

BF'575
A075

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
UNIDAD DE MEDICINA INTERNA.

**“NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES CUIDADORES DE LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES”**

SERBIULA
Tulio Febres Cordero

DONACION

Autora: Dra. Carolina Díaz Miralles
Tutora: Dra. Tivizay Molina
Cotutor: Dr. Ciro Ángulo.
Asesor Metodológico: Dra. Mariflor Vera

Mérida 2011.

**“NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES
CUIDADORES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS
ANDES”**

Bdigital.ula.ve

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO
POR LA MÉDICO CIRUJANO CAROLINA DÍAZ
MIRALLES, C.I:15.517.126, ANTE EL CONSEJO DE
LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES, COMO CREDENCIAL DE
MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.

Autor:

Dra. Carolina Díaz Miralles.

Médico Cirujano.

Residente de III año. Postgrado de Medicina Interna. IAHULA.

Tutor:

Dra. Tivizay Molina de González

Especialista en Medicina Interna, doctorado en Medicina Interna.

Profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.

Médico Adjunto de la unidad de Medicina Interna

IAHULA

Bdigital.ula.ve

Cotutor:

Dr. Ciro Angulo Lá cruz.

Especialista en Medicina Interna. Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

Profesor asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes.

Médico Adjunto del Departamento de Emergencia del IAHULA.

Asesor Metodológico:

Dra. Mariflor Vera.

Especialista en Medicina Interna.

Profesor Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

Laboratorio Multidisciplinario de Investigaciones Clínicas Epidemiológicas

AGRADECIMIENTOS

A este universo lleno de miles de oportunidades.

A mi familia esplendida por ser maravillosa y darme todo su amor.

A mis maestros en este camino de vivir y ayudar vivir en salud, especialmente:

Al Dr. Ciro Angulo por sus enseñanzas, su fe y ayuda incondicional a lo largo del camino profesional, su esfuerzo en convertir este proyecto en realidad y su vocación que me recuerda que siempre el paciente es lo primero.

A la Dra. Mariflor Vera por brindarme sus conocimientos, paciencia y dedicación.

A la Dra Tivizay Molina quien mas allá de su dedicación académica con su escuchar me dio herramientas para lograr avanzar hacia la meta y disfrutar del aprender.

A mis pacientes y sus familiares que tanto me han dado y son la razón de volver día y noche a dar lo mejor.

A todos los que conforman y dan vida al IAHLUA.

A mis grandes y sinceros amigos

A todos y cada uno GRACIAS!

DEDICATORIA

A Mi hermosa familia.

Mi papa por siempre acompañarme y llevarme más allá de la medicina, ver y entender el todo; a mi Mama, la mejor del mundo quien me enseñó que dar es maravilloso y mas con una sonrisa; Alejandro, Ricardo e Ignacio mis hermanos, los grandes regalos de mi vida.

Mis abuelos los grandes y solidos pilares, somos privilegiados y felices de seguir sus pasos.

Y a cada uno de los integrantes de esta gran familia.

Bdigital.ula.ve

INDICE DE CONTENIDO.

	Pág.
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
INDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE GRAFICOS.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
CAPITULO I:	
Introducción.....	1
Marco teorico.....	4
Marco de antecedentes.....	6
Definición de terminos.....	12
Objetivos.....	15
CAPITULO II:	
Metodología.....	16
Tipo y diseño de la investigación.....	16
Población y Muestra.....	16
Sistema de Variables.....	17
Materiales y Métodos.....	18
Análisis de Datos.....	19

CAPITULO III:	
Resultados.....	20
CAPITULO IV:	
Discusión de Resultados.....	43
CAPITULO V:	
Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	47
Bibliografía.....	48
Anexos.....	51

Bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la variable Ubicación en la Emergencia.....	20
Tabla 2. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la variable Nivel Educativo del Familiar encuestado.....	22
Tabla 3. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la variable Parentesco.....	24
Tabla 4. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la Ansiedad según la Escala de Hamilton para Ansiedad.....	28
Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas. Medidas de Tendencia central y de Dispersión.....	33
Tabla 6. Análisis bivariable de Ubicación en la Emergencia por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad.....	34
Tabla 7. Estadísticos de la variables Resultado de la Escala de Hamilton para Ansiedad según la Ubicación en la Emergencia.....	35
Tabla 8. Estadísticos de las variables Resultado de la Escala de Hamilton para Ansiedad, según Sexo del Familiar encuestado.....	36
Tabla 9. Análisis bivariable de Parentesco recodificado por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad.....	37
Tabla 10. Análisis bivariable de los diferentes niveles de ansiedad según la Escala de Hamilton para Ansiedad y el Grupo etario.....	38

Tabla 11. Análisis bivariable de Nivel Educativo del Familiar encuestado por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad.....	39
Tabla 12. Análisis bivariable de Cuenta con medios económicos para resolver la situación actual de su familiar por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad.....	40
Tabla 13. Análisis bivariable de Horas de cuidado en categorías por Diagnóstico según escala la Escala de Hamilton para Ansiedad.....	41
Tabla 14. Análisis bivariable de Días de Hospitalización por Diagnóstico según escala de la Escala de Hamilton para Ansiedad.....	42

Bdigital.ula.ve

INDICE DE GRAFICOS.

Figura 1. Representación gráfica de la variable Sexo del Familiar encuestado.....	21
Figura 2. Representación gráfica de la variable Ocupación de Familiar....	23
Figura 3. Representación gráfica de la variable Cuenta con medios económicos para resolver la situación actual de su familiar.....	25
Figura 4. Representación Gráfica del nivel de importancia de las preocupaciones en los familiares encuestados.....	26
Figura 5. Representación gráfica de la variable Otra preocupación.....	27
Figura 6. Representación gráfica de la Ansiedad según Escala de Hamilton para Ansiedad.....	29
Figura 7. Histograma de la variable Edad.....	30
Figura 8. Histograma de la variable Días a la semana promedio que permanece el familiar como cuidador principal.....	31
Figura 9. Histograma del Número de horas promedio al día que pasa el familiar como cuidador en la emergencia del IAHULA.....	32

“NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES CUIDADORES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES”

**Autora: Carolina Díaz
Tutora: Tivizay Molina
Cotutor: Ciro Ángulo**

RESUMEN.

Introducción: Los familiares que desempeñan el rol de cuidar a un ser querido hospitalizado están sujetos a situaciones estresantes que generan angustia y que los lleva a presentar síndrome de ansiedad, la cual afecta la toma de decisiones y la evolución del paciente sobre todo si estos se hallan en áreas de cuidados críticos como el área de trauma shock.

Objetivos: Determinar los niveles de ansiedad de familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en la unidad de Trauma Shock del IAHULA y su correlación con variables socio demográficas.

Tipo y diseño de la investigación: Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo y correlacional.

Muestra: se entrevistó y aplico la Escala de Ansiedad de Hamilton a 273 familiares de los pacientes hospitalizados en el área de trauma shock y área de cuidados mínimos (observación mixta) del IAHULA.

Resultados: el 96% de la muestra ($p < 0,000$) presentó ansiedad, de los cuales: el 68,9 % tuvo ansiedad moderada a grave y 11% ansiedad leve. La ansiedad moderada a severa en el area de trauma shock fue del 86.2% y en observacion mixta del 55,5%. La población femenina cursó con los más altos niveles de ansiedad ($p= 0,000$); no se halló corelacion con el resto de las variables sociodemograficas.

Conclusiones: Se determinó que existe una relación significativa entre ser familiar cuidador de un paciente hospitalizado en la emergencia del IAHULA y presentar niveles graves a severos de ansiedad predominando estos niveles en los que ingresaron en el área de trauma shock.

Palabras claves: Ansiedad, Familiar cuidador, Escala de ansiedad de Hamilton.

"LEVELS OF ANXIETY IN THE FAMILY CAREGIVERS OF PATIENTS HOSPITALIZED IN THE AREA OF SHOCK TRAUMA AT THE INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES."

ABSTRACT

Introduction: Families that play the role of caring for a hospitalized loved one are subjected to distressing and stressful situations that lead to susceptibility to develop anxiety present, which affects decision making and patient outcomes especially if they are in critical care and shock trauma area.

Objectives: To determine the anxiety levels of family caregivers of patients hospitalized in the Shock Trauma unit at the IAHULA and its correlation with socio-demographic variables.

Type and research design: An observational study, descriptive and correlational.

Sample: 273 were interviewed relatives of patients hospitalized in the area of shock trauma and minimal care area (mixed observation) at the IAHULA.

Results: 96% of the sample ($p < 0.000$) with anxiety, 68.9% had moderate to severe anxiety and 11% mild anxiety. Moderate to severe anxiety in the shock trauma area was 86.2% and 55.5% mixed observation. The female population extended to the highest levels of anxiety ($p = 0.000$); Correlation was not found with other sociodemographic variables.

Conclusions: We found that a significant relationship between being a family caregiver of a patient hospitalized in the emergence of serious levels IAHULA and present severe anxiety to dominate these levels in those who entered the area of trauma shock.

Keywords: Anxiety, Family Caregiver, Hamilton Anxiety Scale.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN.

La ansiedad es una vivencia universal que surge en respuesta a exigencias o situaciones amenazantes, y sirve como señal para buscar la adaptación cognitiva, emocional y conductual con el fin de hacer frente a dichas situaciones. En estos casos, suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego¹

La clasificación de la OMS ubica la ansiedad clínica entre los «trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes». Cada año, el 9.5% de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos) padece de trastornos de ansiedad. El costo en términos económicos es de un total de 40 mil millones de dólares anuales; pero el costo en términos de sufrimiento es incalculable. Los trastornos de ansiedad, se asocian con deterioro de la función en los ámbitos social y laboral, niveles pobres de salud, mayor dolor y visitas al médico por discapacidad.^{1,2,3}

La Organización Mundial de la Salud en el año 2001, dedicó su reporte anual a la salud mental en un esfuerzo por colocar este problema en el centro de la agenda de salud y desarrollo. En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de replicación (NCS-R), concluyó que los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más comunes en la población general los 12 meses del año, y la incidencia de por vida es de 19% y 31%, respectivamente.^{1,4}

Es conocido que la ansiedad aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, exacerbación de crisis asmáticas y de enfermedades inmunológicas del tipo reumáticas y dermatológicas.³

El concepto actual para definir "cuidador Familiar" es: cualquier persona que se considere a sí mismo un miembro de la familia y ejerza la función de cuidar a un individuo enfermo, estos familiares parecen tener un impacto beneficioso en el paciente y en su respuesta al tratamiento. Los familiares cuidadores

actúan como amortiguadores de la ansiedad del paciente y sirven como recursos valiosos para la atención del mismo. Sin embargo, diversas investigaciones han demostrado que el brindar cuidado puede afectar negativamente la salud psicológica del cuidador debido a la carga de estrés a que se someten, con la consecuente depresión y ansiedad, lo que a su vez puede afectar al paciente en su recuperación. En Estados Unidos existen en promedio 7 millones de personas que proporcionan cuidado a personas con algún tipo de discapacidad.^{5,6}

La familia es un grupo, cuyos miembros se interrelacionan entre sí, que están sujetos a las influencias del entorno y por tanto cualquier enfermedad lo suficientemente severa como para requerir ingreso en una unidad de cuidados críticos puede precipitar estados de ansiedad dentro del sistema familiar. Ansiedad que no se puede prevenir y que a su vez ocasiona cambios dentro de la unidad familiar; si estos cambios son beneficiosos o adversos depende en parte, del tipo de intervenciones previstas por profesionales de la salud^{6,7}

