

ORIGINAL

Perspectivas de los profesionales de enfermería de cuidados intensivos sobre las visitas abiertas en una UCI



A. Alonso-Rodríguez (MSc)^{a,*}, S. Martínez-Villamea (MSc)^a, A. Sánchez-Vallejo (MSc)^{b,c}, J. Gallego-Lorenzo (PhD)^d y M. Fernández-Menéndez (MSc)^a

^a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI 3-6), Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, España

^b Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE), León, España

^c Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de León, León, España

^d Departamento de Biblioteconomía y Documentación, Universidad de León, León, España

Recibido el 17 de marzo de 2019; aceptado el 24 de febrero de 2020

Disponible en Internet el 15 de julio de 2020

PALABRAS CLAVE

Enfermería;
Familia;
Opinión;
Unidad de Cuidados
Intensivos;
Visitas a pacientes

Resumen

Objetivo: Conocer la opinión de los profesionales de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente (UCI) respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente, en la familia y en la actividad diaria de los profesionales, así como sus aportaciones a la actual política de visitas abiertas.

Método: Estudio transversal, descriptivo, mediante muestreo discrecional no probabilístico. La muestra estuvo formada por profesionales de enfermería de la citada Unidad. Se les entregó un cuestionario con 26 ítems, desarrollado y adaptado por Marco et al., además de una pregunta abierta.

Resultados: La tasa de participación fue del 84% de los profesionales de la unidad (101/120). El 75,2% manifestó que el equipo de enfermería tiene que posponer o modificar su trabajo debido a la presencia de la familia y el 89,9% que su presencia produce una carga física y psíquica al personal. El 80% pensaba que la visita agota a la familia y el 84,2% que la familia se siente obligada a permanecer con el paciente. El 94% opinó que el efecto de la presencia de la familia depende del paciente y de la familia.

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

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arantzastur@gmail.com (A. Alonso-Rodríguez).

KEYWORDS

Nursing;
Family;
Opinion;
Intensive Care Unit;
Visitors to Patients

Perspectives of intensive care nurses on open visits in an ICU**Abstract**

Objective: To determine the attitude of the nursing professionals of an Intensive Care Unit regarding the effects of open visiting on the daily activities of the patient, their family and professionals, and also to determine their contribution to the current open visiting policy.

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

Results: 101 nursing professionals took part in the study, of the 120 working in the Unit under study. Seventy-five point two percent state that the nursing team has to postpone or modify their work due to the presence of the family and 89.9% that their presence produces a physical and psychological burden on the staff. Eighty percent think that the visit exhausts the family and 84.2% that the family feels obliged to remain with the patient. Ninety-four percent think that the effect of the presence of the family depends on the patient and the family.

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

© 2020 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Qué se conoce?

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) han tenido tradicionalmente unos horarios de visita restringidos. Diversos estudios han demostrado la importancia de cubrir las necesidades que presentan los familiares de los pacientes ingresados y así mejorar la calidad en la atención y satisfacción de los pacientes y sus familias.

¿Qué aporta?

Diversos estudios demuestran la reticencia de la mayoría de los profesionales hacia la flexibilización de los horarios de visita y hacia las políticas de visita abiertas, aunque admiten que un horario sin restricciones en la UCI puede resultar beneficioso para el paciente y su familia.

Implicaciones para la práctica

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

Introducción

El ingreso de un paciente en una UCI somete a los miembros de su familia a una situación difícil, frecuentemente inesperada, que provoca un cambio de los patrones de relación habituales y que requiere una adaptación. Además, la UCI es un medio hostil donde las alarmas, la dependencia a las máquinas y la alta cantidad de tubuladuras y conexiones generan un aumento de la ansiedad de las familias de los enfermos ingresados¹. Históricamente, las UCI han tenido unos horarios de visita restringidos, basados en un enfoque para proteger al paciente, ya que los cuidados van dirigidos a él de manera exclusiva e individualizada. El predominio de una cultura tecnológica, centrada en el paciente, hace que sea más difícil resolver la cercanía entre el paciente y los familiares².

El deseo de visitar al paciente con frecuencia se encuentra entre las principales necesidades identificadas por los familiares³ y además se observan efectos positivos en unos y en otros, como por ejemplo disminución de la ansiedad o aumento de la sensación de bienestar. Asimismo, el contacto del enfermo con las personas conocidas disminuye la confusión y agitación relacionándose con una menor incidencia de delirio en los pacientes acompañados⁴. De hecho, el contacto con los familiares se considera como una de las intervenciones no farmacológicas más efectivas en la prevención del delirio, siendo usada como recurso en numerosas unidades⁵.

En uno de los múltiples estudios que tratan de reflejar las preferencias de los propios pacientes sobre las visitas de sus familiares⁶, se concluye que los enfermos muestran mayor satisfacción con una organización flexible y adaptada a sus propias necesidades y a la de los miembros de su familia. La presencia de estos aporta un soporte emocional y una sensación de seguridad ante la realización de

cualquier procedimiento que genere miedo en el paciente⁷. Estos beneficios pueden también repercutir en una disminución de la estancia en las UCI⁸ y posibilitan una mayor comunicación entre el personal y los acompañantes.

