden con las actitudes que ellas adoptan y mayoritariamente están satisfechas con el sistema actual de visitas.

PALABRAS CLAVE

Visita abierta en UCI. Visita flexible en UCI. Política de visitas. Creencias sobre la visita abierta en UCI. Actitudes sobre la visita abierta en UCI.

SUMMARY

The policy of family visits to patients admitted to the intensive care unit has been liberalized in recent years. This change has been progressive in our unit and family members now spend long periods of time with patients. An analysis was made of the beliefs, opinions and attitudes of nurses toward family visits and the relation between the beliefs of nurses and their attitude toward the effect of an open visiting policy on patients, family members and nurses. A descriptive correlation study was carried out in the Polyvalent Intensive Care Unit. The sample included 46 nurses who completed a self-administered, anonymous questionnaire. This questionnaire contained a Likert type scale analyzing the opinions of nurses regarding the effect of visits and a differential semantic scale analyzing nurses' attitudes toward visits by family members. The opinion that visits had a positive effect achieved a mean value of 3.001 on a scale with a maximum value of 4. The score obtained on the scale of attitudes toward an open visiting policy was 6.005, with a maximum value of 7. The correlation between opinions and attitudes was significant and positive ($r = 0.523$, $p > 0.0001$). Comparison of sociodemographic and other

variables disclosed no statistically significant differences, except for the variables attitude and having children ($t = -2.254$, $p = 0.03$), which obtained a higher score. It is concluded that the opinions of nurses regarding the positive effect of open visits depended on their attitudes. For the most part, they were satisfied with the current visiting policy.

KEY WORDS

Open ICU visits. Flexible ICU visits. Visiting policy. Opinions regarding open ICU visits. Attitudes toward open ICU visits.

INTRODUCCIÓN

La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo, por ello cuando una persona ingresa en un hospital, la participación de la familia debe continuar siendo activa para conseguir un cuidado integral y un entorno terapéutico óptimo. Por diferentes razones, esto no siempre se ha cumplido y a la familia se la ha mantenido alejada del paciente ^(1, 2).

En las Unidades de Cuidados Intensivos, este problema ha sido más llamativo debido a la filosofía y estructura inicial de estas unidades, que limitaban la presencia de la familia y utilizaban un sistema de visitas muy restrictivo, basándose en la idea de que los familiares son un riesgo añadido al problema de la infección de los pacientes, les impiden el descanso y producen alteraciones fisiológicas como taquicardia, arritmias, hipertensión, ansiedad, etc. ⁽³⁾. Por otra parte, la enfermera justificaba esta restricción, alegando que la visita interfiere en los cuidados, y que la relación continua con la familia le produce agotamiento emocional y estrés ⁽⁴⁻⁷⁾. En relación con las alteraciones fisiológicas en el paciente, en estos últimos años se han publicado investigaciones que demuestran que no se producen tales efectos adversos ⁽⁸⁻¹¹⁾. Además la presencia de la familia tiene un efecto beneficioso en la recuperación

del paciente ^(6, 12), siendo a su vez esa proximidad una ayuda para la propia familia ^(4, 12, 13). Estas razones han motivado la progresiva liberalización de la política de visitas, lo cual se refleja en los resultados de los estudios de Kirchhoff (1982) ⁽¹⁴⁾ y Stockdale y Hughes (1988) ⁽¹⁵⁾ que, en encuestas de ámbito nacional, destacan el carácter altamente restrictivo de la política de visitas de la mayoría de las Unidades de Cuidados Críticos de Estados Unidos; Youngner et al ⁽¹⁶⁾ apuntan restricciones en la política de visitas de Cuidados Intensivos en un 75% de los hospitales estudiados. Recientemente, Carlson et al en 1998 ⁽¹⁷⁾, en otra encuesta también de ámbito nacional, observaron un cambio, ya que más del 40% de las UCIs estudiadas tenían visita abierta, aunque con algunas restricciones impuestas por parte de las enfermeras. En el Reino Unido, el estudio de Biley et al (1993) ⁽¹⁸⁾ señala que un 19% de las UCIs tenía visita libre (sin ningún tipo de restricción) y el 62% permitían visitar al paciente a cualquier hora del día limitando, en ocasiones, el número de visitantes, grado de parentesco, edad, etc.; Plowright en 1996 estudió el tema de las visitas en 50 UCIs del sur de Inglaterra, obteniendo resultados similares ⁽¹⁹⁾. En España, aunque cada vez más se permite la entrada de la familia en las UCIs, las políticas de visitas siguen siendo bastante restrictivas en el número de veces al día, duración, número de personas y edad de los visitantes (datos obtenidos de las descripciones de 16 UCIs publicadas en Enfermería Intensiva durante los años 1992 a 1998).