Cuando el paciente es ingresado al área de cuidados intensivos o de emergencia se prioriza toda la asistencia y atención al enfermo, dejando de lado las necesidades de los familiares que pasan a convertirse en cuidadores de su ser querido, aunado esto; a una interrupción de sus propios procesos familiares, gastos adicionales, incertidumbre y preocupación por la salud del familiar hospitalizado; elementos adicionales que contribuyen al desarrollo de la ansiedad y/o depresión del cuidador. Es por esto que existe una búsqueda generalizada en lograr soluciones que puedan ofrecer atención de salud a los familiares, ya que el enfoque biomédico tradicional está orientado al paciente y a la enfermedad que padece^{3,7,8,9}

Debido a que las respuestas del familiar cuidador frente a las enfermedades críticas del paciente, tienen implicaciones para la familia, el paciente, y el personal de asistencia sanitaria; todos los involucrados se beneficiarán cuando los profesionales de la salud se encarguen de evaluar e intervenir dichas respuestas a fin de garantizar el óptimo funcionamiento de estas familias.⁶

Las situaciones y las vivencias de tensión, ansiedad, frustración e infelicidad ocurren tanto en las personas sanas como en las enfermas. La diferencia reside en las estrategias de afrontamiento y en la capacidad para mantener un nivel de integración adecuado ante situaciones de presión. La adaptación, implica la capacidad para alcanzar un equilibrio entre las necesidades y habilidades del individuo con la situación amenazante que de no alcanzarse pueden llevar a trastornos psiquiátricos.⁸

Para cuantificar la ansiedad se han elaborado instrumentos de evaluación como entrevistas estructuradas dirigidas a obtener datos compatibles con las categorías diagnósticas establecidas. La escala de Ansiedad de Hamilton desarrollada por éste en 1959, examina y cuantifica la intensidad de la sintomatología ansiosa, y evalúa categorías de síntomas, tanto psíquicos como somáticos¹⁰

En vista de la enorme importancia y necesidad de determinar los niveles de ansiedad en los cuidadores de nuestros pacientes, decidimos realizar un estudio correlacional donde se determinaron los niveles de ansiedad en los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en el área de trauma shock del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, en el período comprendido entre los meses de Mayo y Julio de 2011, dado que en la actualidad, no existen reportes sobre la ansiedad en los familiares cuidadores de los pacientes del área de trauma shock de la emergencia del IAHULA, y es necesario que el personal de salud esté en capacidad de evaluar e intervenir en dicha respuesta a fin de garantizar un óptimo funcionamiento de la familia y la evolución satisfactoria del paciente.

Marco Teórico

El término *neurosis*, introducido por el psiquiatra escocés William Cullen en su *Sinopsis nosologiae methodicae* en 1798, se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía “los sentimientos” y “el movimiento”, términos que posteriormente tuvieron una amplia penetración en el vocabulario médico. A lo largo de los siglos XIX y XX diversos autores se ocuparon de distinguir sus características como las que sintetiza Sigmund Freud: “las neurosis de angustia”, por lo que la historia de los hoy llamados “Trastornos de Ansiedad” está estrechamente vinculado al concepto clínico de “neurosis” del pasado.¹¹⁻¹²

La ansiedad en condiciones normales mejora el rendimiento y la adaptación al medio ambiente, permite que la persona frente a situaciones amenazantes procure evitar el riesgo o lo asuma. La ansiedad tiene dos componentes, uno subjetivo y otro neurovegetativo. Si esta ansiedad, sobrepasa determinados límites se convierte en patológica, causa desadaptación y disminuye el funcionamiento del sujeto. La ansiedad patológica se puede analizar como un síntoma, un síndrome explicado por múltiples etiologías o como un trastorno mental. El CIE 10 es el instrumento elaborado por la OMS para diagnosticar las enfermedades mentales, en donde engloba los trastornos neuróticos de la ansiedad en los cuales se incluyen varias categorías como los denominados “otros trastornos de ansiedad”: pánico, trastorno de ansiedad generalizado y trastorno mixto ansioso-depresivo y van englobados en la misma categoría que clasifica los trastornos de adaptación y de estrés agudo. Es necesario destacar que cuando existen trastornos de adaptación, la ansiedad que consideramos normal y vital puede transformarse a lo largo del tiempo en trastornos de ansiedad como lo son la ansiedad generalizada.^{13,14}

En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico siendo el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia. En la ansiedad existen alteraciones en sistemas sinápticos complejos, con compromiso principal de circuitos de neurotransmisores como noradrenalina, serotonina, dopamina y el ácido gama amino butírico (GABA). Así mismo, el sustrato neuroanatómico

comprometido es el locus ceruleus, el sistema límbico, la amígdala, el tálamo, el hipocampo y el hipotálamo.¹⁴⁻¹⁵

Hay factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que explican la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad. Existe una ansiedad mínima normal que está presente en todo enfermo y es lo que le confiere su condición de paciente, de ser sufriente y a su vez la hospitalización de un ser querido conlleva a un desgaste familiar, lo que ocasiona daño emocional, físico y mental en los familiares o acompañantes que cuidan al enfermo.^{14, 16,17}

Un paciente gravemente enfermo involucra una fuerte conmoción social fuera del ambiente clínico, por lo que en las últimas tres décadas se ha dado importancia al estudio del estrés y ansiedad que sufren los familiares de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos, a fin de intentar establecer una alianza terapéutica y psico educar al paciente, su familia y entorno sobre estos trastornos, ya que el impacto global de la ansiedad generalizada y la depresión mayor se convertirá, según la OMS, en la segunda causa de discapacidad para el año 2020 y el médico tratante debe asegurar la asistencia continua al paciente y su familiar proporcionando una comunicación honesta y eficaz que brinde apoyo, seguridad, confianza y cooperación con el tratamiento.¹⁸

El médico general y no pocos especialistas se enfrentan cotidianamente con ansiedades, depresiones, irritabilidad, manifestaciones somáticas y falta de *control de los cuidadores que por su etiología, patogenia, significación e intensidad, no requieren de la atención psiquiátrica especializada, si nó, de una comunicación eficaz y psicoterapia breve de apoyo que lo puede proporcionar el médico tratante entrenado. Al final, tanto el equipo de salud como los familiares deberán quedar satisfechos con el esfuerzo realizado y conformes con los límites humanos de la medicina. Conocer, comunicar y entender son las claves para lograrlo.*¹⁹

MARCO DE ANTECEDENTES:

Tabla 1: Estudios internacionales realizados acerca de la ansiedad en familiares cuidadores de pacientes hospitalizados en áreas de cuidados intensivos

AUTORES	DISEÑO	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Rodríguez-Agudelo Y. y colaboradores.</p> <p>Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas.</p> <p>México, 2010⁵</p>	<p>Estudio observacional transversal</p>	<p>Describieron las variables demográficas del cuidador asociadas a niveles de depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas, mediante la aplicación de cuestionario demográfico y el inventario de Beck para ansiedad y para la depresión en 125 cuidadores que ejercieron este rol por más de un año en Grupos de Apoyo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Las mujeres presentaron mayor ansiedad ($p < 0.05$) y depresión ($p < 0.05$) en comparación con los hombres.</p> <p>Los cuidadores con menor escolaridad presentaron mayor ansiedad ($p < 0.01$) y depresión ($p < 0.01$). Por último se encontró que los padres cuidadores tenían mayor ansiedad ($p < 0.05$) y depresión ($p < 0.01$) que otros familiares encargados del cuidado del paciente.</p>	<p>El género, escolaridad y parentesco son variables relacionadas con niveles mayores de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas</p>

AUTOR	DISEÑO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>McAdam J. Y colaboradores</p> <p>Experiencias de los síntomas de familiares de pacientes de cuidados intensivos con alto riesgo de morir.</p> <p>USA, 2010²⁰</p>	<p>Estudio Observacional, de corte transversal.</p>	<p>Se evaluaron los niveles de ansiedad, depresión, estrés postraumático y los síntomas asociados en 74 familiares de pacientes en UCI a los 4 días de su ingreso mediante 4 escalas: Impact Event Scale-Revised; Hospital Anxiety and Depression Scale, la Escala de Evaluación de Síntomas de Edmonton-Revisado, además del afrontamiento familiar y la adaptabilidad por la Escala de Evaluación Cohesión Familiar</p> <p>Los familiares de los pacientes en UCI tienen niveles moderados a graves de:</p> <p>Estrés postraumático: 57%</p> <p>Ansiedad: 80%,</p> <p>Depresión 70%</p>	<p>Los familiares tienen altos niveles de estrés postraumático, ansiedad y depresión, así como otros síntomas durante la fase temprana del paciente en la UCI. Los médicos que son conscientes de estos síntomas pueden realizar intervenciones para reducir la carga de los síntomas de los miembros de la familia como evitar consecuencias negativas a largo plazo, tales como duelo complicado y la depresión mayor en los familiares</p>

AUTOR	DISEÑO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Fisac V. y colaboradores.</p> <p>Ansiedad y depresión en familiares y cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer.</p> <p>Madrid, 2009²¹</p>	<p>Estudio observacional transversal</p>	<p>Se determinaron las variables socio demográficas y clínicas del paciente y del familiar que realizaba el cuidado del paciente.</p> <p>Estudiaron los aspectos psicológicos de la carga que soporta el cuidador familiar como la depresión, la ansiedad o el número de horas diarias que dedica a atender al paciente</p> <p>El perfil del cuidador principal se corresponde con el de una mujer, próxima a los 60 años de edad, hija o esposa del paciente que convive con él, dedicando 2,34 horas al día a la atención de las actividades básicas del paciente</p>	<p>Se observa un alto nivel de ansiedad, un estado de ánimo deprimido y un grado elevado de sufrimiento en los familiares cuidadores.</p>

AUTOR	DISEÑO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Albistur M. y colaboradores.</p> <p>La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos.</p> <p>Uruguay. 2000²²</p>	<p>Estudio prospectivo.</p>	<p>Se determinaron las vivencias de los familiares del paciente internado en la UCI, su relación con la unidad, sus comportamientos y sus expectativas.</p> <p>El 90% de las familias manifestaban preocupación por el sufrimiento físico del paciente.</p> <p>El 97% de las familias se preocuparon respecto a "si el enfermo entendía lo que pasaba y lo que se le decía".</p> <p>El 98% preguntaron si el paciente podía reconocerlos.</p> <p>80% de las familias manifestaron haber comprendido lo expresado por el médico informante, y 17%, expresaron confusión.</p>	<p>La familia sufre un fuerte estrés emocional ante la incertidumbre.</p> <p>El referente de la UCI es el médico informante y la impresión que necesita la familia es la de solvencia y honestidad.</p> <p>Las familias buscan un equilibrio entre la imagen de autoridad científica y de médico comprensivo con el sufrimiento ajeno.</p>
<p>Esquivel C. y colaboradores</p> <p>"Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados".</p> <p>México, 2007¹⁷</p>	<p>Estudio observacional transversal</p>	<p>Obtención de datos socio demográficos, tiempo de estancia hospitalaria y aplicación del test de escala hospitalaria de ansiedad y depresión y test de depresión de Becks en pacientes hospitalizados, sus familiares y conocidos en una población de 197 personas.</p> <p>La prevalencia de ansiedad fue de 49.2% y depresión de 35.0% ; el 61% fueron mujeres.</p> <p>Con el inventario de Beck se obtuvo una prevalencia de depresión de 25.9%</p>	<p>La prevalencia de ansiedad y depresión suele ser parecida en los pacientes hospitalizados (salas generales y áreas críticas) y en sus acompañantes. Las estancias hospitalarias prolongadas afectan el retraso y evolución de los pacientes y repercute en la toma de decisiones de los acompañantes o familiares</p>

