

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

FACTORES ECONÓMICOS Y SOCIOCULTURALES RELACIONADO CON
LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL FAMILIAR DEL PACIENTE
CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA - 2015

TESIS

Presentada por:

Lic. Aylin Cuellar Estrada

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

**FACTORES ECONÓMICOS Y SOCIOCULTURALES RELACIONADO
CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL FAMILIAR DEL
PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS
CRÍTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA - 2015**

TESIS

Presentada por:

Lic. AYLIN CUELLAR ESTRADA

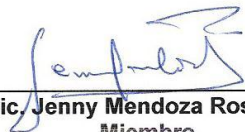
Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto

Aprobado por _____, ante el siguiente Jurado



Dra. Elena Cachicatari Vargas
Presidenta



Lic. Jenny Mendoza Rosado
Miembro



Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez
Miembro



Lic. Esp. Elsa Agustina Ninaja de Paco
Asesora

DEDICATORIA

A Dios por darme la dicha de vivir, por ser mi guía espiritual día a día, mi fortaleza y mi fuerza en micamino.

Y en especial a mi madre, a quien le debo la existencia y sobre todo por convertirse en el motor para seguir día a día en el logro de mis objetivos profesionales.

A mi asesora, por su enseñanza apoyo y orientación para el desarrollo en la segunda especialidad.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Fundamentos y formulación del problema.....	1
1.2. Objetivos.....	7
1.3. Justificación.....	8
1.4. Hipótesis.....	10
1.5. Operacionalización de variables.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Definición conceptual de términos.....	51
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1. Material y métodos.....	52
3.2. Población y Muestra.....	53
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	56
3.5. Procesamiento de datos.....	56

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	58
4.1. Resultados.....	58
4.2. Discusión.....	70

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio de investigación se consideró como objetivo; determinar los Factores económicos y socioculturales relacionado con la ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna - 2015, con una población de 22 familiares de pacientes, Se aplicó la Encuesta sobre datos económicos y socioculturales del INEI (2014) y la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS - 2010).Es importante abordar este tema para promover un desarrollo de medidas de garantía de calidad permitiendo valorar las manifestaciones psicoemocionales permitiendo brindar una atención integral al paciente y su familia. Obteniendo los siguientes resultados: en cuanto a los factores económicos. La mayoría reportó un ingreso económico de 500.00 a 1000.00 soles (77,3%). En los factores socioculturales, con grado de instrucción superior (50%); de procedencia Puno (31,8%) y de ocupación su casa (36,3%); con estado civil conviviente (77,3%) y religión católica (68,2%). La mayoría reportó sintomatología ansiosa y depresiva (59,1%).Existe relación significativa entre los factores económicos y socioculturales y el nivel de ansiedad y depresión a través de la prueba "t" student.

Palabras clave: Factores económicos, socioculturales, ansiedad y depresión.

ABSTRACT

This research study was considered as an objective; determine the economic and sociocultural factors related to anxiety and depression in the family of critically ill patients Service Critical Care Hospital Hipolito Unanue Tacna - 2015, with a population of 22 relatives of patients, the survey on economic and sociocultural data was applied INEI (2014) Scale and hospital anxiety and depression (HADS - 2010) .It is important to address this issue to promote development of quality assurance measures allowing assess the psycho-emotional manifestations allowing provide comprehensive care to the patient and his family. The following results: in terms of economic factors. Most reported an income of 500.00 to 1000.00 soles (77.3%). In sociocultural factors, with higher education degree (50%); of origin Puno (31.8%) and home occupation (36.3%); with law marriage (77.3%) and Catholic (68.2%). Most anxiety and depression reported (59.1%) symptoms. There is significant relationship between economic and socio-cultural factors and the level of anxiety and depression through the "t" student test.

Keywords: Economic factors, sociocultural, anxiety and depression.

INTRODUCCIÓN

La organización Mundial de salud refiere que en el 2013, en casi todas las sociedades se hacen más frecuentes los trastornos de ansiedad y/o depresión, podemos mencionar que a nivel mundial un 59% de la población padecen de ansiedad debido a diversos factores y situaciones. Se calcula que entre un 15% - 20% de la población Americana padecen a lo largo de su vida problemas relacionados a la ansiedad y/o depresión con una importancia como para requerir tratamiento.

El Perú es uno de los países cuyo nivel de salud mental de la población es insatisfactorio, ya que del 12% al 25% de la población está en riesgo de sufrir un trastorno emocional en cualquier momento de su vida, y la prevalencia anual de ansiedad y/o depresión es de 3% aproximadamente.

