

María del Carmen Rodríguez Martínez¹
Felipe Rodríguez Morilla²
Ángeles Roncero Del Pino³
María Isabel Morgado Almenara⁴
Johannes Theodor Bannik³
Luis Juan Flores Caballero⁵
Germán Cortés Macías³
Luis Aparcero Bernet⁶
Carmen Almeida González⁷

¹Diplomada universitaria en enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos.

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. Profesora Asociada. Escuela Universitaria de Enfermería. Sevilla. España.

²Diplomado universitario en enfermería. Unidad de Psiquiatría. Hospital Vigil de Quiñones. Sevilla. España.

³Diplomada universitaria en enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

⁴Diplomada universitaria en enfermería. Unidad de Trasplante Renal. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

⁵Supervisor. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

⁶Diplomado universitario en enfermería. Responsable de la Unidad de Formación Continuada. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

⁷Licenciada en Estadística. Unidad de Investigación. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. España.

Trabajo de investigación realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla.

Becado por el Servicio Andaluz de Salud en diciembre de 2001.

Correspondencia:

María del Carmen Rodríguez Martínez

C/Lyon, 1, portal 1, 1.º C

41012 Sevilla. España.

E-mail: jbelinchon@hotmail.com

*Este trabajo obtuvo el 1.º Accésit ABBOTT en el XXIX Congreso Nacional de la SEEUC

Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico

Family involvement in the critically ill patient basic care

RESUMEN

Objetivo. Implementación y valoración de un programa de participación familiar en los cuidados del paciente crítico.

Diseño. Estudio experimental, longitudinal y prospectivo, de series temporales y grupo de control aleatorio con tres variables dependientes: paciente, cuidador principal y personal sanitario. Paciente: estado cognitivo del enfermo evaluado con Minimental State Examination Test. Cuidador principal: niveles de ansiedad estado de los cuidadores principales (STAI).

Personal: opinión de las enfermeras sobre los cambios introducidos medidos mediante escala tipo Likert.

Hipótesis. El diseño y la implementación de un programa de participación familiar en los cuidados básicos del paciente crítico, influyen positiva y significativamente en el enfermo, el familiar y los profesionales implicados en él.

Se realizó un muestreo aleatorio sistemático hasta alcanzar el tamaño muestral establecido.

Resultados. Muestra de 117 casos, 49 grupo control, 49 grupo experimental y 19 no válidos. El test de STAI obtuvo una media en el grupo experimental de 23,57

frente a 31,22 del grupo control ($p < 0,005$ para la diferencia). En el test Minimental se obtuvo una media de 23,43 para el grupo control y 24,61 para el grupo experimental, después de la intervención. Según el personal de enfermería la visita abierta proporciona apoyo emocional ($p = 0,05$), la percepción del dolor es mayor con la presencia de la familia ($p = 0,013$), aumenta la satisfacción de la familia ($p = 0,026$) y creen estar más preparados para relacionarse ($p = 0,021$). Disminuye la creencia de que la visita abierta produce una mayor carga física y psíquica ($p = 0,03$). *Conclusiones.* Disminución significativa del grado de ansiedad. No se modifica el estado cognitivo en el grupo experimental frente al grupo control después de la intervención.

Mejoría progresiva de las creencias del personal de enfermería con respecto a la visita abierta.

PALABRAS CLAVE

Familia. Política de visitas. Unidad de Cuidados Intensivos. Cuidados de enfermería.

SUMMARY

Objectives. Implementation and valuation of the family member participation in the critically ill patient care.

Methodology. Experimental, longitudinal and prospective study, temporal series, with a random control group. This family implication program will be valued according to three dependent parameters: patient, family carer and nursing staff. Patient: cognitive state, measured by using the Mini-mental state examination test. Family visitor: family principal carer anxiety state levels, measured using STAI test. Nursing staff: nurses' beliefs about changes introduced in the ICU, valued using attitude Likert type scale.

Hypothesis. A family participation program design and implementation in the basic care in the critic patient has positive and significantly influence in the patient, family career and nursing staff.

Results. The sample was of 117 cases; 49 in control group, 49 in experimental group and 19 no valid. The STAI test obtained in the experimental group a mean of 23.57 against control group of 31.22 ($p < .005$).

Minimental test was a mean of 23.43 for control group and 24.61 for experimental group. Nursing staff thinks the open visit provides emotional support ($p = .005$). Although they think the pain perception is great with the family presence ($p = .013$). The family satisfaction grows up ($p = .026$). Nursing staff thinks they are more prepared to have a better relationship with the family ($p = .021$). The belief that the open visit produces a bigger physics and psychic burden is decreasing ($p = .03$).

Conclusions. The anxiety levels are decreasing significantly. The cognitive state is not modified in the experimental group against the control group after the intervention. The nursing staff believes are better respect the open visit.

KEY WORDS

Family. Visiting policy. Intensive Care Unit. Nursing care.

INTRODUCCIÓN

El ingreso de una persona enferma en una unidad de cuidados intensivos (UCI), supone una barrera física y psicológica en la vida de interrelación familia-paciente. El aislamiento del enfermo respecto de la familia tiene repercusiones para ambos y de forma indirecta influye también negativamente en el sistema. Sobre la familia se produce un aumento de los niveles de ansiedad; como indican Sánchez Álvarez et al¹: la ansiedad estado permanecía elevada a lo largo de toda la estancia en UCI, relacionándolo con la falta de contacto directo con el enfermo.

Actualmente en España la mayoría de UCI se rigen por una política restrictiva de visitas, limitándolas a 2 sesiones de 30 min, en las que acceden uno o dos familiares, no implicándose por lo general, en los cuidados al paciente, según se desprende de los datos

98 obtenidos en un estudio descriptivo de 90 UCI españolas².