AUTOR	DISEÑO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Rodríguez B. y colaboradores</p> <p>Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores.</p> <p>España. 2002²³</p>	<p>Estudio observacional transversal</p>	<p>Determinaron la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 534 pacientes oncológicos españoles y 371 cuidadores familiares.</p> <p>El 36,4% de los cuidadores familiares, obtuvieron altas puntuaciones en la sub escala de ansiedad y el 9,2% lo hicieron en la sub escala de depresión.</p> <p>Se observó que el 15,7% de los pacientes reportaron ansiedad.</p>	<p>Los resultados confirman la alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos y por lo tanto, la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación familiar para contribuir a que los pacientes y sus familias puedan hacer frente a este tipo de problemas.</p>
<p>Azoulay E, y colaboradores.</p> <p>Riesgo de síntomas de estrés post-traumático en los familiares de pacientes de cuidados intensivos</p> <p>Francia. 2005²⁴</p>	<p>Estudio longitudinal transversal</p>	<p>Medición de estrés posttraumático, ansiedad y depresión de familiares que toman decisiones importantes en familiares ingresados en la UCI, a través de la Escala de Impacto de Eventos y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en 283 familiares.</p> <p>Los resultados mostraron que el 49,3% de los miembros de la familia del paciente hospitalizado presentaba síntomas de ansiedad y el 20,1% síntomas de depresión.</p> <p>Un 72,3% tenían ansiedad grave.</p>	<p>Severas reacciones de estrés posttraumático se asocian con mayores tasas de ansiedad y depresión en conjunto con la disminución de la calidad de vida. Estas patologías afectan el funcionamiento social de los familiares y estas pueden incrementarse cuando el familiar interviene en la toma de decisiones sobre los procedimientos o el fin de la vida de un ser querido.</p>

Tabla 2: Estudios Nacionales realizados acerca de la ansiedad en familiares cuidadores de pacientes hospitalizados en áreas de cuidados intensivos

AUTOR	DISEÑO	RESULTADOS	COMENTARIO
<p>Contreras M. Niveles de ansiedad del familiar cuidador de pacientes hospitalizados en la unidad de psiquiatría de agudos. Venezuela. 2005.²⁵</p>	<p>Estudio de tipo descriptivo correlacional</p>	<p>Se aplicó la escala de Hamilton para ansiedad en 20 familiares cuidadores de pacientes ingresados a la unidad psiquiátrica de agudos del IAHULA El 5% de la muestra presentó ansiedad leve, y el 95% ansiedad moderada a grave.</p>	<p>Se deben ofrecer programas de apoyo y educación a los familiares cuidadores, proporcionándoles el conocimiento y las habilidades necesarias y la capacidad de control de la ansiedad para enfrentar exitosamente la enfermedad mental de su familiar</p>
<p>Durán S. Sobrecarga psicofísica en cuidadores principales de pacientes pluripatológicos hospitalizados en el instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes Venezuela. 2010.²⁶</p>	<p>Estudio descriptivo de corte transversal</p>	<p>Se determinó la sobrecarga de los cuidadores primarios con pluripatología en el IAHULA mediante la escala de Zarit en 166 cuidadores. El 28.3% presentó sobrecarga intensa, 31,9% leve y 39,8 sin sobrecarga</p>	<p>Existe relación significativa entre sobrecarga intensa y la mayor cantidad de horas de cuidado diarios. (≥ 18horas/día) No existe relación entre la patología del familiar hospitalizado con los diferentes niveles de sobrecarga</p>

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Ansiedad: se define ansiedad como “ la experiencia universal que actúa en los seres humanos como un sistema de aviso o señal ante situaciones potencialmente peligrosas, que desencadenan un conjunto de cambios cognitivos, afectivos y conductuales como defensa ante un peligro ambiental²⁷.

El DSM IV y el CIE 10 son instrumentos de clasificación de enfermedades psiquiátricas, pero es importante saber, que en Mérida, Venezuela se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) donde , los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con los trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos por su relación histórica con el concepto de neurosis y la asociación de una proporción sustancial aunque incierta de dichos trastornos con la causa psicológica.¹³

Trastorno de ansiedad generalizada: la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos.

Pautas para el diagnóstico: El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Apreensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).¹³

Trastornos de adaptación: estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.¹³

Familia: se refiere a una familia compuesta de marido, mujer e hijos. Hoy en día, el término "familia" también incluye a las parejas sin hijos, familias monoparentales, familias reconstituida (segundas nupcias), parejas homosexuales y personas que viven juntas. Casi un tercio de las familias se componen de miembros que no son biológicamente emparentados por lo que es más beneficiosos para definir "Familia" como cualquier persona que considere a sí mismo un miembro de la familia⁶.

Familiares no nucleares: todos aquellos familiares que no forman parte del núcleo central familiar como lo son: tíos, primos, sobrinos, abuelos, etc.

Otros familiares: todas aquellas personas que se consideren parte de la familia así no exista un lazo consanguíneo entre ellos.

Cuidador Principal: Se denomina Cuidador Principal a la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de enfermo.²⁸

Cuidadores familiares: es el conjunto de personas que conforman la familia, que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes²⁹

Unidad de Cuidados intensivos: Es una sección especializada de los hospitales que se encarga de brindar medicina intensiva a personas que necesitan de estos cuidados, ya que requieren atención constante y especializada durante las 24 horas del día, estas unidades están provistas con equipos y sistemas especializados en conjunto a un personal de salud capacitado para el mismo.

Trauma Shock: es el ambiente destinado a la atención inmediata del paciente crítico con la finalidad de su estabilización de vida y trauma. Su ubicación debe ser de muy fácil acceso, pero a la vez debe ubicarse en una zona restringida, contando con un acceso directo para el paciente crítico³⁰

Área de Cuidados Mínimos: es un área de pacientes hospitalizados, con menor nivel asistencial en cuanto a tecnología y vigilancia de enfermería³¹.

Paciente Crítico

Es aquel paciente, que presenta alteración en la función de uno o varios de sus órganos o sistemas; situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

Medios económicos:

Ningún medio: menor al salario mínimo

Escasos medios: un salario mínimo

Moderados: dos salarios mínimos

Suficientes medios: mayor a tres salarios mínimos

Escala de Ansiedad de Hamilton: Es una escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplica mediante entrevista; Posee una fiabilidad con una buena consistencia interna de 7 (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86), excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$). La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad distinguiendo adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.³²

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los niveles de ansiedad de familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en la unidad de Trauma Shock del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes en comparación con un área de cuidados mínimos en la emergencia (observación mixta), desde el mes de Mayo a Julio de 2011

Objetivos Específicos:

Determinar el grado de ansiedad entre los familiares de los pacientes (críticamente enfermos) hospitalizados en el área de trauma shock.

Determinar el grado de ansiedad en los familiares de pacientes en el área de cuidados mínimos en la emergencia (observación mixta) del IAHULA

Identificar las variables demográficas.

Identificar la preocupación principal de los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados

Determinar el número de horas que el familiar ejerce como cuidador principal.

Realizar la correlación por covariables

CAPITULO II

METODOLOGÍA.

Tipo y diseño de la investigación:

Se realizó un estudio tipo observacional, descriptivo y correlacional.

Muestra:

La muestra para la realización de este estudio, fueron los familiares de los pacientes hospitalizados en el área de trauma shock y los del área de cuidados mínimos (observación mixta) del IAHULA que permanecieron durante más de 2 horas/día como cuidadores del mismo y que aceptaron participar en éste estudio, durante el periodo mayo a Julio de 2011.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se tomó en cuenta el estudio realizado por Rodríguez B. y colaboradores²³, quienes reportan un porcentaje de incidencia del 36.5% de ansiedad, con índice de confianza de 95% y una amplitud de intervalo de confianza entre 5 a 10.

Se utilizó la fórmula de Schlesselman:
$$\frac{P1(1-P1) + P2(1-P2)}{(P1-P2)^2} F(\alpha, \beta)$$
³³

para un α de 5% un β de 20% y un riesgo relativo de 2,³⁴ se estimó que la muestra debe ser de 132 personas en cada área.

Criterios de Inclusión:

Familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en el área de trauma shock y área de cuidados mínimos (observación mixta) del IAHULA, que permanecieron más de 2 horas/día al cuidado del paciente.

Disposición a participar en el estudio a través del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Familiar cuidador con patología psiquiátrica.

Familiar cuidador que permaneció menos de 2 horas/día al cuidado del paciente

SISTEMA DE VARIABLES.

Variables Principales:

Niveles de ansiedad en el familiar cuidador del paciente hospitalizado en el área de trauma shock y área de cuidados mínimos (observación mixta) del IAHULA.

Tiempo de cuidado del paciente por familiar

Preocupación principal del familiar cuidador.

Variables Demográficas:

Edad.

Sexo.

Nivel educativo.

Nivel económico.

Parentesco entre cuidador y paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Para la realización de este proyecto se utilizaron como herramientas: la escala de Hamilton para la ansiedad en conjunto con una encuesta dirigida a la recolección de los datos socio demográficos. Estas encuestas se aplicaron de manera directa a los familiares cuidadores de los pacientes en las áreas de estudio: trauma shock y observación mixta del IAHULA.

Utilizamos la Escala de Hamilton porque se considera la de más fácil y frecuente utilización en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, No exige un *entrenamiento especial para su aplicación e interpretación*, la Escala evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante) y constó de 14 Ítems. (ver anexo1)

Interpretación:

Puntuación mayor o igual 15 puntos corresponde a ansiedad moderada/grave

Puntuación de 6 a 14 puntos corresponde a ansiedad leve

Puntuación de 0 a 5 puntos corresponde a ausencia de ansiedad.³²

ANÁLISIS DE DATOS

Todos los cálculos estadísticos fueron analizados con el programa SPSS 17. Se utilizó para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas: medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (Desviación estándar, rango, varianza) y para el análisis de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas, proporciones y razones. Se establecieron las diferencias entre los grupos con niveles de significancia estadística con un valor de $p < 0,05$; utilizando para las variables cuantitativas el T de Student y para las variables cualitativas se calculó el valor de chi cuadrado. La frecuencia se representó en tablas 2x2. Los resultados se graficaron en diagramas de barras, sectores e histogramas según fue la variable correspondiente.

ASPECTO ÉTICO

A todos los participantes se les informó acerca de la participación en el estudio, se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos aportados, y posterior a esto, previa lectura firmaron el consentimiento informado. Teniéndose en cuenta que todos los componentes del trabajo de investigación fueron llevados a cabo en base a las normas éticas internacionales expuestas en la declaración de Helsinki

INSTITUCIONES QUE APOYAN LA INVESTIGACIÓN

Postgrado de medicina interna de la universidad de los Andes

Unidad de medicina interna del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes

Unidad de trauma shock de la emergencia del IAHULA

Laboratorio de investigaciones clínico epidemiológicas de la facultad de medicina de la Universidad de los Andes. (Lab-MICE)

