



INVESTIGACIÓN

Disponible en:
www.revistamexicanadeenfermeriacardiologica.com.mx

NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CARDIÓPATA HOSPITALIZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS.

NEEDS OF THE RELATIVES OF THE CARDIAC PATIENT HOSPITALIZED IN A CRITICAL CARE UNIT.

¹Julio César Cadena-Estrada, ²Sandra Sonalí Olvera-Arreola, ³Elsa Mendoza Gómez, ⁴Estela Díaz Cortina.

¹Maestro en Enfermería. Jefe del Departamento de Investigación en Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

²Maestra en Enfermería. Directora de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

³Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Jefe de servicio de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

⁴Licenciada en Enfermería y Obstetricia. Supervisora de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Recibido el 28 de Septiembre de 2018 ; aceptado el 27 de Febrero de 2019

RESUMEN

Introducción: La hospitalización de un miembro de la familia en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) genera múltiples cambios que repercuten no sólo en la salud psicológica de los miembros, sino además, en la insatisfacción de sus necesidades físicas y sociales, sobre todo en el cuidador primario.

Objetivo: Describir las necesidades de los familiares del paciente cardíaco hospitalizado en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC).

Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Muestra por conveniencia n=96; incluyó, previo consentimiento informado, familiares responsables de un paciente hospitalizado en la unidad de UCC. Datos recolectados con instrumento validado: 10 ítems para demográficos, 30 distribuidos en 9 dimensiones con respuesta tipo Likert, dicotómica y analógica. Análisis descriptivo con frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** Prevalcieron mujeres casadas y con el rol de madre o esposa. Únicamente 49% consideró la sala de espera como cómoda y la utiliza >6hrs; pero 30.2% requieren de mayor número de visitas y 45.8% le agregaría sillones para descansar. Sólo 89.6% comprendió la información proporcionada por el equipo de salud y disminuye conforme pasan las horas o días, siendo menor la información proporcionada por enfermería. Es más accesible comunicarse con enfermería (87.5%), pero el 90.6% de los médicos se presenta por su nombre y cargo. El ruido y la falta de intimidad son los indicadores con menor puntaje.

Conclusión: Los familiares que tienen un paciente en la UCC necesitan principalmente de comunicación-información, antes de satisfacer necesidades físicas o de comodidad, y éstas deben ser consideradas en el plan de cuidados para prevenir trastornos como ansiedad, depresión e incertidumbre en el cuidador primario.

Palabras clave: Información, cuidadores, cuidados críticos, familia, evaluación de necesidades.

ABSTRACT

Introduction: The hospitalization of a family member in a Critical Care Unit (UCC) generates multiple changes that affect not only the psychological health of the members, but also the dissatisfaction of their physical and social needs, especially in the caregiver primary.

Objective: Describe the needs of the relatives of the hospitalized cardiac patient in the Critical Care Unit (UCC).

Material and methods: Descriptive, prospective and cross-sectional study. Sample for convenience n = 96; included, with prior informed consent, family members responsible for a hospitalized patient in the UCC unit. Data collected with a validated instrument: 10 items for demographics, 30 distributed in 9 dimensions with Likert, dichotomous and analog response. Descriptive analysis with frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion.

Results: Married women prevailed and with the role of mother or wife. Only 49% considered the waiting room as comfortable and use it > 6hrs; but 30.2% require more visits and 45.8% would add armchairs to rest. Only 89.6% understood the information provided by the health team and decreases as the hours or days pass, the information provided by the nurse being smaller. It is more accessible to communicate with

Dirección para correspondencia:

Julio César Cadena-Estrada

Juan Badiano Núm. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, Código postal 14080, Ciudad de México. Tel. 55732911 Ext. 23300.

Correo electrónico: jccadena_81@yahoo.com.mx, cadjul@cardiologia.org.mx

nurses (87.5%), but 90.6% of doctors present themselves by name and position. Noise and lack of privacy are the indicators with the lowest score.

Conclusion: Family members who have a patient at the UCC need primarily communication-information, before meeting physical or comfort needs, and these should be considered in the care plan to prevent disorders such as anxiety, depression and uncertainty in the primary caregiver.