Por otra parte, hay que señalar que en la bibliografía se observan diversidad de términos para definir la política de visitas, tales como cerrada, abierta, libre, flexible, estructurada, restrictiva, acordada con la familia y paciente, etc., sin encontrar unanimidad de criterios por parte de los autores en la utilización de estos términos ^(15, 17, 20-22). Esto obliga a describir con exactitud la política utilizada en cada caso.

A nivel general, a pesar de la diversidad de políticas de visitas existentes, la bibliografía refleja que al final, son las enfermeras quienes modifican las pautas establecidas, bien flexibilizándolas o restringiéndolas ^(4, 6, 18, 23-26). Por ello, en un esfuerzo por comprender el comportamiento de las enfermeras hacia las visitas, hay autores ^(4, 12) que han realizado

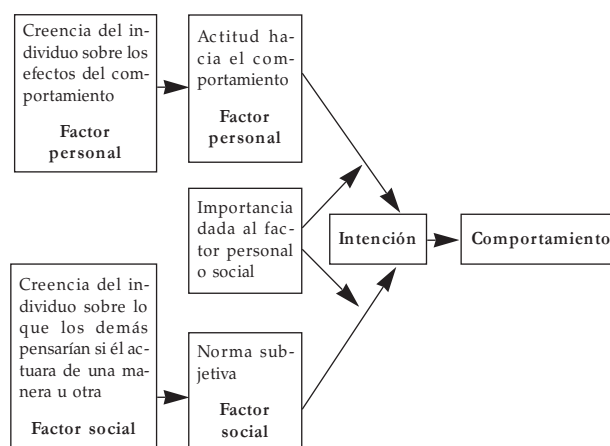


Figura 1. Factores que determinan la conducta de las personas. Adaptación del modelo de Acción Razonada de Ajzen & Fishbein (1980). Con la autorización de Prentice-Hall, Inc., Upper Saddle River, NJ.

sus estudios basándose en la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein de 1980 (Fig. 1) ⁽²⁷⁾. Según esta teoría, la intención de la persona precede al comportamiento y está en función de dos elementos básicos, uno personal y otro que refleja la influencia social. El factor personal es la evaluación positiva o negativa del individuo para llevar a cabo una determinada conducta, lo que se denomina «*actitud hacia el comportamiento*», que a su vez depende de la «*creencia del propio individuo sobre los efectos del comportamiento*»; el factor social es la percepción del individuo de la presión social ejercida sobre sí mismo para desarrollar uno u otro comportamiento, éste se conoce como «*norma subjetiva*», que depende de la «*creencia del individuo sobre lo que los demás pensarían si él actuara de una manera u otra*». La intención de comportamiento, finalmente, estará en función del factor predominante y ésta influirá en un comportamiento concreto. Los autores antes mencionados, Kirchhoff et al y Simpson et al ^(4, 12), en sus estudios se centraron en el factor personal de la teoría de Ajzen y Fishbein y apuntan que el éxito del cambio hacia un sistema de visitas más flexible depende más del factor personal que de las posibles influencias externas (factor social). Estos investigadores describen

110 las creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos y coronarias hacia la visita abierta, pero no analizan la relación entre estos dos conceptos.

En nuestra Unidad, la política de visitas ha pasado de ser restrictiva en horario, duración y a través de la ventana, al momento actual de «visita abierta» en el que los familiares permanecen durante periodos de tiempo al lado del paciente, se les facilita flexibilidad de horario según sus necesidades y las del paciente. El número de personas aconsejado que entran a la Unidad es de dos, dándoles la opción de intercambiarse con el resto de familiares, permitiéndose la entrada de niños sin restricción de edad. En situaciones de máxima gravedad la familia puede permanecer al lado del paciente incluso por la noche.

En este momento, con el fin de optimizar al máximo la flexibilización de las visitas, hemos creído necesario conocer previamente la opinión de las enfermeras sobre el tema, al igual que hicieron Giuliano et al para realizar un cambio en las visitas ⁽²⁸⁾. Por ello, centrándonos en el factor personal de la teoría de Ajzen y Fishbein, se ha realizado este estudio con el objetivo de analizar la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familias y enfermeras.

MUESTRA Y MÉTODO

Este estudio descriptivo correlacional se ha realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, Polivalente y de Trasplantes de 16 camas, de la Clínica Universitaria de Navarra. La muestra está formada por 46 enfermeras de UCI, todas ellas mujeres, ya que actualmente el personal de enfermería es únicamente femenino. Todas las enfermeras tienen una formación universitaria (diplomatura), 38 de ellas han completado su formación con un curso de post-grado de especialización en Cuidados Intensivos, impartido en el mismo centro, y las ocho restantes lo están realizando durante este curso. Otro requisito para participar en el estudio ha sido llevar trabajando en la UCI un mínimo de seis meses.

Bueno	— — — — — — —	Malo
Perjudicial	— — — — — — —	Beneficioso
Positivo	— — — — — — —	Negativo

Figura 2. Escala semántica de tres adjetivos bipolares.