En relación con estas observaciones, los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos inician un cambio de tendencia con el objetivo de promover el contacto con el paciente y satisfacer esas necesidades de los familiares, realizando protocolos de acogida o liberalizando los horarios de visita^{5,8-11}.

Estas medidas permiten, por una parte, incluir a la familia en el cuidado del paciente crítico y, por otra, convertir a la familia en receptora de cuidados¹²; pero se observa en los profesionales de enfermería cierta incomodidad con respecto a la atención con los familiares y el papel que estos juegan en el proceso de atención².

En nuestro país, Marco et al.⁷ analizaron la relación entre las creencias de las enfermeras y sus actitudes sobre el efecto que la visita abierta instaurada en su unidad producía en los pacientes, familiares y enfermeras. Concluyó que existe coherencia entre las opiniones y actitudes hacia el efecto beneficioso que la visita abierta tiene en el paciente, familia y en los profesionales. En cambio, otros estudios refieren que hay un aumento en la carga de trabajo para los trabajadores de la UCI y un cierto retraso en el ejercicio de sus funciones¹³. Las dificultades de comunicación entre los profesionales y las familias pueden provocar reacciones de distanciamiento, generando malestar entre los profesionales y cierta frustración en los familiares¹³. Trabajos más recientes, como el de Sánchez-Vallejo et al.¹⁴, demostraron que hay un aumento de la satisfacción del personal, pero también indican que estos necesitan completar su formación en aspectos psicológicos como el manejo de la comunicación con las familias.

En otro estudio realizado por Simon et al.¹⁵ en el que se incluyeron 201 enfermeras con el objetivo de analizar la política de visitas en las UCI, se expuso que en 70% de los casos sus políticas oficiales eran restrictivas. Sin embargo, 78% de estas enfermeras decían ser flexibles en la aplicación de las normas de visitas y que la mayoría aplicaban estas reglas con base en sus propias decisiones valorando las necesidades del paciente y de las propias enfermeras. Por otro lado, son frecuentes las referencias de algunos autores que destacan el papel relevante de las enfermeras con relación a la atención de los familiares por su continua permanencia junto a los pacientes^{11,12}. Se hace necesario, por tanto, encontrar un equilibrio entre las necesidades de los familiares y las del personal para poder mejorar la calidad de la atención prestada en las UCI.

Existe una gran variabilidad en las UCI de adultos en cuanto a la política de visitas pues estas dependen del área geográfica y cultural. El mayor porcentaje de UCI con horario de visitas abierto se encuentra en Suecia (70%) mientras que en algunos países como Italia solamente es del 1%¹⁶.

En España, el estudio más reciente sobre la política de visitas abiertas fue publicado en el año 2015⁸. En él se constata que no han ocurrido cambios muy importantes en la última década, ya que en la actualidad 9,8% de las UCI tienen horario abierto y solamente 4% mantiene un sistema de puertas abiertas las 24 h.

El objetivo del presente estudio consistió en describir la opinión de los profesionales de enfermería de la UCI de dicho hospital respecto a los efectos de la visita abierta en el paciente, en la familia y en la actividad diaria de los profesionales. Adicionalmente, se pretendió obtener información cualitativa sobre las percepciones de los profesionales de enfermería de dicha UCI respecto al actual régimen de visita.

Método

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

Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal realizado en una UCI Polivalente de un hospital de Asturias, mediante un cuestionario autoadministrado.

Ámbito

En la UCI a estudio, la atención al paciente crítico se realiza en cuatro unidades dotadas de 10 camas en cada una, dos de ellas de aislamiento con puerta corredera de cristal y sólo ocho habilitadas con personal asistencial para el ingreso de pacientes, pudiendo ser ocupadas en su totalidad en épocas de mayor demanda. El ratio enfermera-paciente es de 1:2 y de 1:4 para los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

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

El horario de visitas es de 12:30 h a 21:00 h, ininterrumpidamente. Se permite permanecer dos personas a la vez, las cuales pueden intercambiarse con otros familiares tantas veces como deseen. En el caso de situaciones de urgencia o realización de alguna técnica, los familiares pasarán a la sala de espera hasta ser nuevamente avisados. No están aconsejadas las visitas de menores de ocho años debido al impacto psicológico y posible transmisión de infecciones, aunque si la situación clínica del paciente no lo desaconseja, los menores podrán hacer visitas cortas, siempre en compañía de una persona adulta.

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

Los profesionales de enfermería desarrolla sus servicios en tres turnos de trabajo, mañana, tarde y noche. Existe otro turno fijo de mañanas que refuerza el servicio en las horas de mayor carga de trabajo.

Sujetos

La población diana estaba formada por todos los profesionales de enfermería (TCAE y enfermeras) que trabajaban en dicha UCI en el mes de abril del 2017.

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

Recogida de datos

Para la recogida de datos durante la fase de trabajo de campo se empleó un cuestionario autoadministrado, que fue entregado por el investigador principal a los profesionales de enfermería del servicio de medicina intensiva de dicho hospital, pero cumplimentado de forma diferida a la entrega sin la presencia de dicho investigador.