CAPÍTULO III

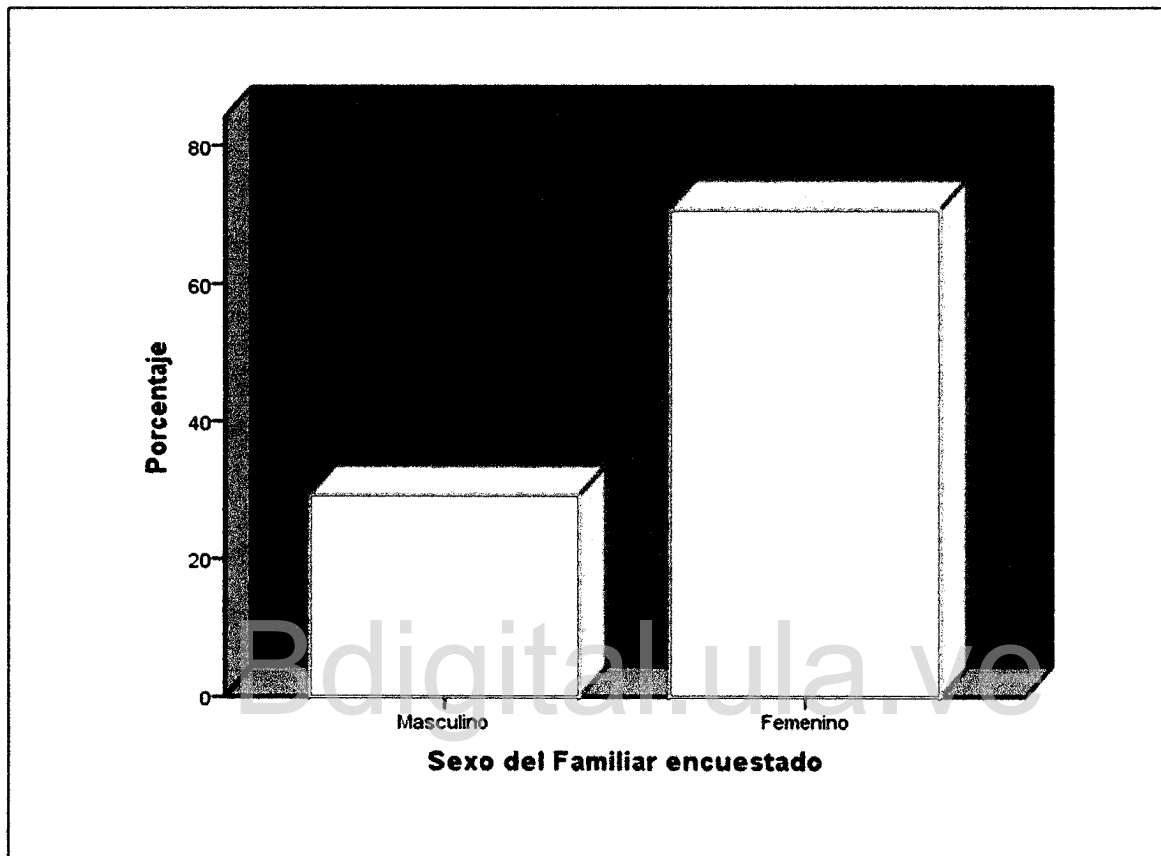
RESULTADOS.

Tabla 1. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la variable Ubicación en la Emergencia

	Frecuencia	Porcentaje
Observación mixta	135	49,5
Trauma Shock	138	50,5
Total	273	100,0

En la tabla 1 se indica la distribución por ubicación en la emergencia de los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en el IAHULA. De 273 familiares cuidadores 135 se encontraron en el área de observación mixta y 138 en el área de trauma shock.

Figura 1. Representación gráfica de la variable Sexo del Familiar encuestado



Se estudiaron las características socio demográficas de los cuidadores, en la figura 1 se demuestra la distribución de los cuidadores según el sexo. Observándose que un 70,7% son cuidadores del sexo femenino y un 29,3 son del sexo masculino

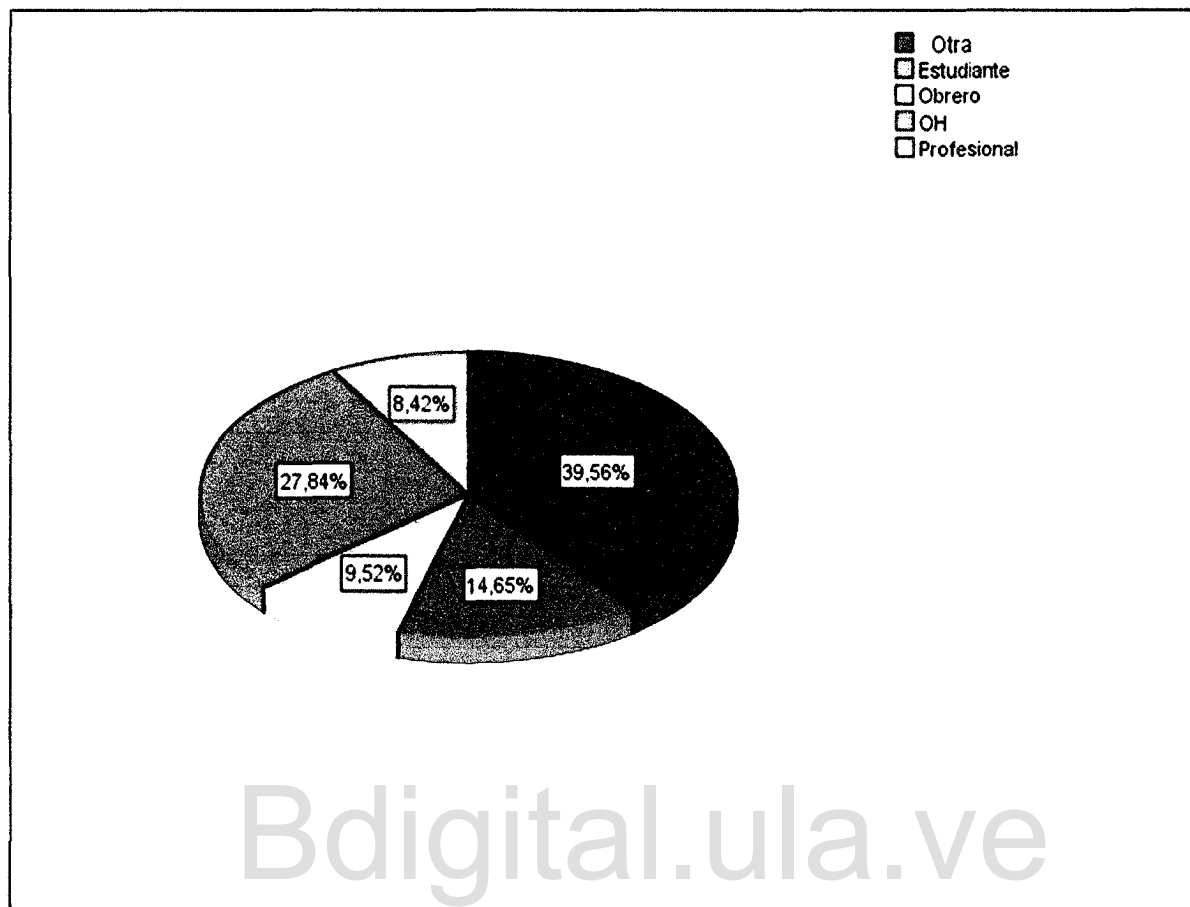
Tabla 2. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la variable Nivel Educativo del Familiar encuestado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Básica Incompleta	52	19,0	19,0
Básica Completa	41	15,0	34,1
Bachillerato Incompleto	58	21,2	55,3
Bachillerato Completo	43	15,8	71,1
Universitario Incompleto	23	8,4	79,5
Universitario Completo	56	20,5	100,0
Total	273	100,0	

Bdigital.ula.ve

Se obtuvo en la tabla 2 el nivel educativo del familiar encuestado predominando la variable bachillerato incompleto con un porcentaje del 21% y en secuencia universitario completo con 20,5%. No se encontró analfabetismo por parte de los cuidadores.

Figura 2. Representación gráfica de la variable Ocupación de Familiar



*OH : Oficios del Hogar.

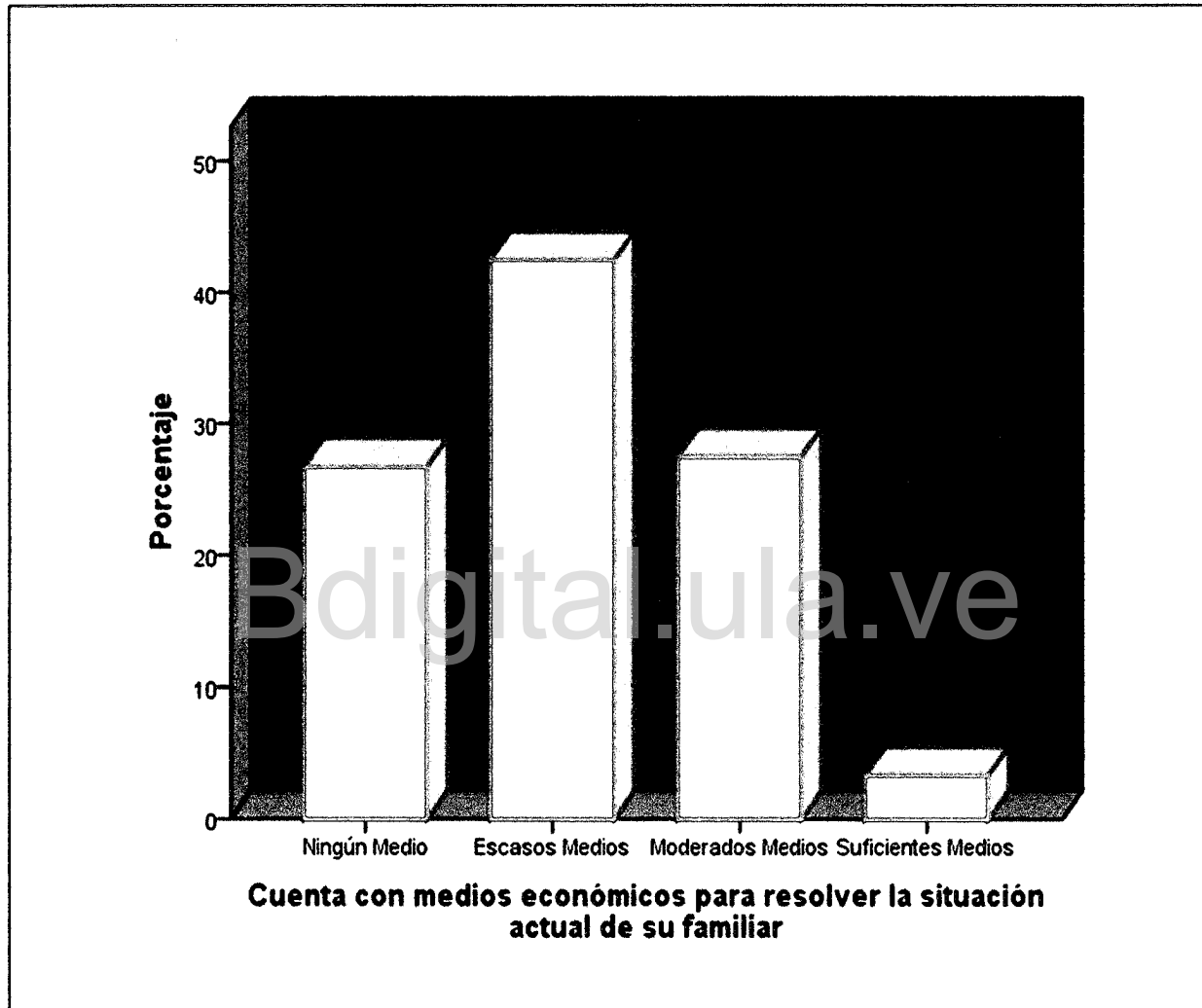
Los cuidadores de los pacientes hospitalizados reportaron tener en general otra ocupación no bien definida (39,56%) seguida con un 27,84% la ocupación catalogada como oficios del hogar; el 14,65 % refirieron ser estudiantes, un 9,52 % obreros y solo el 8,42 % ejercía como profesional.

Tabla 3. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la variable Parentesco .