En el contexto internacional se está produciendo un cambio importante en la política de visitas y una tendencia a su liberalización. Según Carlson et al, en California, el 40% de las UCI tienen una política de visitas de puertas abiertas³. En 1996, Plowright estudió 50 UCI del sur de Inglaterra, indicando que en el 60% se permitía visitar al paciente a cualquier hora del día⁴. El debate internacional actual en la política de visitas en UCI pasa por planteamientos tan importantes como permitir la visita de niños a sus familiares en UCI de adultos^{5,6}.

La liberalización de las visitas influye positivamente sobre los pacientes, como indican Simpson et al⁷, produciéndose un efecto positivo tanto en su estado emocional como en su recuperación, al contrario de las creencias que suponían que la visita provocaba un aumento en la transmisión de infecciones cruzadas y una elevación en los parámetros hemodinámicos⁸. Los datos actuales demuestran que dichos parámetros se normalizan cuando la visita dura más de 15 min^{9,10}.

En cuanto a las enfermeras, diversos estudios^{5,11} indican que la visita abierta aumenta su satisfacción profesional, aunque reconocen que supone una mayor carga tanto física como psíquica. Otros autores^{3,12,13} alegan que las visitas interfieren en los cuidados de enfermería y que la relación con la familia es fuente de estrés para las enfermeras.

La familia percibe un aumento en la calidad del cuidado¹⁴ al proporcionarles una mayor información, revelándose una disminución importante de quejas formales^{4,11}. Esto contrasta con estudios anteriores¹⁵ que valoran como negativo el efecto de la visita, porque aumenta el cansancio de la familia. Según los resultados del estudio de Roland et al¹¹ el 85% de los pacientes y el 95% de los familiares desean asumir el cuidado personal del paciente.

En resumen, existe suficiente evidencia sobre la necesidad de establecer políticas de visitas no restrictivas: «UCI de puertas abiertas». Es una necesidad que demandan los familiares de los enfermos insistentemente, siendo beneficiosa para ellos, para el enfermo y para el personal sanitario. A pesar de esto, en la mayoría de las UCI se continúa con limitaciones de visitas que suponen, en la práctica, un aislamiento

del enfermo y de la familia. Igualmente existe una clara demanda de la familia por participar en los cuidados, principalmente en la alimentación y la higiene del enfermo. Son pocos los estudios que aborden los efectos de esta participación y menos aún los que combinen la apertura de las visitas y la participación directa de los familiares en los cuidados, relacionándolos con las implicaciones que pueda tener con el enfermo, la propia familia y los profesionales sanitarios. En palabras de Marco Landa et al: «Las enfermeras debemos hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente»⁵.

Por este motivo nos planteamos la siguiente hipótesis de trabajo: el diseño y la implantación de un programa de participación familiar en los cuidados básicos de alimentación, movilización e higiene, de los enfermos ingresados en una UCI, influye positiva y significativamente sobre el enfermo, el familiar/cuidador y los profesionales implicados en él.

El objetivo general fue implementar y valorar un programa de participación familiar en los cuidados del paciente crítico, modificando la política restrictiva de visitas en la UCI, planteándose como objetivos específicos estudiar la relación entre la participación familiar en los cuidados básicos y el estado de ansiedad del familiar/cuidador y la relación con el deterioro cognitivo del enfermo; establecer una valoración por los profesionales implicados de los cambios introducidos y considerar su implantación en la UCI; identificar las características de los familiares/cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Universitario de Valme, desde diciembre de 2001 hasta marzo de 2003. La UCI de este hospital está formada por dos unidades polivalentes de ocho y seis camas. El horario actual de visitas es de media hora dos veces al día.

Se trata de un estudio experimental, longitudinal, prospectivo, de series temporales con grupo de control aleatorio, cuyas variables se definen de la siguiente forma:

- *Variable independiente*: programa de integración familiar en cuidados.
- *Variables dependientes*: paciente, cuidador principal y personal sanitario.

Paciente. Estado cognitivo del enfermo, medido mediante Mini-mental State Examination (MMSE): se valoran los aspectos de orientación, memoria de fijación, atención y cálculo, recuerdo, lenguaje y praxis constructiva. Existe discriminación por nivel cultural y edad, lo que nos obligó a balancear los grupos control y experimental en base a estos criterios, además de por índice de gravedad.

Cuidador principal. Niveles de ansiedad estado de los cuidadores principales medidos mediante el State Trait Anxiety Inventory, Spielberger CD Test (STAI): cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado/rasgo. La ansiedad estado evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Es discriminatorio, por grupos de edades y sexo, y al haberse contemplado como la principal variable de estudio y emplearse para el cálculo de tamaño muestral se han tenido en cuenta estas características.

Personal sanitario. Opinión de los enfermeros sobre los cambios introducidos en la UCI, valorados mediante escala tipo Likert. Incluye tres baterías de preguntas (subescalas), relativas a la opinión del profesional de enfermería (diplomados y auxiliares de enfermería) sobre el efecto que produce la implicación familiar en los cuidados en el paciente, el familiar y los profesionales de UCI. Ha sido elaborada fundamentándose en los trabajos de Marco Landa et al⁵. Al no estar validada *a priori*, se realizó una validación por criterio interjueces, incluido el cálculo de consistencia interna mediante α de Cronbach.

Los sujetos que se incluyeron en el programa de implicación familiar fueron los pacientes ingresados en las 14 camas de la UCI del Hospital Universitario de Valme y sus familiares. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático hasta alcanzar el tamaño muestral establecido.