Key words: Information, caregivers, critical care, family, needs assessment.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la sintomatología hasta la confirmación del diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible, el paciente y la familia se ven involucrados en una serie de cambios profundos en sus estilos de vida, ya que no sólo afecta a una persona, sino a toda la estructura familiar, a tal grado que si antes de la presencia de la enfermedad existían problemas, estos van a acentuarse a tal grado que la familia puede desintegrarse, o bien, fortalecer los lazos de cada uno de sus miembros.¹

Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, la persona puede requerir de un tratamiento cada vez más especializado, llegando a necesitar de la atención en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC). Éste es un lugar que por su simple nombre, la mayoría de los familiares lo relacionan con la muerte o el riesgo de morir, además de que el paciente será sometido a un aislamiento social y sin privacidad, por ser muy diferente de las otras unidades de hospitalización, y sobre todo del ambiente en el hogar, por tener un entorno agresivo y traumático donde es utilizado un sinnúmero de equipo biomédico para la monitorización continua de las constantes vitales.

Desde el momento del ingreso del paciente a la UCC se ocasiona a la familia diversos trastornos psicológicos y sociales que, en ocasiones, requieren de tratamiento especializado.^{1,2,3} En este sentido, se ha observado en las instituciones de salud de México que los familiares precisan de un proceso de adaptación y afrontamiento, durante el cual pasan a convertirse también en sujetos de cuidado, debido a que presentan una gran variedad de cambios y necesidades pobremente satisfechas causando una situación traumática que genera sensaciones de angustia, tensión e incertidumbre por la amenaza constante de perder a su ser querido.

Ahora bien, según Bronfenbrenner, la familia es un sistema abierto que funciona a modo de unidad y donde todos sus miembros están íntimamente relacionados, de manera que cualquier efecto adverso que afecte a uno de ellos repercute de forma negativa sobre los demás, lo que da lugar a una situación de crisis y desestabilización.⁴ Por otra parte, de acuerdo a los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, la hospitalización, los procedimientos médicos invasivos y la propia separación en una UCC son un estresor traumático o fuente de trastorno de ansiedad,

ya que somete a los miembros de una familia a una difícil situación que implica cambios de roles, el desplazamiento del hogar y el miedo a la muerte.⁵ La familia se ve obligada a compaginar sus sentimientos de incertidumbre con la comprensión de explicaciones, la toma de decisiones difíciles, y en ocasiones, con la aceptación de lo inevitable, la muerte. Estos conflictos afectivos y emocionales pueden repercutir no solo en la salud psicológica de la familia, sino además, en la recuperación del paciente.³

De acuerdo a la evidencia los principales familiares de pacientes hospitalizados y que se encuentran en las salas de espera de las UCC son principalmente mujeres, es decir, si los pacientes son adultos quienes están a su lado son la esposa, la hija, la mamá o la hermana, mientras que si son niños, es la madre quien lo cuida, por lo menos entre el 52-72% de los casos; la mayoría tiene una edad productiva y reproductiva (31-45 años); educación básica hasta secundaria; son casados y están en la UCC principalmente por cursar un estatus postoperatorio, padecer infección de vías respiratorias o trauma múltiple.⁶⁻¹⁰

Las principales necesidades de los familiares son de comunicación, debido a que por lo menos para el 97% de los familiares es importante recibir información relacionado con el estado de salud o mejoría del paciente, quiere saber el por qué y para qué de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, los resultados de estudios de laboratorio y gabinete, la evolución con el tratamiento establecido, quién lo atiende, los cambios imprevistos del estado de salud y el tratamiento más efectivo para su paciente.² Otra es de satisfacción, ya que Alves¹¹ identificó que casi todos los familiares tienen la necesidad de expresar sus pensamientos, preguntas y críticas de la atención recibida. Además, se ha encontrado que el 70% de los familiares necesitan un lugar donde alojarse, pocos cuentan con familiares cercanos al hospital para hacerlo, pero el 5% no tienen ni el lugar o los recursos para rentarlo. En cuanto al medio ambiente, el 35% no le pone interés, pero el resto necesita que le expliquen de forma clara y sin muchos términos técnicos cómo van a encontrar a su paciente durante la visita, la función y la causa del número de equipo biomédico que tiene, ya que refieren que les asusta y es un factor traumático que les produce ansiedad, estrés e incertidumbre.