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
FAMILIARES(NO NUCLEARES)	162	59,3	59,3
OTROS FAMILIARES	22	8,1	67,4
FAMILIARES NUCLEARES	50	18,3	85,7
PAREJA	39	14,3	100,0
Total	273	100,0	

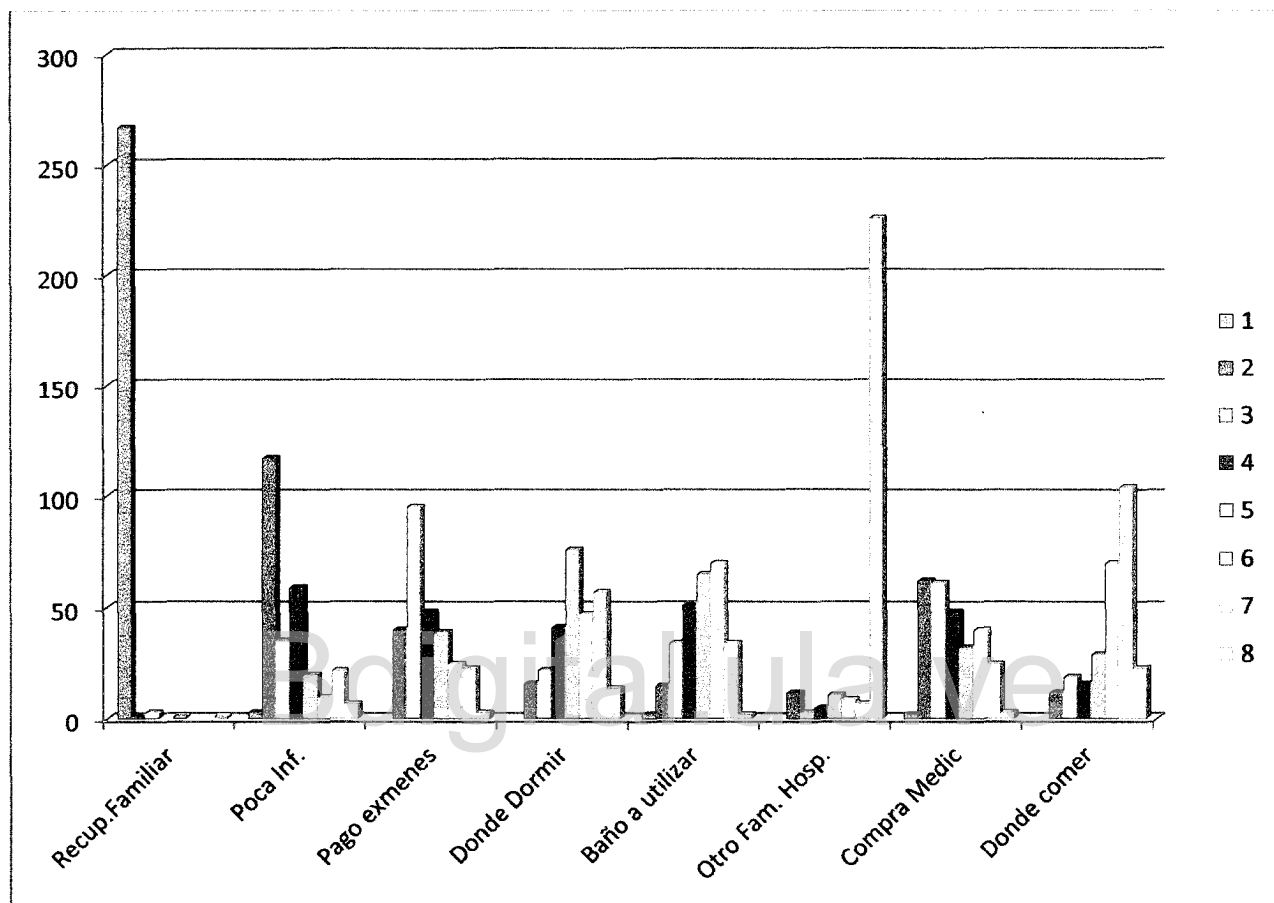
En la tabla 3 se especifica el parentesco encontrado entre el cuidador principal y su familiar hospitalizado observando que los familiares no nucleares conforman el mayor numero de cuidadores con el 59,3%, seguido por los que son parte del núcleo familiar (18,3%) sus parejas y solo el 8,1% está conformado por el renglón otros familiares, que abarca al cuidador que no es consanguíneo mas se considera parte de la familia.

Figura 3. Representación gráfica de la variable Cuenta con medios económicos para resolver la situación actual de su familiar



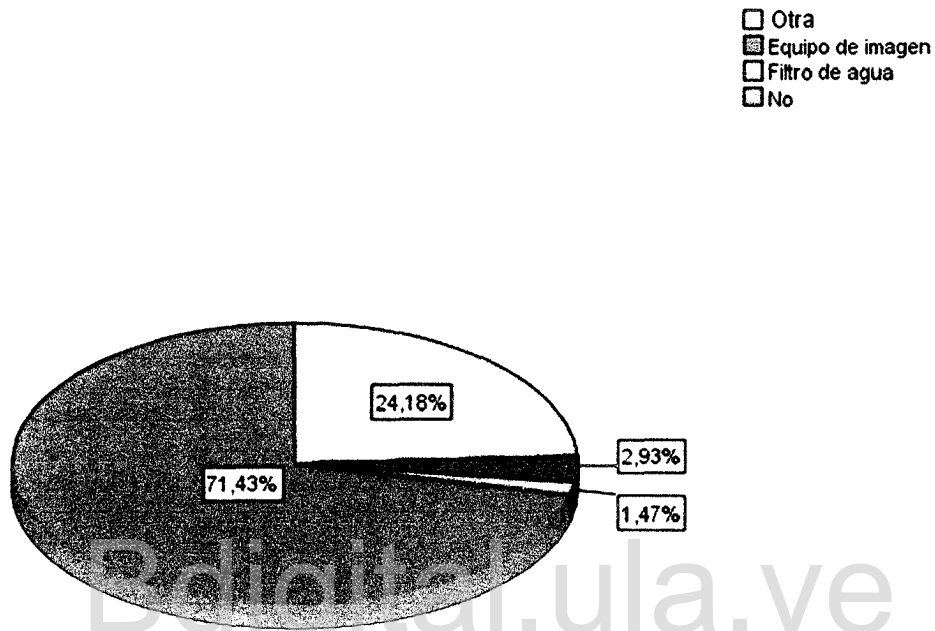
Se identificó a través de una encuesta los medios económicos que para el momento disponían los familiares para solventar la situación de su familiar hospitalizado y para ellos como cuidadores principales, pudiéndose destacar que el 26,7% no contaba con ningún medio económico, el 27,5 % tenía moderados y el 42,5 % tenían escasos medios con tan solo un 3,3% que refirió tener los medios suficientes para la situación actual en que se encontraban.

Figura 4. Representación Gráfica del nivel de importancia de las preocupaciones en los familiares encuestados



Se interrogó acerca de la preocupación principal que como cuidador pudiera existir con respecto a su familiar hospitalizado y a las condiciones que enfrentaban al desempeñar su rol en la emergencia del IAHULA. Se presentaron por medio de una encuesta 8 causas de preocupaciones y se les pidió que las organizaran de manera ascendente dependiendo de cuál de ellas consideraban la causa de mayor preocupación a la de menor preocupación, asignándoles un valor numérico entre 1 y 8, siendo el número 1 la que más preocupación les causara y el número 8 la que representase menor grado de preocupación por lo que en la figura 4 se representan cada ítem con 8 barras que demuestran los diferentes valores entre el 1 y el 8, se evidencia que la variable que prevaleció como la preocupación principal fue la recuperación del familiar. (Ver anexo2)

Figura 5. Representación gráfica de la variable Otra preocupación



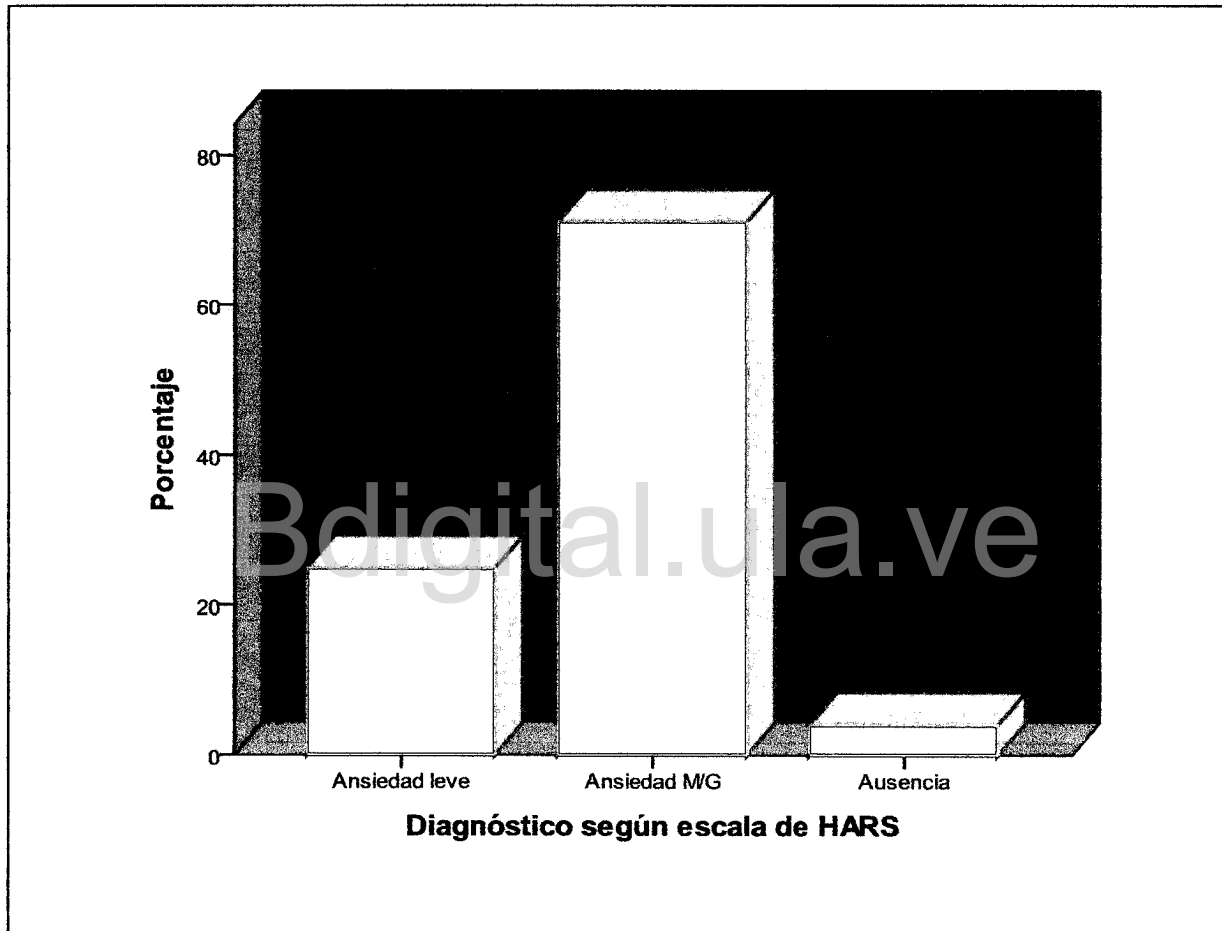
Del anterior test se desarrolló una novena opción que se clasificó como OTRA preocupación que pudiese existir que no estuviera contemplada en las preguntas anteriores de la que el 72,43% respondió que no existía otra preocupación y el 2,93% reportó preocupación por el no funcionamiento del equipo de imágenes (tomógrafo) como vemos en la figura 5.