La situación experimental ideal pasaría por poder seleccionar los sujetos intervinientes, de forma aleatoria, de las dos unidades incluidas en el estudio de forma simultánea. Esta situación no es posible ética y

operativamente, ya que no se puede negar la entrada a unos familiares, en este caso no cuidadores, y permitirlos a otros, con el agravante de que será a los familiares a los que se niega la entrada a los que habrá que pedirles que colaboren como grupo control, lo que difícilmente se conseguiría. El planteamiento final fue la obtención de los integrantes del grupo control y el experimental de forma cruzada en las dos unidades. De esta forma se seleccionaron los enfermos por grupos de 15 ingresos consecutivos, adjudicando cada grupo a control o experimental, consecutivamente; con arranque aleatorio, hasta alcanzar el tamaño muestral. Entre la captación de un grupo de 15 y otro, se dejó un período de lavado de 5 días para evitar que coincidiesen los grupos control y experimental simultáneamente en las dos unidades.

Los criterios de inclusión considerados fueron: sujetos (enfermos y familiar/cuidador) que aceptasen participar en el estudio, enfermo y familiar/cuidador mayores de edad, enfermos que no estén ingresados en UCI por motivos que presupongan estancia corta de 24-48 h, enfermo con familiar que tenga parentesco de primer o segundo grado, enfermo que no presente alteraciones mentales previas al ingreso.

Los criterios de exclusión considerados fueron: enfermo que presente imposibilidad para la comunicación oral (tubo endotraqueal, traqueostomía, coma), paciente sin familia, familiar que presente imposibilidad física para la participación en los cuidados, familiar personal sanitario, enfermos que no superen 3 días de estancia en UCI.

El contenido del programa consistió en una charla informativa una vez aceptada la participación en el estudio (consentimiento informado), dirigida al familiar/cuidador identificado por el propio enfermo y/o la familia. Se le expuso al familiar en que consistía su participación en los cuidados básicos del enfermo (higiene general, higiene de la boca, movilización cama/sillón, movilización pasiva de articulaciones y alimentación). Se les proporcionó una base teórica de cada una de las necesidades y las ventajas que podían aportar al enfermo cuando se cubran. Se les facilitó un tríptico informativo de todos los pormenores del estudio. Esta charla se dio sólo a los familiares/cuidadores del grupo experimental. A los del grupo control se les informó de su participación en

100 el estudio, de los objetivos planteados y los posibles beneficios que se derivarían de él, así como de las actividades que deberían realizar (cumplimentación de cuestionarios de ansiedad y de deterioro del estado cognitivo).

Los familiares pertenecientes al grupo experimental accedieron a las salas de UCI en horario de 8:30 a 10 h y colaboraron con el profesional de enfermería en las actividades descritas. De las 13:30 hasta las 14:30 h y de las 17 a las 20:30 h (coincidiendo con el almuerzo, merienda y cena), los familiares volvían a entrar y colaboraban con las actividades que se desarrollaron durante ese período.

Inmediatamente después de su captación para el estudio se realizó un primer pase del cuestionario de ansiedad estado a familiares y del test Minimental a pacientes, tanto del grupo control como del experimental. Se repitió este cuestionario a los 3 días de su inclusión. A los profesionales de enfermería se les administró la escala tipo Likert, antes mencionada, al comenzar el proceso y posteriormente, una vez concluida la selección de muestra.

Para la determinación del tamaño muestral hemos tenido en cuenta el análisis estadístico que se va a realizar sobre los datos. Hemos considerado como variable determinante los niveles de ansiedad estado de los familiares. Se ha realizado un pase del cuestionario de ansiedad estado para determinar el valor de la desviación típica poblacional obtenida a partir de S_1 y S_2 a 30 sujetos que cumplieran los criterios de inclusión/exclusión en cada una de las muestras. El resto de información acerca de los valores necesarios para la determinación de dicho tamaño ha sido obtenida a partir de los ensayos clínicos aleatorizados de Cuñado (1999) y Mas (1998), que analizan el efecto de una intervención enfermera sobre las variaciones de la ansiedad estado de los sujetos estudiados, sometidos a una situación de gravedad similar al ingreso en UCI.

El tamaño muestral global fue de 60 pacientes en el grupo control y 60 en el grupo experimental. El tiempo estimado para la captación de la muestra fue de 12/15 meses, estimación obtenida a partir de las medias de ingreso de enfermos «tipo» en la UCI. Este cálculo, como se ha indicado, fue aproximativo ya que había que realizar el balanceo entre el grupo control y el experimental en función de los índices de gravedad

(APACHE II), muertes experimentales, etc. Tras un análisis preliminar con 49 casos en cada grupo, se detectó como significativa la diferencia de medias de las puntuaciones del test de STAI en ambos grupos. Una vez logrado el objetivo del estudio se dio por finalizada la captación de sujetos.

El siguiente paso en la metodología estadística fue el análisis descriptivo mediante determinaciones de medias y medianas, y varianzas y rangos intercuartílicos de las variables cuantitativas. Para las cualitativas se realizaron tablas de frecuencias, obteniéndose las correspondientes representaciones gráficas adecuadas a cada tipo de variable. Todas las determinaciones estadísticas se realizaron mediante el programa SPSS 11.5 para Windows.

Para la comparación de medias de las variables «diferencia-Minimental» y «diferencia-ansiedad» entre los dos grupos control y experimental, se realizó la prueba de la t de Student para dos muestras independientes. Por otro lado, se estudió la relación antes-después del Minimental test dentro de cada uno de los grupos por separado e, idénticamente, para el test STAI, mediante la prueba de la t de Student para dos muestras apareadas. Para analizar el comportamiento medio de cada uno de los 30 ítems en los dos grupos tomados como independientes antes y después de la intervención, se realizó la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Análogamente, se estudió cada ítem (en media) por sexo, categoría laboral, familiar ingresado en UCI, número de hijos.

RESULTADOS

La muestra estaba compuesta por un total de 117 casos (117 pacientes y 117 familiares). De ellos, 49 pertenecían al grupo control, 49 al grupo experimental y 19 no válidos que fueron eliminados del grupo control por: altas prematuras (10), traslado a otro centro (1) e intubación (1), y del grupo experimental por: muerte (2), no cumplían las normas (3) y altas prematuras (2).

