

REFLEXIONANDO HACIA UN CAMBIO EN LA CULTURA DE LAS VISITAS DE FAMILIARES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN/ *THINKING ON A CULTURE'S CHANGE OF FAMILY VISITS DURING HOSPITALIZATION/ REFLETINDO PARA UMA MUDANÇA NA CULTURA DAS VISITAS DE FAMILIARES DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO*

Beatriz Morrone¹, Estela Todisco²

Nadie deja de reconocer dentro de los ámbitos académicos y fuera de ellos también, a la familia como el sostén y unidad que protege a cada persona. Colabora en su desarrollo, potencia sus posibilidades. Es fuente de fortalezas. Principio y fin del transitar en el ciclo vital de cada ser humano.

Las diferentes culturas consideran como un aspecto negativo para el desarrollo de las personas el carecer de esta trama de sostén. Es frecuente escuchar: “Pobre, esta solo. No tiene familia”, “Que triste, sin una familia”, “Nadie esta con él, no tiene familia” “Hay que ponerse en su lugar, sin una familia”, “No quisiera estar en su situación, sin nadie, sin familia cerca”. Estas consideraciones parecen desaparecer del pensamiento de los equipos de salud en el momento que una persona es internada o ingresada a un centro hospitalario.

Lo que hasta hace un momento era lo deseable y esperado, estar rodeado de la familia y acompañantes afectivamente significativos, cuando se produce una situación desestabilizadora, aparece como contraproducente para quienes atienden profesionalmente esa situación. Parecería que los profesionales pasarían a ser quienes reemplazan y ocupan el espacio de los afectos que dan protección y seguridad al individuo. Que son ellos quienes satisfacen las necesidades que se originan en este nicho vacío por imposición. La familia queda excluida de brindar ayuda y recibe generalmente recomendaciones tales como: “Lo mejor que puede hacer es dejarlo descansar tranquilo, váyase a su casa”, “El ahora nos necesita a nosotros, ustedes vengan en el horario de visita, aquí no son necesarios”. La familia de un momento para otro pasa de ser necesaria e imprescindible para sostener a uno de sus miembros, a tener la categoría de visita, rótulo que la posiciona, cuando se produce el encuentro, en un encuentro social de cortesía.

Según el Diccionario de la Real Academia Española **visita** es la que se hace como muestra de cortesía y respeto. La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan entre sí, que está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis.

1

Licenciada Enfermera. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Profesora Titular Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP), República Argentina. Investigadora Categorizada II. Integrante del Banco nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Directora del Proyecto de Investigación “Riesgos ocupacionales y Factores Protectores en los profesionales de las Ciencias de la Salud” “Acreditado con evaluación externa. Codirectora del Grupo de Investigación “Promoción de la Salud” UNMdP. Presidente de la Federación Argentina de Enfermería. Correo bmorrone@infovia.com.ar

2

Licenciada en Enfermería. Maestrando de la Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Gral. San Martín, República Argentina. Docente. Co- Directora del Proyecto de Investigación “Riesgos ocupacionales y factores protectores en los profesionales de las Ciencias de la Salud”. Acreditado con evaluación externa. Coordinadora del Departamento de Enfermería del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil. de Alta Complejidad. Ministerio de Salud. Provincia de Bs As. Ex Integrante Programa Nacional de Infecciones Hospitalarias. Instituto Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación. Integrante de la Comisión Directiva de la Asociación Bonaerense de Enfermería (ABE), Organización miembro de Federación Argentina de Enfermería (FAE). Correo estelatodisco@hotmail.com

El ingreso de un paciente en una unidad de internación somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación. Es frecuente escuchar a los usuarios del sistema de Se ha estudiado la relación entre las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y los niveles de ansiedad que ellos padecen³. Sin embargo no es usual incorporar a los familiares dentro del plan establecido para la recuperación del paciente. Pese a que en la práctica siempre presente, en la acción está lamentablemente ausente. Esto significa daño para los familiares y para el propio paciente que deberá sortear ese momento de su vida, en inferioridad de condiciones a pesar de tener recursos favorecedores de su sostén emocional⁴.

Cuando ingresa un trabajador de la salud a la práctica de su profesión parecería que no cuestiona este aspecto es más, lo considera adecuado. Tal como si se lo evaluación lo haya puesto frente a la evidencia científica de los beneficios de la medida.