La escala utilizada para analizar las opiniones del equipo de enfermería fue desarrollada y adaptada por Marco et al.⁷ con base en los resultados de los estudios de Kirchhoff et al. de 1993¹⁷ y Simpson et al. de 1996¹⁸. El resultado del análisis de fiabilidad obtenido para dicha escala obtuvo un alfa de Cronbach de 0,77. Previo al estudio, se solicitó el permiso de la autora para utilizar el cuestionario. Se elaboró una hoja de recogida de datos con seis preguntas sociodemográficas y con una escala tipo Likert de 26 ítems desarrollados y cuatro respuestas posibles. El cuestionario permitía recoger información sobre el efecto que la visita abierta produce en los pacientes, en los familiares y en el propio equipo de enfermería. Además, se quiso recoger información mediante el empleo de una pregunta abierta sobre el sistema actual de visitas, para recabar posibles opciones de mejora y explorar futuras líneas de investigación.

Tras valorar la escala de opiniones de los profesionales de enfermería sobre la visita abierta con sus distintos indicadores, los autores de la validación del cuestionario antes citados propusieron invertir la puntuación de las preguntas negativas, para posteriormente obtener una puntuación media para cada una de las áreas. La puntuación mínima y máxima de cada una de las tres áreas serían 10 y 40 puntos para el área del paciente, 7 y 28 puntos para el área de la familia, 9 y 36 puntos para el área de los profesionales, con una media de 25, 17,5 y 22,5 puntos, respectivamente. La puntuación total de la escala quedaría comprendida entre 26 y 104 con una media de 65 puntos.

Análisis de los datos

En primer lugar, se analizó la normalidad de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, y posteriormente se utilizó estadística descriptiva: Medidas de frecuencia

para las variables cualitativas (frecuencia y frecuencia relativa), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica, máximo y mínimo) para las variables cuantitativas. Posteriormente se realizó estadística inferencial para analizar la relación entre las variables de interés, utilizando el test de la *t* de Student, test de χ^2 y análisis de la varianza (ANOVA) según correspondiera. Los cálculos fueron realizados con el programa estadístico SPSS (*Statistical Pack for Social Sciencies*) en su versión 24.0. Los test estadísticos fueron considerados significativos si el nivel crítico observado era inferior al 5% ($p < 0,05$).

Consideraciones éticas

Previamente al trabajo de campo se solicitaron los permisos pertinentes a la Gerencia y Dirección Enfermera del hospital de estudio y al Comité de Ética de la Investigación al manifestar su conformidad con la realización del mismo, quedando registrado como el estudio n° 71/17. Una vez concedido, se informó a las supervisoras del servicio, mostrando la autorización para la ejecución del trabajo. Los cuestionarios estaban precedidos de un consentimiento informado de participación.

Resultados

Variables sociodemográficas de la muestra de profesionales de enfermería de la UCI a estudio

La población de estudio se constató por 120 profesionales de enfermería. Se consiguió entregar un total de 116 cuestionarios, debido a la imposibilidad de acceder a los profesionales restantes por la elevada carga de trabajo. La muestra final se compuso de 101 cuestionarios, lo que supuso una tasa de participación de 84%. En la [figura 1](#) se puede observar el proceso seguido hasta la configuración de la muestra final de estudio.

En la [tabla 1](#) se muestran los datos sociodemográficos de los profesionales encuestados. La edad media de la muestra a estudio fue de 42,8 (desviación estándar [DE] 8,4) años y el tiempo medio trabajado en la UCI de 12,7 (DE 7,0) años. En algún momento, 38,6% habían tenido un familiar ingresado en cuidados intensivos. Con respecto a la formación en habilidades en comunicación, el 35,6% reflejaron haber recibido formación.

Por sexo, la distribución fue mayoritariamente femenina, con 87% de mujeres. Por categoría profesional, 77% fueron enfermeras y 22,8%, TCAE.

Análisis descriptivo de las opiniones de los profesionales de enfermería sobre la visita abierta en la UCI a estudio

Para simplificar la presentación de los datos y poder realizar un correcto análisis estadístico de los datos, se agruparon los resultados en dos grupos. Las respuestas que incluían «de acuerdo» y «totalmente de acuerdo» bajo el enunciado «de acuerdo» y los que incluían «en desacuerdo» y «totalmente en desacuerdo», bajo el enunciado «en desacuerdo», según lo establecido por Marco et al.⁷

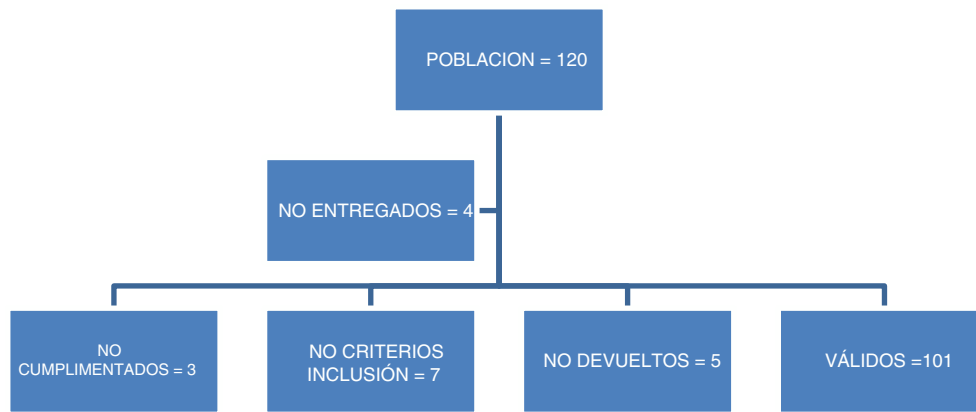


Figura 1 Descripción de la muestra. Elaboración propia.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los profesionales