Las *características del cuidador principal* fueron: mujer (84,7%), casada (80,6%), cónyuge (57,2%) o hijo/a (22,4%), con estudios primarios (46,4%) o sin estudios (33%), y una edad media de 49,3 años. No

hubo ningún «padre cuidador». Sin diferencias significativas entre grupo control y grupo experimental, por lo que se consideró una muestra homogénea (tabla 1).

Características del paciente: varón (73,5%), casado (78,1%), con estudios primarios (46,9%) y sin estudios (38,5%), con diagnóstico de cardiopatía isquémica en un 76,4%, con una edad media de 59,45 años y APACHE II de 8,27. Mediante la prueba t para la igualdad de medias se observó que los grupos eran similares, tanto en edad ($p = 0,29$) como en APACHE ($p = 0,70$).

Se aplicó la prueba χ^2 de Pearson y se asumió que los grupos eran iguales en nivel de estudios ($p = 0,083$). Por ello pudimos asumir que los grupos control y experimental eran homogéneos en edad, APACHE y nivel de estudios (tabla 2).

Los resultados del test de STAI pasado a familiares antes de la intervención dieron, en el grupo control, una media de $35,24 \pm 10,61$ y en el grupo

Tabla 1 Características sociodemográficas de los familiares			
Variables	Grupo control	Grupo experimental	Global
Sexo			
Mujer	83,7	85,7	84,7
Varón	16,3	14,3	15,3
Estado civil			
Casado	74,5	81,6	80,6
Soltero	10,6	8,2	8,2
Otros	14,9	10,2	3,1
Parentesco			
Conyuge	42,8	71,4	57,2
Hijo/a	32,6	12,2	22,4
Madre	8,2	2	5,1
Padre	0	0	0
Hermano/a	6,1	6,1	6,1
Otros	10,2	8	8,1
Nivel de estudios			
Sin estudios	37,5	28,6	33
Primarios	41,7	51	46,4
Otros	20,8	20,4	20,6
Variable	Control	Experimental	Global
Edad (años)	Media: 48,10	Media: 50,49	Media: 49,30
	DT: 14,802	DT: 15,506	DT: 15,127
	IC: 43,8-52,3	IC: 46-54,9	IC: 46,2-52,3

DT: desviación típica; IC: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 2 Características de los pacientes			
Variables	Grupo control	Grupo experimental	Global
Sexo			
Varón	73,5	73,5	73,5
Mujer	26,5	26,5	26,5
Estado civil			
Soltero	10,6	8,2	9,4
Casado	74,5	81,6	78,1
Otros	14,9	10,2	12,5
Nivel de estudios			
Sin estudios	42,6	34,7	38,5
Primarios	51,1	42,9	46,9
Otros	6,4	22,4	14,6
Diagnóstico médico			
C. isquémica	77,5	75,3	76,4
EPOC/IRA	8,1	10,1	10
Pancreatitis	4	0	2
FRA	2	4	3
Otros	8	6	7
Edad			
Media	61,08	57,82	59,45
DT	14,22	16,36	15,34
IC del 95%	57-65,1	53,1-62,5	56,37-62,52
APACHE			
Media	8,44	8,10	8,27
DT	4,61	4,07	4,33
IC del 95%	7,1-9,7	6,9-9,2	7,39-9,15

C.; DT: desviación típica; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FRA: fracaso renal agudo; IC: intervalo de confianza; IRA;

experimental, $36,61 \pm 11,64$. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Después de la intervención, el grupo control obtuvo una media de $31,22 \pm 11,04$ y el grupo experimental de $23,57 \pm 12,76$. Aquí sí que existió una diferencia significativa entre ambos grupos (intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,86-12,43; $p = 0,002$). Intragrupo existe diferencia significativa en ambos, en grupo control $p = 0,001$ y en grupo experimental $p < 0,0005$. Los resultados del test de STAI disminuyeron en ambos grupos pero la diferencia encontrada en el grupo experimental fue mayor ($p < 0,0005$) que la que encontramos en el grupo control (fig. 1).

En el test Minimental, antes de la intervención, se obtuvieron medias muy similares para ambos grupos, grupo control $22,61 \pm 3,72$ y grupo experimental

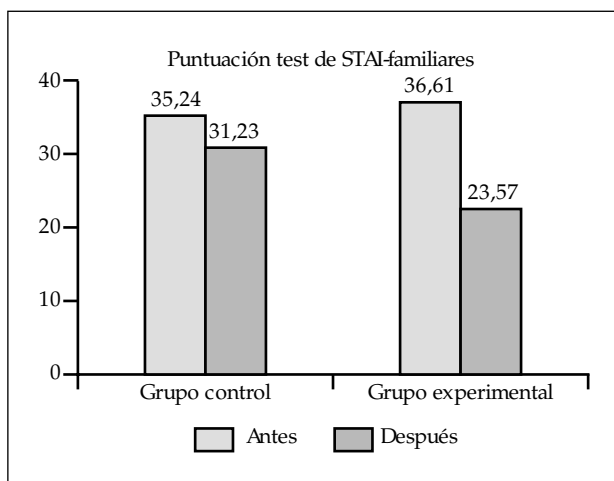


Figura 1. Puntuación test de STAI.