Se desconocen los Derechos de los Pacientes. Consideramos aquí, tal como aparece en el Anteproyecto de Ley sobre Declaración de Derechos de los Pacientes de la Provincia de Mendoza (Argentina), lo siguiente: "(...) utilizamos para ello el título de "Derechos de las personas en su calidad de pacientes, con el significado que a esta palabra atribuye la Real Academia Española de la Lengua, en cuanto a: "persona que padece físicamente, el doliente, el enfermo, aquel que halla bajo atención médica" y por extensión, "quien va a ser reconocido médicamente"⁵.

Esta acepción rechaza la otra atribuida a la misma palabra, aplicada como adjetivo a "aquél que tiene paciencia". Dice en el Artículo 5 del mencionado Anteproyecto que "Los pacientes tienen derecho a ser asistidos con todos los recursos técnicos y humanos disponibles capaces de aliviar su dolor físico y/o sufrimiento psíquico, y a evitar procedimientos o terapéuticos que impliquen aislamiento innecesario de su medio familiar y social."

La Declaración de los Derechos del Paciente del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Nuevo México (UNM) dice en su artículo 15 "El paciente tiene derecho a que no se utilice ningún tipo de restricción que no tenga una razón médica, o que sea usada como medio de coerción, disciplina, comodidad o represalia por parte del personal. Las restricciones se utilizarán solamente si son necesarias para mejorar el bienestar del paciente y únicamente cuando

se requiera para la atención de los pacientes. Consideramos aquí, tal como aparece en el Anteproyecto de Ley sobre Declaración de Derechos de los Pacientes de la Provincia de Mendoza (Argentina), lo siguiente: "(...) utilizamos para ello el título de "Derechos de las personas en su calidad de pacientes, con el significado que a esta palabra atribuye la Real Academia Española de la Lengua, en cuanto a: "persona que padece físicamente, el doliente, el enfermo, aquel que halla bajo atención médica" y por extensión, "quien va a ser reconocido médicamente"⁵.

³ Rukholm-E; Bailey-P. Needs and anxiety levels relatives of intensive care unit patients. J-Adv-Nurs. 1991 Aug; 16(8): 920-8.

⁴ Morrone Beatriz "Enfermería perinatal junto familias en crisis" Rev. Enf. Hospital Italiano Año 2 – N° 4 Agosto 1998

⁵ Espasa-Calpe - Madrid 1994 – pp. 1.498.

intervenciones menos restrictivas no hayan sido eficaces⁶".

Es frecuente escuchar a los usuarios del sistema de Se ha estudiado la relación entre las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) y los niveles de ansiedad que ellos padecen³. Sin embargo no es usual incorporar a los familiares dentro del plan establecido para la recuperación del paciente. Pese a que en la práctica siempre presente, en la acción está lamentablemente ausente. Esto significa daño para los familiares y para el propio paciente que deberá sortear ese momento de su vida, en inferioridad de condiciones a pesar de tener recursos favorecedores de su sostén emocional⁴.

Cuando ingresa un trabajador de la salud a la práctica de su profesión parecería que no cuestiona este aspecto es más, lo considera adecuado. Tal como si se lo evaluación lo haya puesto frente a la evidencia científica de los beneficios de la medida.

Se desconocen los Derechos de los Pacientes. Consideramos aquí, tal como aparece en el Anteproyecto de Ley sobre Declaración de Derechos de los Pacientes de la Provincia de Mendoza (Argentina), lo siguiente: "(...) utilizamos para ello el título de "Derechos de las personas en su calidad de pacientes, con el significado que a esta palabra atribuye la Real Academia Española de la Lengua, en cuanto a: "persona que padece físicamente, el doliente, el enfermo, aquel que halla bajo atención médica" y por extensión, "quien va a ser reconocido médicamente"⁵.

Esta acepción rechaza la otra atribuida a la misma palabra, aplicada como adjetivo a "aquél que tiene paciencia". Dice en el Artículo 5 del mencionado Anteproyecto que "Los pacientes tienen derecho a ser asistidos con todos los recursos técnicos y humanos disponibles capaces de aliviar su dolor físico y/o sufrimiento psíquico, y a evitar procedimientos o terapéuticos que impliquen aislamiento innecesario de su medio familiar y social."