Tabla 4. Distribución de frecuencia absoluta y relativa de la Ansiedad según la Escala de Hamilton para Ansiedad.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ausencia	11	4,0	
Ansiedad Leve	74	27,1	27,1
Ansiedad Moderada/Grave	188	68,9	96,0
Total	273	100,0	100,0

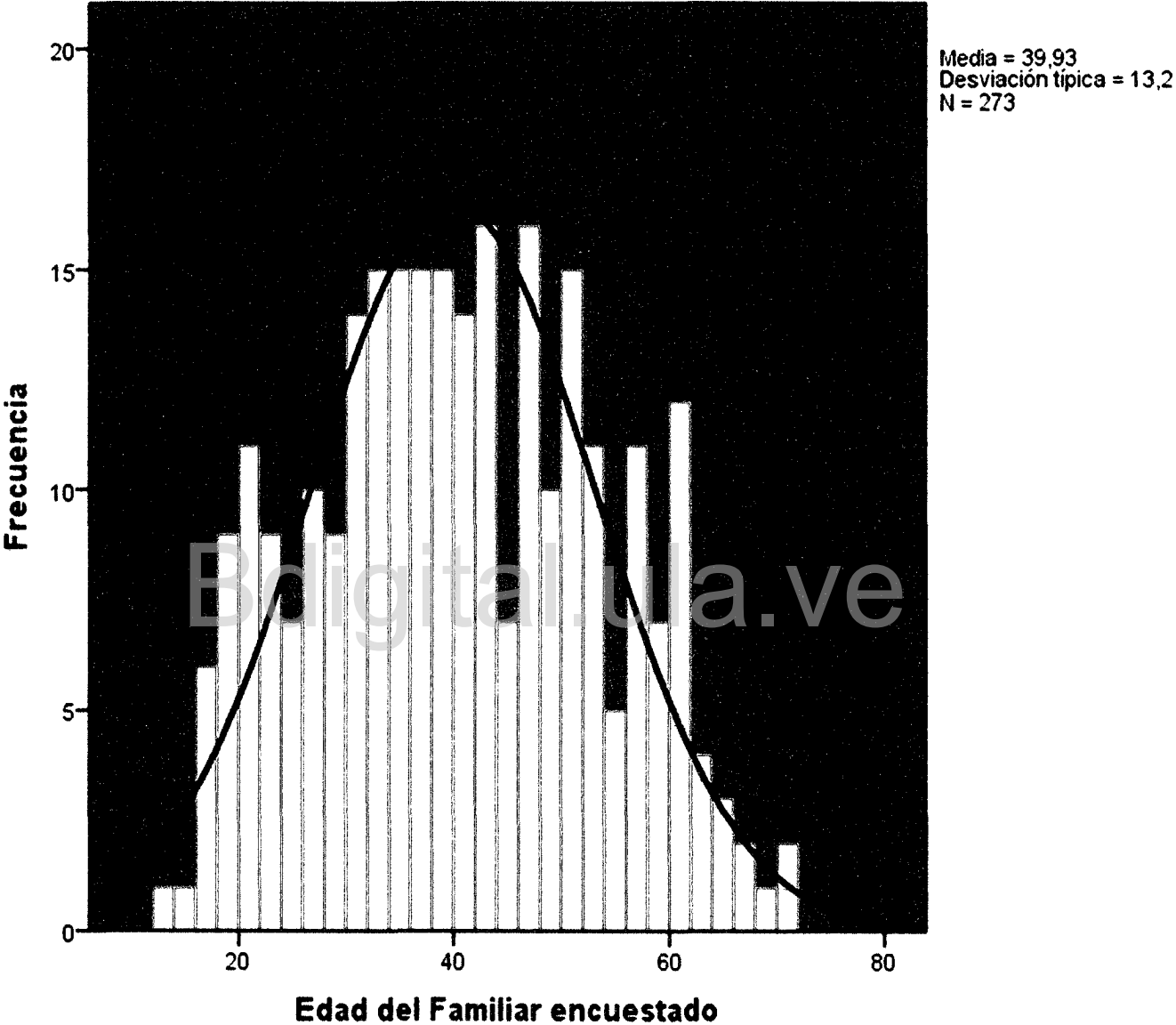
Se analizó la presencia de ansiedad en los familiares cuidadores mediante la escala de ansiedad de Hamilton observándose que el 96% de la población estudiada curso con ansiedad de los cuales el 68,9% tenían niveles moderados a graves de la misma.

Figura 6. Representación gráfica de la Ansiedad según Escala de Hamilton para Ansiedad



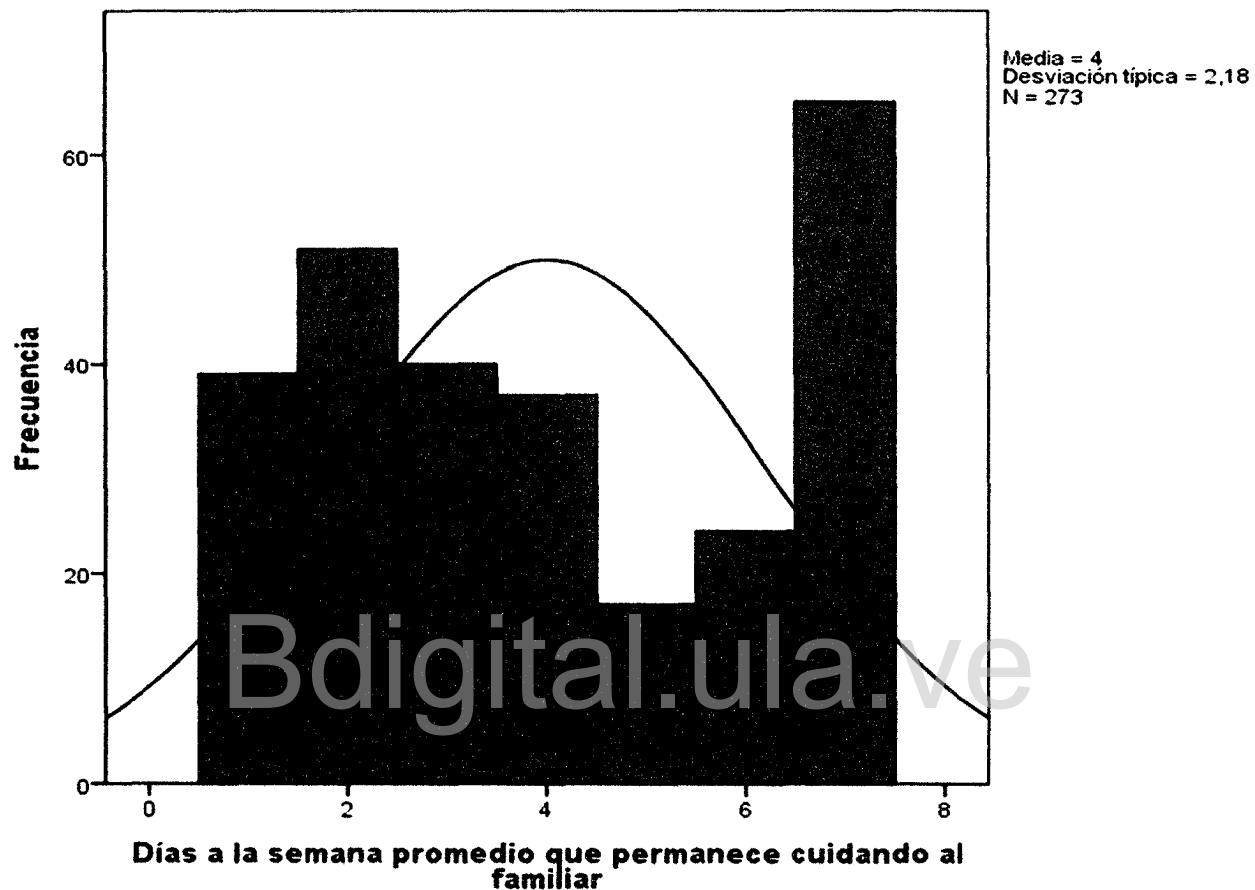
El 96 %de los familiares que participaron en este estudio presentaron ansiedad de los cuales el 68,9 % presentaron ansiedad moderada a grave como podemos igualmente destacar en la figura 6.

Figura 7. Histograma de la variable Edad



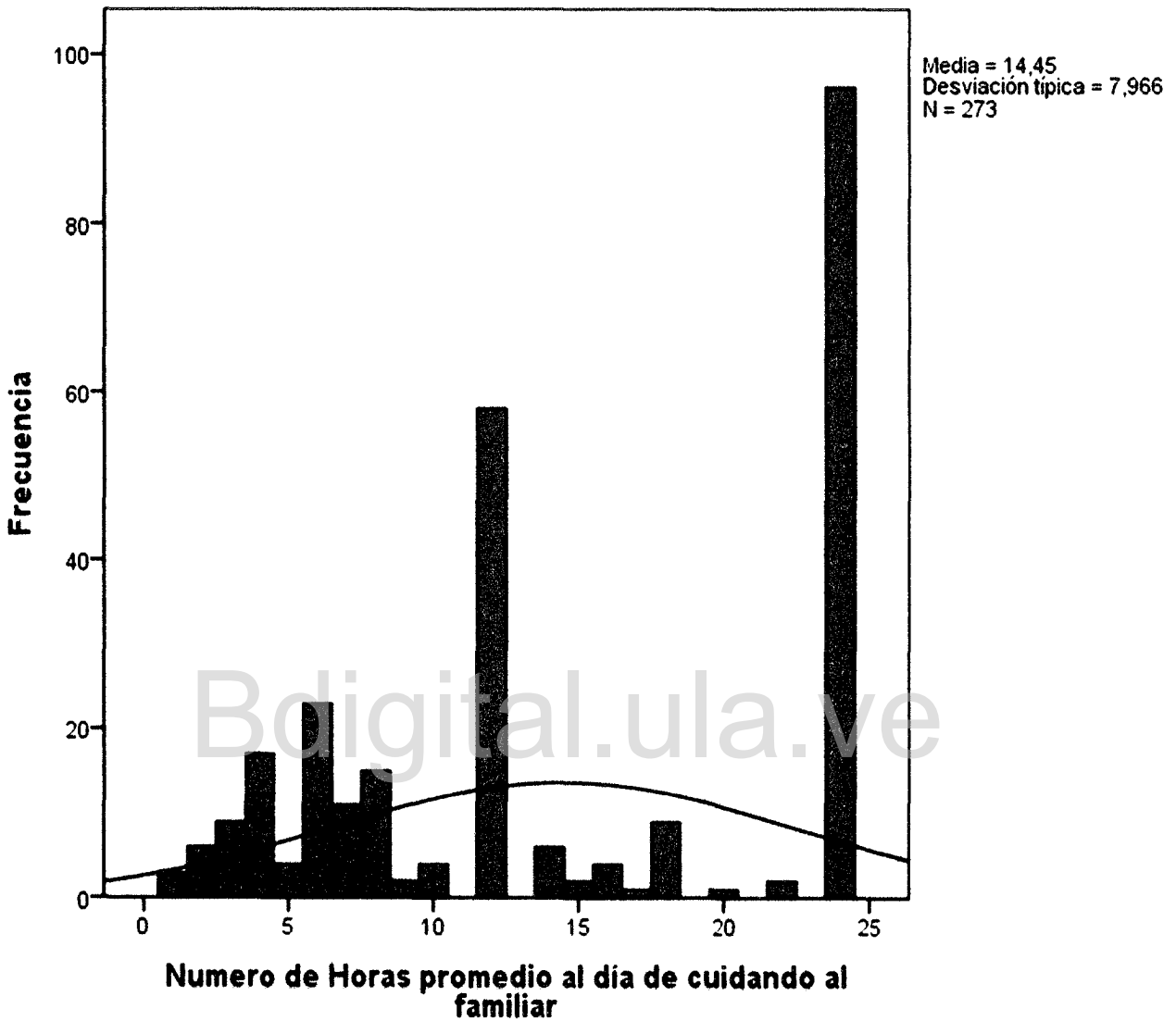
Se estudió la edad de los cuidadores familiares como variable socio demográfica variando desde los 18 años hasta 70 años con una media de 39,93

Figura 8. Histograma de la variable Días a la semana promedio que permanece el familiar como cuidador principal.



Una media de 4 días por semana es lo que permanecen los cuidadores de su familiar hospitalizado en la emergencia del IAHULA representado en la figura 8.