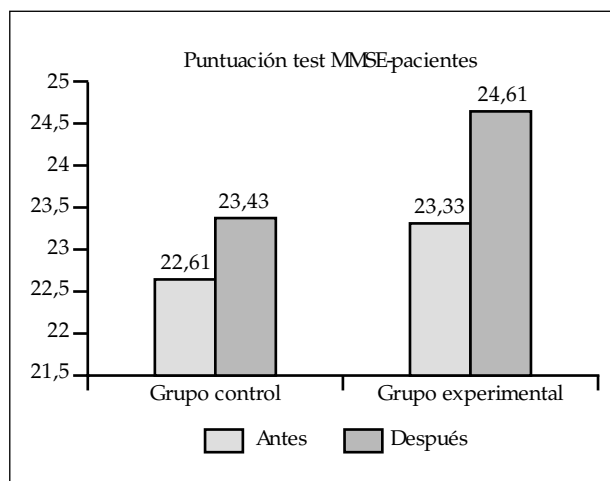


Figura 2. Puntuación del test Minimal.

23,33 \pm 4,71 por lo que se partió de unos niveles de estado cognitivo muy similares. Después de la intervención el grupo control obtuvo una media de 23,43 \pm 4,10 y el grupo experimental de 24,61 \pm 4,74. Tampoco se observaron diferencias significativas entre los grupos después de la intervención. Tomados de forma independiente existió una diferencia significativa entre el antes y el después de la intervención, grupo control $p = 0,023$ y grupo experimental $p = 0,003$; no existieron diferencias entre las medias antes/después de los dos grupos (fig. 2).

Creencias del personal de enfermería

El personal de la UCI está formado por un total de 32 enfermeras y 24 auxiliares de enfermería. De las enfermeras 4 pertenecen al grupo de investigación, por lo que quedan fuera del estudio. De 28, la tasa de respuesta antes fue del 64,2% (18) y, después del 78,5% (22). De 24 auxiliares de enfermería, la tasa antes fue del 58,3% (14) y después 41,6% (10).

El número de casos totales fue de 34 en antes y de 34 en después, y desconocíamos la categoría profesional de 2 de ellos.

Los grupos antes/después fueron homogéneos

tanto en sexo, categoría laboral, número de hijos y familiares ingresados en UCI, según test de χ^2 ; aunque fueron analizados como muestras independientes. Las características sociodemográficas del personal se muestran en la tabla 3.

Resultados de la encuesta

Influencia sobre los pacientes

En global, el personal de la unidad piensa que la visita abierta proporciona apoyo emocional al paciente (72,8% antes y 90,9% después), disminuye el aburrimiento (81,8%) e incrementa el deseo de vivir (66,7%). Están totalmente de acuerdo en que depende tanto del paciente como del visitante (90,9%). No se fatigan con la visita (60,6%) y más de la mitad (56,3%) piensa que no desestabiliza al paciente. Sin embargo, creen que la percepción del dolor se incrementa con la presencia de la familia (antes: acuerdo [A]: 15,2% y desacuerdo [D]: 51,6%; después: A: 36,4% y D: 24,3%). A la pregunta si creen que la participación de la familia en los cuidados básicos supone un riesgo para la seguridad del paciente se recogieron los siguientes datos: antes: A: 36,4% y D: 42,5%, y después: A: 12,1% y D: 63,6% (tabla 4).

Tabla 3 Características del personal de enfermería

Variables	Antes	Después	Global
Número de hijos	Media: 1,03 DT: 1,17	Media: 0,90 DT: 1,22	Media: 1 DT: 1,19
Edad	Media: 38,21 DT: 6,72	Media: 38,59 DT: 9,49	Media: 38,4 DT: 8,15
Experiencia en UCI	Media: 6,75 DT: 5,32	Media: 8,65 DT: 7,36	Media: 7,62 DT: 6,35
Categoría profesional	Enfermera: 56,3% Auxiliar: 43,8%	Enfermera: 68,8% Auxiliar: 31,3%	Enfermera: 62,5% Auxiliar: 37,5%
Estado civil	Soltero: 41,9% Casado : 54,8% Otros: 3,2%	Soltero: 53,3% Casado : 46,7% Otros: 0%	Soltero: 47,5% Casado: 50,8% Otros: 1,6%
Familiar en UCI	Sí : 54,5% No: 45,5%	Sí : 48,5% No : 51,5%	Sí : 51,5% No : 48,5%
Sexo	Varón: 18,8% Mujer : 81,3%	Varón : 22,6% Mujer : 77,4%	Varón : 20,6% Mujer : 79,4%

Influencia sobre la familia

En cuanto a la influencia que la visita abierta produce en la familia, el personal de enfermería opinó que disminuye la ansiedad (84,8%), recibe mayor

información y facilita un conocimiento más real de la situación del paciente (72,7%), mejora la destreza de la familia en la prestación de cuidados al alta (69,7%) y aumenta la satisfacción (antes: A: 78,8% y D: 6,1% y después: A: 96,9% y D: 0) (tabla 5).

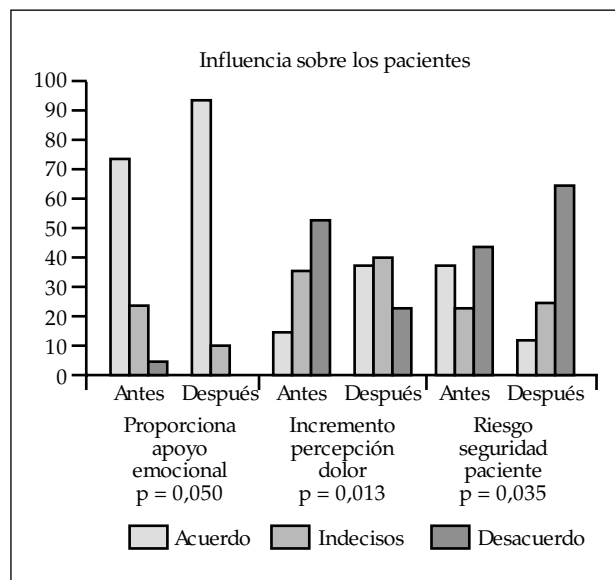


Figura 3. Opinión del personal de enfermería sobre la influencia de la visita abierta en los pacientes.