La ansiedad es un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta que tiene que ver con situaciones del presente y futuro; se estima que en la población actual la presencia de ansiedad está en aumento (24). La depresión, al contrario es la consecuencia de experiencias que tienen que ver con el pasado, normalmente con pérdidas como: familiar, amigo, empleo enfermedades crónicas, frustraciones etc.

La enfermedad de un miembro de la familia es un acontecimiento estresante que puede conducir al desequilibrio y alterar la estructura

familiar; esto es consistente con la teoría conceptual de los sistemas familiares, que postula que todo cambio de roles en un miembro de la familia impacta sobre el bienestar de los otros miembros. Como sistema social humano la familia es un sistema abierto y, por ello continuamente abierto al cambio.

Si la familia tiene una percepción realista del acontecimiento, asistencia y mecanismos de defensa adecuados, la crisis se superará y el equilibrio se recuperará; sin embargo existen factores que explican tanta variabilidad donde las características: socioculturales y económicas de cada población suelen estar relacionadas con la presencia y ausencia de trastornos ansiosos y/o depresivos.

Ante este contexto se desarrolló el presente trabajo de investigación, distribuidos en: Capítulo I: Se desarrolló el planteamiento del problema, objetivos, hipótesis y la Operacionalización de las variables.

En el Capítulo II: Se desarrolló los antecedentes; el marco teórico; y la definición de términos de la investigación.

Capítulo III: La metodología; material y métodos, población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos; y procesamiento de datos.

En el Capítulo IV: Se presenta los resultados y la discusión. Luego las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del problema

A nivel mundial, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el primer lugar (13%) de carga global de enfermedades (años de vida ajustados por discapacidad) (1).

La depresión existe como problema mundial. El aumento de la prevalencia de los trastornos depresivos llevará a ser la segunda causa de morbilidad en el mundo para el año 2020 (1).

En Latinoamérica, se ha encontrado que el incremento del nivel educativo, aumenta a su vez el conocimiento en salud y enfermedad mental. Según García y colaboradores, encontró déficit de conocimiento en familiares de pacientes en cuanto al Diagnóstico, Etiología, sintomatología y manejo de la enfermedad depresiva (2).

En la encuesta multinacional sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizada en Perú en el 2009; se encontró que el 10% de la población general había tenido un episodio depresivo en el año (2).

Generalmente, el ingreso en un hospital suele causar un aumento del nivel de estrés tanto para la persona ingresada como para sus familiares.

Este estrés es especialmente importante cuando los pacientes son atendidos en el Servicio de Cuidados Críticos dadas las connotaciones negativas que supone el ingreso en esta unidad, en la que se observa la gravedad del paciente, con todos los temores que este hecho puede conllevar. Pese a ello, hasta finales de la década de los 70, tan sólo se consideraba importante la repercusión psicológica que el ingreso al servicio de cuidados críticos podía tener sobre el paciente. No fue hasta 1976, tras la publicación de la tesis de Molter, cuando se comenzó a dedicar especial atención a ese colectivo, hasta entonces ignorado, formado por los familiares de los ingresados en el servicio de cuidados críticos (3).

No hay que olvidar que los familiares son una parte muy importante en el proceso de la enfermedad y el cuidado de los pacientes críticos. Ellos contribuyen de manera muy significativa a la consecución de una buena evolución de la enfermedad, ya que participan de manera activa en la toma de decisiones junto al equipo médico e incluso, cuando el paciente está consciente, son la fuente más importante de apoyo y conexión entre el paciente y el equipo médico.

Por otra parte, el ingreso al Servicio de Cuidados Críticos de una persona, conlleva otro tipo de problemas para los familiares. En un primer momento, y de una manera abrupta, la cotidianidad deja paso a la incertidumbre, el cambio de roles, el miedo, la ansiedad, la depresión, y otros síntomas psicológicos. Se puede afirmar que, en muchos casos, la experiencia del ingreso es más estresante para la familia que para el propio paciente.

No obstante, pacientes y sus familiares aprenden a confrontar la “crisis” donde revelan en forma notable la fuerza y el coraje frente al desafío entre la vida y la muerte; pero existen factores; socioculturales: grado de instrucción, procedencia, estado civil, religión, ocupación, parentesco y factores económicos: ingreso económico mensual; las cuales condicionarán de alguna manera la respuesta afectiva ante la hospitalización de un ser querido.

El Servicio de Cuidados Críticos fue creado para brindar atención especializada a pacientes cuyas vidas son amenazadas posterior a una lesión traumática, una intervención quirúrgica o durante el curso de una enfermedad severa que requiere de aislamiento en un área especial del hospital para facilitar la observación cercana y constante; dentro del ámbito hospitalario se evidencian innumerables situaciones

que son resultado de la interacción enfermo - enfermedad - medio ambiente.