	Media	Mínimo	Máximo
Edad	42,8081	27,00	64,00
Tiempo trabajado	12,7	7,174	30
	<i>n</i>	%	
Sexo	mujer	87	87
	hombre	13	13
Categoría profesional	TECAE	23	22,8
	due	78	77,2
Familiar ingresado	si	38	38,6
	no	62	61,4
Formacion habilidades de comunicación	si	36	35,6
	no	65	64,4

TECAE: Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Con respecto a la percepción del efecto que tiene la visita familiar en el paciente, 89% de los profesionales estaban de acuerdo con que la presencia de la familia proporciona apoyo emocional al paciente, y 94% consideraba que el efecto de la familia depende tanto del paciente como de la propia familia. El 56% de los profesionales manifestaron estar de acuerdo con que la presencia de la familia incrementaba la percepción del dolor en el paciente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,033$), siendo los de mayor edad los que más de acuerdo estaban con dicha afirmación. Además, estos últimos se mostraron significativamente más de acuerdo con que la visita inestabilizaba al paciente ($p = 0,011$) y dificultaba su descanso ($p = 0,009$).

En la [tabla 2](#) se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la percepción del efecto que tiene la visita familiar en el paciente.

Con respecto a la percepción del efecto que la visita abierta tiene en la propia familia, más de 80% de los profesionales consideró que la visita abierta agota a la familia, 84,2% opinó que esta se siente obligada a permanecer con el paciente y 83,8% refirieron que les quita tiempo para atender las necesidades del resto de los miembros de la familia. Los profesionales que recibieron formación en habilidades de comunicación, 72,2%, estaba más en desacuerdo ($p = 0,009$) con que la visita abierta disminuye la ansiedad de

la familia. Sin embargo, aquellos profesionales que recibieron esta formación piensan en un mayor porcentaje, 47,2% ($p = 0,023$), que la visita abierta proporcionaba a la familia un mayor apoyo por parte del equipo de enfermería y una mayor seguridad de que el paciente recibe los mejores cuidados.

Se encontraron diferencias significativas ($p = 0,04$) según la categoría profesional, siendo las enfermeras las que refieren en mayor porcentaje, 84,6% que la visita agota a la familia frente a 65,2% de las TCAE.

En la [tabla 3](#) se pueden observar los resultados obtenidos en cuanto a la percepción del efecto que tiene la visita familiar en la propia familia.

Finalmente, en la [tabla 4](#) se muestran los resultados obtenidos con respecto a la percepción del efecto que la visita abierta tiene en los propios profesionales. De los participantes del estudio, 89,9% estimó que esta produce una mayor carga física y psicológica al personal de enfermería. De los profesionales con formación en habilidades de comunicación, 52,8% pensó que, con el horario ampliado de visitas, el personal obtiene información valiosa de los familiares ($p = 0,001$) y 43,1% que incrementa su satisfacción profesional ($p = 0,036$). También, 61,1% de los encuestados con formación en habilidades de comunicación opinó que con un régimen de visita abierto no deben dedicar mayor tiempo para informar a los familiares, destinando menos tiempo al cuidado del paciente ($p = 0,003$).

Respecto a la posibilidad de que la visita abierta produzca una mayor carga física y psicológica a la enfermera, son los profesionales con más años de experiencia los que estaban significativamente más de acuerdo con esta afirmación ($p = 0,012$). Además, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el género del profesional ($p = 0,004$), siendo los hombres con 38,5% los que estaban de acuerdo en que la presencia del familiar ayuda a la enfermera en la prestación de cuidados básicos al paciente frente a 9,3% de las mujeres.

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

Resultan interesantes las diferencias obtenidas entre aquellos profesionales que tenían habilidades de comunicación y los que manifestaron no tenerlas. Los profesionales

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

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

FC: Frecuencia cardíaca; TA: Tensión arterial.

^a Significación estadística según edad ($p < 0,05$).^b Significación estadística según categoría profesional ($p \leq 0,05$).**Tabla 3** Percepciones del personal respecto al efecto de la visita abierta en la familia

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

^c Significación estadística según formación recibida en habilidades de comunicación ($p < 0,01$).^a Significación estadística según edad ($p < 0,05$).^b Significación estadística según categoría profesional ($p < 0,05$).

con dichas habilidades opinaron que la enfermera no tenía por qué emplear más tiempo con la familia y menos con el paciente, que obtenían una información valiosa de los familiares y que la visita abierta les producía una mayor satisfacción profesional.

