

## Trabajo Fin de Grado

Factores que condicionan la ansiedad en los  
pacientes que acuden al servicio de urgencias  
del hospital "Obispo Polanco" de Teruel,  
durante el mes de Noviembre de 2012.

Autor/es

Marta Lizandra Escriche

Director/es

María del Pilar Chocarro Escanero

Universidad de Zaragoza / Escuela de Enfermería de Teruel

Año 2013

## 1. RESUMEN

Las situaciones que se viven día a día en los servicios de urgencias pueden llegar a estresar al usuario y generarle ansiedad, provocando un desequilibrio tanto físico como emocional e interfiriendo así en su estado de salud, de ahí la importancia de conocer los factores que condicionan la aparición de esta alteración.

Se realiza un estudio descriptivo, transversal realizado en el servicio de urgencias del hospital Obispo Polanco de Teruel durante el mes de noviembre de 2012, a través de un cuestionario de variables socio-demográficas y el cuestionario estado-rasgo de ansiedad STAI, de los que tras su estudio mediante el programa SPSS se obtuvo que las variables tener pareja y tener miedo al dolor presentaban relación estadísticamente significativa con el aumento del grado de ansiedad.

Queda evidenciado el elevado nivel de ansiedad de los pacientes que acuden a este servicio, por ello tanto el personal de enfermería como otros profesionales deberían tenerlo en cuenta para aplicar medidas de prevención y/o disminución de la misma y así proporcionar una mejor atención a nuestros pacientes favoreciendo su estado de salud.

**Palabras clave:** Ansiedad, urgencias, Teruel

## ABSTRACT

Day by day, we live situations in emergency medicine which can cause stress to workers and produce anxiety, this is caused by an unbalance both physical as emotional that interfere in their state of health, so it is important to know the factors that determine the appearance of this alteration.

A descriptive transverse study is carried out in emergency medicine at the Hospital "Obispo Polanco" in Teruel 2012, through variables socio-

Marta Lizandra Escriche  
Universidad de Zaragoza / Escuela de Enfermería de Teruel

demographics questionnaires and the questionnaire "State-Trait anxiety Inventory STAI", so after their study through "SPSS program", we obtained the following results: If you have a couple and you are afraid of grief, you have a higher anxiety level.

There is a higher level of anxiety between patients who uses these services, because of this, nurses and other people should bear them in mind to take precautionary measures for prevention or the reduction of it. This way, we can provide a better attention to our patients and improve their health.

**Key words:** Anxiety, emergency, Teruel

## 2. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN

Según la North American Nursing Diagnosis Associations (NANDA), la ansiedad es una etiqueta diagnóstica y la define como: *"La sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza"*.<sup>1</sup>

El incremento de esta sensación de malestar favorece el agravamiento de la sintomatología vegetativa: taquicardia, sudoración, temblor, molestias en el estómago, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dolor de cabeza, mareos, náuseas etc.<sup>2</sup> Esto provoca en el usuario una sensación de amenaza, emergiendo esta respuesta que denominamos ansiedad. El estado de salud es un factor influyente en la misma, sobre todo en aquellas situaciones relacionadas con la aparición brusca de enfermedades, la urgencia vital, las preocupaciones sostenidas por el estado de salud, los cuidados requeridos o la separación de personas queridas. Algunas de ellas generan la necesidad de acudir al Servicio de Urgencias de un hospital, un medio desconocido o diferente al que deben hacer frente. Los diferentes tratamientos utilizados por los profesionales provocan efectos negativos en el paciente que se traducen en ansiedad.<sup>3</sup>

Al valorar a los enfermos ingresados en hospitales no psiquiátricos por procesos agudos orgánicos, se obtienen prevalencias de ansiedad que oscilan entre el 16% y el 30%, atendiendo a la presencia de síntomas recogidos mediante cuestionarios validados. Cuando se exigen los criterios diagnósticos del DSM (criterios propuestos por la Asociación Americana de psiquiatría) recopilados mediante entrevista estructurada, las cifras de prevalencia descienden a valores del 6% al 17%.<sup>4</sup>

Se ha documentado que estos trastornos están infradiagnosticados e infratratados, quedando así reflejados como diagnóstico al alta o en el curso clínico tan sólo del 1 al 3% de los casos, y más del 60% permanece sin tratamiento durante la hospitalización o en el seguimiento posterior. La

detección de la sintomatología ansiosa o depresiva no manifiesta requiere la sospecha clínica o tiempo de relación con el enfermo, lo que explicaría un mayor reconocimiento por enfermería que por el personal médico.<sup>4</sup>

Numerosos estudios de los determinantes de salud corroboran que en el origen de estos trastornos de ansiedad están implicados los genes, pero la predisposición genética no comporta que se desarrolle necesariamente la enfermedad, por otra parte los factores ambientales son fundamentales (un trauma en la infancia puede desencadenar un trastorno de ansiedad en la edad adulta, por tanto a este nivel no habría posibilidad de actuación).<sup>5</sup>

Hay estudios que indican que los enfermos (diagnosticados de ansiedad) desconocían el diagnóstico médico porque habían recibido menos información sobre su enfermedad, o porque fueron menos capaces de asimilarla y comprenderla si se les proporcionó, y por tanto sería necesario mejorar la información que se facilita a los pacientes. El mantenimiento de la ansiedad puede facilitar un mayor deterioro funcional, y una peor calidad de vida relacionada con la salud. Se ha hallado una persistencia de la ansiedad en el 50% de los enfermos en la valoración realizada un mes después del alta hospitalaria, lo que podría indicar que algo estamos haciendo mal con respecto a la atención prestada.<sup>4</sup>

La familia dentro del proceso enfermedad va a jugar un papel importante; así como conocer a alguien dentro del hospital, para pedirle ayuda, hablar, romper el hielo en ese ambiente desconocido para nuestro paciente...<sup>6</sup>

Los Servicios de urgencias se caracterizan por un ritmo de trabajo rápido, un gran volumen de pacientes y la existencia de situaciones críticas, lo que implica que puedan plantearse problemas o dificultades en el proceso de información y realización de técnicas al usuario, debido tanto a las características del servicio, como al padecimiento o enfermedad que conlleva siempre pensamientos y sentimientos asociados que mediatizan las respuestas de salud de la persona enferma.<sup>7</sup>

El servicio de urgencias es una unidad que somete a los familiares y/o acompañantes a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación. Mira J. et al, en su estudio sobre las causas de satisfacción e insatisfacción

en urgencias, detectaron que la ausencia de información durante la espera constituye uno de los motivos de insatisfacción más citados por los familiares y acompañantes. Se hace necesaria por tanto una adecuada comunicación de todo el equipo médico y enfermero con el paciente y sus acompañantes.<sup>7</sup>

Otras situaciones que vivimos día a día en los servicios de urgencias, como la demora en pruebas diagnósticas, la llamada para una valoración por un especialista... también pueden llegar a estresar al usuario.<sup>8</sup>

Para el personal de enfermería el ingreso de un paciente al hospital es un procedimiento de rutina que realiza diariamente, sin embargo para el paciente, puede ser una experiencia aterradora, especialmente cuando no está familiarizado con el hospital, el personal y las rutinas de este tipo de instituciones. Esto le genera un alto nivel de estrés, provocándole alteraciones en todas sus áreas de funcionamiento, produciendo un desequilibrio no sólo fisiológico sino emocional.<sup>9</sup>

El estudio de Megivern concluye que aspectos psicosociales tales como habilidades personales, amabilidad y ayuda del personal enfermero aumentan la satisfacción de los pacientes<sup>10</sup>; sin embargo, según Lewis y Woodside, hay una mayor dedicación del personal enfermero a la competencia técnica que a los aspectos psicosociales, influyendo en esto la carga de trabajo del servicio.<sup>11</sup>

Florence Nightingale, a finales del siglo XIX, redacta los primeros estándares de calidad en enfermería, y es en la década de 1950 y 1960 cuando Donabedian impulsa el control de la calidad asistencial, dotándola de doctrina y metodología, definiéndola como aquella que proporcione al paciente el máximo y más completo bienestar tras valorar el balance de ganancias y pérdidas del proceso.<sup>12</sup>

Davis en 1998 diseña una escala que mide la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias: Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS).<sup>13</sup>

La ansiedad influye en el detrimento del bienestar de la persona, y en los servicios de urgencias existe una elevada prevalencia de ansiedad por parte

de los pacientes, por tanto, la disminución de esta, como intervención enfermera, contribuye a la satisfacción, bienestar físico y psicológico del usuario y su familia.<sup>2</sup>

Nos gustará saber cuáles son los desencadenantes de esa ansiedad o temor, identificar los estresores de los usuarios de urgencias, hasta conocer por qué surge para poder mejorar el ambiente de trabajo, los canales de comunicación...

Como parte del equipo de atención del Servicio de Urgencias una de las funciones del personal de enfermería consistirá en reconocer esta respuesta inadaptada y tenerla en cuenta en la planificación de los cuidados.

El conocimiento, evaluación y reflexión sobre las diferentes situaciones que suscitan la aparición del diagnóstico de enfermería (DdE) "Ansiedad", en los pacientes atendidos en este servicio, es el eje de inicio de este estudio. En investigaciones posteriores será de elevado interés conocer qué produce los elevados niveles de ansiedad. La calidad asistencial está relacionada directamente con la presencia de signos de ansiedad, la aparición de dicha respuesta aumenta el grado de insatisfacción del paciente.

Entre la bibliografía consultada no hay muchos estudios del estrés generado por el evento de la hospitalización. La mayoría de los estudios, son relacionados con eventos específicos que provocan estrés (enfermedades crónicas, el periodo preoperatorio, enfermedades terminales), por ello puede resultar útil este estudio.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Generales:**

-Conocer los factores que condicionan la aparición de ansiedad en el servicio de urgencias del hospital "Obispo Polanco".

#### **Específicos:**

-Conocer la prevalencia, según grados, de ansiedad en un momento determinado, de los pacientes atendidos.

-Mejorar el bienestar de los pacientes en el servicio de urgencias.

-Mejorar el trabajo de enfermería en sí mismo y con otros miembros del equipo sanitario de la unidad, para garantizar unos cuidados más integrales.



#### **4. METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo, transversal, realizado en el servicio de urgencias hospitalarias del hospital Obispo Polanco de Teruel (cuenta con 5 boxes, una sala de curas, una sala de traumatología y el hospital de día con 7 camas).

El periodo de estudio fue del 05/11/2012 hasta el 30/11/2012 desde las 08:00 hasta las 15:00 durante dos semanas y desde las 15:00 hasta las 22:00 durante otras dos semanas.

El tamaño de la muestra necesario para estimar la proporción de pacientes que sufren ansiedad se calculó con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 90%, resultando un total de 51 individuos.<sup>14</sup>

Se utilizó el cuestionario estado-rasgo STAI (ANEXO I), y un cuestionario para la descripción de las variables sociodemográficas (Anexo II).

Se les explicó el propósito del estudio, su carácter voluntario, anónimo y confidencial, y se les solicitó el consentimiento oral.

Los cuestionarios fueron distribuidos y cumplimentados por los pacientes en el servicio de urgencias, en un tiempo aproximado de 15 minutos, si el paciente o el familiar necesitaban ayuda para rellenarlo, fueron ayudados por el personal de enfermería.

Se recogió información sobre las variables independientes (Anexo II). Los ítems relacionados con datos socio-demográficos y el Servicio de Urgencias están validados, ya que forman parte de la Encuesta Nacional de Salud de 2001. Los relacionados con el servicio de urgencias, se validaron a través de un estudio piloto que se realizó con un número de individuos equivalente al 10% del tamaño muestral predeterminado, que verificó la aplicabilidad del instrumento de medida.<sup>4</sup>

La variable dependiente, nivel de ansiedad, fue analizada mediante el cuestionario STAI que comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R) (Anexo I). Se ha utilizado únicamente la escala de ansiedad como estado.<sup>15</sup> (Anexo III)

Se establecieron grados dentro del concepto de ansiedad (los puntos de corte establecidos son: entre los percentiles 1 y 23, baja ansiedad; entre los percentiles 25 y 75, media ansiedad; y entre los percentiles 77 a 99, alta ansiedad) según la Tabla de baremos (Anexo IV).<sup>15</sup>

A través de las respuestas de los cuestionarios se realizó un estudio descriptivo, caracterizando las variables cualitativas por la frecuencia, porcentaje, porcentaje válido y acumulado.

Se ha realizado el análisis con el paquete de programas de SPSS 15.0 para Windows, para evaluar la existencia de asociación significativa entre las variables explicativas y la variable resultado:

Para valorar la asociación con variables cualitativas se han utilizado las pruebas de la chi-cuadrado (cuando menos del 20% tienen una frecuencia inferior a 5) y Asociación lineal por lineal (cuando más del 20% tienen una frecuencia inferior a 5).

Criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre 15 y 99 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de corta estancia

- Pacientes con problemas de comunicación o dificultades para contestar adecuadamente el cuestionario.

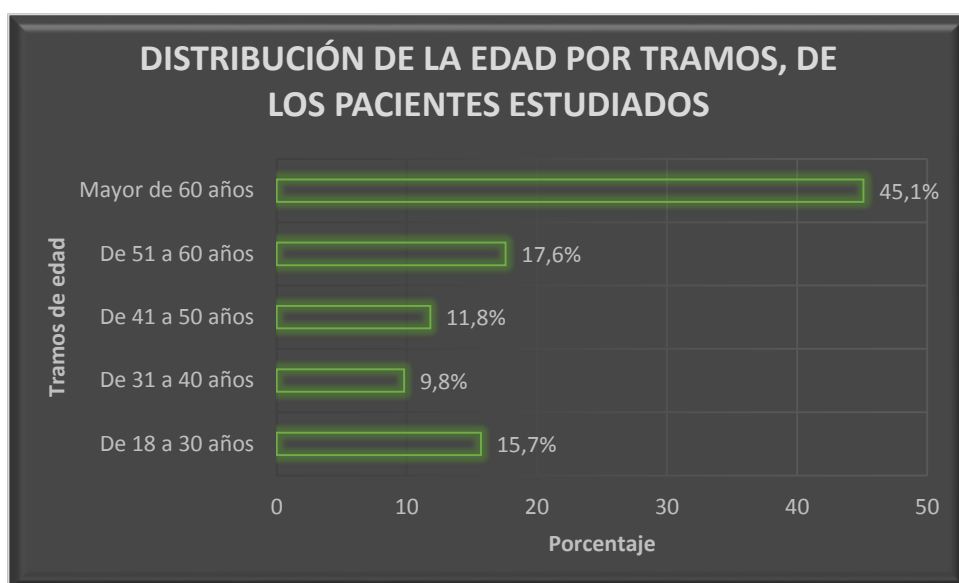
- Pacientes que no hablan el castellano, deterioro cognitivo, desorientación temporo-espacial, disminución del nivel de conciencia o tienen grave afectación del estado general.

- Pacientes con ansiedad crónica diagnosticada, enfermos psiquiátricos.

## 5. RESULTADOS

El grado de ansiedad de los pacientes es medio-alto en un 82,3% (Tabla 1).

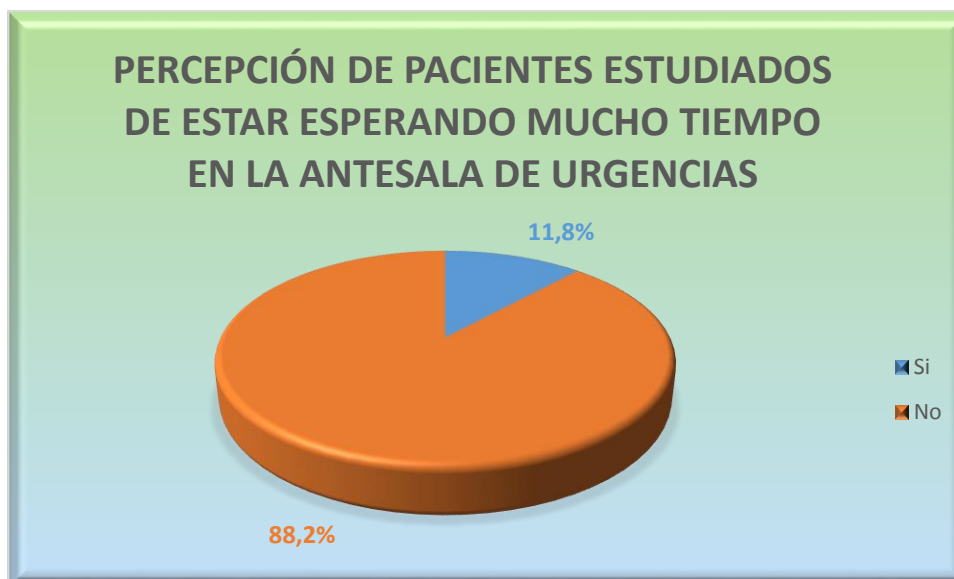
Se realizó el cuestionario a 51 pacientes, de los que el 45,1% eran varones y el 54,9% mujeres.



Un total de 30 pacientes de los 51 estudiados están casados o en pareja y con un nivel de ansiedad medio/alto.

La mayoría de los pacientes son jubilados (45,1%).

El 64,7% de los pacientes no tienen estudios, o tienen estudios primarios.



El 68,6% de los pacientes ya habían estado alguna vez en el servicio de urgencias.

Un 96,1% no bebe alcohol habitualmente y un 92,2% no fuma habitualmente.



Todos los pacientes con miedo al dolor tienen ansiedad media/alta, mientras que con ansiedad baja no hay ningún caso.

Un 82,4% no tiene miedo a los procedimientos diagnósticos.

El 66,7% de los pacientes no tienen miedo al resultado.

Tras el análisis, las variables estado civil y tener miedo al dolor mostraron una asociación estadísticamente significativa con la variable resultado. La variable estado civil tiene más del 20% de casillas una frecuencia esperada inferior a 5, por lo que se aplica la asociación lineal por lineal ( $p = 0,045$ ) (Tabla 2.1). La variable miedo al dolor tiene menos del 20% de casillas una frecuencia esperada inferior a 5, por lo que se aplica la prueba chi-cuadrado ( $p = 0,010$ ) (Tabla 3.1).

No se halló asociación estadísticamente significativa entre el resto de variables estudiadas y la presencia de ansiedad.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan un elevado grado de ansiedad en los pacientes atendidos en el área de urgencias.

Entre los datos obtenidos y más relevantes, se ha observado un elevado nivel de ansiedad entre los pacientes casados/con pareja y los que tenían miedo al dolor.

El por qué de la asociación con tener pareja podría venir determinado por lo que supone el estar preocupado por ella mientras se espera en urgencias. Sería interesante conocer si tal preocupación podría reproducirse, si se recogiesen como variables explicativas por separado el hecho de tener pareja y de tener hijos a cargo. Aunque debido al diseño empleado del estudio no es posible establecer ninguna relación de causalidad entre las variables explicativas y la variable resultado, dicha variable se puede recoger como dato importante en una primera valoración inicial para poder prestar una buena calidad asistencial.

Los resultados de este estudio han coincidido en parte con otros autores. Los niveles de ansiedad en cualquier Servicio de Urgencias son elevados sin tener nada que ver el tipo de información o el tipo de cuidados. Pasar por un servicio de urgencias se asocia con aumento de los niveles de ansiedad, independientemente de que los pacientes estén satisfechos con los cuidados enfermeros, de ver expresiones de agrado entre los profesionales o de ver resuelto el problema de salud por el que acudieron a urgencias.<sup>16</sup> De todas las variables explicativas la única con asociación significativa que se encontró en otro estudio fue la de tener pareja. Según los resultados de ese estudio, en las personas que tienen pareja hay una probabilidad de hallar ansiedad en urgencias 3,41 veces mayor que en las que no la tienen.<sup>3</sup>

En el estudio realizado por Aneiros MM se obtiene, al igual que en este estudio, que los pacientes del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol se sienten informados, tanto de las pruebas solicitadas (un 81,3% responden que siempre o casi siempre), como de los tratamientos administrados (72,2%), pero no se puede obviar que, aunque el porcentaje es pequeño, todavía hay pacientes que explican que no reciben información

nunca (11 de 240 pacientes) o escasas veces (24 de 240 pacientes) sobre en qué va a consistir su tratamiento.<sup>7</sup>

Domínguez D et al destacan en su estudio que dar información en presencia del acompañante es de gran ayuda en la comprensión de la información, ya que, probablemente, este no se encuentre tan estresado como el propio paciente y sea más receptivo. Además la presencia del acompañante aporta una mejora significativa en el hecho de entender el informe de alta.<sup>7</sup>

Entre los posibles sesgos a tener en cuenta hemos destacado la variedad de pacientes excluidos, la supresión de las encuestas durante el turno de noche (debido a la disponibilidad de la enfermera) o el trato prestado por el médico, son otras limitaciones que podrían haber influido sobre la variable respuesta. Otra limitación podría venir dada por el hecho de que la valoración de la ansiedad no siempre se efectúa en el propio Servicio de Urgencias, sino tras el alta o el ingreso.

Con una muestra mayor es más fácil hallar asociaciones, por lo que queda la duda de si la falta de asociación de algunas variables explicativas con la variable resultado pueda deberse a una muestra demasiado pequeña.

Otra limitación de este estudio es la dificultad que conlleva pasar los cuestionarios a los pacientes que ingresan en urgencias, debido a su estado de salud, no resulta ético el hacerles rellenar dichos cuestionarios, además, no sólo por la ética del enfermero que las realiza, sino por la imposición de otros profesionales de la unidad.

## **CONCLUSIONES**

- Se ha evidenciado la existencia de ansiedad en los pacientes que hacen uso del Servicio de Urgencias.
- Todas las variables recogidas podrían asociarse con la aparición de la ansiedad, pero sólo tener pareja y tener miedo al dolor, presentan asociación significativa.
- El personal de enfermería debería tener en cuenta la ansiedad del paciente en el Servicio de Urgencias, por su elevada frecuencia. Es muy importante la comunicación entre el profesional y el enfermo, recurrir a otros profesionales, facilitar la comunicación con sus familiares, lugar de trabajo o aquellas personas o situaciones que puedan generar ansiedad, y ser flexibles con algunas visitas aunque estén fuera del horario establecido. Así mismo debemos comunicar al paciente si se le fuera a realizar alguna técnica dolorosa e indicarle el grado de dolor que puede sentir, y si no es así comunicarlo también para disminuir su estado de ansiedad por ese miedo.
- Recoger este dato en la valoración inicial sirve como herramienta para saber cuándo prestar ayuda psicológica o buscar a profesionales que se lo presten.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Heather T. NANDA-I Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2009.
2. Gómez C, Rodríguez MJ. Ansiedad percibida por el paciente con dolor torácico en Observación de Urgencias: Estudio fenomenológico. Paraninfo Digital. 2011 [acceso 26 de enero de 2013]; 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/021d.php>
3. Ajejas J, Pérez N. Ansiedad en pacientes que acuden al servicio de urgencias. Evidentia 2006 nov-dic. [acceso 21 de enero de 2013]; 3(12). Disponible en: <http://www.indexf.com/evidentia/n12/267articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
4. Grau A, Suner R, Abuli P, Comas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. Med Clin (Barc), 2003; 120(10):370-375.
5. Torrades S. Ansiedad y depresión: evidencias genéticas. Offarm. 2004; 23(3): 126-29.
6. Mostazo FJ. Mi primera hospitalización. Archivos de la Memoria 2006; 3(3).
7. Aneiros MM. Satisfacción con la información recibida en un Servicio de Urgencias. Metas de enferm. 2013; 16(3):22-29.
8. Mostazo F, Sánchez S, Camaño A. Influencia del Entorno del Área de Urgencias en la Calidad de los Servicios Prestados. Biblioteca Las casas 2008 [acceso 26 de enero de 2013]; 4(3). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0332.php>
9. Pérez MC, Espino ME. Prevención Secundaria de enfermería en la disminución de estrés en pacientes que ingresan en urgencias. Desarrollo científ Enferm. 2006; 14(3).
10. Megivern K, Halm MA, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. J Nurs Care Qua. 1992; 6:9-24.
11. Lewis KE, Woodside RE. Patient satisfaction with care in the emergency department. J Adv Nurs. 1992; 17:959-64.
12. Greeneich D. The link between new and return business and quality of care: Patient satisfaction. ANS Adv Nurs Sci. 1993; 16: 62-72.

13. Davis BA, Kiesel CK, Mc Farland J, Collard A, Coston K, Keeton A. Evaluating instruments for quality: Testing convergent validity of the consumer emergency care satisfaction scale. J Nurs Care Qual. 2005; 20:364-8.
14. Pita, S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: Fistera.com; 1996- [actualizada el 1 de diciembre de 2010; acceso 19 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.fistera.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp#biblio>
15. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., y Lushene R.E. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Madrid: TEA; 1988.
16. Pierantognetti P, Covelli G, Vario M. Anxiety, stress and preoperative surgical nursing. Prof Inferm. 2002; 55(3): 180-191.

## Anexo I

### Cuestionario estado-rasgo STAI (State-Trait anxiety Inventory, STAI)

**A-E** **INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado ...	0	1	2	3
2. Me siento seguro ...	0	1	2	3
3. Estoy tenso ...	0	1	2	3
4. Estoy contrariado ...	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto) ...	0	1	2	3
6. Me siento alterado ...	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras ...	0	1	2	3
8. Me siento descansado ...	0	1	2	3
9. Me siento angustiado ...	0	1	2	3
10. Me siento confortable ...	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
12. Me siento nervioso ...	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado ...	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido) ...	0	1	2	3
15. Estoy relajado ...	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho ...	0	1	2	3
17. Estoy preocupado ...	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado ...	0	1	2	3
19. Me siento alegre ...	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien ...	0	1	2	3

#### A. Estado

$$3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A$$

$$1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B$$

$$30 + A - B =$$

## Anexo II

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer

**Edad:** ☐ De 18 a 30 ☐ De 31 a 40 ☐ De 41 a 50  
☐ De 51 a 60 ☐ Mayor de 60

**Estado civil:** ☐ Soltero/a ☐ Casado/a o en pareja  
☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a

**Situación laboral:** ☐ Activo ☐ Parado ☐ Jubilado ☐ Ama de casa  
☐ Estudiante

**Nivel académico:** ☐ Sin estudios ☐ Estudios primarios  
☐ Estudios secundarios ☐ Bachillerato/FP ☐ Estudios universitarios

**¿Siente que estuvo mucho tiempo esperando en la antesala de urgencias?** ☐ Sí ☐ No

**¿Es su primer ingreso en la unidad de urgencias?** ☐ Sí ☐ No

**¿Es consumidor de más de una copa de alcohol/día?** ☐ Sí ☐ No

**¿Es consumidor habitual de tabaco?** ☐ Sí ☐ No

**¿Es consumidor habitual de café?** ☐ Sí ☐ No

**¿Padece alguna enfermedad?** ☐ Sí ☐ No

**¿Siente temor a padecer dolor?** ☐ Sí ☐ No

**¿Siente temor hacia la incapacidad?** ☐ Sí ☐ No

**¿Siente no estar bien informado o tener información equivocada?**

Sí ☐ No ☐

**¿Siente temor hacia los procedimientos diagnósticos?** Sí ☐ No ☐

**¿Siente temor hacia el pronóstico o resultado?** ☐ Sí ☐ No

### **Anexo III**

#### **Instrucciones Cuestionario STAI:**

El paciente deberá poner una cruz sobre uno de los números de 0 a 3 impresos en el ejemplar después de cada frase, en total 20 elementos. Las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va desde 0 a 3 puntos en cada elemento. En algunos elementos el punto 3 indica un nivel alto de ansiedad y en otros elementos el punto 3 indica un nivel bajo de ansiedad. Hay 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida. Los de escala directa son los siguientes:

A/E (A): 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18.

Los de escala invertida son los siguientes:

A/E (B): 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Para obtener la puntuación debe resolverse la operación indicada:

$$30 + A - B =$$

En estudios anteriores se vio que el cuestionario STAI poseía una buena consistencia interna (entre 0,90 y 0,93) y una fiabilidad de 0,94.<sup>15</sup>

## Anexo IV

Tabla de baremos del Cuestionario Estado-Rasgo STAI

Centiles	Puntuaciones directas								Decatipos
	Adolescentes				Adultos				
	VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES		
	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	—	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	—	—	15	—	13	—	14	—	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	—	—	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
Desviación típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	8,89	11,93	10,05	Desviación típica

Factores que condicionan la ansiedad en los pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital "Obispo Polanco" de Teruel, durante el mes de Noviembre de 2012.

### Grado de ansiedad (Tabla 1)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo	9	17,6	17,6	17,6
	Medio	22	43,1	43,1	60,8
	Alto	20	39,2	39,2	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

## Grado de ansiedad \* Estado civil (Tabla 2)

Tabla de contingencia

			Estado civil				Total
			Soltero/a	Casado/en pareja	Viudo/a	Divorciado/a	
Grado de ansiedad	Bajo	Recuento	3	5	1	0	9
		Frecuencia esperada	1,2	6,2	1,4	,2	9,0
		% de Grado de ansiedad	33,3%	55,6%	11,1%	,0%	100,0%
		% de Estado civil	42,9%	14,3%	12,5%	,0%	17,6%
	Medio	Recuento	3	16	3	0	22
		Frecuencia esperada	3,0	15,1	3,5	,4	22,0
		% de Grado de ansiedad	13,6%	72,7%	13,6%	,0%	100,0%
		% de Estado civil	42,9%	45,7%	37,5%	,0%	43,1%
	Alto	Recuento	1	14	4	1	20
		Frecuencia esperada	2,7	13,7	3,1	,4	20,0
		% de Grado de ansiedad	5,0%	70,0%	20,0%	5,0%	100,0%
		% de Estado civil	14,3%	40,0%	50,0%	100,0%	39,2%
Total	Recuento		7	35	8	1	51
	Frecuencia esperada		7,0	35,0	8,0	1,0	51,0
	% de Grado de ansiedad		13,7%	68,6%	15,7%	2,0%	100,0%
	% de Estado civil		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado (Tabla 2.1)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,880(a)	6	,437
Razón de verosimilitudes	5,849	6	,440
<b>Asociación lineal por lineal</b>	4,026	1	<b>,045</b>
N de casos válidos	51		



### Grado de ansiedad \* ¿Miedo al dolor? (Tabla 3)

Tabla de contingencia

			¿Miedo al dolor?		Total
			Si	No	
Grado de ansiedad	<b>Bajo</b>	Recuento	0	9	9
		Frecuencia esperada	3,9	5,1	9,0
		% de Grado de ansiedad	,0%	100,0%	100,0%
		% de ¿Miedo al dolor?	<b>,0%</b>	31,0%	17,6%
	<b>Medio</b>	Recuento	13	9	22
		Frecuencia esperada	9,5	12,5	22,0
		% de Grado de ansiedad	59,1%	40,9%	100,0%
		% de ¿Miedo al dolor?	<b>59,1%</b>	31,0%	43,1%
	<b>Alto</b>	Recuento	9	11	20
		Frecuencia esperada	8,6	11,4	20,0
		% de Grado de ansiedad	45,0%	55,0%	100,0%
		% de ¿Miedo al dolor?	<b>40,9%</b>	37,9%	39,2%
Total	Recuento		22	29	51
	Frecuencia esperada		22,0	29,0	51,0
	% de Grado de ansiedad		43,1%	56,9%	100,0%
	% de ¿Miedo al dolor?		100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado (Tabla 3.1)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	9,139(a)	2	<b>,010</b>
Razón de verosimilitudes	12,444	2	,002
Asociación lineal por lineal	2,717	1	,099
N de casos válidos	51		