Instrumento de medida

El instrumento utilizado para obtener la opinión de las enfermeras en relación con nuestro sistema actual de visitas incluía varios apartados:

1. Para recoger información de las creencias de las enfermeras sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, familias y enfermeras, se ha utilizado una escala tipo Likert de 26 ítems, 13 positivos y 13 negativos, dividida en tres subescalas. Esta escala ofrece cuatro posibilidades de respuesta, siendo el uno (1) totalmente en desacuerdo, dos (2) en desacuerdo, tres (3) de acuerdo, y cuatro (4) totalmente de acuerdo. Para el cálculo total, se han invertido las puntuaciones de las preguntas negativas (números 2, 3, 6, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 25) y después se ha calculado la puntuación media de toda la escala, así como de las subescalas. Una puntuación elevada (valor máximo de cuatro) indica una creencia positiva de las enfermeras en relación al efecto beneficioso de la visita abierta.

2. Para analizar la actitud de las enfermeras hacia el efecto que la visita abierta tiene en los pacientes, familias y enfermeras, se utilizó una escala semántica diferencial de siete grados, un ejemplo se presenta en la figura 2. Ésta se aplicó independientemente a pacientes, familias y enfermeras. La escala utiliza tres pares de adjetivos bipolares, donde la enfermera sitúa su opinión poniendo una «X» en el espacio correspondiente. Para calcular las puntuaciones se estableció el siguiente rango: de 7= bueno a 1= malo; de 1= perjudicial a 7= beneficioso; de 7= positivo a 1= negativo. Después se calculó la media de toda la escala, así como de las subescalas. Una puntuación elevada (máximo de siete) indica una actitud positiva hacia el efecto favorable de la visita abierta.

La escala de creencias ha sido elaborada en base a los resultados empíricos de los estudios de Kirchhoff et al de 1993 ⁽⁴⁾ y Simpson et al de 1996 ⁽¹²⁾, y la escala semántica ha sido la misma que utilizaron estos investigadores. El resultado del análisis de fiabilidad, alfa Cronbach, obtenido en este estudio para la escala de creencias ha sido de 0,77 (subescala paciente 0,60, subescala familia 0,53, subescala enfermeras 0,67) y para la escala de actitud de 0,86 (subescala paciente 0,86, subescala familia 0,75, subescala enfermeras 0,89).

3. Dos preguntas con respuesta dicotómica (sí/no), una sobre experiencia previa de visitar a un familiar cercano en una UCI y otra que exploraba la satisfacción con el actual sistema de visitas.

4. Una pregunta abierta, sobre el sistema actual de visitas, en la que se les pidió que añadieran otros aspectos positivos o negativos que no hubieran encontrado en la escala de creencias y finalmente, un apartado de sugerencias.

Asimismo se recogieron los datos sociodemográficos personales y profesionales: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia profesional y de experiencia en UCI, tipo de contrato, jornada laboral y tipo de turno.

Recogida de datos

La recogida de datos estuvo a cargo de dos miembros del equipo investigador. Ésta se realizó en reuniones de grupos reducidos, donde se informó a las enfermeras del objetivo del estudio y se les solicitó su participación voluntaria. Las enfermeras que aceptaron, autocompletaron el cuestionario de forma anónima, el tiempo medio empleado fue de 15 minutos. Para minimizar los sesgos en la recogida de datos, ésta se hizo en un periodo de 48 horas y se solicitó a las participantes no hacer ningún comentario al respecto hasta que todas las enfermeras hubiesen contestado el cuestionario.

Consideraciones éticas

Cada una de las enfermeras fue libre de asistir a las reuniones, de responder al cuestionario y de abandonar el estudio en cualquier momento. El libre consentimiento se consideró implícito en las enfermeras que devolvieron el cuestionario una vez cumplimentado.

Tabla 1 Creencias de las enfermeras sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente

<i>Creencias sobre los efectos de la visita abierta</i>	<i>De acuerdo n = 46</i>	<i>En desacuerdo n = 46</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mín. /máx.</i>
1. La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente.	46 (100%)	–	3,70	0,47	3-4
2. La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente*.	16 (34,8%)	29 (63%)	2,71	0,59	2-4
3. La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente.	24 (52,2%)	22 (47,8%)	2,50	0,62	1-4
4. La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente.	46 (100%)	–	3,37	0,49	3-4
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir.	42 (91,3%)	4 (8,7%)	3,22	0,59	2-4
6. La presencia de la familia provoca un aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.	27 (58,7%)	19 (41,3%)	2,35	0,60	1-3
7. Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante.	46 (100%)	–	3,70	0,47	3-4
8. La gran mayoría de los pacientes no se fatigan con la presencia de la familia.	30 (65,2%)	16 (34,8%)	2,72	0,58	2-4
9. En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente.	1 (2,2%)	45 (97,8%)	3,20	0,45	2-4
10. La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente.	8 (17,4%)	38 (82,6%)	2,93	0,61	1-4
Total subescala			3,04	0,26	2,6-3,6