Alves,¹¹ Soares¹² y Olano¹³ identificaron que la mayoría de los familiares dejan en último término sus propias necesidades humanas, ya que además de estar preocupados de sus familiares hospitalizados, el 65% les inquieta sus otros hijos y sólo 5% les intranquiliza el estado financiero; pocos se preocupan por el baño, no consideran relevante tener teléfono en la habitación y la comodidad de la misma; asimismo, muchos refieren olvidar tomar alguno de los alimentos y muchos necesitan comunicar sus sentimientos y emociones.

Ante este contexto, es fundamental que el equipo de salud y en especial el profesional de enfermería esté preparado para establecer una relación de empatía y

confianza con el paciente y la familia, sin embargo, en México se ha encontrado poca evidencia que describa este fenómeno, y por lo tanto, ante este vacío en el conocimiento, el presente estudio tuvo la finalidad de describir las necesidades de los familiares de pacientes que se encuentran hospitalizados en las UCC.

La importancia de esta investigación radica en proporcionar un cuidado holístico e incluyente a la persona enferma y de su cuidador principal, por lo tanto, al conocer las principales necesidades de los familiares se pueden desarrollar estrategias que permitan al profesional de enfermería proporcionar un plan de atención a los miembros de la familia, teniendo en cuenta sus necesidades de cuidado, de esta forma se puede hacer partícipe en la fase de educación y potencializar la capacidad de la familia para reorganizar su estructura y funcionalidad para cubrir las necesidades básicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal de las necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCC. Para fines de este estudio se consideró como necesidad de los familiares a toda aquella sensación de falta o carencia de algo, propia del ser humano, jerarquizable y que permite mantener una interrelación entre el cuerpo-mente de cada ser vivo, pero deben ser satisfechas para conservar su integridad e identidad como organismo.

La muestra no probabilística seleccionada por conveniencia estuvo constituido por $n=96$ familiares de pacientes hospitalizados en la UCC (Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Postquirúrgicos e intermedios de adultos y pediátricos); incluyó a aquellos que fungían como cuidador primario, ambos sexos, que tenía un paciente adulto o pediátrico hospitalizado, en la unidad de cuidados críticos, eran los responsables principales que recibían el informe médico y decidieron participar libre y voluntariamente en el estudio previo consentimiento informado; y se eliminaron aquellos instrumentos contestados en menos del 95%.

Para la recolección de datos se utilizó la encuesta diseñada y validada por Llamas-Sánchez en España,³ la cual consta de 10 ítems para datos sociodemográficos y 30 ítems para las dimensiones de *información, el trato de los diferentes profesionales sanitarios, el régimen de las visitas, la accesibilidad a los diferentes profesionales fuera del momento de la información, la identificación de los profesionales, y su satisfacción global con la atención recibida*; la escala de respuesta era abierta, dicotómica, tipo Likert y análoga de 0 a 10 puntos.

Con la finalidad de mantener la validez interna, la recolección de los datos fue realizado por los propios investigadores estandarizando el procedimiento: 1) De lunes a viernes se procedió a revisar la programación de pacientes hospitalizados en las UCC. 2) El investigador procedió a seleccionar a los posibles participantes y aquellos que cumplieron con los criterios de selección fueron

visitados en la sala de espera para invitarlos a participar en el estudio y aquellos que aceptaron firmaron un consentimiento informado. 3) Se procedió a orientar a los participantes seleccionados acerca de la manera cómo contestar el instrumento, para lo cual se les dio el tiempo suficiente resolviéndoles sus dudas. 4) Una vez contestado el instrumento se procedió a resolver dudas del familiar y se les agradeció su participación.

Una vez recolectados los datos se procesaron en el programa estadístico para las ciencias sociales (SPSS por sus siglas en inglés) versión 17 para Windows a través de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas (sexo, ocupación, estado civil, grado académico, lugar de residencia, parentesco, familiares hospitalizados previamente, convivencia con el paciente), medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas (edad del familiar, edad del paciente).