Análisis de la opinión de los profesionales de enfermería respecto al actual régimen de visita abierta en la UCI a estudio en relación con las tres áreas de influencia estudiadas por el cuestionario empleado. Incluida la DE donde aparece la media

Al calcular la puntuación media de cada área de estudio del cuestionario, como se ha descrito previamente en la metodología, se obtuvo un valor medio total de la escala

de 68,45 (DE 4,995) puntos. Si nos fijamos en el área del paciente, se adquirió un valor medio de 27,91 (DE 2,642) puntos, en el área de la familia 18,99 (DE 2,304) puntos y en el área de los profesionales 21,54 (DE 2,606) puntos. Una puntuación por encima de la media indicaría, tal y como se comentó en el apartado de metodología, una opinión positiva del personal hacia la visita abierta. Según esto, las medias obtenidas indicaron que en general el colectivo de profesionales encuestado estimó la visita abierta como un factor positivo para paciente y familia, pero negativo para los profesionales.

En la [tabla 5](#) podemos observar la puntuación media de cada una de las áreas que componen la escala.

Al realizar la comparativa con las variables sociodemográficas, se observó que existían diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,018$) solamente entre el área de

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

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

^a Significación estadística según formación recibida en habilidades de comunicación ($p < 0,05$).

^b Significación estadística según años trabajados ($p < 0,05$).

^c Significación estadística según sexo ($p < 0,01$).

^d Significación estadística según edad ($p < 0,05$).

Tabla 5 Puntuación de cada una de las tres áreas

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

la familia y la categoría profesional que desempeñan los profesionales en la UCI, siendo los TCAE los que obtuvieron una menor puntuación media.

Análisis cualitativo de las sugerencias de los profesionales

De los 101 participantes, 35,64% ($n = 36$) completaron la pregunta abierta planteada. Los comentarios se agruparon según las cuatro categorías principales encontradas: Efecto en la visita abierta sobre el paciente, la familia, los profesionales y horario o duración de la visita.

La categoría en la que se obtuvieron más sugerencias fue la relacionada con el efecto de la visita sobre los profesionales, con un total de 16 comentarios (44%). En ella, los profesionales enfatizan la interrupción de los cuidados enfermeros, el aumento de la carga física y psíquica de trabajo, y las interferencias de las familias en el trabajo de los profesionales.

En cuanto a las opiniones sobre el efecto en el paciente, hubo 12 comentarios (33%) que hacían alusión al tema. Una

de las observaciones más repetidas fue la de adecuar los horarios de visita a la situación de cada paciente y su familia. Otro aspecto que se repite es la importancia de la intimidad de los pacientes, refiriéndose a que el resto de los familiares, al permanecer varias horas en las unidades, están pendientes del resto de los pacientes, afectando por ello a la intimidad y privacidad de éstos.

Con respecto al horario y duración de la visita, se recogieron 10 comentarios (27%) en los que la mayoría sugirió un horario más restringido del tiempo de la visita, reduciendo las horas de visita del turno de la mañana y de la tarde.

Finalmente, en lo que se refiere a los comentarios sobre el efecto en la familia, se recogieron ocho comentarios (22%), la mayoría de ellos negativos, pues reflejan que la familia se siente obligada a estar con el paciente a causa de los horarios ampliados.

En la [tabla 6](#) se muestran los comentarios aportados por los profesionales.

De los resultados obtenidos puede desprenderse que el personal de enfermería ve la visita abierta como un problema, sobre todo en lo que se refiere al efecto que esta

Tabla 6 Matriz cualitativa de las opiniones expresadas por los profesionales

Categorías	Unidades de significado
Efecto de la visita en el personal	«...en muchas ocasiones las familias (visitas) interfieren en el trabajo que realizamos los profesionales» (Profesional 95) «...y la visita abierta llama a los familiares a estar preguntándole al personal constantemente con la consiguiente carga de trabajo asociada» (Profesional 92) «Cuestionan nuestra autoridad y profesionalidad» (Profesional 16) «En la mayoría de las ocasiones la presencia de la familia aumenta la carga de trabajo tanto psicológica como físicamente para la enfermera» (Profesional 10) «Las visitas abiertas, el personal no cambia su forma de trabajar por ellos» (Profesional 2) «El cambio hacia un horario de visita abierto debería ir acompañado de una formación del personal sanitario en habilidades sociales» (Profesional 55) «El personal se siente vigilado y cuestionado por determinados comportamientos» (Profesional 12) «En desacuerdo con el régimen de visitas, evita ejercer nuestras tareas libremente» (Profesional 15) «En ocasiones no facilitan el trabajo del personal» (Profesional 77)
Efecto de la visita en el paciente	«Muchos pacientes no se benefician en absoluto de este régimen de visitas...» (Profesional 97) «Con la visita abierta disminuye la privacidad del paciente con respecto a los familiares del resto...» (Profesional 79) «Mi opinión sobre las visitas abiertas es que en general (y siempre con excepciones) es positiva tanto para paciente como familiares...» (Profesional 59) «Se debe valorar cada caso de forma individual, pero en la UCI no es beneficioso ni para el paciente ni para la familia...» (Profesional 2) «...proporciona a algunos enfermos más seguridad, pero con reservas» (Profesional 44)
Horario y duración de la visita	«...en mi opinión sería mejor una visita limitada con horario más pequeño» (Profesional 92) «Las visitas deberían ser de 1 h en el turno de mañanas y otra hora por las tardes» (Profesional 38) «Me parece excesivo» (Profesional 83) «...demasiado amplio el horario» (Profesional 49) «Creo que debería ser horario restringido» (Profesional 39) «Por las tardes considero que es excesivo tiempo para este tipo de pacientes» (Profesional 27)
Efecto de la visita en la familia	«...sería mejor una visita limitada con horario más pequeño, muchos familiares se ven obligados a venir al tener tantas horas para la visita» (Profesional 92) «...la familia se siente con la obligación de estar» (Profesional 37) «...lo ideal es tener un horario flexible para aquellas familias que por razones de peso como trabajo, lejanía geográfica, cuidado de otros familiares dependientes...» (Profesional 18) «La familia se siente obligada a estar <i>in situ</i>» (Profesional 49) «Muchas familias se extrañan e incomodan con el amplio horario y contaminación que supone el continuo trasiego de familiares...» (Profesional 12)