Influencia sobre el personal de enfermería

El personal de enfermería cree estar preparado para relacionarse con la familia (antes: A: 42,4% y D: 18,2%, y después: A: 69,7% y D: 6%). Ha mejorado la creencia de que la visita abierta impide al personal manifestarse tal como es (antes: A: 33,4% y D: 54,6%, y después: A: 12,1% y D: 75,7%). No están de acuerdo en que al necesitar más tiempo para informar a la familia le dediquen menos tiempo al cuidado del paciente (69,7%). Están de acuerdo en que interrumpe los cuidados de enfermería (antes: A: 75,8% y D: 15,2%, y después: A: 60,7% y D: 24,3%). Piensan que la visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al personal, disminuyendo después del programa (antes: A: 78,8% y D: 9,1%, y después: A: 54,5% y D: 27,3%) (tabla 6).

DISCUSIÓN

Tabla 4 Influencia sobre el paciente

Pregunta	Antes	Después	p
1. La presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente	A: 72,8% I: 24,2% D: 3,1%	A: 90,9% I: 9,1% D: 0%	0,054
2. La presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente	A: 15,2% I: 33,3% D: 51,6%	A: 36,4% I: 39,4% D: 24,3%	0,013
3. La presencia de la familia incrementa el gasto de energía del paciente	A: 21,2% I: 21,2% D: 57,5%	A: 33,3% I: 27,3% D: 39,2%	0,397
4. La presencia de la familia minimiza el aburrimiento del paciente	A: 75,7% I: 15,2% D: 9,1%	A: 81,8% I: 12,1% D: 6%	0,961
5. La presencia de la familia incrementa en el paciente el deseo de vivir	A: 60,6% I: 36,4% D: 3%	A: 66,7% I: 30,3% D: 3%	0,956
6. Los efectos de la presencia de la familia dependen tanto del paciente como del visitante	A: 87,9% I: 6,1% D: 6,1%	A: 90,9% I: 9,1% D: 0	0,875
7. La gran mayoría de los paciente no se fatigan con la presencia de la familia	A: 75% I: 12,5% D: 12,5%	A: 60,6% I: 21,2% D: 18,2%	0,202
8. En general, la presencia de la familia inestabiliza al paciente	A: 6,3% I: 37,5% D: 56,2%	A: 9,4% I: 34,4% D: 56,3%	0,582
9. La presencia de la familia dificulta el descanso del paciente	A: 24,2% I: 39,4% D: 36,3%	A: 24,2% I: 27,3% D: 48,5%	0,375
10. La participación de la familia en los cuidados básicos supone un riesgo para la seguridad del paciente	A: 36,4% I: 21,2% D: 42,5%	A: 12,1% I: 24,2% D: 63,6%	0,035
29. La participación de la familia en los cuidados básicos hace que el paciente colabore más	A: 33,4% I: 39,4% D: 27,3%	A: 33,3% I: 33,3% D: 33,3%	0,778

A: acuerdo; I: indeciso; D: desacuerdo.

La realización de este estudio ha suscitado desde el principio una clara controversia entre los profesionales de la unidad. Al ser un estudio experimental, que requería un cambio sustancial en la política de visitas, los profesionales se han tenido que adaptar a una forma distinta de trabajo.

Se observan altos niveles de ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en UCI (puntuación media en el test de STAI estado por encima de 35), tal como indicaban Sánchez Álvarez et al¹. Estos niveles bajaban sustancialmente a los tres días de ingreso en ambos grupos; disminución que sólo se

veía alterada en los casos en los que la evolución del paciente era desfavorable. Se evidenció, por tanto, el efecto positivo del nuevo programa de visitas y participación de los cuidados en los familiares^{4,14}.

Los resultados del MMSE indicaron que el estado cognitivo de los pacientes no estaban muy alterados al ingreso, teniendo en cuenta su edad y nivel de estudios (Manuben et al 1998²⁴). Dicha circunstancia se debía a que la situación clínica de la mayoría de los pacientes era relativamente estable (APACHE 8,27). A pesar de ello se produce una mejoría significativa del estado cognitivo en ambos grupos, no llegando a existir

Tabla 5 Influencia sobre la familia

Pregunta	Antes	Después	p
11. La visita abierta aumenta la satisfacción de la familia	A: 78,8% I: 15,2% D: 6,1%	A: 96,9% I: 3,1% D: 0	0,026
12. La visita abierta disminuye la ansiedad de la familia	A: 69,7% I: 24,2% D: 6,1%	A: 84,8% I: 12,1% D: 3%	0,427
13. La visita abierta agota a la familia	A: 6% I: 36,4% D: 57,6%	A: 6,1% I: 24,2% D: 69,7%	0,389
14. La visita abierta proporciona mayor información a la familia y facilita que ésta tenga un conocimiento más real de la situación del paciente	A: 66,7% I: 15,2% D: 18,2%	A: 72,7% I: 18,2% D: 9,1%	0,459
15. Con la visita abierta, la familia se siente obligada a estar con el paciente	A: 45,5% I: 18,2% D: 36,3%	A: 30,3% I: 36,4% D: 33,3%	0,342
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.	A: 36,3% I: 24,2% D: 39,4%	A: 46,9% I: 9,4% D: 43,8%	0,765
17. El permanecer al lado del paciente, quita tiempo a la familia para atender las necesidades del resto de sus miembros	A: 25% I: 56,3% D: 18,7%	A: 40,7% I: 18,8% D: 40,7%	0,855
18. La participación de la familia mejorará su destreza para los cuidados que deba prestar al paciente una vez dado de alta	A: 60,6% I: 18,2% D: 21,3%	A: 69,7% I: 18,2% D: 12,1%	0,165

A: acuerdo; I: indeciso; D: desacuerdo.

diferencia entre los grupos control y experimental después de la intervención. Según estudios normativos de Bermejo et al en 1994²⁵, este test tiene una sensibilidad muy alta para detectar de forma precisa modificaciones en el estado cognitivo. Se parte de niveles muy altos, por lo que mínimos cambios, aunque no sean estadísticamente significativos, son muy importantes a nivel descriptivo.