Considerando las normas y leyes nacionales e internacionales en materia de investigación,¹⁴⁻¹⁷ este estudio se consideró sin riesgo debido a que no se realizaron modificaciones fisiológicas que pusieran en riesgo la vida y salud del participante en el estudio. Los investigadores recolectaron los datos con la previa autorización y aprobación del comité de investigación con el folio **DI/CE/09/2014** y se comprometieron a resguardar los datos recolectados previo consentimiento informado durante el tiempo que fuera necesario.

RESULTADOS

De acuerdo a los datos sociodemográficos de la población de estudio, se observó que prevalecen las mujeres (72.9%); en cuanto a la ocupación, se dedicaban al hogar (39.6%), al comercio (15.6%) o eran empleados (15.5%); la mayoría estaban casados o vivían en unión libre con el paciente (71.9%) o eran soltero/as (22.9%); pero el 43.8% tenía una preparación académica básica, es decir, hasta secundaria.

El 45.8% de los familiares tenían como parentesco con el paciente hospitalizado ser el hijo/a, 19.8% era su esposo o esposa y 17.7% era su mamá o papá, y por lo menos el 79.2% convivía directamente con el paciente en su casa. Cabe mencionar que más de la mitad ya había tenido en otras ocasiones a un familiar en una unidad de cuidados críticos (61.5%).

La edad del familiar que participó en el estudio oscilaba entre los 17 y 73 años con un promedio de 41.58 ± 12.26 años, por arriba del cuartil 75 se encontraban aquellos con más de 48 años. Por otra parte, el promedio de edad del paciente era de 50.65 años con un intervalo de 3 meses hasta 89 años y una mediana de 57 años.

Desde la perspectiva de los familiares, el 41.7% utiliza *la sala de espera* (cuadro I) por más de 6hrs y el 34.4% de 1-3 hrs al día, por lo que consideran que es cómoda (49%), pero para el 33.3% es incómoda, a tal grado que añadirían algo para hacerla más confortable (71.9%). Durante los primeros días de estancia del paciente en la

UCC, el 24% de los familiares había necesitado de otros profesionales; mientras que un poco más de la mitad le fue fácil localizar otros servicios o departamentos (cafetería, capilla, sala de información, unidad de cuidados intensivos, radiología, etcétera).

En relación a las normas de visita, el 52.1% consideró el tiempo de cada una como adecuado, pero para el 44.8% es corto o muy corto; el número de visitas eran suficientes (67.7%) a tal grado que la mayoría no cambiaría el horario del turno matutino (79.2%) ni el turno vespertino (77.1%) (cuadro II).

Al momento del ingreso del paciente a la UCC, la mayoría de los familiares comprendió la *información* que le dio el personal de salud (89.6%) lo que les produjo cierta tranquilidad (90.6%). Sin embargo, sólo el 82.3% la recibió del personal de enfermería. Conforme las horas o los días de hospitalización transcurridos, sólo el 74% de los familiares fueron informados de los cuidados que recibía su paciente, el 50% dijo que siempre y el 27.1% casi siempre entendía correctamente lo que le dijo el médico respecto a la evolución clínica, pero llama la atención que a veces cambia la información en función del profesional que le atiende (34.4%) y sólo el 66.7% le han notificado cuando a su familiar se le ha realizado alguna exploración o estudio fuera del servicio donde se encontraba en ese momento (cuadro III).

En relación a la *accesibilidad*, el 87.5% le resultó fácil hablar con el personal de enfermería cuando tiene alguna duda o problema, pero sólo 67.7% lo pudo hacer con el médico, sobre todo fuera del horario en el cual se da, desde a veces hasta siempre. El 90.6% del personal médico que atiende al paciente de cada participante, se ha presentado con el cuidador por su nombre y cargo, mientras que el personal de Enfermería sólo lo realizó el 83.3% (cuadro IV).

De acuerdo al *entorno de cuidados*, el familiar considera que durante el tiempo que ha estado su paciente hospitalizado en la UCC, los cuidados (9.50 ± 1.29) y la comodidad (9.19 ± 1.82) son los factores mejor valorados, pero el ruido (8.39 ± 2.26) y la intimidad (8.90 ± 2.12) son aquellos que califican con menor puntaje. Finalmente, los familiares se consideran *satisfechos* con la atención recibida al calificarla dentro de una escala de 0 a 10 en 9.46 ± 0.87 , a pesar de esto, perciben un mejor trato del personal de enfermería (9.44 ± 0.86) y del médico (9.27 ± 1.29), pero el personal de trabajo social tenía puntajes menores (8.90 ± 1.70).