produce en los profesionales, ya que según sugieren los resultados es necesario que estos reorganicen su trabajo para poder solventar los déficits que presentan en habilidades de comunicación. Estas habilidades les ayudarían a relacionarse mejor con la familia del paciente, proporcionando apoyo emocional tanto a la familia como al paciente. Por tanto, parece clara la importancia de incorporar el cuidado del familiar como objetivo en la planificación de los cuidados, lo que supondría una ayuda para la recuperación y mejora del paciente crítico.

Discusión

En este estudio, donde se pretendió describir las opiniones del equipo de enfermería sobre los efectos de la visita abierta en el paciente, la familia y en los propios profesionales, se obtuvo una alta tasa de participación donde la mayor parte fueron mujeres entre 31 y 50 años, porcentajes muy similares a los del estudio realizado por Ayllón et al.¹⁹

Con relación a la experiencia profesional, la media se situó en 12,7 (DE 7,17) años trabajados. A pesar de que en

la bibliografía consultada los profesionales con poca experiencia en UCI tenían una opinión más positiva en cuanto a la flexibilización de los horarios de visita²⁰, en el presente estudio no existe esa relación tal vez debido a una cultura arraigada de una política de visitas familiares restrictiva.

Además, el hecho de haber tenido un familiar ingresado en UCI no modificaba la opinión de los profesionales respecto a la visita abierta.

La mayoría de los encuestados creen que la presencia de la familia tiene efectos beneficiosos para el bienestar emocional del paciente y que además incrementa su deseo de vivir. Estos resultados fueron comparables con los obtenidos por Simpson et al.¹⁸ excepto en el deseo de vivir donde él encontró diferentes resultados a los de nuestro estudio.

La atención psicológica debería estar incluida en el cuidado del paciente crítico, pues según el estudio realizado por Gómez et al.²¹ los pacientes refieren tener alteraciones emocionales durante su estancia en la UCI tales como ansiedad, estrés, o el «síndrome de cuidados intensivos». Este último consiste en una fluctuación de los niveles de conciencia, anomalías en el comportamiento y alteraciones de la memoria²²⁻²⁵, puede influir negativamente²⁶ en la recuperación del paciente incrementando su estancia hospitalaria²⁷. Se ha descrito en otros estudios que los familiares poseen recursos e información que les permitirían facilitar este tipo de cuidado emocional²⁸. A la vista de los resultados parece que el equipo de enfermería es consciente de esta realidad, otorgando a la familia un papel importante en la provisión de apoyo emocional al paciente.

Los profesionales refirieron de forma mayoritaria que la presencia de la familia incrementa la percepción del dolor en el paciente y le desestabiliza. Sin embargo, en este sentido, hay estudios que demostraron que las interacciones de los profesionales con el paciente inestabilizan más a este que la propia familia^{21,23}. Por tanto, parece que la percepción de esta influencia negativa no está apoyada por la evidencia disponible, y se debería insistir en la correcta formación del personal de las unidades donde se realice este tipo de visita abierta.

Si nos fijamos en la categoría profesional de las personas estudiadas, son los TCAE mayoritariamente los que pensaron que la familia incrementa el gasto de energía del paciente y dificulta su descanso. En este sentido, la mitad de las profesionales encuestadas por Simpson et al.¹⁸ también opinaban que la visita abierta incrementaba el gasto de energía y a su vez alteraba su hemodinámica. Las diferencias entre categorías podrían remarcar nuevamente la necesidad de una formación específica en las unidades con el objetivo de proporcionar un enfoque holístico a la atención del paciente y su familia.

Con respecto al efecto que tiene la visita en los familiares, son múltiples los estudios que destacan el beneficio que esta tiene para el paciente y para los propios familiares, ya que aumenta la satisfacción de la familia, disminuye su ansiedad y proporciona una mayor información y un conocimiento real de la situación del paciente^{23,29,30}. En nuestro estudio, se han obtenido resultados similares a los encontrados en los trabajos mencionados. Sin embargo, 84,2% de los profesionales opinó que la familia se puede sentir obligada a permanecer junto al enfermo durante más horas, y no consideran, en su mayor parte, que el equipo de enfermería

proporcione apoyo a la familia. Además, 94% de profesionales reflejaron que los efectos de la visita abierta dependen de las características del paciente y del visitante. Resultados similares fueron reportados por Santana et al.³⁰ y Whitton et al.³¹, donde se comprobó que era importante personalizar e individualizar la atención del enfermo y su familia.