* n = 45

L. Marco Landa
I. Bermejillo Eguía
N. Garayalde Fernández de Pinedo
I. Sarate Adot
M. A. Margall Coscojuela
M. C. Asiain Erro

Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras

Tabla 2 Creencias de las enfermeras sobre el efecto que la visita abierta produce en la familia

<i>Creencias sobre los efectos de la visita abierta</i>	<i>De acuerdo n = 46</i>	<i>En desacuerdo n = 46</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mín. /máx.</i>
11. La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia.	46 (100%)	–	3,67	0,47	3-4
12. La visita abierta disminuye la ansiedad de la familia.	43 (93,5%)	3 (6,5%)	3,41	0,62	2-4
13. La visita abierta agota a la familia.*	1 (2,2%)	44 (95,6%)	3,22	0,47	2-4
14. La visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente.	42 (91,3%)	4 (8,7%)	3,33	0,63	2-4
15. Con la visita abierta, la familia se siente obligada a estar con el paciente.	9 (19,6%)	37 (80,4%)	2,93	0,57	2-4
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.	43 (93,5%)	3 (6,5%)	3,30	0,59	2-4
17. El permanecer al lado del paciente, resta tiempo a la familia para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia.	14 (30,4%)	32 (69,6%)	2,74	0,74	1-4
Total subescala			3,23	0,30	2,6-3,9

* n = 45

Análisis de datos

En primer lugar se analizó la normalidad de las variables mediante el test de Shapiro Wilks, y posteriormente se utilizó estadística descriptiva: medidas de frecuencia para las variables discretas (frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desvío estándar, máximo y mínimo) para las variables continuas. Estadística inferencial: test de correlación de Pearson para analizar la relación entre las dos variables de interés, creencias y actitudes, y *t* de Student y análisis de la varianza (ANOVA) entre las variables de interés y las variables sociodemográficas.

La verificación de la consistencia interna de las escalas de medida utilizadas en este estudio se realizó determinando el coeficiente alfa Cronbach. Los cálculos fueron realizados con el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Los tests estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

El análisis de contenido de la pregunta abierta y de las sugerencias de las enfermeras se ha realizado según la orientación de Kirchhoff et al y Simpson et al^(4, 12), esto ha permitido clasificar los comentarios en diferentes categorías.

RESULTADOS

En el estudio han participado un total de 46 enfermeras, lo que representa una tasa de participación del 100%, la edad media es de 29,3 años (21-40) DE= 5,9. Dieciocho están casadas, 15 de ellas tienen hijos y el resto están solteras. La experiencia profesional se sitúa en una media de 7,3 años, correspondiendo a 7,1 años de trabajo en UCI. El 73,9% (34 enfermeras) trabajan a tiempo completo y el 26,1% (12 enfermeras) en jornada reducida; en turno rotatorio el 82,7% (38 enfermeras) y en turno fijo diurno o nocturno, el 17,3% (ocho enfermeras). El 71% (27 enfermeras) tienen un contrato de trabajo fijo, el 29% (11 enfermeras) eventual y las ocho restantes, que están realizando el curso de especialización, tienen un contrato en prácticas.

En la escala de *creencias*, las enfermeras obtuvieron una puntuación media de 3,001 (DE= 0,23; mín. 2,50, máx. 3,46) para un valor máximo de cuatro y mínimo de uno. Los resultados correspondientes a cada ítem, en relación al efecto que la visita abierta produce en el paciente, se muestran en la tabla 1; en la familia en la tabla 2, y en las enfermeras y unidad, en la tabla 3. Para simplificar la presentación de los datos, se han agrupado los resultados «de acuerdo» y

Tabla 3 Creencias de las enfermeras sobre el efecto que la visita abierta produce en la enfermera y unidad

Creencias sobre los efectos de la visita abierta	De acuerdo n = 46	En desacuerdo n = 46	Media	DE	Mín. /máx.
18. La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería especialmente aquellos procedimientos que causan dolor al paciente, ej. aspiración de secreciones etc.	39 (84,8%)	7 (15,2%)	2	0,63	1-4
19. Con la visita abierta, la enfermera obtiene de los familiares una información muy valiosa.	38 (82,6%)	8 (17,4%)	3	0,60	2-4
20. La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica a la enfermera.	37 (80,4%)	9 (19,6%)	2,02	0,68	1-4
21. La presencia de la familia ayuda a la enfermera a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente.	39 (84,8%)	7 (15,2%)	3,04	0,59	2-4
22. La presencia de la familia ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos que requiere el paciente.*	14 (30,4%)	31 (67,4%)	2,29	0,66	1-4
23. Con la visita abierta, la enfermera no se siente preparada para relacionarse con la familia.	3 (6,5%)	43 (93,5%)	3,41	0,62	2-4
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.	8 (17,4%)	38 (82,6%)	3	0,67	1-4
25. La visita abierta impide a la enfermera manifestarse como es.	1 (2,2%)	45 (97,8%)	3,39	0,54	2-4
26. La visita abierta incrementa la satisfacción profesional de la enfermera.	35 (76%)	11 (24%)	2,85	0,70	1-4
Total subescala			2,78	0,33	1,8-3,3

* n = 45

«totalmente de acuerdo» en el enunciado «de acuerdo» y los resultados «en desacuerdo» y «totalmente en desacuerdo» en el enunciado «en desacuerdo».