DISCUSIÓN

Diversos estudios han descrito que los principales cuidadores primarios de los pacientes que se encuentran hospitalizados, son un familiar directo, generalmente una mujer en edad reproductiva y productiva, si el paciente es adulto suele ser su esposa o hija, pero si es un niño, es la madre quien está más involucrada; en la mayoría de los casos conviven en la misma casa y su preparación académica es básica.^{2,11,12,18} Estos datos coinciden

con lo encontrado en este estudio, posiblemente esto se debe a que la mujer, sobre todo latina, desempeña diferentes roles en el hogar y en el área laboral, inclusive el contexto socio-cultural influye de forma directa al anteponer a sus necesidades personales a los miembros de su familia; sin embargo, parece ser que la responsabilidad sigue recayendo sólo en una persona y si no cuenta con una amplia red de apoyo social para compartir el cuidado, tarde o temprano se presentará la sobrecarga en el cuidador familiar poniéndose en riesgo la estructura y funcionalidad de la familia.

De acuerdo a la evidencia, los familiares perciben como necesidades de menor importancia aquellas que contribuyen a que se sienta más cómoda,¹⁹ no obstante, quienes se toman el tiempo de valorarlas, consideran que las salas de espera son un lugar pequeño, frío, sucio, confuso, aterrador y donde se debe estar alerta o no estar.^{20,21} Además, señalan que estas estancias son incómodas y poco íntimas.²² En nuestro estudio se encontró un fenómeno muy parecido, donde un tercio de los participantes la considera incómoda y permanecen por más de 6 hrs en la sala de espera, y por lo tanto, le agregarían o la modificarían para hacerla más confortable con sillones, teléfonos, máquinas con bebidas y alimentos, e inclusive, una toma de corriente eléctrica. Si bien, ante una crisis como la enfermedad tiene mayor prioridad la vida, la salud y la integridad del paciente hospitalizado, es importante que el equipo de salud considere los pequeños detalles en las salas de espera que fomenten la comodidad de las familias en situaciones de vulnerabilidad y comiencen a aliviar el sufrimiento, de esta manera se contribuye al verdadero cuidado holístico al considerar a su familia como parte de su red social del paciente.

Por otra parte, en nuestro estudio se encontró que por lo menos 3 de cada 10 familiares consideran que el número de visitas son pocas y necesitan más tiempo para permanecer con sus pacientes. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Llamas-Sánchez en España.³ Por lo tanto, la misma enfermedad de un ser querido que trae consigo un sin número de cambios en los roles o funciones dentro de la familia, también genera cambios en las relaciones y responsabilidades de cada uno de los miembros. Esta situación puede requerir del apoyo de otras personas de su red de apoyo social (familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, entre otros),²³ ya que al estar cerca del ser querido y verlo con regularidad, o incluso estar continuamente a su lado, es importante para el entorno social,²⁴⁻²⁷ especialmente para las mujeres, al ser éstas casi siempre las encargadas de la salud del resto de sus miembros.

Probablemente, por este motivo lleva a los familiares a expresar su disconformidad con la duración y el horario de visitas de las UCC y a manifestar su deseo de unos horarios más flexibles que les ayude a sentirse que pueden apoyar o participar en el cuidado directo de su ser querido, podría disminuir el nivel de ansiedad, incertidumbre y estrés, tal y como lo refiere Rodríguez.²² Sin embargo, es necesario ser cautelosos, ya que una visi-

ta prolongada puede ocasionar que el familiar deje de satisfacer sus propias necesidades. Ahora bien, muchos pacientes aún tienen hijos pequeños que no ven durante la estancia hospitalaria y les crea incertidumbre, y muchas normas del pase de visita limitan a los niños por el posible riesgo de una infección y/o un efecto psicológico o traumático, pero existe evidencia del paradigma naturalista donde se ha encontrado que los pacientes lo perciben como un empuje de esperanza para la pronta recuperación.¹⁹