Figura 9. Histograma del Número de horas promedio al día que pasa el familiar como cuidador en la emergencia del IAHULA



Los familiares que ejercen el rol de cuidador permanecen en promedio 14,45 horas al día en la emergencia del IAHULA. Como se demuestra en la figura 9.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de las variables cuantitativas. Medidas de Tendencia central y de Dispersión.

	Edad del Familiar encuestado	Días de hospitalización del familiar	Número de Horas promedio al día cuidando al familiar	Días promedio a la semana que permanece cuidando al familiar	Resultados de la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS)
N	273	273	273	273	273
Media	39,93	7,58	14,45	4,00	21,73
Mediana	39,00	5,00	12,00	4,00	21,00
Moda	50	2	24	7	14
Desv. tip.	13,200	7,643	7,966	2,180	10,529
Varianza	174,249	58,414	63,461	4,754	110,862
Rango	57	56	23	6	48
Mínimo	13	1	1	1	1
Máximo	70	57	24	7	49

En la tabla 5 podemos observar las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables: edad, días de hospitalización del familiar con las horas y días promedio en que se ejerce el rol de cuidador y los resultados de la escala de Hamilton.

ANALISIS BIVARIABLE

Tabla 6. Análisis bivariable de Ubicación en la Emergencia por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad

		Diagnóstico según escala de HARS			
		Ansiedad leve	Ansiedad M/G	Ausencia	Total
Ubicación en la Emergencia	Observación mixta	50 (37,0%)	75(55,6%)	10(7,4%)	135 (100%)
	Trauma Shock	18(13,0%)	119(86,2%)	1(0,7%)	138 (100%)
Total		68(24,9%)	194(71.1%)	11(4%)	273(100%)

$X^2 = 32,37$, $p < 0,005$ Significativo.

En la tabla 6 se muestra el análisis bivariable de la ubicación en la emergencia del familiar hospitalizado y el diagnóstico según la escala de Hamilton, al aplicar el estadístico de X^2 se encuentra que las diferencias de frecuencias son significativas por lo que en este grupo de pacientes si existe una relación entre la ubicación del familiar hospitalizado y los niveles de ansiedad presentes en sus cuidadores.

Tabla 7. Estadísticos de las variables Resultado de la Escala de Hamilton para Ansiedad según la Ubicación en la Emergencia.

	Ubicación en la Emergencia	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resultados de la Escala de Hamilton para Ansiedad.	Observación mixta	135	18.61	10.517	.905
	Trauma Shock	138	24.78	9.642	.821

La tabla 7 muestra los estadísticos descriptivos de la variable de los resultados de la escala de Hamilton según la ubicación, en la cual podemos apreciar que el menor promedio se encontró en observación mixta (18.61) a diferencia de los ubicados en trauma shock (24.78). Al aplicar la prueba t para muestras independientes se encontró una t de -5.05 con un intervalo de confianza del 95% (-8.57 y -3.76) con una $p= 0,000$.

Tabla 8. Estadísticos de las variables Resultado de la Escala de Hamilton para Ansiedad, según Sexo del Familiar encuestado.

	Sexo del Familiar encuestado	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Resultados de la Escala de Hamilton para Ansiedad	Masculino	80	17.66	8.673	.970
	Femenino	193	23.41	10.788	.777

La tabla 8 muestra los estadísticos descriptivos de la variable de los resultados de la escala de Hamilton según el género, en la cual podemos apreciar que el menor promedio se encontró en el sexo masculino (17.66) y el mayor en las mujeres (23.41). Al aplicar la prueba t para muestras independientes se encontró una t de - 4.63 con un intervalo de confianza del 95% (-8.19 y -3.29) con una $p= 0,000$.

Tabla 9. Análisis bivariable de Parentesco recodificado por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad

		Diagnóstico según escala de HARS			Total
		Ausencia	Ansiedad leve	Ansiedad M/G	
Parentesco recodificado	FAMILIARES NO NUCLEARES	5	40	117	162
	OTROS FAMILIARES	3	8	11	22
	FAMILIARES NUCLEARES	1	13	36	50
	PAREJA	2	7	30	39
Total		11	68	194	273

$X^2 = 9,56$, $p=0,14$ No significativo

El análisis representado en la tabla 9 donde se evalúa el parentesco de los cuidadores y sus niveles de ansiedad al aplicar el estadístico de X^2 se encuentra que las diferencias de frecuencias no son significativas por lo que en este grupo de pacientes no se encontró una relación entre dichas variables.

Tabla 10 . Análisis bivariable de los diferentes niveles de ansiedad según la Escala de Hamilton para Ansiedad y el Grupo etario.

Grupo etario	Diagnóstico según escala de HARS			
	Ansiedad			Total
	Ausencia	Ansiedad leve	M/G	
≤ 25 años	1	12	26	39
26 a 45 años	6	36	93	135
46 y +	4	20	75	99
Total	11	68	194	273

$\chi^2 = 2,35$; $p = 0,67$ No significativo

El análisis representado en la tabla 10 donde se evalúa los diferentes grupos etarios de los cuidadores y sus niveles de ansiedad al aplicar el estadístico de X^2 se encuentra que las diferencias de frecuencias no son significativas por lo que en este grupo de pacientes no se encontró una relación entre dichas variables.

Tabla 11. Análisis bivariable de Nivel Educativo del Familiar encuestado por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad.

		Diagnóstico según escala de HARS			Total
		Ausencia	Ansiedad leve	Ansiedad M/G	
Nivel Educativo del Familiar encuestado	Básica	2	11	39	52
	Incompleta				
	Básica Completa	3	8	30	41
	Bachillerato Incompleto	1	19	38	58
	Bachillerato Completo	4	13	26	43
	Universitario Incompleto	0	4	19	23
	Universitario Completo	1	13	42	56
	Total	11	68	194	273

$X^2 = 11.370$, $p=0,33$ No Significativo.

El análisis representado en la tabla 11 donde se evalúa el nivel educativo de los cuidadores y sus niveles de ansiedad al aplicar el estadístico de X^2 se encuentra que las diferencias de frecuencias no son significativas por lo que en este grupo de pacientes no se encontró una relación entre dichas variables.

Tabla 12. Análisis bivariable de Cuenta con medios económicos para resolver la situación actual de su familiar por Diagnóstico según la Escala de Hamilton para Ansiedad

		Diagnóstico según escala de HARS			Total
		Ausencia	Ansiedad leve	Ansiedad M/G	
Cuenta con medios económicos para resolver la situación actual de su familiar	Ningún Medio	4	13	56	73
	Escasos Medios	6	34	76	116
	Moderados Medios	1	20	54	75
	Suficientes Medios	0	1	8	9
Total		11	68	194	273

$X^2 = 6,88$, $p=0,33$ No significativo.

En la tabla 12 se evalúa los medios económicos de los cuidadores y sus niveles de ansiedad, al aplicar el estadístico de X^2 se encuentra que las diferencias de frecuencias no son significativas por lo que en este grupo de pacientes no se encontró una relación entre dichas variables.

Tabla 13. Análisis bivariable de Horas de cuidado en categorías por Diagnóstico según escala la Escala de Hamilton para Ansiedad

		Diagnóstico según escala de HARS			Total
		Ausencia	Ansiedad leve	M/G	
Horas de cuidado al día en categorías	Más de 12 h	2	24	95	121
	Hasta 12 h	6	25	59	90
	Hasta 6 h	3	19	40	62
Total		11	68	194	273

$X^2 = 7,42$, $p = 0,12$ No significativo

En la tabla 13 se evalúa el número de horas al día que permanecen los cuidadores en la emergencia del IAHULA y sus niveles de ansiedad, al aplicar el estadístico de X^2 se encuentra que las diferencias de frecuencias no son significativas por lo que en este grupo de Pacientes no existe una relación entre el número de horas de cuidado y los diferentes niveles de ansiedad.

Tabla 14. Análisis bivariable de Días de Hospitalización por Diagnóstico según escala de la Escala de Hamilton para Ansiedad

		Diagnóstico según escala de HARS			Total
		Ausencia	Ansiedad leve	Ansiedad M/G	
Días de Hospitalización	Hasta 7 días	10	50	121	181
	8 a 15 días	1	15	59	75
	Más de 15 días	0	3	14	17
Total		11	68	194	273

$X^2 = 6,03$, $p = 0,2$ No significativo

En la tabla 14 se evalúa el número de días a la semana que permanecen los cuidadores en la emergencia del IAHULA y sus niveles de ansiedad, al aplicar el estadístico de X^2 se encuentra que las diferencias de frecuencias no son significativas, por lo que en este grupo de pacientes no se encontró una relación entre dichas variables.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Niveles de Ansiedad.

En la presente investigación se estudiaron 273 cuidadores principales de pacientes hospitalizados en la emergencia del IAHULA, de los cuales el 49,5% se encontraban en el área de observación mixta y el 50,5% en el área de Trauma Shock, se determinaron los niveles de ansiedad mediante la aplicación de la escala de Hamilton. De 273 familiares que participaron en este estudio, independientemente del área de hospitalización, el 96% de los cuidadores presentó ansiedad; de los cuales el 68,9 % tuvo ansiedad moderada a grave, porcentaje que nos parece bastante elevado y solo el 11% ansiedad leve; en comparación con el estudio Rodríguez B. y colaboradores²³, quienes reportan solo un porcentaje total del 36.5% de ansiedad. Por otra parte, nuestros resultados son similares a los encontrados por McAdam J. y col.²⁰ en áreas de cuidados intensivos donde el 80% de los cuidadores presentó ansiedad, con un 57% de niveles moderados a severos. Cifras similares se reportan en los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad psiquiátrica de agudos de nuestra ciudad, pues la autora Contreras M.²⁵ obtuvo 100% de ansiedad, de los cuales el 95% presentaron una intensidad moderada a severa.

A continuación se discutirán de forma secuencial los resultados obtenidos.

Características Socio Demográficas de la Población.

El 70,7% de nuestra población estudiada son cuidadores del sexo femenino, lo que coincide por lo reportado en la literatura por Rodríguez-Agudelo y col³⁵ Y y Contreras M.²⁵ quienes obtuvieron 75% y el 80% de familiares cuidadores del sexo femenino en sus respectivos trabajos.

La edad tuvo una media de 39,93 años similar a lo que Gerardo C y col.¹⁷ reportaron en su estudio donde obtuvo una media de edad de 39 años y con resultados similar a lo hallado por Duran S.²⁶ de 38 años.

De los 273 cuidadores familiares el 19% habían realizado estudios básicos incompletos y el 20,5% una educación universitaria culminada. Los cuidadores de los pacientes hospitalizados reportaron tener en general una ocupación no bien definida (39,56%) y solo el 8,42 % ejercía como profesional. No se encontró correlación entre el nivel de educación o profesión con los diferentes niveles de ansiedad.

Entre los parentescos encontrados los más frecuentes fueron los familiares no nucleares con un 59,3% seguido de los familiares nucleares con un 18,3%; en ambos grupos se halló un 72% de niveles moderados a severos de ansiedad, mas al realizar el analisis estadístico por el χ^2 encontramos que no existe correlación entre los niveles de ansiedad y el parentesco en contraparte a los resultados presentados por Rodríguez-Agudelo Y, y col³⁵, quienes destacan que los padres tuvieron puntajes más altos de ansiedad que los demás familiares $p(0,05)$.

Llama la atención que a pesar de que el 26,7% de los pacientes no contaba con ningún medio económico, el 27,5 % tenía moderados y el 42,5% tenían escasos medios con tan solo un 3,3% que refirió tener los medios suficientes para la situación actual en que se encontraban, no se obtuvo correlación entre los medios económicos y los niveles de ansiedad.