En la escala de *actitudes* hacia la visita abierta, el valor medio obtenido fue de 6,005 (DE= 0,64; mín. 4,56, máx. 7) para un valor máximo de siete y mínimo de uno. Los valores de las subescalas se muestran en la tabla 4.

A la pregunta sobre si la encuestada había tenido experiencia previa de haber visitado en la UCI a un familiar cercano, 28 enfermeras (60,9%) respondieron que no, mientras que 18 (39,1%) sí la habían tenido.

Tabla 4 Actitud de la enfermera hacia el efecto que la visita abierta tiene en el paciente, familia y enfermeras

Actitud de la Enfermera	Media	DE	Mín./Máx.
Subescala Paciente	6,41	0,67	4,67-7
Subescala Familia	6,37	0,68	4,67-7
Subescala Enfermeras	5,22	1,05	2,67-7
Total de la escala	6,00	0,64	4,56-7

Con respecto a la satisfacción con el sistema actual de visitas, 42 enfermeras (93,3%) contestaron afirmativamente y tres (6,7%) negativamente.

La correlación obtenida entre las variables creencias y actitudes ha sido significativa y positiva ($r=0,523$, $p<0,0001$). Igualmente se han obtenido correlaciones significativas y positivas entre cada una de las subescalas (paciente $r=0,427$, $p=0,003$; familia $r=0,476$, $p=0,001$; enfermera $r=0,354$, $p=0,016$). Al analizar la relación entre las variables sociodemográficas y las variables de interés no se han obtenido asociaciones estadísticamente significativas, excepto entre la variable actitud y el hecho de tener hijos ($t=-2,254$, $p=0,03$) que obtuvo una puntuación media en la escala de actitudes de 6,30 frente al 5,86 obtenido por las enfermeras que no tenían hijos.

De las 46 enfermeras del estudio, 35 contestaron a la pregunta abierta e hicieron sugerencias al final de la encuesta. Éstas se clasificaron en diez categorías que se muestran en la tabla 5.

En relación a la *adecuación de la visita a la situación del paciente y características de la familia*

Tabla 5 Categorías surgidas de los comentarios de las enfermeras en relación con la visita abierta y frecuencia de cada una de ellas

Categorías	Número de comentarios	% Enfermeras n= 35
Adecuación a la situación del paciente y características de la familia	11	31,42
Influencia de la estructura de la unidad	11	31,42
Efecto de la visita en el paciente	9	25,71
Horario y duración de la visita	8	22,85
Efecto de la visita en la familia	6	17,14
Efecto de la visita en la enfermera	6	17,14
Repercusión en los cuidados de enfermería	5	14,28
La visita como medio de obtención de información	3	8,57
Preparación de la familia para la visita	3	8,57
Número de personas en cada visita	2	5,71

se presentan a continuación dos comentarios textuales que ilustran esta categoría:

«Hay que tener en cuenta las características tanto de la familia como del enfermo. Debemos ser capaces de ver si la visita de la familia es beneficiosa o no para el propio paciente (se dan casos en los que transmite al enfermo su propia ansiedad y no resulta positivo; sin embargo, hay familias que transmiten tranquilidad y apoyo emocional al paciente), de esta manera nosotras mismas podemos controlar adecuadamente las visitas, sin perder de vista que lo primero es la persona enferma» (Enfermera 16).

«Creo que los efectos que produce la visita de la familia tanto sobre los pacientes como sobre la enfermera están en función del grado de apoyo que ésta brinde al paciente, según sea una familia con un buen trato y buena relación entre ellos o según sea su nivel intelectual» (Enfermera 33).

La *influencia de la estructura de la unidad* en la visita ha sido objeto del mismo número de comentarios que la categoría anterior. Algunos de ellos se presentan a continuación:

«Las características de la unidad deberían favorecer la intimidad entre el paciente y familia, y de

cada paciente cuando los familiares de otros permanecen en la unidad» (Enfermera 8).

«Debe haber privacidad en el momento de la visita y los familiares no deberían tener acceso a poder observar a otros pacientes, o técnicas que se estén realizando en otro cubículo» (Enfermera 9).