En cuanto a las creencias de las enfermeras sobre la influencia que la visita abierta tiene en los pacientes, familiares y personal de enfermería, en general coinciden con otros autores^{5,7,11,14}.

Hay aspectos que se han modificado después de la intervención, cómo el creer que la percepción del dolor del paciente se incrementa con la presencia de la familia ($p = 0,035$). Aunque los resultados son comparables a los obtenidos por Marco Landa et al⁵, pensamos que pudiera ser porque al tener más contacto con la familia se sienten más libres para

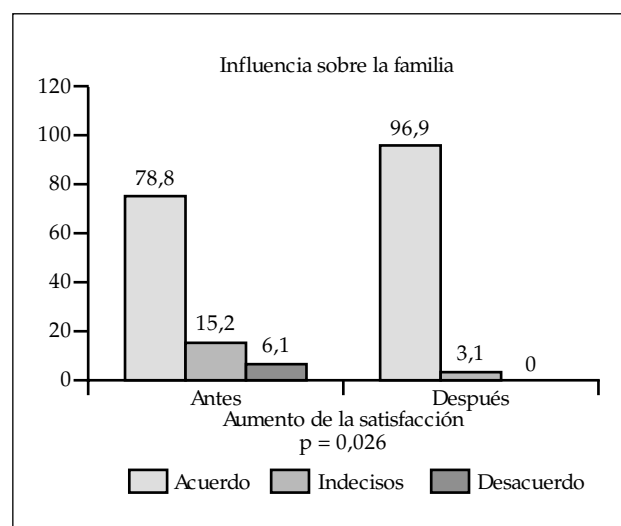


Figura 4. Opinión del personal de enfermería sobre la influencia de la visita abierta en la familia.

Tabla 6 Influencia sobre el personal de enfermería

<i>Pregunta</i>	<i>Antes</i>	<i>Después</i>	<i>p</i>
19. La visita abierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería, especialmente los procedimientos que causan dolor al paciente (p. ej., venoclisis, etc.)	A: 75,8 I: 9,1 D: 15,2	A: 60,7 I: 15,2 D: 24,3	0,090
20. Con la visita abierta, el personal de enfermería obtiene de los familiares una información muy valiosa	A: 42,4 I: 21,2 D: 36,4	A: 60,6 I: 24,2 D: 15,2	0,107
21. La visita abierta produce una mayor carga física y psíquica al personal de enfermería	A: 78,8 I: 12,1 D: 9,1	A: 54,5 I: 18,2 D: 27,3	0,030
22. La presencia de la familia ayuda al personal de enfermería a proporcionar el apoyo emocional que requiere el paciente	A: 65,6 I: 15,6 D: 18,7	A: 72,7 I: 12,1 D: 15,1	0,789
23. La presencia de la familia ayuda al personal de enfermería en la prestación de los cuidados básicos que requiere el paciente	A: 21,9 I: 34,4 D: 43,8	A: 39,4 I: 15,2 D: 45,4	0,302
24. Con la visita abierta, el personal de enfermería no se siente preparado para relacionarse con la familia	A: 18,2 I: 39,4 D: 42,4	A: 6 I: 24,2 D: 69,7	0,021
25. En la visita abierta, el personal de enfermería debe emplear más tiempo para informar a los familiares, por lo que dedica menos tiempo al cuidado del paciente	A: 24,2 I: 9,1 D: 66,6	A: 18,2 I: 12,1 D: 69,7	0,472
26. La visita abierta impide al personal de enfermería manifestarse como es	A: 33,4 I: 12,1 D: 54,6	A: 12,1 I: 12,1 D: 75,7	0,049
27. La visita abierta incrementa la satisfacción profesional del personal de enfermería	A: 15,2 I: 24,2 D: 60,7	A: 15,2 I: 45,5 D: 39,4	0,134
28. La participación de la familia, aumenta la carga de trabajo del personal de enfermería	A: 60,6 I: 18,2 D: 21,2	A: 45,5 I: 30,3 D: 24,2	0,302
30. La participación de la familia en los cuidados entorpece la labor del personal de enfermería con el resto de los pacientes	A: 48,5 I: 27,3 D: 24,2	A: 30,3 I: 27,3 D: 42,4	0,076

A: acuerdo; I: indeciso; D: desacuerdo.

expresarse. Otros aspectos han mejorado, como el de creer que la participación de la familia en los cuidados básicos supone un riesgo para la seguridad del paciente ($p = 0,035$). Creemos que esto es debido a que después de la intervención han comprobado como no existía riesgo alguno en la colaboración de la familia.

En cuanto a la influencia en la familia, mejora la creencia de que la visita abierta aumenta la satisfacción, aspecto con el que están de acuerdo otros investigadores^{5,7,11}.

El personal cree ahora estar más preparado que

antes para relacionarse ($p = 0,021$) y mejora el hecho de que puedan manifestarse como son ($p = 0,049$). Aunque la mayoría sigue pensando que la visita produce una mayor carga física y psíquica^{3,5}, ha bajado el porcentaje después de la intervención ($p = 0,030$). Esto nos lleva a pensar que al irse adaptando al nuevo programa y al estar más preparadas para el cambio, la carga física y psíquica va disminuyendo. A pesar del poco tiempo transcurrido desde la introducción de los cambios como consecuencia del estudio, se ha observado una actitud favorable en los profesionales.