Como ya se ha explicado, la relación de ayuda entre la enfermera y la familia está englobada dentro de las necesidades emocionales que describen los familiares que tienen un ser querido ingresado en una UCI³². Por lo tanto, el profesional de enfermería debería orientar su atención también hacia los familiares con el propósito de facilitarles la adaptación a la nueva situación y así contribuir en su bienestar. En este sentido, son varios los estudios que proponen la incorporación de protocolos de acogida para las familias, e incluso la elaboración de planes de cuidados dirigidos a las mismas³³⁻³⁵.

La mayoría de los profesionales del estudio (90%) estimaron que la visita produce una mayor carga física y psicológica en la enfermera. Los profesionales con mayor experiencia laboral en la UCI valoraron la presencia de la familia como una carga de trabajo, resultados similares fueron obtenidos por Ayllón et al.¹⁹ Por otro lado, sólo 13% de los encuestados refirió que la presencia de la familia ayuda a la enfermera a realizar cuidados básicos, encontrando diferencias significativas en cuanto al género, siendo los hombres los que refirieron estar más de acuerdo. En este sentido, se ha demostrado que la implicación de los familiares en el cuidado del paciente puede disminuir su ansiedad y ayudarles a entender lo que sucede en la UCI, además de ser positivo para el propio paciente¹⁰.

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

En otro sentido, un alto porcentaje de los encuestados (75%) opinaron que la presencia de la familia interrumpe o pospone los cuidados, resultados similares a los obtenidos en el estudio realizado por Marco et al.⁷. Igualmente, existen varios estudios que revelan que los profesionales se sienten incómodos cuando son observados por los familiares^{24,25}. Ello puede impulsar a los profesionales a disminuir la frecuencia de los cuidados o posponerlos.

Resultan interesantes las diferencias obtenidas entre aquellos profesionales que tenían habilidades de comunicación y los que manifestaron no tenerlas. Los profesionales con dichas habilidades opinaron que la enfermera no tenía por qué emplear más tiempo con la familia y menos con el paciente, que obtenían una información valiosa de los familiares y que la visita abierta les producía una mayor satisfacción profesional. Las enfermeras de la UCI habitualmente presentan carencias en habilidades de comunicación, ya que suelen tratar con pacientes con los que es difícil comunicarse debido a su situación crítica³⁵. Existen varias habilidades que favorecen una buena comunicación con el paciente o la familia: La escucha, la empatía, la compasión, la asertividad y el apoyo emocional^{31,36}. Además, estas habilidades de comunicación son muy importantes en la relación

con los familiares pues estos lo perciben como una buena calidad de cuidados³⁷.

Son varios los estudios que reflejan que la mayoría de las enfermeras no creen tener los conocimientos necesarios para satisfacer las necesidades emocionales de los familiares³⁸, lo que, unido al potencial desconocimiento de la información médica ofrecida por el facultativo, puede hacer que las enfermeras eviten el contacto con las familias³⁶. A excepción de los profesionales con habilidades de comunicación como ya se comentaba anteriormente, gran parte de los profesionales opinaban que no obtenían de las familias información valiosa. En otros estudios, las enfermeras formadas en habilidades de comunicación sí conseguían información de las familias para planificar mejor los cuidados^{7,18,20,39}.

En este sentido, una posible línea de investigación sería mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de la UCI, mediante reuniones con los familiares de los pacientes ingresados en la unidad y formación específica en esta área, propuestas que coinciden con los estudios de Daly et al.³⁹ y Sargeant et al.⁴⁰.

En esta mejora, podría resultar interesante proponer a los familiares la designación de un miembro de la familia como persona de referencia para el equipo de enfermería⁵, de forma que este pueda participar, si lo desea, en los cuidados básicos del paciente, así como en la información relacionada con la evolución. Ello favorecería también la cobertura de las necesidades emocionales del enfermo y serviría de ayuda para los profesionales de enfermería.

Conclusiones

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

Financiación

Los autores del trabajo declaran no haber recibido subvención alguna para la realización de dicha investigación.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los profesionales de enfermería de la UCI 3-4-5-6, que han colaborado desinteresadamente con su participación en este trabajo.