La Declaración de los Derechos del Paciente del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Nuevo México (UNM) dice en su artículo 15 "El paciente tiene derecho a que no se utilice ningún tipo de restricción que no tenga una razón médica, o que sea usada como medio de coerción, disciplina, comodidad o represalia por parte del personal. Las restricciones se utilizarán solamente si son necesarias para mejorar el bienestar del paciente y únicamente cuando

Hospital de la Universidad Nuevo México
<http://hospitals.unm.edu/Espanol/AcercaHospital.shtml>
⁷ - Brown AJ. Effect of family visit on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. Heart Lung 1976; 5: 291-296 y ⁹ Giuliano K, Giuliano A. Cardiovascular responses to family visitation and nurse-physician rounds. Heart Lung 1992; 21: 290.
⁸ Kirchoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. Am J Crit Care 1993; 2: 238-245.
¹⁰ Velasco Bueno, JM "A ambos lados de la puerta "Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Vol 2 n° 12S, diciembre 2002
Citado por: Jose Manuel Velasco Bueno "A ambos lados de la puerta "Revista Electrónica de Medicina Intensiva Comentario. Vol 2 n° 12S, diciembre 2002
¹¹ García Aguilar J.F. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. Enfermería clínica Vol. 5, (3), 1995:99-104.
¹² O'Malley-P; Favaloro-R. Critical care nurse perceptions of family needs. Heart-Lung. 1991; 20(2): 189-201)

información que transmite cada miembro del equipo, posibilidades de adquirir conocimientos sobre su salud e para mantener una uniformidad que no cree mayor incertidumbre.¹⁸

No obstante todo lo anterior, no es un tránsito fácil el cambio de la política de visitas. Evidentemente es más atención en el paciente, siendo la familia siempre un elemento sujeto a la discrecionalidad de la institución. En un estudio de enfermeros argentinos de un hospital público expresaron que presta la asistencia, encontrándose, de forma sostenida en el tiempo, amplios márgenes de variabilidad en cuanto al papel otorgado a ésta.^{13 14} Pese a ello, en la literatura enfermera abundan los estudios concernientes a este tema desde hace más de un cuarto de siglo, señalando que es un área de notable interés, aunque no trascendido a la práctica en la medida deseada.¹⁵ En primer lugar, no constituye una simple intervención sino que conlleva todo un cambio de filosofía en el equipo asistencial, no siempre fácil de conseguir por los modelos de práctica profesional fuertemente arraigados en los que no existe un enfoque holístico de la atención.¹⁶ El acceso de los familiares y allegados al paciente debe establecerse con el mayor respeto a los derechos del paciente, sin interferir con su asistencia directa. El estudio Euricus I realizado en el año 1995 en España, concluyó que el patrón habitual de visitas en ese país podía calificarse de restrictivo y amparado por una escasa información sobre el sistema seguido para su organización. Sin embargo en los últimos años se está observando una progresiva tendencia a la liberalización de las visitas.¹⁷

Una encuesta canadiense realizada por Heyland DK, publicada en Crit Care Med 2002; 30: 1413-1418, entre familiares de pacientes ingresados en UCI valoraban como aspectos más negativos referentes a la visita a sus allegados el ambiente en la sala de espera y la frecuencia de la comunicación médica.²¹ Henneman propone varios pasos previos a la modificación de las visitas hacia una postura más flexible tendiente a lo que denominan "family-centered critical care": conocer qué significa realmente este concepto, conocer las necesidades reales de los familiares, integrar estos valores en los estándares y políticas habituales de la unidad, acomodar los recursos hospitalarios necesarios, creación de herramientas de ayuda, etc.²² Conocer lo que se vive "al otro lado de la puerta" para mejorar la atención "a ambos lados de la puerta".²⁴ "Lamentablemente ayer fui familia", dice Gloria Forés Moreno (2002) del Hospital Gregorio Marañón, Madrid, "y me sentí mal al otro lado de la puerta, ignorada y engañada, seguro que se tomaron las

¹³ Freismuth CA. Meeting the needs of families of critically ill patients: a comparison of visiting policies in intensive care setting. Heart Lung 1986;15:309-10.

¹⁴ Velasco Bueno JM, Merino Nogales N, Castillo Morales J, Prieto de Paula JF, Terrón Ariza M, Campos Pérez M. Variabilidad en la organización de las visitas en UCI en España. Tempus Vitalis 2002; 2(3).

¹⁵ Torres Pérez L, Morales Asencio JM Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico. VOL 4, NUM 1, 2004)

¹⁶ Azoulay E. Family participation in care to the critical ill: opinions of families and staff. Intensive Care Med 2003; 29(9):1493-1504. y Torres Pérez LF. Cuidados informales y paciente crítico. Tempus Vitalis 2001; 1(1).

¹⁷ Martínez Ques, Ángel Alfredo Las visitas en la UCI: ¿es hora de cambiar? " Revista Electrónica de Medicina Intensiva Artículo nº 867. Vol 5 nº 6, junio 2005)

¹⁸ Morrone, Beatriz " El lado oscuro de las nueve lunas " paginas 36 y 128 Editorial Universidad Nacional de Mar del Plata , 2º edición Febrero de 2006 Argentina

¹⁹ Martínez Ques, A. A. "Las visitas en la UCI: ¿Es hora de cambiar? ". Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Artículo nº 867. Vol. 5, nº 6, junio 2005.

²⁰ Morrone, B. "Maltrato institucional: cuando las instituciones atentan contra sus principios". Conferencia. "VI Congreso Paraguayo de Enfermería". XXI Reunión del CREM, MERCOSUR, Asunción del Paraguay, octubre 2005.

²¹ Citado en Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Artículo: Olaechea Astigarraga, P.M. "Normas de visita de familiares en UCI. ¿debemos disminuir las restricciones?". Nº 49. Vol. 3 nº 2, febrero 2003.

²² Henneman E, Cardin S. Family-Centered Critical Care: A Practical Approach to Making It Happen. (Crit Care Nurs 2002; 22: 1504.

²³ Forés G. "Al otro lado de la puerta". Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Vol 2 nº 12S, diciembre 2002.

²⁴ Velasco JM. "A ambos lados de la puerta". Revista Electrónica de Medicina Intensiva . Vol 2 nº 12S, diciembre 2002.

decisiones adecuadas, seguro que ha sido lo mejor para general como “buena”, para con los mi familiar, seguro que todos ahí dentro hablaron familiares no la tienen identificada como valoraron, llegaron a un acuerdo y decidieron. Pero en aspecto a trabajar, sino librado a la sentimos ignorados, porque nadie nos preguntó antes de personalidad y predisposición del personal de decidir y os aseguro que había más de uno que podía guardia. La excluyen de sus derechos como entenderlo todo, y engañados, quizá esto fue lo más paciente²⁶.

doloroso, porque no fueron capaces, incluso ante la pregunta directa, de confirmar que lo que se había decidido era limitar el esfuerzo terapéutico”.

A modo de reflexión final

Esta autora

continúa diciendo “Se ha escrito, se escribe y supongo Sin duda alguna reina un gran desconocimiento tanto que seguiremos escribiendo y opinando sobre en los usuarios como en los profesionales y funcionarios autonomía del paciente, sobre la capacidad de decidir del equipo de salud en relación a los Derechos de los sobre su futuro (voluntades anticipadas ¡que bien Pacientes.

suena!), sobre el papel de la familia como garante de Asimismo a entender cuánto este aspecto encuadrado estas voluntades, sobre el derecho a una información de estos Derechos, contribuye a incrementar la veraz, sobre la capacidad y competencia del que calidad de Atención de los Servicios de Salud. A tenemos enfrente. Sí, de todo esto escribimos, hablamos reconocerlo como uno de los nodos de la Humanización incluso redactamos documentos y capitaneamos de la Atención. A integrar a la familia como práctica conferencias de consenso, pero a la hora de la verdad habitual y aceptarlo como participe necesario de la cuando el paciente está delante de nosotros y la familia recuperación del paciente.

al otro lado de la puerta, hacemos lo que queremos Parafraseando a Jose Manuel Velasco, es necesario nosotros, lo que nuestros valores nos dictan, lo que nos conocer lo que se vive al otro lado de la puerta para parece más lógico, más oportuno o más recomendable mejorar la atención a ambos lados de la puerta. Por ello (lo que está indicado) a nuestro parecer, por supuesto, es preciso comenzar a plantearlo, no como un tema todo ello dentro del marco más legalista (decisiones secundario, sino como eje central de la visión global de colegiadas), para el mejor beneficio del paciente”²⁵.

En un trabajo publicado sobre Satisfacción de las usuarias de un Servicio de Obstetricia, en relación a la atención que se les brindaba a sus familiares, los relatos versaron, en “depende de quien te toque”; “según el turno”; “no sabés que escándalo se armó cuando mi marido quiso pasar”; “pobre mi marido, hasta que no me pude levantar y salir, no conoció al bebé, estaba como loco”. Aparece aquí, la satisfacción sobre la atención para con sus familiares, como un aspecto librado a las ganas de cada uno de los integrantes del personal. En este estudio se señala que las usuarias, en su mayoría, no perciben como un derecho la inclusión de su familia en la atención. Otras trasladan el problema a su familia y no a la atención; “él es así, si no sabe lo que está pasando se pone mal y no era horario de visita”; “hay que entenderlas (a las enfermeras), con toda la gente que viene, si les van a dar bolilla, no podrían trabajar”, excluyendo la atención de los familiares directos, en la atención de la paciente. No lo perciben como otro aspecto de la atención que merecen recibir. “En suma”, dice esta publicación, “si para con ellas justifican las situaciones que les fueron insatisfactorias y califican la atención en

la atención que se debe brindar. Plantear mejoras en la atención a los familiares asusta. Equivocadamente se relaciona esta mejora con pérdida de poder, con una completa liberalización de las visitas y con un abandono del status actual del equipo que domina y se hace cargo de todo lo que el usuario necesita y desea.

Por lo demás debemos estar atentos a la desvirtuación que de nuestras funciones como enfermeros realizan las instituciones en las cuales trabajamos. En nuestra práctica cotidiana nos debemos por encima de todas las situaciones a las personas a las que brindamos nuestra atención. No hay disposición ni norma institucional que esté por encima de este compromiso ético. Recordar que lo que garantiza el avance en la calidad de atención anida, sin ninguna duda, en cada uno de nosotros cuando nos cuestionamos nuestro aquí y ahora profesional y actuamos de alguna manera para modificarlo.

Finalmente tomando unas palabras del escritor uruguayo Eduardo Galeano tengamos presente que “Los sueños anuncian otra realidad posible y los delirios, otra razón. Al fin y al cabo, somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”.

Bibliografía

1. Rukholm E, Bailey P. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *J Adv Nurs* 1991; 16(8): 920-8.
2. Morrone B. Enfermería perinatal junto a familias en crisis. *Rev Enferm Hosp Ital (Argentina)* 1998; 2(4)
3. Hospital de la Universidad Nuevo México <http://hospitals.unm.edu/Espanol/AcercaHospital.shtml> .
4. Brown AJ. Effect of family visit on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit *Heart Lung* 1976; 5:291-296 Giuliano K, Giuliano A. Cardiovascular responses to family visitation and nurse-physician rounds. *Heart Lung* 1992; 21:290.
5. Kirchoff KT, Pugh E, Calame RM, Reynolds N. Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. *Am J Crit Care* 1993; 2:238-245.
6. Citados por: Velasco Bueno JM. A ambos lados de la puerta. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2000; 2(12S) Comentario.
7. García Aguilar JF. Comunicación e información a los familiares en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Clínica* 1995; 5(3):99-104.
8. O'Malley P, Favaloro R. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung* 1991; 20(2):189-201.
9. Freismuth CA. Meeting the needs of families of critically ill patients: a comparison of visiting policies in the intensive care setting. *Heart Lung* 1986; 15:309-10.
10. Velasco Bueno JM, Merino Nogales N, Castillo Morales J, Prieto de Paula JF, Terrón Ariza M, Campos Pérez M. Variabilidad en la organización de las visitas en UCI en España. *Tempus Vitalis* 2002; 2(3)
11. Torres Pérez L, Morales Asencio JM Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. Recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis* 2004; 4(1)
12. Azoulay E. Family participation in care to the critical ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med* 2003; 29(9):1498-1504 y Torres Pérez LF. Cuidados informales y paciente crítico. *Tempus Vitalis* 2001; 1(1)
13. Martínez Ques AA. Las visitas en la UCI: ¿Es hora de cambiar? *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2005; 5(6) Artículo nº 867.
14. Morrone B. El lado oscuro de las nueve lunas. 2ª. ed. Mar del Plata: Universidad Nacional; 2006. p. 36 y 128.
15. Martínez Ques AA. Las visitas en la UCI: ¿Es hora de cambiar? *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2005; 5(6) Artículo nº 867.
16. Morrone B. Maltrato institucional: cuando las instituciones atentan contra sus principios. 6º Congreso Paraguayo de Enfermería, 21 Reunión del CREM, MERCOSUR, Asunción del Paraguay, octubre 2005.
17. Citado por Olaechea Astigarraga PM. Normas de visita de familiares en UCI. ¿debemos disminuir las restricciones? *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2003; 3(2) Artículo Nº 549.
18. Henneman E, Cardin S. Family-Centered Critical Care: a practical approach to making it happen. *Crit Care Nurs* 2002; 22:12-19.
19. Forés G. Al otro lado de la puerta. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2002; 2(12S).
20. Velasco JM. A ambos lados de la puerta. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2002; 2(12S).
21. Forés G. Al otro lado de la puerta. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2002; 2(12S).
22. Morrone B. Calidad de atención: una evaluación desde la percepción de los destinatarios. *Rev Enferm Hosp Ital (Argentina)* 2003; 7(19):5-8.