Con respecto al *efecto que la visita abierta tiene en el paciente*, todos los comentarios que las enfermeras apuntan reflejan aspectos positivos. Algunos de ellos fueron:

«Un sistema de visitas abierto es ideal para los pacientes y de hecho, además de no haber más que algún síntoma emocional, como lloro o emoción, ningún paciente rechaza el estar con la familia y una familia ayudada por nosotras, jamás rechaza estar con su paciente» (Enfermera 7).

«La familia ayuda a que el paciente se relacione con el medio externo y a que se oriente» (Enfermera 21).

Los comentarios que las enfermeras han realizado con respecto al *horario y duración de las visitas*, reflejan una opinión favorable al sistema flexible pero con ciertas restricciones. Tres comentarios ilustran esta categoría:

«Creo que el paciente cuanto más tiempo esté con su familia y amigos mejor. La presencia de familia durante los cambios de turno y durante las noches incomoda a las enfermeras y limita la espontaneidad de la relación entre las enfermeras» (Enfermera 7).

«Estoy totalmente de acuerdo con el sistema abierto de visitas (por la noche no, salvo causas extremas) aunque esto suponga a la enfermera una mayor carga» (Enfermera 17).

«En ocasiones se prolonga demasiado el tiempo que están los familiares dentro» (Enfermera 34).

En cuanto a los *efectos de la visita en la propia familia*, las enfermeras apuntan que la visita puede tener repercusiones positivas en la familia, pero que a la vez les puede aumentar la percepción de gravedad del paciente. Esto se refleja en los siguientes comentarios:

«El hecho de que la familia pueda coger la mano del paciente, incluso ayudarlo a comer, creo que les da más satisfacción porque la relación con el paciente es más íntima» (Enfermera 40).

«Creo que la visita abierta siempre impacta a la familia y que muchas veces le aumenta la sensación de que el paciente se encuentra en un estado crítico o grave, y por tanto puede crearles miedo sobre el estado de salud del paciente» (Enfermera 6).

Algunos comentarios sobre los *efectos de la visita abierta en las enfermeras*, hacen referencia al incremento de la carga física y emocional que la visita supone para ellas:

«En situaciones en las que el volumen de trabajo es grande, hay situaciones de urgencia o hay menos personal de enfermería, la presencia de la familia provoca más estrés por no poder atender a sus demandas» (Enfermera 27).

«Pienso que obliga a la enfermera a programarse mejor y a esforzarse más (información...) pero me parece bien» (Enfermera 24).

La *repercusión de la visita abierta en los cuidados de enfermería* es otro aspecto que, aunque en menor proporción, aparece en los comentarios, poniendo de manifiesto que la visita interfiere en la realización de los mismos.

Finalmente, en relación a las tres últimas categorías: *la visita como medio de obtención de información acerca del paciente, la importancia de la preparación de la familia para la visita y el número de personas en cada visita*, se han obtenido un menor número de comentarios.

DISCUSIÓN

En primer lugar queremos destacar el interés que ha suscitado el tema de esta investigación entre las enfermeras de nuestra unidad, ya que todas ellas han aceptado gustosamente colaborar en el estudio. Fairburn en 1994 ⁽²⁰⁾ obtuvo también una plena participación y al igual que nosotras, lo atribuyó al hecho de que las enfermeras se sentían muy identificadas con la naturaleza del tema de las visitas de los familiares en la UCI.

En el análisis de los resultados se observa que las enfermeras tienen un criterio unánime con respecto a la creencia de que la familia proporciona apoyo emocional al paciente, le incrementa el deseo de vivir

y no le inestabiliza, aunque todas ellas puntualizan que todo esto dependerá tanto de las características del paciente como de las del visitante; idea que se ve reforzada por los comentarios realizados en la pregunta abierta del cuestionario. Estos resultados son comparables a los obtenidos por Simpson et al, excepto en la creencia de que la visita abierta incrementa el deseo de vivir del paciente, ya que este autor encontró disparidad de criterios en las respuestas de las enfermeras ⁽¹²⁾.

Por otra parte, al igual que Simpson et al ⁽¹²⁾, observamos que la mitad de las enfermeras encuestadas creen que la visita abierta incrementa el gasto de energía del paciente y altera su estado hemodinámico, mientras que el resto opina lo contrario. Este dato, que puede parecer contradictorio con la afirmación del 97,8% de las enfermeras de nuestro estudio, que consideran que «la visita no inestabiliza al paciente», puede explicarse, ya que en algunas ocasiones se producen modificaciones en los parámetros hemodinámicos ⁽³⁾, pero en general, estos vuelven a la normalidad pasados diez minutos ⁽⁷⁾. Además, Fuller y Foster, citados por Heater, demuestran que las interacciones de los profesionales con el paciente, a veces, le desestabilizan más que la interacción con la familia ^(1, 26).