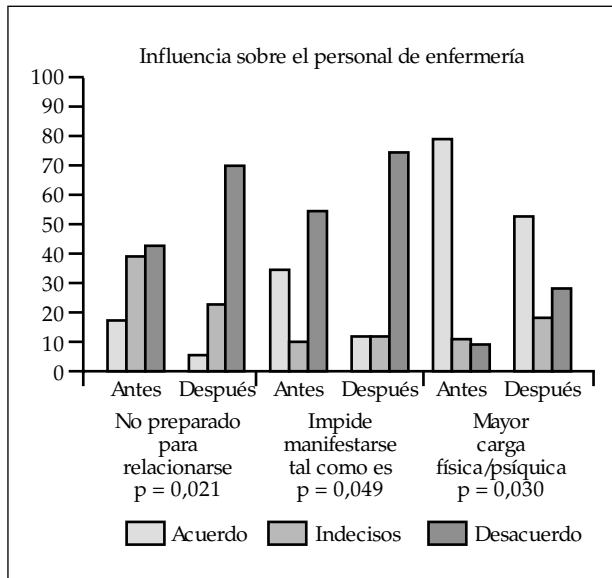


Figura 5. Opinión del personal de enfermería sobre la influencia de la visita abierta en los profesionales.

Limitaciones del estudio

A veces el test STAI ha resultado un poco pobre para plasmar los sentimientos de la familia, que se hubieran reflejado más en un abordaje cualitativo. Otra limitación podría ser la aplicabilidad de la participación en los cuidados a otro tipo de pacientes con diferente índice de gravedad, por lo que habría que valorar de una forma individual cada caso (acompañamiento durante destete...). Como posibles vías de continuación de la investigación, sería interesante analizar otros aspectos que valoren la influencia y la satisfacción de los nuevos sistemas de visitas en los usuarios.

CONCLUSIONES

- Los niveles de ansiedad en la familia mejoran con la visita abierta y la participación del familiar en los cuidados básicos.
- El estado cognitivo no se modifica después de la intervención.

- El personal de enfermería se adapta a los cambios y mejora sus creencias de forma progresiva.
- Creemos que se ha cumplido el objetivo principal que ha sido poner en marcha un programa de participación familiar empezando a modificar así la política de visitas de nuestra unidad.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de enfermería de la unidad por su colaboración en el estudio. A Irene y Jesús, mi familia, por todo el tiempo robado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Álvarez, et al. Actitud de los familiares de enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Ponencia al congreso de la SEMIUC 1996. Murcia.
2. Velazco Bueno JM, Castillo J, Merino N. Variabilidad en la organización de las visitas en UCI. XXVII Congreso Nacional de la SEIUC. Junio 2001. Las Palmas de Gran Canarias.
3. Carlson B, Riegel B, Thomason T. Visitation: policy versus practices. *Dimens Crit Care Nurs* 1998;17:40-7.
4. Plowright CI. Needs of visitors in the intensive care unit. *Br J Nurs* 1995;4:1081-3.
5. Marco Landa L, Bermejillo Eguía I, Garayalde Fernández de Pinedo N. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermera. *Enferm Intensiva* 2000;11:107-17.
6. Clarke CM. Children visiting family and friends on adult intensive care unit: the nurses' perspectives. *J Adv Nurs* 2000;31:330-8.
7. Simpson T, Wilson D, Mucken N. Implementation and evaluation of liberalized visiting policy. *Am J Crit Care* 1996;5:420-6.
8. 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.
9. Giuliano K, Giuliano A. Cardiovascular responses to family visitation and nurse-physician rounds. *Heart & Lung* 1992;21:290.
10. Hepworth J, Hendrickson S, López J. Time series analysis of physiological response during ICU visitation. *West J Nurs Res* 1994;16:704-17.
11. Roland P, Russell J, Richards KC. Visitation in critical care : processes and outcomes of performance improvement

108

- initiative. *J Nurs Care Qual* 2001;15:18-26.
12. Simon SK, Philips K, Badalamenti S. Current practices regarding visitation policies in critical care unit. *Am J Crit Care* 1997;6:210-7.
13. Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B. Visitor and nurse satisfaction with visitation policy change in critical care units. *Dimens Crit Care Nurs* 1999;18:42-8.
14. Giuliano KK, Giuliano AJ, Bloniasz E. A quality-improvement approach to meeting the needs of critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2000;19:30-4.
15. Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care* 1993;2:238-45.
16. Molter N. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart & Lung* 1979;8:332-9.
17. Mendoca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nurs Q* 1998;21:58-67.
18. Davis-Martin S. Perceived needs of families of long-term critical care patients: a brief report. *Heart & Lung* 1994;23:515-8.
19. Suparat Vaicheeta, et al. Needs and needs' response of critically ill families in ICU of Ramathibodi Hospital. *Rama Nurs J* 1999;5:186-200.
20. Titler MG, Walsh SM. Visiting critically ill adults: strategies for practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1992;4:623-32.
21. Zazpe C, Margall MA, Otano C. Meeting needs of family ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1997;12:6.
22. Daly K, Klempell RM, Lawinger S. The effect of two nursing interventions on families of ICU patients. *Clin Nurs Res* 1994;3:414-22.
23. Manubén JM, et al. Variación de las puntuaciones en el Mini-Mental-State con la edad y el nivel educativo. Datos normalizados en la población mayor de 70 años de Pamplona. *Neurología* 1998;13:111-9.
24. Bermejo F, et al. El Minimental State Examination en la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia. En: Del Ser T, Peña J, editores. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: JR Prous Editores, 1994; p. 93-107.

El trabajo titulado "Enfermería de cuidados críticos y técnicas continuas, de reemplazo renal en la Comunidad de Madrid" obtuvo el 2.º Premio ABBOTT en el XXIX Congreso Nacional de la SEEIUC. Este trabajo será publicado en el vol. 14, n.º 4.