Estudios realizados por Pardavila¹⁹ Hidalgo,²⁸ Plakas,²⁹ Verhaeghe,³⁰ Blanca-Gutiérrez,³¹ y Fernandes³² han señalado que la información y la comunicación son la mayor necesidad de las familias, tanto de pacientes adultos como de los niños. Estos datos concuerdan con lo encontrado en nuestro estudio, pero con la diferencia que la mayoría comprendió la información, no obstante, el profesional de enfermería no siempre explicó o informó los cuidados que requirió su paciente y el médico no siempre les comunicó la necesidad de un estudio fuera de la UCC. Es evidente la gran importancia que tiene la información y la comunicación clara, efectiva, oportuna y veraz del equipo de salud, y sobre todo del profesional de enfermería dentro del entorno hospitalario, ya que el desconocimiento de la familia sobre la enfermedad, el tratamiento, el pronóstico y la evolución del paciente, produce ansiedad, estrés, incertidumbre y en muchas de las ocasiones crisis de la familia en su conjunto. Por lo tanto, es fundamental explicarles sobre el estado de salud de su ser querido, pero también sobre lo que está ocurriendo alrededor de él, que la información médica y de enfermería sean complementarias y que exista una adecuada coordinación, de lo contrario buscarán explicaciones de manera informal, en los pasillos o llamando por teléfono a la unidad.

En nuestro estudio llama la atención que los familiares evalúan satisfactoriamente el trato, los cuidados, la comodidad y la atención recibida; no obstante, hay áreas de oportunidad como el respeto a la intimidad y el control del ruido en el ambiente. Por otra parte, aun cuando las enfermeras son el profesional de salud que está el mayor tiempo con el paciente, no siempre se comunica con el familiar presentándose por su nombre y cargo y el grupo médico no siempre es accesible a la comunicación fuera del horario de informes. Consecuentemente, es necesario desarrollar estrategias que modifiquen estos puntos rojos, ya que si la hospitalización por sí misma es un evento que es percibido como una amenaza que genera sentimientos de inseguridad, culpa, pérdida de control, autonomía y cambios socioeconómicos; la información sistematizada y las orientaciones de enfermeras competentes y expertas sobre cómo participar en el cuidado de su paciente apoyando al equipo de salud durante la hospitalización, podría mejorar el desarrollo de conocimientos y habilidades para dar continuidad a los cuidados en el contexto del hogar después de que los pacientes son dados de alta,¹⁷ inclusive la UCC podría ser menos hostil para los pacientes y sus familiares.³³

CONCLUSIÓN

Considerando los resultados de este estudio se puede concluir que la principal necesidad de los familiares de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la UCC, está relacionada con la información y comunicación del equipo de salud, no obstante, es importante desarrollar estrategias de mejora como equipo multidisciplinario para hacer una sala de espera más confortable, con elementos que les permita satisfacer necesidades básicas como la alimentación e hidratación, inclusive, con elementos para mantener una comunicación estrecha con los demás miembros de la familia, tales como más teléfonos públicos, o bien, tomas de corriente eléctrica para mantener su equipo móvil funcionando.

Por otra parte, es fundamental que cada miembro del equipo de salud mantenga una comunicación efectiva, clara y accesible para resolver dudas de los familiares, ya que está visto que puede ser el primer eslabón para solucionar problemas de ansiedad, incertidumbre, miedo, temor e inclusive de insatisfacción con la atención recibida.

Cuadro I. Valoración de la sala de espera desde la perspectiva de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de cuidados intensivos e intermedios postquirúrgicos, unidad coronaria y unidad de cuidados intermedios pediátricos.

<i>Valoración de la sala de espera</i>	<i>Total N=96 Fr (%)</i>
<i>¿Utiliza con frecuencia la sala de espera para los familiares de los enfermos ingresados en este servicio?</i>	
<i>Nunca</i>	<i>9 (9.3)</i>
<i>De 1 a 3 hrs</i>	<i>33 (34.4)</i>
<i>De 4 a 6 hrs</i>	<i>14 (14.6)</i>
<i>Más de 6 hrs</i>	<i>40 (41.7)</i>
<i>¿Cómo calificaría la sala de espera?</i>	
<i>Muy incómoda</i>	<i>12 (12.5)</i>
<i>Incómoda</i>	<i>32 (33.3)</i>
<i>Cómoda</i>	<i>47 (49)</i>
<i>Muy cómoda</i>	<i>5 (5.2)</i>
<i>En cuanto al equipamiento de dicha sala, ¿Añadiría algo para hacerla más confortable?</i>	
<i>No</i>	<i>27 (28.1)</i>
<i>Sí</i>	<i>69 (71.9)</i>