Bibliografía

- Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*. 2014 Aug-Sep;38:371–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005>.
- Zaforteza Lallemand C. Promoción de los cuidados dirigidos a los familiares del paciente crítico a través de una investigación participativa [tesis]. Universidad de las Islas Baleares. 2010.
- Gonzalez CE, Carroll DL, Elliott JS, Fitzgerald PA, Vallent HJ. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *Am J Crit Care*. 2004 May;13:194–8, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2004.13.3.194>.
- Al-Mutair AS, Plummer V, O'Brien A, Clerehan R. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *J Clin Nurs*. 2013 Jul;22(13-14):1805–17, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12065>.
- Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007 Feb;35:605–22, [10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB](http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB).
- Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA*. 2004 Aug 11;292:736–7, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.6.736>.
- Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Creencias y actitudes de las enfermeras de cuidados intensivos sobre el efecto que la visita abierta produce en el paciente, familia y enfermeras. *Enferm Intensiva*. 2000 Jul-Sept;11:107–17. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-enfermeria-intensiva-142-resumen-opiniones-and-attitudes-of-intensive-10017624>.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Rev Calid Asist*. 2015 Sep-Oct;30:243–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>.
- Blanca JJ, Muñoz R, Hervás J, Alba CM. Protocolo de acogida para los familiares de los pacientes críticos en una UCI polivalente. *Inquietudes*. 2006;12:10–6. Disponible en: http://www.index-f.com/inquietudes/35pdf/35_articulo_10_16-0707.pdf.
- García S, Fernández M, Cumbre EM, Morano MJ, Alfonso D, Contreras I. Cuidando a la familia en UCI. *Biblioteca Lascasas*. 2007;3:1–24. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0248.pdf>.
- Knutsson SE, Otterberg CL, Bergbom IL. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004 Oct;20:264–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2004.06.004>.
- O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson ML, Sieve S, Benson-Landau M, et al. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung*. 1991 Mar;20:189–201.
- Da Silva Ramos FJ, Fumis RR, Azevedo LC, Schettino G. Perceptions of an open visitation policy by intensive care unit workers. *Ann Intensive Care*. 2013 Oct 17;3:34, <http://dx.doi.org/10.1186/2110-5820-3-34>.
- Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016 Dec;40:527–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.03.005>.
- Forsgren LM, Eriksson M. Delirium-awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish ICU head nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010 Oct;26:296–303, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2010.07.003>.
- Simon SK, Phillips K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practices regarding visitation policies in critical care units. *Am J Crit Care*. 1997 May;6:210–7.
- Kirchhoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurse's beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care*. 1993 May;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 Nov;5:420-6.
19. Ayllón N, Montero P, Acebes MI, Sánchez J. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Enferm Intensiva*. 2014 Apr-Jun;25:72-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2013.11.007>.
20. Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez-Cuenca P. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva*. 2003 Jul-Sept;14:109-19, [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(03\)78115-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(03)78115-2).
21. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007 Aug-Sept;31:318-25, [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74830-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74830-1).
22. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004 Mar-Apr;9:72-9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2004.00053.x>.
23. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs*. 2002 Sept;11:575-84, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00638.x>.
24. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives experiences of critical care. *Nurs Crit Care*. 2005 JAn-Feb;10:23-30, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1362-1017.2005.00091.x>.
25. Broomhead LR, Brett SJ. Clinical review: Intensive care follow-up-what has it told us? *Crit Care*. 2002 Oct;6:411-7. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC137315/pdf/cc1532.pdf>.
26. Granberg AI, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DB. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002 Jul;46:726-31, <http://dx.doi.org/10.1034/j.1399-6576.2002.460616.x>.
27. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012 Feb;40:618-24, <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>.
28. Holl RM. Role-modeled visiting compared with restricted visiting on surgical cardiac patients and family members. *Crit Care Nurs Q*. 1993 Aug;16:70-82.
29. Ramsey P, Cathelyn J, Gugliotta B, Glenn LL. Visitor and nurse satisfaction with a visitation policy change in critical care units. *Dimens Crit Care Nurs*. 1999 Sept-Oct;18:42-8.
30. Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva A. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007 Aug-Sept;31:273-80, [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74826-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74826-X).
31. Whitton S, Pittiglio LI. Critical Care Open Visiting Hours. *Crit Care Nurs Q*. 2011 Oct-Dec;34:361-6, <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318229ab1>.
32. Pardavila Belioa MI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos: una revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012 Apr-Jun;23:51-67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>.
33. Davidson JE. Facilitated Sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse*. 2010 Dec;30:28-39, <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2010410>.
34. Gómez LL. El paciente crítico en la UCI: saber comunicarse con él y sus familiares. [Trabajo fin de grado] Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya. 2015. Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/253926/Llu%C3%ADs_G%C3%B3mez_G%C3%B3mez.pdf?sequence=1.
35. Pérez MD, Rodríguez M, Catalán M, Montejo JC, Fernández AI. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28:237-49. Disponible en <http://www.medintensiva.org/es/content/articulo/13062421>.
36. Marín M, Rubio L, María J. Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*. 2001;13:247-51. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/32194>.
37. Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurse's role with families: a descriptive study. *Heart Lung*. 1988 Nov;17 6 Pt 1:670-6.
38. Dunkel J, Eisendrath S. Families in the intensive care unit: their effect on staff. *Heart Lung*. 1983 May;12:258-61.
39. Daly BJ, Douglas JL, O'Toole E, Gordon NH, Hejal R, Peerless J, et al. Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *Chest*. 2010 Dec;138:1340-8, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.10-0292>.
40. Sargeant J, MacLeod T, Murray A. An interprofessional approach to teaching communication skills. *J Contin Educ Health Prof*. 2011;31:265-7, <http://dx.doi.org/10.1002/chp.20139>. Fall.