En relación a las creencias sobre los efectos de la visita abierta en la familia se pone de manifiesto el beneficio que ésta representa para los familiares, en cuanto que aumenta su satisfacción, disminuye su ansiedad, les proporciona una mayor información y un conocimiento real de la situación del paciente, etc., hallazgos que coinciden con los de otros investigadores ^(7, 12, 15, 23, 25). Además en nuestro estudio, las enfermeras creen que la visita abierta no incrementa el cansancio de la familia, ni se sienten más obligados a permanecer cerca del paciente; este resultado contrasta con los de Kirchhoff et al ⁽⁴⁾ y Molter ⁽²⁾ que manifiestan que la visita abierta conduce al agotamiento de la familia. Sin embargo, varios investigadores muestran que los familiares no están de acuerdo con las restricciones, y además, solicitan estar más tiempo al lado del paciente ^(15, 25, 26, 29, 30).

Hay que resaltar que la mayoría de las enfermeras del estudio creen estar capacitadas para relacionarse con la familia y afirman que la visita abierta aumenta

116 su satisfacción profesional. Esto denota que este grupo de enfermeras tiene seguridad y habilidades para implicarse en la atención a los familiares. En la investigación de Hickey y Lewandowski, se observa que más de un tercio de las enfermeras no creen tener los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares ⁽⁶⁾. Además estos y otros autores manifiestan que la visita abierta es una fuente de estrés para la enfermera y que le resulta agotador emocionalmente ^(6, 17). En nuestro estudio las enfermeras reconocen que la visita abierta supone una mayor carga física y psíquica, pero apuntan que merece la pena, ya que se crea un entorno beneficioso para la recuperación del paciente.

Por otra parte, la mayoría de las enfermeras de este estudio creen que con este tipo de visita la familia proporciona una información muy valiosa sobre el paciente, sus hábitos, sus reacciones, etc., lo que nos orienta a planificar mejor los cuidados, estos datos corroboran los resultados de otras investigaciones anteriores ^(4, 12, 31).

Otro aspecto subrayado por un alto porcentaje de enfermeras es que la familia interrumpe o pospone algunos cuidados que causan dolor o molestias al paciente, y que presta poca ayuda en la realización de los cuidados básicos. Contrariamente, los resultados de Henneman et al ⁽⁷⁾ revelan que la mayoría de las enfermeras creen que la presencia de la familia no interfiere en los cuidados. En relación a este punto, otros investigadores encuentran que las enfermeras refieren sentirse incómodas cuando son observadas por los familiares ^(6, 31) y además argumentan, que al permanecer la familia más tiempo en la unidad, puede disminuir la frecuencia de los cuidados ^(18, 30). En este sentido, teniendo en cuenta el beneficio que la visita abierta supone para el paciente y familia, las enfermeras debemos hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente ⁽²⁶⁾ y plantear intervenciones eficaces para conseguirlo ⁽³²⁾.

Al analizar las *actitudes* de las enfermeras con respecto al efecto beneficioso que la visita abierta tiene para el paciente, familia y enfermeras, se observan actitudes muy positivas, ya que se obtuvieron unas puntuaciones muy altas en la «escala de actitudes», si bien

éstas fueron algo menos elevadas respecto a las enfermeras. Otros investigadores que han utilizado esta escala obtuvieron puntuaciones notablemente más bajas ⁽⁴⁾. Simpson después de haber introducido en su unidad una política de visitas más liberal, observó un cambio hacia una actitud más positiva de las enfermeras en relación al beneficio que la visita abierta representa para la familia, sin encontrar modificaciones en cuanto al paciente y enfermeras ⁽¹²⁾.

Dentro de los comentarios realizados en el cuestionario, queremos destacar aquellos que hacen referencia a la influencia de las características estructurales de la Unidad en relación con la visita abierta. Nuestra UCI, diseñada en la década de los setenta, es una sala abierta con sólo cuatro cubículos cerrados y una única puerta de acceso a la sala, por lo que todos los familiares circulan por la Unidad antes de llegar a la habitación de su familiar. Todos los comentarios han ido encaminados a que la estructura de las Unidades debe favorecer la privacidad e intimidad entre la familia y el paciente, evitando a la vez el aumento del ruido ambiental, dato que corrobora mucha de la bibliografía revisada ^(1, 4, 17, 19, 30, 33).

Al valorar las posibles asociaciones entre las variables sociodemográficas y las creencias y actitudes de las enfermeras, solamente se observa que las enfermeras que tienen hijos tienen una actitud algo más positiva hacia la visita abierta, con significación estadística. En un intento de explicar este resultado, hemos preguntado a las enfermeras que tienen hijos a qué creen que puede atribuirse, y han manifestado que al crear una nueva familia ha aumentado en ellas su implicación emocional con otras familias en situación de crisis. No se ha encontrado ninguna asociación con el resto de variables sociodemográficas (edad, años de experiencia en UCI, etc.), resultado que también obtuvieron Kirchhoff et al en 1993 ⁽⁴⁾.

Un hallazgo importante en este estudio es que las creencias de las enfermeras sobre los efectos positivos de la visita abierta se corresponden con las actitudes que ellas adoptan, habiendo obtenido una correlación significativa y positiva entre la escala de creencias y la de actitudes. Además queremos destacar la aportación original de este trabajo que estudia la relación entre estos dos conceptos, aspecto no estudiado anteriormente en la bibliografía revisada.

L. Marco Landa
I. Bermejillo Eguía
N. Garayalde Fernández de Pinedo
I. Sarrate Adot
M. A. Margall Coscojuela
M. C. Asiain Erro

Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras

De todo lo expuesto se desprenden las siguientes conclusiones:

En las Enfermeras del estudio existe una coherencia entre las creencias y actitudes hacia el efecto beneficioso que la visita abierta tiene en el paciente, familia y en las propias enfermeras.

El conocer las creencias y actitudes de las enfermeras hacia la visita abierta y el observar su satisfacción con el actual sistema de visitas, nos va a permitir continuar flexibilizando nuestra política de visitas.

BIBLIOGRAFÍA

- Heater BS. Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care unit. *Heart Lung* 1985;14:181-6.
- Molter NC. Families are not visitors in the critical care unit (editorial). *Dimens Crit Care Nurs* 1994;13:2-3.
- Brown AJ. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. *Heart Lung* 1976; 5:291-6.
- Kirchhoff 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.
- Krapohl GL. Visiting hours in the adult intensive care unit: using research to develop a system that works. *Dimens Crit Care Nurs* 1995;14:245-58.
- Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart Lung* 1988;17:670-6.
- Henneman EA, Cardin S, Papillo J. Open visiting hours in the critical care setting-effect on nursing staff (abstract). *Heart Lung* 1989;18:291-2.
- Simpson T, Shaver J. Cardiovascular responses to family visits in coronary care unit patients. *Heart Lung* 1990;19:344-51.
- Simpson T, Shaver J. A comparison of hypertensive and nonhypertensive coronary care patients' cardiovascular responses to visitors. *Heart Lung* 1991;20:213-20.
- Giuliano K, Giuliano A. Cardiovascular responses to family visitation and nurse-physician rounds (abstract). *Heart Lung* 1992;21:290.
- Lazure LL. Strategies to increase patient control of visiting. *Dimens Crit Care Nurs* 1997;16:11-9.
- 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.
- Murphy PA, Forrester DA, Price DM, Monaghan JE. Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assessment. *Heart Lung* 1992;21:25-30.
- Kirchhoff KT. Visiting policies for patients with myocardial infarction: a national survey. *Heart Lung* 1982;11:571-6.
- Stockdale LL, Hughes JP. Critical care unit visiting policies: a survey. *Focus Crit Care* 1988;15:45-8.
- Youngner SJ, Coulton C, Welton R, Juknialis B, Jackson DL. ICU visiting policies. *Crit Care Med* 1984;12:606-8.
- Carlson B, Riegel B, Thomason T. Visitation: policy versus practice. *Dimens Crit Care Nurs* 1998;17:40-7.
- Biley FC, Millar BJ, Wilson AM. Issues in intensive care visiting. *Intensive Crit Care Nurs* 1993;9:75-81.
- Plowright CI. Revisiting visiting in intensive therapy units. *Intensive Crit Care Nurs* 1996;12:231-8.
- Fairburn K. Nurses' attitudes to visiting in coronary care units. *Intensive Crit Care Nurs* 1994;10:224-33.
- Moseley MJ, Jones AM. Contracting for visitation with families. *Dimens Crit Care Nurs* 1991;10:364-71.
- Chow SM. Challenging restricted visiting policies in critical care. *CACCN* 1999;10:24-7.
- Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care* 1997;6:210-7.
- Tughan L. Visiting in the PICU: a study of the perceptions of patients, parents, and staff members. *Crit Care Nurs Q* 1992; 15:57-68.
- Holl RM. Role-modeled visiting compared with restricted visiting on surgical cardiac patients and family members. *Crit Care Nurs Q* 1993;16:70-82.
- Halm MA, Titler MG. Appropriateness of critical care visitation: perceptions of patients, families, nurses and physicians. *J Nurs Qual Assur* 1990;5:25-37.
- Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1980.
- Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E, Quirk PA, Wood J. A quality-improvement approach to meeting the needs of critically ill patients and their families. *Dimens Crit Care Nurs* 2000; 19:30-4.
- 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;18:42-8.
- Kirchhoff KT, Hansen CB, Evans P, Fullmer N. Open visiting in the ICU: a debate. *Dimens Crit Care Nurs* 1985;4:296-306.
- Dunkel J, Eisendrath S. Families in the intensive care unit: their effect on staff. *Heart Lung* 1983;12:258-61.
- Hupcey JE. Establishing the nurse-family relationship in the Intensive Care Unit. *West J Nurs Res* 1998;20:180-94.
- Dracup K. Challenges in critical care nursing: helping patients and families cope. *Crit Care Nurse* 1993;(Suppl August):3-13.