Tiempo de cuidado y números de días de hospitalización

Los días promedio de hospitalización para el momento de la encuesta variaron entre 1 y 57 días con una media de 5 días, de los cuales el familiar permaneció en promedio 14,45 horas al cuidado de su familiar, 4 días a la semana, similar a lo reportado por Rodríguez-Agudelo Y, y col³⁵, donde los cuidadores dedicaban entre 13 y 24 hs en actividades de cuidado al día, se destaca un 38% de cuidadores que permanecían 24 horas al día en áreas de cuidados intensivos reportado por Albístur M.²¹ y un promedio de 18h al día en diferentes áreas de hospitalización según Duran S.²⁶ más estos estudios no reportan la cantidad de días por semana en la que permanecían como cuidadores.

Preocupación Principal del Cuidador Familiar.

El 97,8 % de los cuidadores principales reportaron que su principal preocupación era la recuperación de su familiar. Recibir poca información fue la preocupación que ocupó un segundo lugar con un 42,9% seguido en tercer lugar por el pago de estudios y de laboratorios con 34,8%.

Análisis por Covariable.

Al determinar los niveles de ansiedad que presentaron los cuidadores según el área de hospitalización obtuvimos en el área de trauma shock un 86.2% de ansiedad moderada a severa, y en observación mixta un 55,5% con estos mismos niveles de ansiedad, concluyendo que en total de la muestra el 96% presentaban ansiedad para una $p < 0,000$ lo que hace significativo este estudio; De los estudios revisados solo el llevado a cabo por Gerardo C y col¹⁷, reportaron similitud de valores de ansiedad tanto en las áreas de cuidado crítico como en las áreas de hospitalización de bajo riesgo mas no destacan las cifras conseguidas por procedencia.

La población femenina cursó con altos niveles de ansiedad que al realizar la Prueba t conseguimos una $p= 0,000$ lo que demuestra que las mujeres cursan con mayores niveles de ansiedad.

No se halló correlación entre el número de horas ni días de cuidado con los niveles de ansiedad al contrario de lo reportado por Durán S.²⁶ quien halló mayores niveles de sobre carga en aquellos que se dedicaban más de 18 horas/día de cuidado, en ninguno de los trabajos revisados se reporto la posible relación entre las horas de cuidado al día y los niveles de ansiedad.

Durante la realización de éste estudio nos encontramos con algunas limitaciones que podrían influir en los resultados, tales como experiencias paralelas, percepciones personales u otras variables de los cuidadores que no se pudieron cuantificar dado que excedían los objetivos de ésta investigación.

Por lo tanto, los niveles de ansiedad aquí registrados corresponden solo al momento de realizada la encuesta, y por supuesto a las limitaciones propias de las respuestas subjetivas de los encuestados sobre todo en cuanto a determinar la intensidad de los síntomas y signos experimentados. A su vez, la encuesta aplicada en este estudio no determina o delimita en el tiempo el inicio o incremento de la sintomatología por lo que se dificulta determinar si el cuidador cursaba con un trastorno de ansiedad pre existente a la hospitalización de su ser querido.

Bdigital.ula.ve

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Conclusiones:

Los familiares cuidadores de los pacientes hospitalizados en el IAHULA en las áreas de trauma shock y observación se caracterizan por ser del sexo femenino, familiar no nuclear del paciente con un promedio de edad de 39,9 años, con educación de bachiller incompleta y escasos medios económicos para solventar la situación de hospitalización de su ser querido.

Se determinó que el 96% de la muestra tenían ansiedad de los cuales se hallaron niveles moderados y severos en el area de trauma shock con un 86.2% un 55,5% en observacion mixta lo que significa que los familiares de los pacientes hospitalizados en la emergencia del IAHULA cursan con altos niveles de ansiedad cualquiera que sea la ubicación de su familiar mas denotamos un predominio casi en su totalidad en los que se hayan en áreas de alto riesgo.

Se halló correlación significativa entre el género y la ansiedad prevaleciendo altos niveles en el sexo femenino.

No existe relación significativa entre los niveles de ansiedad con el nivel educativo, empleo, medios económicos, ni parentesco entre el cuidador y su familiar.

Tampoco conseguimos relación entre los días de hospitalización, número de horas y días de cuidado con los niveles de ansiedad.

La preocupación principal de los cuidadores es la recuperación de su familiar sobre cualquier otra preocupación personal o monetaria.

Por lo que concluimos que el tener un ser querido hospitalizado en el área de la emergencia genera ansiedad independientemente del nivel de educación, económico, el número de horas a su cargo y el parentesco que se tenga con el hospitalizado; Se tiene más riesgo de presentar ansiedad moderada a severa si el cuidador es mujer y el familiar se encuentra en un área de alto riesgo.

Recomendaciones:

Considerar la salud psicológica y física de los familiares cuidadores en el área de la emergencia del IAHULA ya que más de la mitad de ellos presenta niveles moderados a graves de ansiedad lo que puede ser muy perjudicial para la toma de decisiones y la recuperación de su familiar.

Crear grupos terapéuticos o de apoyo a los familiares por personal capacitado, con colaboración de los médicos y personal voluntario para mejorar y facilitar la estadía de estos en la emergencia.

Brindar mejores condiciones físicas, de infraestructura y logísticas en la emergencia para los cuidadores y resto de familiares, que permitan reducir otras variables que incrementan los niveles de ansiedad.

Realizar jornadas o programas educativos dedicados a la enseñanza de esta patología y a sensibilizar al personal de salud para reconocer y evitar el desarrollo de la ansiedad en los familiares cuidadores.

Realizar una línea de investigación que continúe con la valoración de los niveles de ansiedad de los familiares en el transcurso del tiempo para determinar cuántos de ellos pueden realizar trastornos psicológicos o físicos más graves y paralelamente desarrollar o implementar medidas preventivas o terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Aguila H. Encuesta sobre la presencia familiar durante los procedimientos invasivos y la reanimación. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2006;12-26.
2. Hernández G. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna *Revista Medicina Interna de Chile* 2005: 895-902.
3. Hicks. D. An Approach to the Patient with Anxiety. *Med Clin N Am* (2010) 94:1127-39.
4. Medina-Mora M. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26:1-16.
5. Rodríguez-Agudelo Y. Variables asociadas con ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedades neurodegenerativas. *Archivos de Neurociencia* 2010;15: 25-30.
6. Leske JS. Interventions to Decrease Family Anxiety *American Association of Critical-Care Nurses* 2002;22:61-5.
7. Velasco Bueno J. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Malaga; 2004.
8. Gallardo Jiménez N. Calidad en la atención e información: Opinión de los familiares. *NIF-R.*; 2010:19-23.
9. Zaforteza Lallemand C. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enfermería Intensiva* 2009;10:1-9.

10. Canut M. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva: Universidad de Barcelona; 1999
11. Stagnaro J. Historia de la Ansiedad. ANXIA 2008;14:14-6.
12. Scalabrini R. Ansiedad y sus Trastornos o la Ansiedad y su Trastorno. AATA Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad 2009;8:16-8.
13. Organización mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS.CIE-10 In: Informe de un Grupo Científico de la OMS, ed. Ginebra; 1990.
14. Escobar F. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Avances en Psiquiatría Biológica 2001;18:177-89.
15. Taboada. G. Terapias Biológicas. Semiología neuropsiquiátrica 1999:35-46.
16. Masana G. Nuevas teorías sobre la fisiopatología del trastorno de angustia. Rev. Psiquiatría 2001;28:384-91.
17. Esquivel Molina C. "Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados". Medicina Interna de México 2007;23:512-16.
18. Rodríguez-Landa J. Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad. Rev Biomed 1998;9:181-91.
19. Urrutia E. Ansiedad, diagnóstico y tratamiento. In: Psiquiatría. Madrid; 2000:1-9.
20. Mc Adam. J. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. Critical Care Medicine 2010; 38:1078-85.
21. Fisac V. Ansiedad y depresión en familiares y cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. In: medicospacientes.com; 2009.

22. Albístur C. La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivo. Revista Médica del Uruguay 2000; 16:243-56.
23. Rodríguez Vega B. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. The European journal of psychiatry 2002;16.
24. Azoulay E. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Francia 2005;171.
25. Contreras Cárdenas M. Niveles de ansiedad del familiar cuidador de pacientes hospitalizados en la unidad de psiquiatría de agudos. Mérida, Venezuela: Universidad de los Andes; 2005.
26. Durán Campos S. Sobrecarga psicofísica en cuidadores principales de pacientes pluripatológicos hospitalizados en el instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Venezuela: Universidad de los Andes; 2010.
27. Vallejo Ruiloba J. Transtornos aprensivos: ansiedad y depresión. In. 2 ed; 2000:148.
28. Dip S. Cuidador Principal. La Pampa, In. Centro Médico Especializado Infinito; 2004.
29. Useros M. El cuidador: concepto y perfil. In: Discapnet; 2009.
30. Dirección ejecutiva de normas técnicas para infraestructura en salud. In: Dirección general de salud Lima, Peru; 2000.
31. Trisancho Garzón A. Servicio de cuidados críticos y urgencias. Hospital "Juan Ramón Jiménez". Huelva. In: Emergencias 2001:320-4.

32. Lobo. A. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina Clínica de Barcelona 2002;118
33. Ruiz A. Epidemiología Clínica, Investigación Clínica. In: Panamericana, ed.1. Bogota; 2004. 493 509
34. Schlesselman. J. Tables of the samples size requirement for cohort and case- control studie of disease. Maryland; 1974.

Bdigital.ula.ve

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)

0 Ausente.

➤ **1 Intensidad ligera.**

➤ **2 Intensidad media.**

➤ **3 Intensidad elevada.**

➤ **4 Intensidad máxima**

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. TENSIÓN: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada					
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros Disnea (dificultad para respirar).					
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección					
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva.					

Tomado de :Salud Mental. AñoV, núm 3. 2005



**“NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES CUIDADORES DE LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL INSTITUTO
AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES”**

N° de Encuesta		Distrito sanitario:	
Edad			
Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	

Nivel de Educación:

Básica		Bachillerato		Universitario	
Incompleta	completa	Incompleta	completa	Incompleta	completa

Fecha de Encuesta		Número de horas promedio al día de cuidado:		Cuantos días a la semana promedio permanece cuidando al familiar:	
-------------------	--	---------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------	--

Fecha de hospitalización	
--------------------------	--

Parentesco	
------------	--

Ocupación del encuestado:	
---------------------------	--

Cuenta con medios económicos para resolver su situación actual de su familiar	Ningún medio__ Escasos medios__
	Moderados medios__ suficientes medios__

Preocupación principal:

Enumere del 1 al 8 su preocupación principal siendo el numero 1 el de más importancia y el 8 el de menor importancia; si considera que existe otra preocupación de importancia escribala en el espacio que se encasilla como: otra

Recuperación del familiar		Baño a utilizar	
Recibe poca información		Otro familiar hospitalizado	
Pago de estudios y laboratorios		Compra de medicamentos	
Donde dormir		Donde comer	
Otra:			

“NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES CUIDADORES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE TRAUMA SHOCK DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES”

Consentimiento Informado.

Se realiza una investigación para determinar los niveles de ansiedad que presentan las personas que ejercen un papel de cuidar a un familiar hospitalizado la información que usted aporte es confidencial, solo será evaluada con fines científicos y su participación es voluntaria, se utilizara una encuesta encontrada en la parte posterior, llamada “Escala de ansiedad de Hamilton”, no existe riesgo para usted o para el paciente al cual aporta cuidados. Este estudio es un requisito para el trabajo especial de grado para obtener el título de especialista en Medicina Interna.

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Estoy de acuerdo en contestar varias preguntas relacionadas al cuidado del paciente 2. Entiendo que la escala de ansiedad de Hamilton” no involucra ningún riesgo o malestar para el paciente o para mí. 3. Entiendo que la información que obtenga el investigador de mí, es confidencial y que en ningún momento al información será disponible para ser usadas por personas no relacionadas con la presente investigación. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Firma del voluntario	Firma del testigo
C.I:	C.I:
Nombre:	Nombre:
Firma del investigador	Firma del tutor: