

Ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos

María Pilar García Arias

Trabajo Fin de Máster en Ciencias de la Enfermería

1. INTRODUCCIÓN

En el momento en el que un paciente es ingresado en un hospital, tanto él como sus familiares o cuidadores principales, se ven implicados en un proceso durante el cual pueden experimentar diversas alteraciones emocionales. La familia del paciente debe ser receptora también, por tanto, de los cuidados de Enfermería (1, 2).

Actualmente, está ampliamente reconocido el hecho que el ingreso en un hospital pueda producir cierto grado de estrés y ansiedad, tanto en el paciente como en sus familiares (1). Además, aquellos enfermos que son ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pueden presentar diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual los pacientes y sus familias se encuentran en un ambiente extraño y desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales (2, 3, 4), abandonando al menos temporalmente, los roles que previamente desempeñaban en la familia, en el trabajo, etc. y adoptando un rol pasivo y dependiente hacia el equipo asistencial del hospital, y las máquinas que les rodean (3, 5).

Una unidad de cuidados intensivos (UCI) es un área hospitalaria en la que se proporcionan cuidados especiales. Los pacientes candidatos a ingresar en estas unidades son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por ello requieren una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros (6).

Debido a la estructura, funcionamiento y alta tecnificación de estas unidades, así como a los múltiples métodos invasivos a los que se somete al paciente y a la restricción de los horarios de visita, que permiten mantener poco contacto físico y emocional entre el paciente y sus familiares (7), y la desesperanza a la que se ven sometidos los familiares por la posibilidad de que su familiar pueda fallecer (8), es muy habitual que los cuidadores presenten ansiedad.

La ansiedad es un conjunto de respuestas emocionales que engloban aspectos cognitivos y fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso (9). Los síntomas de la ansiedad pueden ser muy diversos, siendo entre los más frecuentes

la hiperactividad vegetativa, que se manifiesta con taquicardia, taquipnea, midriasis, sensación de ahogo, temblores en las extremidades, sensación de pérdida de control o del conocimiento, transpiración, náusea, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación y para la toma de decisiones, pensamientos negativos, etc. (9).

La ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI, surgiría principalmente por la incertidumbre, ya que los pacientes se encuentran en una situación muy crítica en un entorno desconocido y altamente tecnificado (7). La compleja atmósfera hospitalaria crea a la familia impotencia y el equipo asistencial, como sustitutivo en los cuidados, les puede generar sentimientos de frustración, dolor o enfado; por tanto, hay que considerar que en la interacción diaria con la familia pueden estar presentes la ansiedad y el estrés (10).

A ésto hay que sumar el esfuerzo que los familiares tienen que realizar para adaptarse a una situación que supone una modificación en su ritmo de vida habitual, como asistir a una hora determinada a las visitas, adaptarse al vocabulario médico, a la maquinaria que rodea al paciente y a estar en contacto en la sala de espera con otros familiares (8, 11). Por otro lado, es habitual que la mayoría de familiares carezcan de mecanismos para hacer frente y controlar la situación que se presenta, debido a que son situaciones en las que, generalmente, no tienen experiencias previas y que conllevan una gran carga emocional.

Los estudios recientes acerca de los efectos de la ansiedad en los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, han proporcionado importantes evidencias empíricas de consecuencias negativas en ellos. Así, los familiares corren el riesgo de no atender adecuadamente sus propias necesidades de cuidado, existiendo trabajos en la literatura que demuestran un aumento en el uso de la medicación psicotrópica y una disminución de la autoestima (12, 13). Por otro lado, algunos estudios demuestran que los familiares también están en riesgo de sufrir problemas cardiovasculares, de hecho, algunas investigaciones muestran un aumento del riesgo cardiovascular en mujeres que juegan el papel de cuidadoras de enfermos ingresados en una UCI (12, 13, 14).

El ingreso de una persona en la UCI, hace que la dinámica de las relaciones familiares se pueda ver afectada ya que se produciría un cambio de roles, que agravaría la situación de estrés (15, 16, 17). La familia deja de funcionar normalmente cuando uno de sus miembros está grave y hospitalizado, lo que hace que existan dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas (17). En este sentido, el estrés, la desorganización, los sentimientos de desamparo, etc. que pueden experimentar los familiares durante la estancia en UCI del paciente, dificultan la movilización de unos recursos de afrontamiento adecuados, siendo más susceptibles de desarrollar cuadros de ansiedad, que pueden mantenerse y estar presentes incluso varios meses después del alta del hospital (18).

El personal de Enfermería debería considerar el cuidado del familiar como parte integral de sus funciones dentro de la UCI, realizando intervenciones dirigidas a reforzar las habilidades de afrontamiento (19). De esta forma, es importante que enfermeros y familiares identifiquen las situaciones de ansiedad para canalizar las acciones que eliminen o ayuden a abordar los estímulos a través de una comunicación efectiva que permita explicar los síntomas, las patologías más frecuentes y sobre todo calmar sentimientos de angustia, preocupación, irritabilidad, a través del establecimiento de una comunicación que involucre información coherente sobre las características del área, la necesidad de los procedimientos y la situación real que enfrenta la persona enferma (20).

Los familiares y allegados de los pacientes críticos son parte integrante del proceso de recuperación; al planificar los cuidados totales de los pacientes, el personal de Enfermería debe considerar las necesidades de apoyo informativo y emocional de este grupo (20). En consecuencia, los enfermeros deberían oír, comprender, solucionar problemas, jerarquizar necesidades, dar respuestas, poseer sensibilidad intuitiva, brindar confianza y confidencialidad que permita a los familiares expresar sus sentimientos, ideas, dudas e incertidumbre de forma clara (17) . Una comunicación efectiva puede ayudar a tomar decisiones adecuadas y a considerar estrategias alternativas (19).

Numerosos estudios ponen de manifiesto que las unidades de cuidados intensivos han sido áreas cerradas, con normas estrictas, en las que, por encima de cualquier otra dimensión, se atiende la esfera física del paciente. Son, las emociones y los sentimientos

de los familiares los grandes olvidados (17, 19). En este sentido, algunos autores, afirman que la atención a los familiares de nuestros pacientes es una parte más de nuestros cuidados, que en muchos casos se queda desatendida (21).

Para Florence Nightingale, el entorno tuvo la consideración de elemento principal en el cuidado de los enfermos; en este sentido, la familia por sus lazos afectivos y emocionales sería sin duda, parte fundamental y necesaria para el paciente e influiría de forma decisiva en su adaptación y en su recuperación (22, 23, 24)

La primera vez que se comenzó a hablar de la atención a la familia de pacientes críticos y sus necesidades, fue en la década de los setenta; las pioneras en este campo fueron dos enfermeras inglesas, Molter y Leske en el año 1979 (22, 23). Posteriormente, Molter realizó un estudio para detectar las necesidades de los familiares de pacientes críticos utilizando el cuestionario “Cuestionario Molter sobre necesidades de los familiares de pacientes críticos” (23).

Para Molter, una de las necesidades sentidas como más importantes es la de información, sobre todo en las primeras 72 horas del ingreso (24). La información es una necesidad que debe de satisfacer el personal médico y de enfermería, como parte de los cuidados que deben prestar a los familiares de un paciente ingresado en una UCI. Los familiares necesitan conocer las reglas y normas del hospital, información sobre el estado del paciente, contacto con la enfermera y con el médico así como apoyo formal por parte de ambos (15, 16, 26). De manera que, los familiares suelen demandar información, no sólo sobre la enfermedad y el estado de su ser querido, sino sobre todo lo que está ocurriendo alrededor (26, 27).

Hay que tener en cuenta que los pacientes y familiares tienen recogido legalmente el derecho a la información pertinente a su salud (28) en la Ley General de Sanidad, en la que se establece como derecho “A que ésta se de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.” (29); así como en la Ley de Autonomía del Paciente, que garantiza “el derecho a la protección de la salud con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e

intimidad consagrados constitucionalmente y al principio de autonomía de la voluntad del paciente”

Una información adecuada permitirá que los familiares y el propio paciente, puedan tomar decisiones con mayor fundamento con respecto a la atención sanitaria.

Para ello, se requiere que los sistemas de comunicación que se establezcan sean efectivos, considerando que la comunicación interpersonal es un proceso dinámico en que entran en juego medios verbales y no verbales para transmitir y recibir información (30).

Comunicar implica influir en el pensamiento, emociones y comportamiento de otros, para ello se deberá incluir el uso de palabras comprensibles, y en el caso de la comunicación enfermero-familia, sería necesario obviar los términos técnicos complejos, que en la mayoría de las ocasiones no son claros y no tienen mayor significado para el familiar. En este sentido, los mensajes que se quieran transmitir deben estar relacionados con las personas, con los intereses o con las preocupaciones de la familia, por lo que la enfermera debe sensibilizarse y aportar las explicaciones pertinentes (28).

La comunicación debe nutrirse de aspectos tales como sencillez, claridad, momento e importancia, adaptabilidad, credibilidad, vocabulario, tono de voz y pronunciación considerando además, aspectos tales como el lugar donde se da la información, la postura y los gestos (29). Éste es un aspecto en el que el personal de Enfermería debería poner máxima atención, ya que algunos estudios muestran que los familiares suelen criticar que la información se da rápidamente, en ocasiones sin tener en cuenta sus sentimientos y en un contexto de frialdad (16, 29, 28).

Para Molter, otra de las necesidades que más demandan los familiares de los pacientes ingresados en una UCI es la necesidad de esperanza, así como la percepción de que el personal de la unidad se preocupa realmente por su familiar y que por tanto van a hacer todo lo que esté a su alcance para que su estancia sea lo más confortable posible o incluso para salvarle la vida (23).

La evaluación de las necesidades y experiencias de los miembros de la familia son un paso inicial y necesario para poder proporcionar un cuidado apropiado tanto a los familiares del paciente, como a la persona que ingresa en una UCI. Obviar este hecho, supone olvidar el cuidado integral del paciente. En este sentido, se debería comprender que familiares y pacientes se deben tratar de forma holística, y que las relaciones personales constituyen parte del proceso de curación y por tanto, parte del cuidado que los enfermeros de una UCI deben proporcionar (16).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS:

2.1 Objetivos:

- Estudiar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012.
- Analizar el perfil y el estado de ansiedad de los cuidadores de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012.
- Evaluar en función del género del familiar, la edad del paciente y la causa de ingreso, la existencia de diferencias en el estado de ansiedad de los familiares de pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012.

2.2 Hipótesis:

- Las mujeres con un familiar ingresado en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012 presentaron mayor ansiedad que los hombres.
- Los familiares de los pacientes menores de 45 años ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012, experimentaron mayor ansiedad que los mayores de 45 años.
- Existen diferencias en el estado de ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012, según el motivo de ingreso.

3. MÉTODO:

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre la ansiedad de los familiares de pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

3.2 CONTEXTO, POBLACIÓN DE ESTUDIO Y TAMAÑO MUESTRAL:

El estudio se desarrolló en la UCI de Traumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, durante el primer trimestre del año 2012.

La población estuvo formada por 224 familiares de pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS, que visitaron a sus familiares en el primer trimestre del año 2012, durante los dos horarios de visita establecidos: de doce de la mañana a doce y media y de seis a seis y media de la tarde.

Para determinar el tamaño muestral, se realizó un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95%. Con estos condicionantes, se consideró como tamaño de la muestra el de 90 familiares de pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS, durante el primer trimestre del año 2012.

3.3 ACCESO Y RECOGIDA DE LOS DATOS:

Los datos del estudio fueron recogidos tras obtenerse el permiso de la responsable de Calidad, Formación Continua, Docencia y Cuidados del Hospital Universitario Miguel Servet bajo las normas que regulan el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes al personal al servicio de las Administraciones Públicas.

La fuente de información utilizada para la obtención de los datos fue un cuestionario autoadministrado formado por dos partes; la primera constaba de unas preguntas sobre datos sociodemográficos del paciente ingresado en la UCI y sobre su familiar, y la

segunda parte, estaba formada por la Escala de Ansiedad-Estado de Spielberger (STAI A/E).

El cuestionario se entregó a los familiares en el segundo día de ingreso de su familiar en la UCI de Traumatología del HUMS, ya que como muestra la bibliografía, durante las primeras cuarenta y ocho horas después del ingreso, los niveles de angustia, ansiedad, miedo y sentimientos de gravedad son mayores (31). El tiempo del que disponían los familiares para la cumplimentación del cuestionario era ilimitado.

La Escala de Ansiedad-Estado de Spielberger consta de veinte cuestiones y evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención, aprensión e hiperactividad del sistema nervioso. El familiar debía responder a cada una de las veinte cuestiones según su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas, según una escala de Likert formada por cuatro opciones de respuesta: *nada / algo / bastante / mucho*.

Durante los meses de abril y mayo de 2012 se transcribieron las variables de interés para el estudio directamente en una base de datos creada con el programa Microsoft Office Access 2007[©] para entorno Windows[©], sin que en ningún caso, fueran incluidos datos personales que permitieran conocer con posterioridad la identidad de los sujetos estudiados.

Se excluyeron del estudio aquellos cuestionarios en los que se encontraron deficiencias en la cumplimentación.

3.4. VARIABLES

Para la realización del estudio se elaboró un cuestionario *ad hoc*, que incluía las siguientes variables. Todas ellas fueron registradas en la base de datos por una sola persona.

3.4.1. Variables del estudio

Las variables incluidas en el estudio se recogen en la Tabla1, clasificándolas por grupos de interés.

Tabla 1. Variables del estudio, clasificadas por grupos de interés.

Paciente	Sexo
	Edad
	Motivo de ingreso en UCI
	Ingresos previos en UCI
	Tiempo estimado para abandonar UCI
Familiar	Sexo
	Edad
	Grado de parentesco con el paciente ingresado en UCI
	Antecedentes en el cuidado a un familiar ingresado en UCI
	Nivel de ansiedad

3.4.2. Definición y medida de las variables estudiadas, clasificadas por grupos de interés:

3.4.2.1 Variables que estudiaban el paciente ingresado en la UCI Traumatología del HUMS:

-Sexo: Para categorizar esta variable, se establecieron dos opciones de respuesta: *Hombre / Mujer*

-Edad: Variable de obtención directa que refleja la edad, medida en años, que tenía el paciente en el momento del ingreso en la UCI. Para su tratamiento estadístico, esta variable fue categorizada en 7 intervalos mutuamente excluyentes: *26-35 años; 36-45 años; 46-55 años; 56-65 años; 66-75 años; 76-85 años; 86-95 años.*

-Motivo de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Miguel Servet: Variable que hace referencia a la causa de ingreso en UCI. Se establecieron cuatro categorías: *intervención quirúrgica, accidente de tráfico, accidente laboral o caída accidental.*

-Ingresos previos en Unidades de Cuidados Intensivos: Variable definida en dos categorías: *sí / no*.

-Tiempo estimado para abandonar la UCI: Variable que hace referencia al tiempo que los profesionales de la unidad (médicos y/o enfermeros) comunicaron a la familia, que sería necesario que el paciente permaneciera en la UCI. Se establecieron tres opciones de respuesta: *unos días / una semana / más de una semana*.

3.4.2.2 Variables que estudiaban al familiar del paciente ingresado en la UCI de Traumatología del HUMS:

-Sexo: Para categorizar esta variable, se establecieron dos opciones de respuesta: *Hombre / Mujer*

-Edad: Variable, de obtención directa que refleja la edad, medida en años, que tenía el familiar del paciente, en el momento ingresa en la UCI. Para su tratamiento estadístico, esta variable fue categorizada en 8 intervalos mutuamente excluyentes: *16-25 años; 26-35 años; 36-45 años; 46-55 años; 56-65 años; 66-75 años; 76-85 años; 86-95 años*.

-Grado de parentesco: Variable que hace referencia a la relación que guarda el familiar con el paciente ingresado en la UCI. Para su estudio se establecieron las siguientes categorías: *Marido / Esposa / Pareja; Hijo / Hija; Padre / Madre; Hermano / Hermana; Amigo / Amiga; u Otro parentesco*.

-Antecedentes en el cuidado de familiares ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos: Para el estudio de esta variable se establecieron dos opciones de respuesta: *sí / no*.

-Ansiedad: Variable calculada, resultado de la aplicación de las normas de la Escala de Ansiedad-Estado de Spielberger. Tras el cálculo, la variable fue categorizada en dos opciones de respuesta: *sí / no*.

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis descriptivo univariante se realizaron tablas de frecuencias para las variables cualitativas y se calcularon diversas medidas de resumen para las variables cuantitativas, todo ello acompañado de gráficos de barras o de sectores en el primer caso y de histogramas en el segundo.

En el análisis descriptivo bivariante se confeccionaron tablas de contingencia y gráficos de barras agrupadas. Para el análisis Inferencial se ha realizado la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95%.

Los datos se recogieron mediante el programa Microsoft Office Access 2007© y fueron importados a una matriz con formato propio del programa Statistical Package for the Social Sciences© (SPSS), para entorno Windows©, en su versión 15.0.

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DE TRAUMATOLOGÍA DEL HUMS:

4.1.1 Sexo del paciente:

Se observó que la mayoría, el 89'1% de los pacientes, fueron hombres. Las mujeres representaron el 10'9% del total, tal y como se observa en la tabla 2 y en la figura 1 (Anexo 2).

4.2.2 Edad del paciente

En relación a la edad de los pacientes ingresados en la UCI, la media de edad fue de 59'5 años (DE: 10,4), con unos valores mínimo y máximo respectivos de 30 y 86 años tal y como aparece en la tabla 3 (Anexo 2).

El valor de la mediana era de 58 años, inferior al de la media, da a entender que la distribución de la edad presenta cierta asimetría positiva, es decir, con menores frecuencias en los valores superiores de la escala. Se comprueba este hecho en la figura 3 (Anexo 2).

En la tabla 4 (Anexo 2), se puede observar que la edad del 45,7% de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología se encontró entre los 56 y 65 años, la franja de edad comprendida entre los 66 y 75 años correspondió al 23,9% de los pacientes, el 13% tenían edades comprendidas entre los 46 y 55 años, la franja de 36 a 45 años correspondió al 8,7% y el 4,3% a la franja de edad comprendida entre los 76 y 85 años. Por su parte, los intervalos de los extremos de edad, es decir, de 26 a 35 años y de 86 a 95 años supusieron un 2,2% en ambos casos.

4.1.3 Causa de ingreso del paciente

Se observó que una mayoría, el 58'7% de los pacientes, ingresaron en la UCI de Traumatología como consecuencia de una intervención quirúrgica programada, por otra parte, el 28'3% de pacientes ingresaron como consecuencia de una caída accidental. Tanto el ingreso por accidente de tráfico como por accidente laboral, supusieron el 6,5% de los casos. Se comprueba este hecho en la tabla 5 y figura 4 (Anexo 2).

4.1.4 Ingresos previos del paciente en UCI

En cuanto a los ingresos previos del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos, se comprobó que la mayoría de ellos, el 84'8%, no había ingresado nunca en una UCI, sólo el 15'5% sí lo había hecho, tal y como aparece en la tabla 6 y en la figura 5 (Anexo 2).

4.1.5 Tiempo estimado para que el paciente fuera dado de alta de la UCI

En lo referente al tiempo que se estimó para que el paciente fuera dado de alta, se establecieron tres posibles opciones de respuesta: *menos de una semana, una semana y más de una semana*, sin embargo ningún paciente previsiblemente iba a abandonar la UCI de Traumatología del HUMS en una semana; como se puede observar en la tabla 6 y en la figura 5 (Anexo 2), el 71,7% de los pacientes la abandonarían en más de una semana y el 28,3% en menos de una semana.

4.2 ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DE TRAUMATOLOGÍA DEL HUMS:

4.2.1 Sexo del familiar del paciente

El familiar que visitó al paciente en la UCI de Traumatología del HUMS, en los dos horarios de visita establecidos, fue en un 60,9% de los casos mujer, mientras que los familiares del sexo masculino representaron el 39,1% de los familiares, como refleja la tabla 8 y figura 7 (Anexo 3).

4.2.2 Edad del familiar

En relación a la edad de los familiares que visitaron a los pacientes de la UCI de Traumatología del HUMS, tenían una media de edad de 47 años como muestra la tabla 9 (Anexo 3)

El valor de la mediana fue de 50'5 años (DE: 15,1), por tanto, superior al de la media, lo que da a entender que la distribución de la edad del familiar presenta cierta asimetría negativa, es decir, con menores frecuencias en los valores inferiores de la escala. Se comprueba este hecho en la figura 8 (Anexo 3).

La tabla 10 (Anexo 3), refleja que la mayoría de los familiares de los pacientes tenían edades comprendidas entre 56 y 65 años y entre 26 y 35 años. Los familiares cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 46 y 55 años suponían un 19,6% del total, los de 36 a 45 años un 10,9%, los de 16 a 25 años un 8,7%, los de 66 a 75 años un 6,5% y los que menos visitaron a los pacientes fueron aquellos familiares cuya edad se encontró entre los 76 y 85 años.

4.2.3 Grado de parentesco con el paciente ingresado en la UCI DE Traumatología del HUMS

En el análisis del grado de parentesco de los familiares de los pacientes, se comprobó que la mayoría eran hijo o hija, en un 37% de los casos, y marido, esposa o pareja en un 32,6% de los mismos. Entre ambos sumaron casi el 70% de los casos. También había un porcentaje considerable, un 19'6%, que eran hermanos/as. Sin embargo, los padres o madres, sólo representaron el 2,2% de los casos. Esta distribución se comprueba en la tabla 11 y figura 9 (Anexo 3).

4.2.4 Antecedentes en el cuidado de una familiar en una UCI:

Se comprobó que para un 78,3% de los familiares, fue la primera vez que cuidaban a un familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo, el 21,7% de los familiares ya lo habían hecho anteriormente, tal y como se observa en la tabla 12 y figura 10 (Anexo 3).

4.3 ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TRAUMATOLOGÍA DEL HUMS

Según lo obtenido, y como refleja la tabla 13 y figura 11 (Anexo 4), en el 82'6% de los casos los familiares presentaron ansiedad, solamente un 17,4 % no la presentaron.

4.4 ANÁLISIS DE LA PRESENCIA DE DIFERENCIAS EN EL ESTADO DE ANSIEDAD DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DE TRAUMATOLOGÍA DEL HUMS SEGÚN SU GÉNERO, EDAD DEL PACIENTE Y CAUSA QUE MOTIVÓ EL INGRESO EN LA UCI DE TRAUMATOLOGÍA DEL HUMS

4.4.1 Segundo el género del familiar

Los resultados obtenidos en cuanto a la posible influencia del género en la presencia de ansiedad de los familiares de los pacientes de la UCI de Traumatología del HUMS aparecen reflejados en la tabla 14 y en la figura 12 (Anexo 5). Se obtuvo que el 89,3% las familiares mujeres presentaron ansiedad y en el caso de los familiares hombres en un 72,2%.

Sin embargo en el caso de los familiares de pacientes que no presentaban ansiedad, el porcentaje de familiares hombres fue superior al de mujeres, un 27,8% y un 10,7% respectivamente.

Tras realizar la prueba Chi-cuadrado, se obtuvo una significación de 0'035, que permitió concluir con que había relación entre las dos variables es decir, que había diferencias significativas en el estado de ansiedad de los familiares de los pacientes según el género de los mismos.

4.4.2 Segundo la edad del paciente

Para comprobar la posible relación entre la ansiedad de los familiares y la edad de los pacientes, y dado que había varias categorías de edad con pocos casos¹, se procedió a agruparlos en tres categorías de edad, como aparece en la tabla 15 y figura 13 (Anexo 5).

Se comprobó que los familiares presentaron mayor porcentaje de ansiedad cuando el paciente se encontraba por encima de los 65 años, seguidamente de aquellos de 45 años o menores y en último lugar los que se encontraban entre los 46 y 65 años.

¹ La prueba Chi-cuadrado, para que sea válida, ha de tener suficientes casos en las diversas categorías. Por ello se ha procedido a la agrupación de categorías.

Se realizó la prueba Chi-cuadrado y se obtuvo una significación de 0'226; que permitió concluir que no había relación entre las dos variables, es decir, que la presencia de ansiedad era semejante en todos los intervalos de edad del paciente.

4.4.3 Según la causa que motivó el ingreso en la UCI de Traumatología del HUMS:

Se analizó la posible relación entre la ansiedad y la causa que motivó el ingreso del paciente en la UCI de Traumatología del HUMS. En los casos en los que el paciente había ingresado por accidente de tráfico o por caída accidental, el 100% de los familiares presentaron ansiedad, si el paciente había ingresado tras una intervención quirúrgica programada, el 77,8% de los familiares presentaron ansiedad, y en los casos de accidente laboral un 33,3% tenían ansiedad, tal y como se muestra en la tabla 16 y en la figura 14 (Anexo 5).

Se realizó la prueba Chi-cuadrado y se obtuvo una significación de 0'000 que permitió concluir que había relación entre las dos variables, es decir, que la presencia de ansiedad en los familiares difería según la causa que había motivado el ingreso del paciente² en la UCI de Traumatología del HUMS.

² No se cumplen los requisitos que validan la prueba Chi-cuadrado (hay más de un 62% de frecuencias esperadas inferiores a cinco) y por ello, las afirmaciones que de ella se extraen han de ser tomadas como indicios o tendencias que, seguramente, se confirmarían si la muestra fuera mayor.

5. DISCUSIÓN

Cuando un paciente ingresa en una UCI, también se ven a afectadas las personas de su entorno más próximo, quienes asumirán el rol de cuidadores del paciente; para poder desempeñar esta labor adecuadamente, necesitarán encontrarse en unas condiciones óptimas, lo cual puede resultar difícil en este tipo de situaciones que implican un alto grado de ansiedad y estrés (29, 32).

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DE TRAUMATOLOGÍA DEL HUMS:

Los pacientes que estuvieron ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012, en el 89,1% de los casos fueron hombres y en el 10,9% mujeres; estos resultados coinciden con los estudios de Santana Cabrera et al. y de Hidalgo Fabrellas et al. En ambos estudios el porcentaje de pacientes hombres supera al de mujeres (33, 34).

La media de edad de los pacientes fue de 59,5 años (DE: 10,4), ligeramente superior a la de los trabajos de Santana Cabrera et al., Hidalgo Fabrellas et al. y a la de Pérez Cárdenas et al. (33, 34, 35).

En presente estudio la causa que motivó el ingreso en la UCI de Traumatología del HUMS, en el 58,7% de los casos, fue una intervención quirúrgica programada, en el 28,3% una caída accidental, el 6,5% de los ingresos estuvo motivado por un accidente de tráfico y el 6,5% por un accidente laboral. Sin embargo, en el estudio de Pérez Cárdenas et al., la mayoría de los pacientes habían ingresado por una insuficiencia respiratoria y por sepsis de diversos orígenes, Santana Cabrera et al. e Hidalgo Fabrellas et al., por su parte, no especifican el origen de la causa traumática que había motivado el ingreso en la UCI (35, 33, 34).

En este trabajo el 84,8% de los pacientes no habían ingresado anteriormente en una UCI. Esta variable no aparece recogida en la literatura, por lo que haber estudiado este aspecto resulta una aportación novedosa y relevante, ya que como apuntan Bennun y Averbach et al., aquellos pacientes con experiencias previas en estas unidades, poseen más mecanismos para hacer frente y controlar la situación que se les presenta (8, 11).

Los hallazgos de Pérez Cárdenas et al. y de Santana Cabrera et al., en relación al tiempo que se estimó para que el paciente fuera dado de alta, fue sobre los 8,8 días y 7,1 días respectivamente, sin embargo en el estudio de Pérez Alfonso et al. la estancia de los pacientes se encontraba alrededor de los 5,7 días (35, 33, 36). En este estudio el 71,7% de los pacientes iba a ser dado de alta en más de una semana y el 28,3% antes de una semana.

5.2 Características de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS:

En este estudio, un 60,9% de los familiares que visitaron a los pacientes fueron mujeres y un 39,1% hombres. Estos datos coinciden con la literatura, ya que el porcentaje de familiares mujeres que visitaron a los pacientes ingresados en una UCI fue superior al de los familiares hombres, así lo apuntaron Pérez Alfonso et al., Santana Cabrera et al., Gómez Carretero et al., Mejías y Delgado e Hidalgo Fabrellas et al. (36, 33, 31, 37, 34).

La media de edad de los familiares que visitaron a los pacientes, se encontró en los 50,5 años (DE: 15,1). Estos hallazgos coinciden con los de Gómez Carretero et al. y de Torrents Ros et al., donde la media de edad se encontraba alrededor de los 50 años (31, 38). Sin embargo, en los trabajos de Pérez Alfonso et al. y de Santana Cabrera et al., la media de edad de los familiares se encontraba alrededor de los 34 y 43 años respectivamente (36, 33). Destaca que para Mejías y Delgado, el 37,5% de los familiares tuvieran edades que oscilaron entre los 18 y 25 años (37).

En el presente estudio, el 37% de los familiares eran hijo o hija y el 32,6% eran esposo, esposa o pareja del paciente. Estos resultados coinciden con Pérez Cárdenas et al. y con Hidalgo Fabrellas et al. (35, 34), sin embargo, en los estudios de Santana Cabrera et al., Gómez Carretero et al., y Torrents Ros et al. el porcentaje de familiares correspondiente a esposo, esposa o pareja del paciente superó al de hijo o hija (31, 38).

Para el 78,3% de los familiares de este estudio, fue la primera vez que cuidaron a un paciente de UCI, mientras que el 21,7% lo habían hecho antes, estos hallazgos coinciden con los de Pérez Cárdenas et al. e Hidalgo Fabrellas et al. (35, 34), no así con los de Torrents Ros et al., ya que en su estudio el 51,9% de los familiares habían cuidado a un familiar en una UCI (38).

En cuanto al estado de ansiedad de los familiares de pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012, el 82,6% presentaron ansiedad; este resultado es muy similar al de Gómez Carretero et al. y al de Vargas Mendoza y Aguilar García, cuyos resultados fueron obtenidos a través del mismo instrumento de valoración (STAI A/E), en ellos los familiares presentaron ansiedad en el 85% y 90% de los casos, respectivamente (31, 39).

En este estudio, se obtuvo que las familiares mujeres presentaron mayor ansiedad (89,3%) que los familiares hombres (72,2%), ya que se obtuvieron diferencias significativas ($p=0,035$) en el estado de ansiedad de los familiares en función del género de los mismos. Estos datos coinciden con Vargas Mendoza y Aguilar García, así como con Gómez Carretero y Jonson et al. Todos ellos coinciden en que el género está relacionado con el estado de ansiedad, siendo el género femenino el que presenta unos índices mayores (31,39, 40).

Los resultados de este estudio muestran que la ansiedad del familiar no estuvo relacionada con la edad del paciente ($p=0,226$); Torrents Ros et al. tampoco encontró relación entre ambas, aunque apuntó que la única diferencia podría estar en la mayor sensación de tranquilidad, que experimentaron los familiares de pacientes de edades avanzadas, y menor en los familiares de pacientes más jóvenes (38).

Este estudio muestra que existen diferencias en el estado de ansiedad de los familiares en función del motivo que originó el ingreso del paciente en la UCI de Traumatología del HUMS ($p=0,000$). Se observó mayor ansiedad en los familiares de pacientes que ingresaron por accidente de tráfico y por caída accidental. Este dato coincide con Mejías y Delgado, que apuntaron que los familiares de pacientes con un politraumatismo grave presentaron ansiedad en un 98% de los casos (37). También parece relevante que el 77,8% de los familiares de los pacientes que ingresaron tras una intervención quirúrgica programada presentaran ansiedad. Resulta un hecho destacable de este estudio, que sólo el 33,3% de los familiares de los pacientes que ingresaron por accidente laboral presentaran ansiedad.

6. CONCLUSIONES

1. Los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012, fueron en su mayoría hombres, con una edad media de 60 años, el motivo de ingreso había sido principalmente una intervención quirúrgica programada o una caída accidental y la mayoría no había ingresado anteriormente en una UCI.
2. Los familiares de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS durante el primer trimestre del año 2012, fueron principalmente mujeres, casi siempre la hija o la esposa del paciente, prácticamente ninguna había cuidado anteriormente a un familiar en una UCI y la mayoría de ellas presentaron ansiedad.
3. El estado de ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del Servet durante el primer trimestre del año 2012, fue mayor cuando la cuidadora era una mujer y cuando la causa del ingreso fue una intervención quirúrgica programada, un accidente de tráfico o una caída accidental.

Bibliografía

1. Moix J. Emoción y cirugía. *Anal. Psicología*. 1994;10: 167-175
2. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004;9:72-79
3. Moser DK, Lee Chung M, McKinley S, Riegel B, An K, Cherrington CC, et. al. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19:276-288.
4. Novaes MAFP, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patient's evaluation. *Intensive Care Med*. 1997;23:1282-1285.
5. Martín A, Pérez MA. Psychosocial adaptation in relatives of critically injured patients admitted to an intensive care unit. *Span J Psychol*. 2005;8:36-44.
6. Takrouri, MS. Intensive Care Unit. *The Internet Journal of Health*. 2004; 3: 2
7. Gallardo Jiménez N, Najarro Infante FR, Dulce García MA, Pérez Fernández MC, Fernández Fernández A. Calidad en la atención e información: opinión de los familiares. *Hosp Nuestra Señora del Prado*. Talavera de la Reina 2004; 15: 22-25.
8. Bennun, I. Intensive care units: A systemic perspective. *Journal of Family Therapy*. 1999; 1: 96-112.
9. Mendoca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nursing Quarterly* 1998; 21(1): 58-67.
10. Cassmeyer V. Factores estresantes, estrés y manejo del estrés. 3^a ed. Madrid: McGraw- Hill; 1998.
11. Averbach M, Kiesler J, Wartella J, Raush S, Ward R. Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*. 2005; 3: 202-210.
12. Fuller-Jonap F, Haley WE. Mental and physical health of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal Aging Health*. 1995; 7: 99-118
13. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala, J, Fleissner, K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*. 1995; 25: 771-791

14. Oka RK, Young DR. Ambulatory blood pressure and heart rate responses to the stress of work and care giving in older women. *Gerontologist*.1994; 9: 239-245.
15. Perea Baena M C. Una semana en la sala de espera de la UCI. Relato del padre de una paciente. *Arch Memoria* 2006; 3(2)
16. Díaz Sánchez A, Díaz Sánchez N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure Inv.* 2004;1:10
17. Díaz Sánchez A. Sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Enf. al día.* 2006;1: 24
18. Mendoca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nursing Quarterly*.1998; 21 (1): 58-67
19. Fuller Jonap F, Haley WE. Mental and physical healthy of male caregivers of a spouse with Alzheimer's disease. *Journal Aging Health*.1995; 7, 118-220.
20. Urden L. et. al. Cuidados Intensivos en Enfermería. *Educación del paciente y la familia*.Vol 3. 3^a ed. Barcelona: Harcourt.
21. Larraondo Marín MC. Familiares: ¿Parte de una atención más integral en Unidades de Cuidados Intensivos?.*Evidentia*. 2007; 4: 17.
22. Berna R, López J, Fontseca J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la unidad de cuidados intensivos. Un estudio cualitativo. *Enferm Clínica*. 2000;10(1):19-28
23. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979; 8 (2): 332-9.
24. Rubio Rico L, Aguarón García M J, Ferrater Cubells M, Toda Salvall D. Vivir la UCI: Diferentes perspectivas. *Cul Cuid*. 2002; 4(12):55-66
25. Fernández Molina, N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enferm*. 2006; 9(5):19-26
26. Ley General de Sanidad. Madrid: FUDEN, 2001; 95-97
27. Mejías M, Delgado H. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Venezuela: Universidad de Carabobo.
28. Alspach J. Cuidados intensivos en el adulto.5^a ed. México: Interamericana; 2000.
29. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005; 14(4), 501-509.

30. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert Ph, Canoui P, et al. patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med. 2001;29:1893-7.
31. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La repercusión en el familiar del paciente. Dialnet. 2010; 12(3), 60-64.
32. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*. 2005; 10(1), 23-30.
33. Santana Cabrera L, Rodríguez Ramírez A, Martul García M, Sánchez Palacios M, González Martín JC, Medina Hernández E. Servicio de Medicina Intensiva: Las Palmas de Gran Canaria. España
34. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez Y, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidado Intensivos. Enferm Intensiva 2007; 18 (3): 106-114.
35. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva 2004; 28 (5): 237-249.
36. Alfonso Pérez DP, Fernández Vázquez M, García Navarro S, Contreras Pereira I, Cumbreiras Díaz EM, Martín Sánchez B. Información Enfermera: Satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. Biblioteca Lascasas 2007; 3(1)
37. Mejías M, Delgado H. Interacción del personal de enfermería con los familiares del paciente politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Port Med 2010.
38. Torrents Ros R, Oliva Torras E, Saucedo Fernández MJ, Surroca Sales L, Jover Sancho C. Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. Enferm Intensiva 2003; 14(2): 49-60.
39. Vargas Mendoza JE, Aguilar García EL. Niveles de estrés en los familiares de los pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital general. Centro regional de investigación en Psicología (Oaxaca) 2011; 5 (1): 35-40.
40. Jonson P, Chaboyer W, Foster M, Vooren R. Caregivers of UCI patients discharged home: What burden do they face? Intensive Crit Care Nurse 2001; 17 (4): 219-227.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario autoadministrado para los familiares de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS



A continuación le presentamos una encuesta integrada en un estudio que está realizando la Universidad de Zaragoza en colaboración con el Hospital Universitario Miguel Servet, para conocer el estado en el que se encuentran los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Esta encuesta es totalmente anónima.

Al comienzo encontrará unas preguntas sobre su familiar ingresado en esta unidad y sobre usted mismo. Posteriormente, deberá puntuar de 0 a 3 unas cuestiones según describan su estado en este momento.

Le agradecemos de antemano el tiempo dedicado a la realización de esta encuesta.

Datos sobre su familiar ingresado en esta UCI:

-Sexo:

1. Hombre __

2. Mujer __

-Edad: _____ años

-Su familiar ha ingresado en esta Unidad de Cuidados Intensivos (UCI):

1. Tras ser intervenido en el quirófano (neurocirugía, otras intervenciones...)

2. Tras sufrir un accidente de tráfico __

3. Tras sufrir un accidente laboral __

4. Tras una caída accidental __

-Con anterioridad, ¿su familiar había estado ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?

1. Sí __

2. No __

-Según la información que le han proporcionado los profesionales de la unidad, es probable que su familiar abandone la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en:

1. Unos días__
2. Una semana__
3. Más de una semana__

Datos sobre usted:

-Sexo:

1. Hombre __
2. Mujer__

-Edad:____ años

-¿Qué relación guarda con su familiar ingresado?:

1. Marido/Esposa/Pareja__
2. Hijo/a__
3. Padre/Madre__
4. Hermano/a__
5. Amigo/a__
6. Otro parentesco_____

-¿En alguna ocasión ha cuidado a alguna persona (familiar/amigo) que estuviera ingresado en una UCI?:

1. Sí__
2. No__

	<u>NADA</u>	<u>ALGO</u>	<u>BASTANTE</u>	<u>MUCHO</u>
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

Anexo 2. Características de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS

Sexo del paciente:

Tabla 2. Sexo del paciente

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<i>Hombre</i>	82	89,1	89,1	89,1
<i>Mujer</i>	10	10,9	10,9	100,0
<i>Total</i>	92	100,0	100,0	

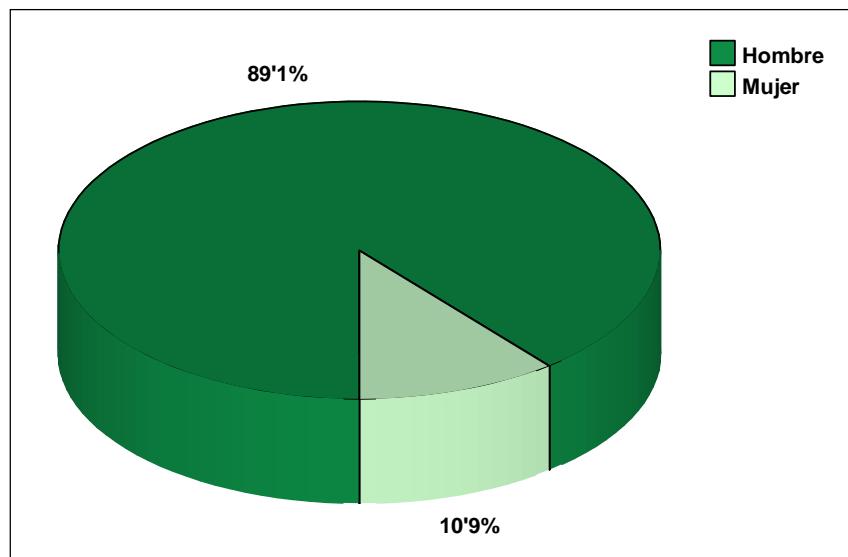


Figura 1. Sexo del paciente.

Edad del paciente:

Tabla 3. Edad del paciente

	Estadístico
Media	59,5
Mediana	58,0
Desv. típ.	10,4
Mínimo	30
Máximo	86

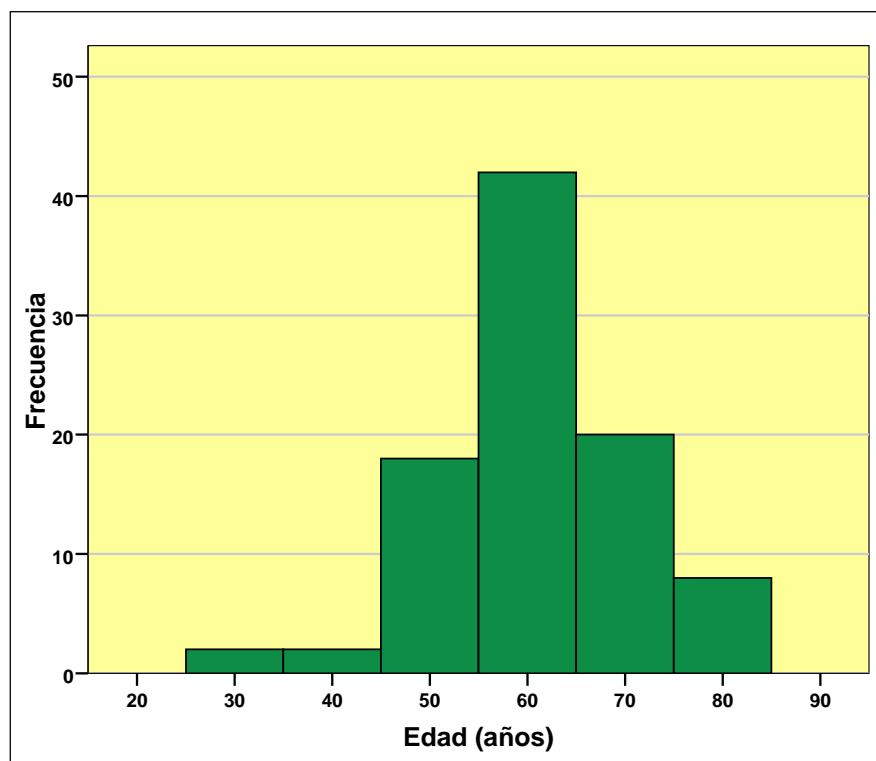


Figura 3. Edad del paciente

Tabla 4. Edad del paciente por intervalos de edad

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
26-35 años	2	2,2	2,2	2,2
36-45 años	8	8,7	8,7	10,9
46-55 años	12	13,0	13,0	23,9
56-65 años	42	45,7	45,7	69,6
66-75 años	22	23,9	23,9	93,5
76-85 años	4	4,3	4,3	97,8
86-95 años	2	2,2	2,2	100,0
<i>Total</i>	92	100,0	100,0	

Causa de ingreso del paciente en la UCI Traumatología del HUMS:

Tabla 5. Causa de ingreso del paciente

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Intervención quirúrgica</i>	54	58,7	58,7	58,7
<i>Accidente de tráfico</i>	6	6,5	6,5	65,2
<i>Accidente laboral</i>	6	6,5	6,5	71,7
<i>Caída accidental</i>	26	28,3	28,3	100,0
<i>Total</i>	92	100,0	100,0	

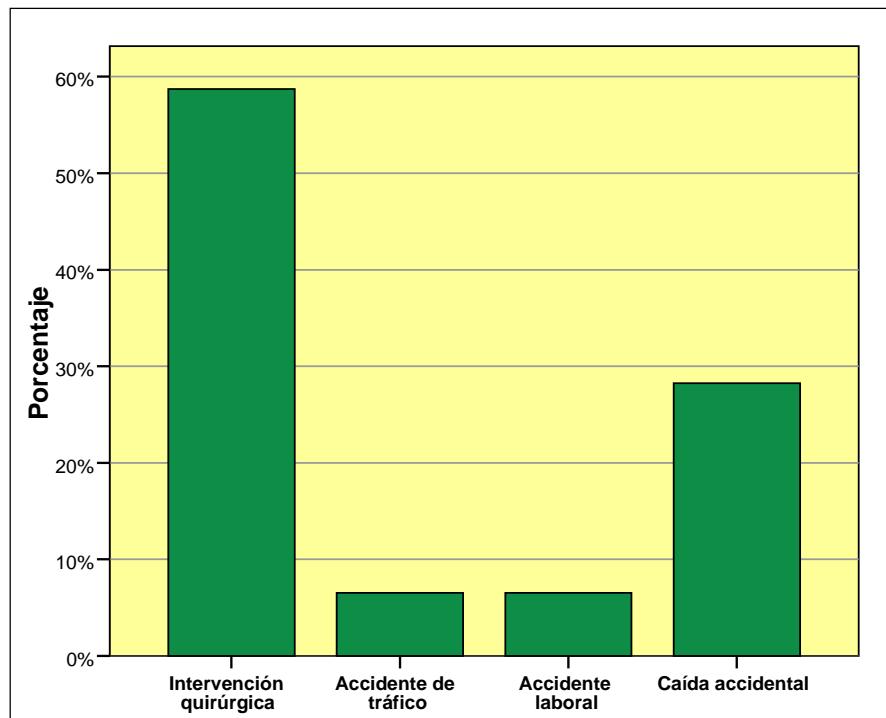


Figura 4. Causa de ingreso del paciente

Ingresos previos del paciente en UCI:

Tabla 6. Ingresos previos del paciente en UCI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	14	15,2	15,2	15,2
No	78	84,8	84,8	100,0
Total	92	100,0	100,0	

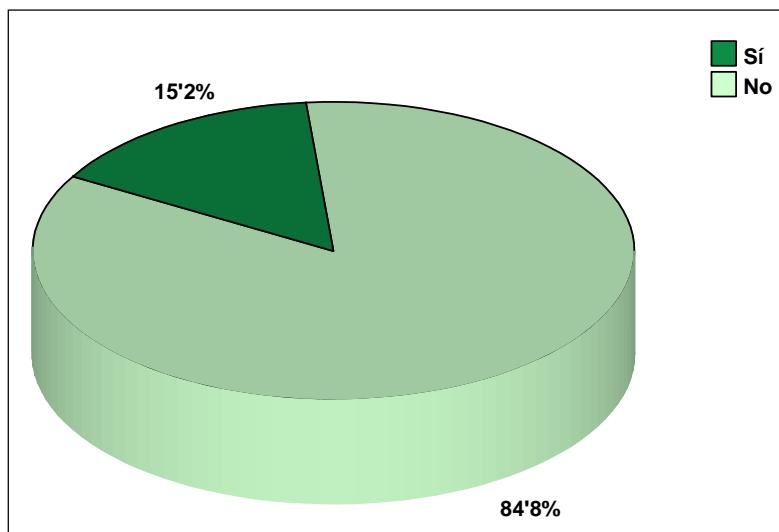


Figura 5. Ingresos previos del paciente en UCI

Anexo 3. Características de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS

Sexo del familiar:

Tabla 8. Sexo del familiar

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Hombre</i>	36	39,1	39,1	39,1
<i>Mujer</i>	56	60,9	60,9	100,0
<i>Total</i>	92	100,0	100,0	

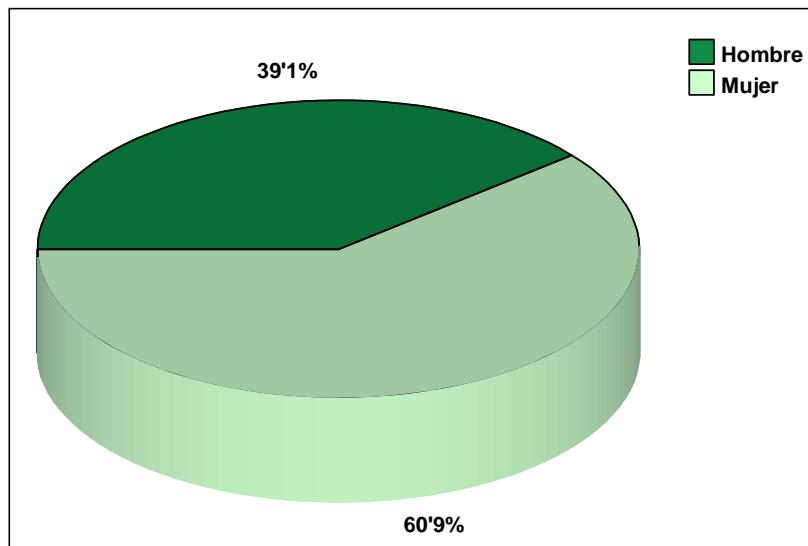


Figura 7. Sexo del familiar

Edad del familiar:

Tabla 9. Edad del familiar

Edad del familiar	Estadístico
Media	47,0
Mediana	50,5
Desv. típ.	15,1
Mínimo	23
Máximo	78

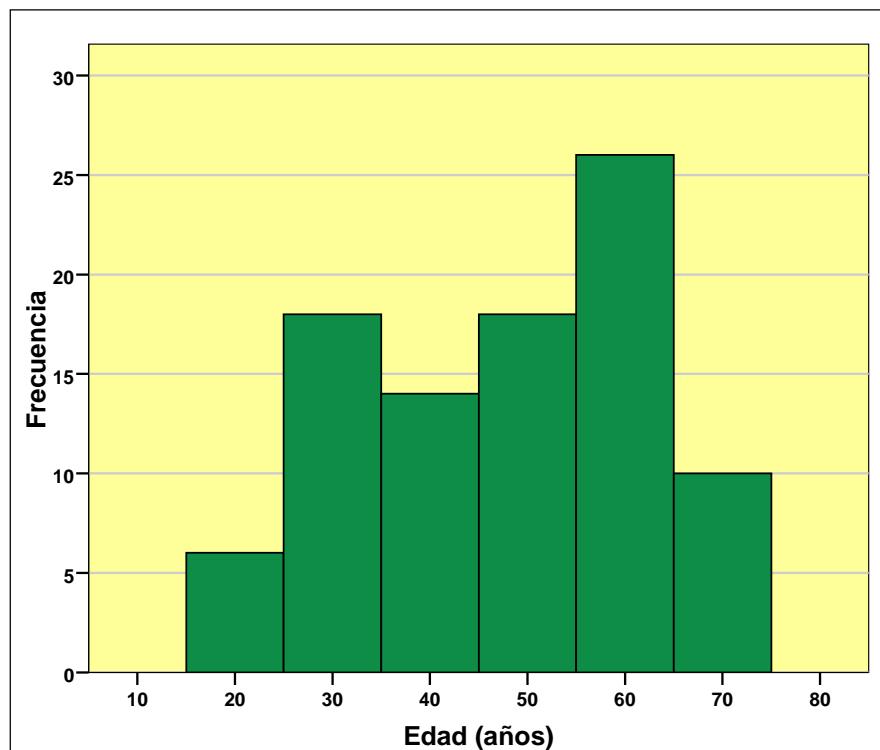


Figura 8. Edad del familiar

Tabla 10. Edad del familiar por intervalos

Edad del familiar				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
16-25 años	8	8,7	8,7	8,7
26-35 años	24	26,1	26,1	34,8
36-45 años	10	10,9	10,9	45,7
46-55 años	18	19,6	19,6	65,2
56-65 años	24	26,1	26,1	91,3
66-75 años	6	6,5	6,5	97,8
76-85 años	2	2,2	2,2	100,0
<i>Total</i>	92	100,0	100,0	

Grado de parentesco con el paciente ingresado en la UCI de Traumatología del HUMS:

Tabla 11. Grado de parentesco

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Marido/Esposa/Pareja	30	32,6	32,6	32,6
Hijo/a	34	37,0	37,0	69,6
Padre/Madre	2	2,2	2,2	71,7
Hermano/a	18	19,6	19,6	91,3
Otro	8	8,7	8,7	100,0
<i>Total</i>	92	100,0	100,0	

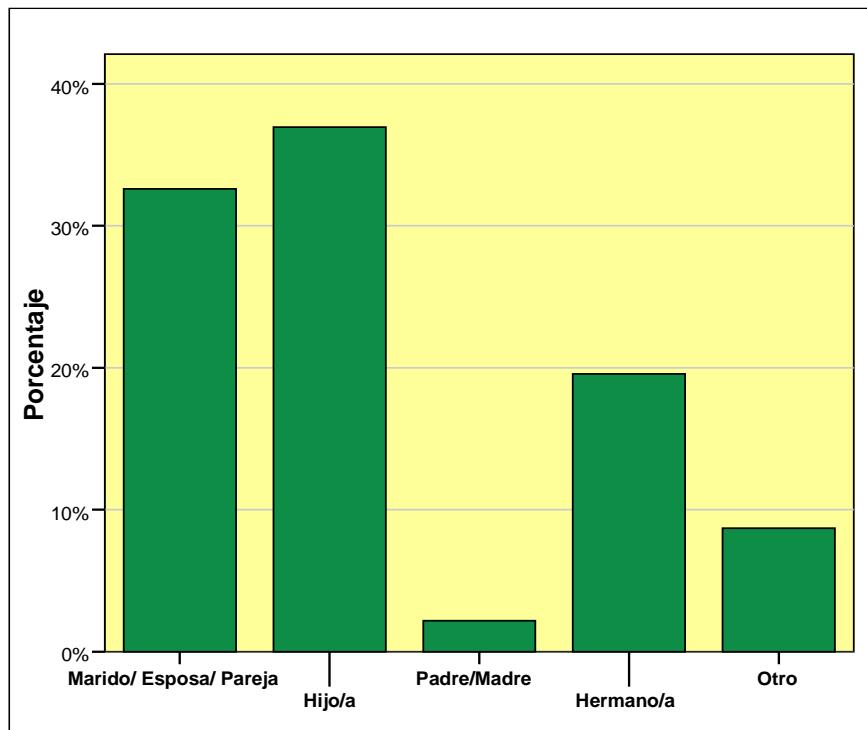


Figura 9. Grado de parentesco

Antecedentes en el cuidado de un familiar en una UCI:

Tabla 12. Antecedentes en el cuidado en UCI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	20	21,7	21,7	21,7
No	72	78,3	78,3	100,0
Total	92	100,0	100,0	

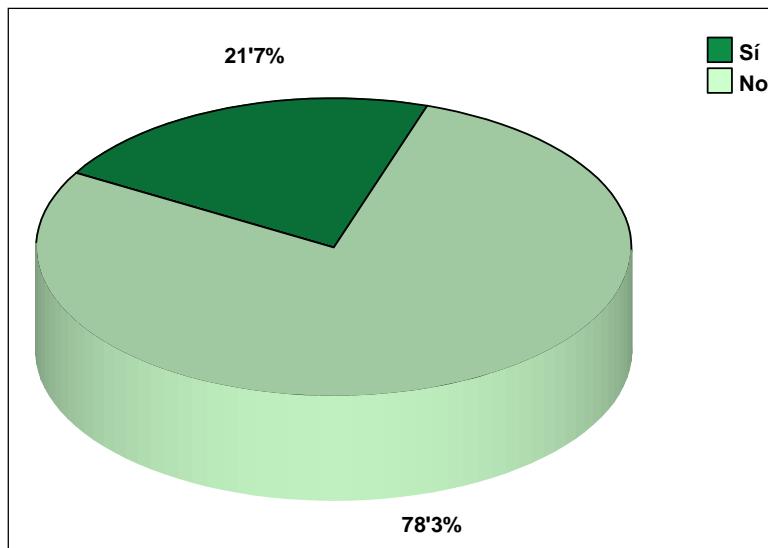


Figura 10. Antecedentes en el cuidado en una UCI

Anexo 4. Ansiedad en los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología del HUMS:

Tabla 13. Ansiedad de los familiares de pacientes de UCI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	76	82,6	82,6	82,6
No	16	17,4	17,4	100,0
Total	92	100,0	100,0	

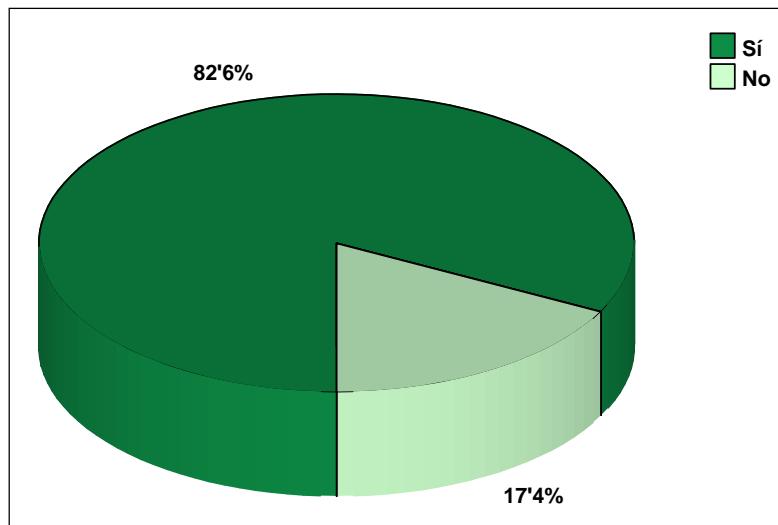


Figura 11. Ansiedad de los familiares de pacientes de UCI

Anexo 5. Análisis de la presencia de diferencias en el estado de ansiedad de los familiares de pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del HUMS según su género, edad del paciente y causa que motivó el ingreso:

Según el género del familiar

Tabla 14. Relación entre sexo del familiar y ansiedad

Sexo del familiar		Ansiedad		Total
		Sí	No	
Hombre	N	26	10	36
	% de fila	72,2%	27,8%	100,0%
Mujer	N	50	6	56
	% de fila	89,3%	10,7%	100,0%
Total	N	76	16	92
	% de fila	82,6%	17,4%	100,0%

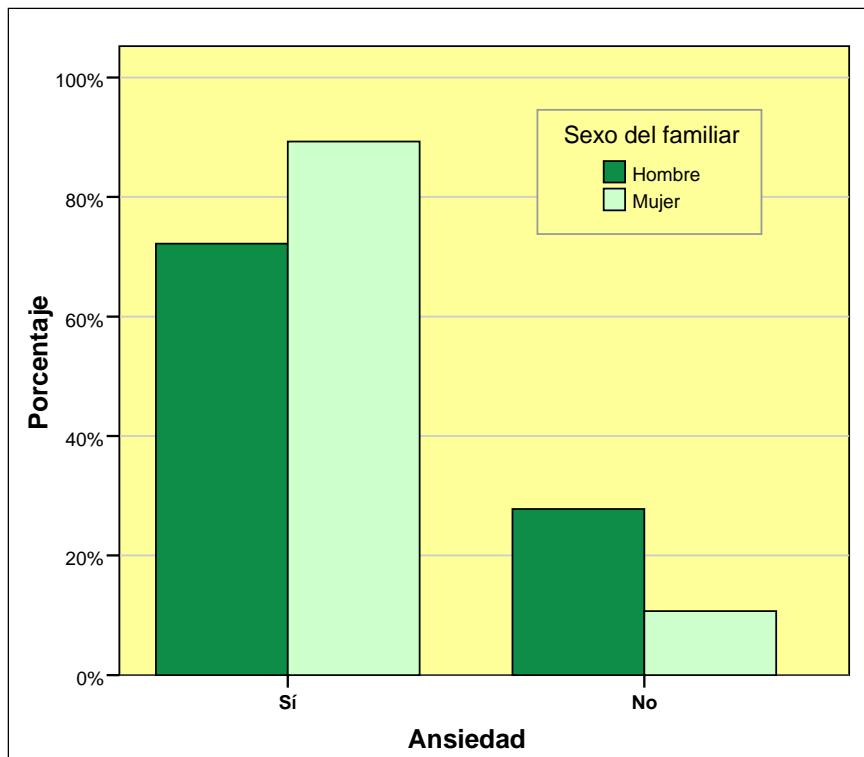


Figura 12. Relación entre sexo del familiar y ansiedad

Según la edad del paciente

Tabla 15. Relación entre la edad del paciente y ansiedad del familiar

Edad del paciente	N	Ansiedad		Total
		Sí	No	
45 o menos años	N	8	2	10
	% de fila	80,0%	20,0%	100,0%
Entre 46 y 65 años	N	42	12	54
	% de fila	77,8%	22,2%	100,0%
Más de 65 años	N	26	2	28
	% de fila	92,9%	7,1%	100,0%
Total	N	76	16	92
	% de fila	82,6%	17,4%	100,0%

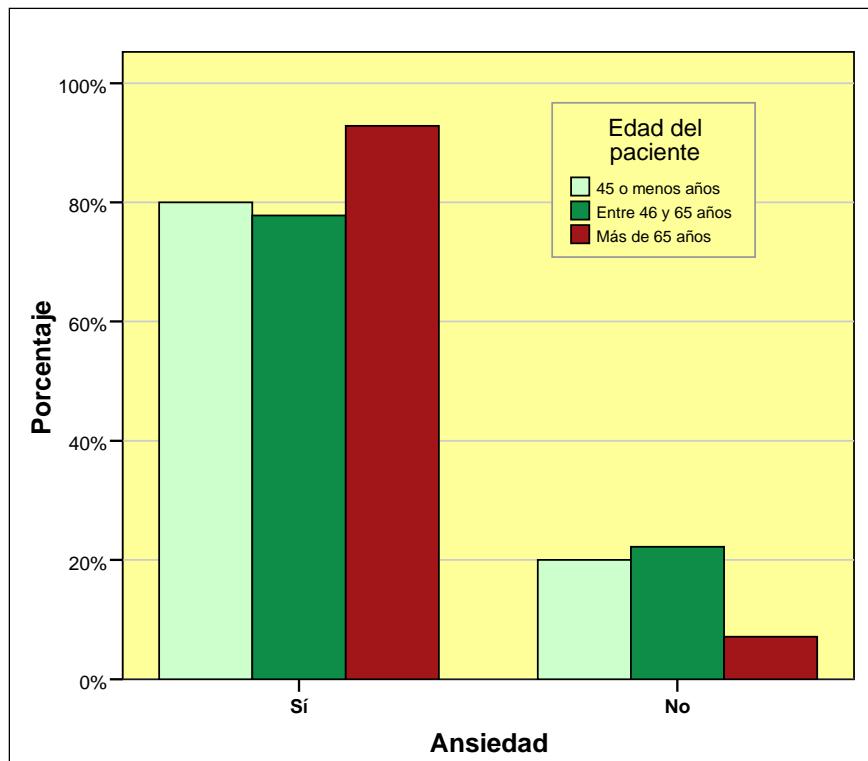


Figura 13. Relación entre edad del paciente y ansiedad del familiar

Según la causa que motivó el ingreso del paciente en la UCI de Traumatología del HUMS

Tabla 16. Relación entre causa de ingreso y ansiedad

Causa del ingreso	Ansiedad		Total
	Sí	No	
Intervención quirúrgica	42	12	54
	77,8%	22,2%	100,0%
Accidente de tráfico	6	0	6
	100,0%	,0%	100,0%
Accidente laboral	2	4	6
	33,3%	66,7%	100,0%
Caída accidental	26	0	26
	100,0%	,0%	100,0%
Total	76	16	92
	82,6%	17,4%	100,0%

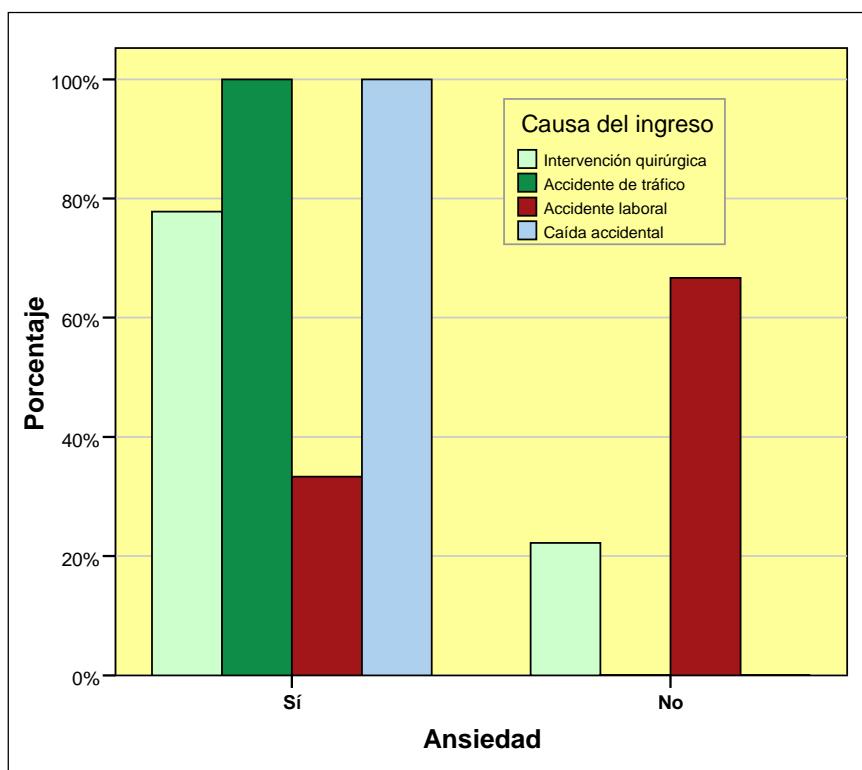


Figura 14. Relación entre causa de ingreso y ansiedad