Cuadro II. Normas de visita de los familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de cuidados intensivos e intermedios postquirúrgicos, unidad coronaria y unidad de cuidados intermedios pediátricos

<i>Dimensión Normas de visita</i>	<i>Total N=96 Fr (%)</i>
<i>El tiempo de cada visita a su familiar lo considera:</i>	
<i>Muy corto</i>	15 (15.6)
<i>Corto</i>	28 (29.2)
<i>Adecuado</i>	50 (52.1)
<i>Largo</i>	3 (3.1)
<i>Muy largo</i>	-
<i>El número de visitas existentes al día lo considera:</i>	
<i>Muy pocas</i>	8 (8.3)
<i>Pocas</i>	21 (21.9)
<i>Suficientes</i>	65 (67.7)
<i>Muchas</i>	1 (1)
<i>Demasiadas</i>	1 (1)
<i>De las dos visitas que existen actualmente ¿Cambiaría el horario de alguna de ellas?</i>	
<i>De la mañana</i>	
<i>No</i>	76 (79.2)
<i>Sí</i>	20 (20.8)
<i>De la tarde</i>	
<i>No contestó</i>	1 (1)
<i>No</i>	74 (77.1)
<i>Sí</i>	21 (21.9)

Cuadro III. Información de los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios postquirúrgicos, unidad coronaria y unidad de cuidados intermedios pediátricos.

<i>Dimensión Información</i>	<i>Total N=96 Fr (%)</i>
<i>¿Comprendió la información que se le dio cuando ingresó su familiar?</i>	
<i>No</i>	10 (10.4)
<i>Sí</i>	86 (89.6)
<i>¿Se quedó más tranquilo cuando le dieron la información sobre su familiar en un primer momento del ingreso?</i>	
<i>No</i>	9 (9.4)
<i>Sí</i>	87 (90.6)
<i>Cuando ingresó su familiar ¿Recibió por parte del personal de enfermería la información que necesitaba?</i>	
<i>No</i>	17 (17.7)
<i>Sí</i>	79 (82.3)
<i>¿Estaban informados diariamente de los cuidados que recibía su familiar por parte de enfermería?</i>	
<i>No</i>	25 (26)
<i>Sí</i>	71 (74)
<i>¿Entiende correctamente lo que le dice el médico respecto a la evolución de su familiar?</i>	
<i>Nunca</i>	3 (3.1)
<i>Casi nunca</i>	0
<i>A veces</i>	19 (19.8)
<i>Casi siempre</i>	26 (27.1)
<i>Siempre</i>	48 (50)
<i>¿Cambia la información recibida en función del médico que le atiende?</i>	
<i>Nunca</i>	33 (34.4)
<i>Casi nunca</i>	21 (21.9)
<i>A veces</i>	33 (34.4)
<i>Casi siempre</i>	3 (3.1)
<i>Siempre</i>	6 (6.3)
<i>¿Le han informado cuando a su familiar se le ha realizado alguna exploración fuera del servicio donde se encuentra ahora?</i>	
<i>No</i>	26 (27.1)
<i>A veces</i>	6 (6.3)
<i>Sí</i>	64 (66.7)

Cuadro IV. Accesibilidad de los familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos e intermedios postquirúrgicos, unidad coronaria y unidad de cuidados intermedios pediátricos.

<i>Dimensión Accesibilidad</i>	<i>Total N=96 Fr (%)</i>
¿Le resulta fácil hablar con el personal de enfermería cuando tiene alguna duda o problema?	
No contestó	
No	12 (12.5)
A veces	18 (18.7)
Sí	66 (68.8)
¿Le resultó fácil hablar con el médico fuera del horario de información?	
Nunca	17 (17.7)
Casi nunca	14 (14.6)
A veces	27 (28.1)
Casi siempre	15 (15.6)
Siempre	23 (24)

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care unit. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4): 636-42.
2. Soto CE, Parra DDF, Rojas CMP. Identificación de las necesidades de los familiares con pacientes en las unidades de cuidado intensivo adulto, coronario y pediátrico del Hospital Federico Lleras Acosta sede Francia durante los meses de febrero a mayo de 2010.
3. Llamas-Sánchez F, Flores-Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González-Vázquez J, Albar-Marín MJ, Macías-Rodríguez C. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009; 20(2): 50-7.
4. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge MA: Harvard University Press; 1979.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ta ed. Arlington (USA): American Psychiatric Association; 2013.
6. Siles GJ, Solano RC. Estructuras sociales, división sexual del trabajo y enfoques metodológicos. La estructura familiar y la función socio-sanitaria de la mujer. *Invest Educ Enferm*. 2007; 25(1): 66-73.
7. De la Cuesta BC. El cuidador familiar: una revisión crítica. *Invest Educ Enferm*. 2009; 27(1): 96-102.
8. Larrañaga I, Valderrama MJ, Martín U, Begiristain JM, Bacigalupe A, Arregi B. Mujeres y Hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. Medellín Colombia. 2009; 27(1): 50-55
9. Isla PP. El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los cuidados*. 2000; 4(7-8): 187-97.
10. Uribe MT, Muñoz C, Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Invest Educ Enferm* 2004; 22(2): 50-61
11. Alves MVMFF, Cordeiro JG, Luppi CHP, MJT Nitsche MJT, Olbrich SRLR. Experience of family members as a result of children's hospitalization at the Intensive Care Unit. *Invest Educ Enferm*. 2013;31(2): 191-200.
12. Soares LO, Santos RF, Gasparino RC. Necesidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 644-50.
13. Olano M, Vivar CG. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2012; 35 (1): 53-67.
14. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación: 2012. [consultado 15 enero 2013]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compil/rlgsmis.html>
15. Complete transcript 01 the Nuremberg Medical Trial: United States v. Karl Brandt et al. En: Colomer MF, Pastor GLM. ¿Vigencia del Código de Nüremberg después de cincuenta años? *Cuad Bioética* [Internet]. ene-mar 1999; IX(37):103-12. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/1999/1/37/07-2-bioetica-37.pdf>
16. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México: Secretaría de Salud; 2001.
17. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Disponible en: <http://goo.gl/JrtyEh>
18. Santos TD, Aquino ACO, Chibante CLP, Espíritu Santo FH. The nursing team and the family member accompanying adult patients in the hospital context. An exploratory study. *Inv Educ Enferm*. 2013; 31(2): 218-5.
19. Pardavila BMI, Vivar CG. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2): 51-67.

20. [Karlsson C, Tisell A, Engström A, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. Nurs Crit Care. 2011; 15:11-8.](#)
21. [Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. J Adv Nurs. 2007; 60:384-8.](#)
22. [Rodríguez MC, Rodríguez F, Roncero Á, Morgado MI, Bannik LJ, Flores LJ, et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2003; 14: 88-96.](#)
23. [Linnarsson JR, Bubini J, Perseus KI. Review: a meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injures patients. J Clin Nurs. 2010; 19: 3102-11.](#)
24. [Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. J Clin Nurs. 2005; 14: 501-9.](#)
25. [Álvarez GF, Kirby AS. The perspective of families of the critically ill patient: their needs. Curr Opin Crit Care. 2006; 12: 614-8.](#)
26. [Blanca-Gutiérrez JJ, Blanco-Alvariño AM, Luque-Pérez M, Ramírez-Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería global. 2008; 12:1-14.](#)
27. [Lee LKY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. J Clin Nurs. 2003; 12: 490-500.](#)
28. [Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enferm Intensiva. 2007; 18:106--14.](#)
29. [Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. Intensive Crit Care Nurs. 2009; 25: 10-20.](#)
30. [Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. J Clin Nurs. 2005; 14: 501-9.](#)
31. [Blanca-Gutiérrez JJ, Blanco-Alvariño AM, Luque-Pérez M, Ramírez-Pérez MA. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería global. 2008; 12: 1-14.](#)
32. [Fernandes CS, Angelo M. Family caregivers: what do they need? An integrative review. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50\(4\): 672-8.](#)
33. [Simoni RCM, Silva MJP. The impact of the visit of nursing on the necessities of the host families of ICU. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46 \(Esp\): 65-70.](#)