La hospitalización de un paciente trae consigo diversas reacciones situacionales que dependen de la personalidad y de la capacidad adaptativa frente a una lesión física o enfermedad; tales reacciones se ven incrementadas cuando el paciente ingresa al servicio de cuidados críticos, cuyo ambiente es totalmente extraño para la mayoría de las personas.

Las emociones familiares representan mecanismos de protección ante un medio nuevo, abrumador y muchas veces desconocido para la mayoría de ellos, frecuentemente se concibe y se habla de la familia como un ente molesto y en ocasiones puede tenderse a un déficit en la capacidad de relación y comunicación por parte del personal asistencial con el familiar.

Frente a lo expuesto, se consideró pertinente la realización del presente trabajo de investigación planteando el siguiente problema:

¿Cuáles son los Factores Económicos y Socioculturales relacionado con la ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna - 2015?

1.2. Objetivos

Objetivos General:

Determinar la relación entre los factores económicos y socioculturales con la ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna – 2015.

Objetivos Específicos:

- Identificar los factores económicos en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna – 2015.
- Identificar los factores socioculturales en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna – 2015.
- Identificar el nivel de ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna – 2015.
- Relacionar los factores económicos con la ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna – 2015.

- Relacionar los factores socioculturales con la ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna – 2015.

1.3. Justificación

La ansiedad y la depresión son consideradas de gran importancia debido a que se trataría de los dos más comunes motivos de consulta en el ámbito psicológico, psiquiátrico y psicoanalítico.

Desde esta perspectiva la ansiedad está relacionada con sensaciones angustiosas y la depresión con la tristeza, aparecen como sentimientos que se encuentran íntimamente relacionados, llegando a considerar que los trastornos de ansiedad anteceden casi siempre a un episodio depresivo. De esta manera se piensa que la depresión termina siendo la culminación de un estado de ansiedad previo (4).

Cuando un paciente ingresa al Servicio de Cuidados Críticos y los familiares experimentan una multiplicidad de emociones provocadas por la falta de contacto continuo con el paciente, la dificultad para obtener y entender información, la necesidad de tomar decisiones (médicas, éticas y legales); el ambiente desconocido y la percepción

del paciente en condiciones particulares (sedado, entubado, conectado o monitoreado).

Algunas familias manejan la tensión generada por la enfermedad crítica en forma eficaz mientras que otras tienen respuestas desadaptativas que pueden entorpecer la recuperación del paciente; muchas pueden experimentar miedo, sorpresa o rechazo ante las imágenes, los sonidos y los olores que rodean al paciente (5).

La ansiedad es un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta que tiene que ver con situaciones del presente y futuro; se estima que en la población actual la presencia de ansiedad está en aumento. La depresión, al contrario es la consecuencia de experiencias que tienen que ver con el pasado, normalmente con pérdidas como: familiar, amigo, empleo enfermedades crónicas, frustraciones etc.

Es importante abordar este tema para promover un desarrollo de medidas de garantía de calidad permitiendo valorar las manifestaciones psicoemocionales de los familiares de pacientes

ingresados al Servicio de Cuidados Críticos y esto permitirá brindar una atención integral al paciente y su familia.

1.4.Hipótesis

Existe relación entre los factores económicos y socioculturales con la ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico del Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue Tacna – 2015.

1.5. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Operacionalización	Dimensión	Indicador	Escala
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores económicos	Son características que se efectúan en actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas (6).	Ingreso económico	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 500.00 soles - De 500.00 a 1000.00 soles. - Más de 1000.00 soles 	De razón
Factores socioculturales	Son características que determina el entorno en el que vives; desde tu familia, tu país, el momento de la historia en el que te encuentras (6).	Grado de Instrucción Procedencia Religión Estado civil	Primaria Secundaria Superior Arequipa Puno Moquegua Otros Católica Evangélica Otros Soltero(a) Conviviente	De razón

		Ocupación	Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Estudiante Su casa Obrero Otros	
VARIABLE DEPENDIENTE Ansiedad y Depresión	La depresión es un trastorno mental frecuente de la población en general (tristeza, pérdida de interés, baja autoestima), es probable que sea la peor diagnosticada, porque frecuentemente pasa inadvertida y es tal vez el trastorno peor tratado en la práctica clínica. La ansiedad es una emoción básica del organismo ante una situación de tensión, peligro o amenaza y estos sentimientos se agudizan por problemas de salud familiares.	Nivel de ansiedad y depresión	<ul style="list-style-type: none"> - Sintomatología Ansiosa y depresiva - Sintomatología dudosa - Ausencia de Sintomatología 	Nominal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se han encontrado los siguientes trabajos de investigación relacionados con el tema en estudio:

Patencia E. (8), "Componentes los familiares de los pacientes críticos para la toma de decisiones Francia 2012", en un estudio realizado en 43 UCIS francesas, donde se aplicó el cuestionario "Hospital Anxiety and Depresión Scale" (HADS), con el objetivo de determinar los componentes de los pacientes críticos, estudio descriptivo, y con una población de 280 familiares. Los resultados muestran mayor frecuencia en los trastornos ansiosos en un 69% y un 35% presentan trastornos depresivos; además la presencia de dichas manifestaciones se encuentra asociada con distintos factores relacionados tanto con el paciente como con la familia, personal sanitario y entorno asistencial.

Ballesteros G. (9), "Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional de Colombia 2014". Estudio descriptivo, en el que participaron 12 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI Adultos. Con el objetivo de determinar la comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

En este estudio se obtuvo los siguientes resultados: el familiar de la persona hospitalizada demandan de la enfermera profesional cualidades en un 80% como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible, consideradas importantes para establecer la comunicación y están enfocadas a satisfacer la necesidad de información, las relacionadas con la necesidad de una comunicación humanizada, el apoyo ofrecido en situación de vulnerabilidad, la expresión de sentimientos, en procura de mejorar la relación de ayuda entre la diada(9).

Rodríguez B.(10),"Sentimientos y expectativas de las familias de pacientes ingresados a la UCI Valencia España 2008", Estudio descriptivo aplicado a 24 familiares en un periodo de dos meses. Con el objetivo de determinar los sentimientos y expectativas de las familias de pacientes ingresados a la UCI. Dentro de los resultados

destaca que el mayor porcentaje 76% son pacientes coronarios y en la mayoría de los casos se ha perdido la posibilidad de seguimiento por ser referidos a otros hospitales especializados; al familiar no le preocupa tanto la carencia de información como el tiempo que esperan para obtenerla; las opiniones sobre la unidad muestran que las expectativas son muchas y altas, quizá justificadas en el hecho de que para un porcentaje importante es la primera vivencia de tener un familiar hospitalizado en la UCI.

Fernández C. (11), "Factores socioculturales que influyen en el estilo de vida de la persona adulta atendida en el Servicio de Emergencia del Hospital de Sevilla España 2008". Estudio descriptivo. Con una población de 190 pacientes. Con el objetivo de determinar la relación entre los Factores socioculturales y el estilo de vida de la persona adulta atendida en el Servicio de Emergencia. Obteniendo los siguientes resultados: existe relación significativa entre los factores socioculturales y el estilo de vida, con un $P > 0,05$.

Quispe M, ColC.(12), desarrollaron un estudio sobre "Relación con los niveles de ansiedad y estrés por sobrecarga en familiares hospitalizados en el Hospital Rebagliati, en Lima 2011". Estudio descriptivo con un diseño correlacional de corte transversal; la población fue conformada por 202 familiares Estudiándose una

muestra de 113 familiares, con el objetivo de relacionar los niveles de ansiedad y estrés por sobrecarga en familiares. Obteniendo los siguientes resultados: que la aceptación de la enfermedad, sentimientos, reacciones, integración, ingreso económico y grado de instrucción se relacionan con el estrés por sobrecarga, con respecto a las relaciones familiares existe relación con los niveles de ansiedad y estrés por sobrecarga.

Tapia R. (13), "Factores psicológicos: sentimientos y reacciones negativas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Perú – Lima 2011", utilizaron el método descriptivo con un diseño correlacional de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los familiares responsables de 25 niños siendo un total de 50 personas que constituyen la población en estudio. Con el objetivo de determinar los factores psicológicos: sentimientos y reacciones negativas.

Obteniendo los siguientes resultados: los factores psicológicos: sentimientos y reacciones negativas se relacionan en mayor porcentaje en un 54% con la ansiedad moderada y con depresión intensa. De los factores sociales: tipo de familia y relaciones familiares se relaciona con ansiedad leve y depresión moderada. De los factores económicos: trabajo remunerado e ingreso económico se relacionan con ansiedad leve y depresión intensa. De los factores culturales, el

grado de instrucción se relaciona con ansiedad pero no con depresión en tanto que las creencias erróneas se relacionan con niveles de depresión más no con niveles de ansiedad (13).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factores económicos y socioculturales

Hidalgo C, (14), sistematiza el rol de la familia identificando factores que pueden ser protectores para la salud o de riesgos para enfermedad o condicionantes de ellas.

Los factores de riesgo constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que están estadísticamente asociados a una mayor probabilidad de morbilidad o mortalidad futura.

Pueden clasificarse en: personales, familiares, y sociales.

Se establecen las conductas de riesgo que son acciones, pasivas o activas, que involucran peligro para la persona o acarrear consecuencias negativas para su salud, como por ejemplo: consumo de alcohol, deserción escolar, sexualidad precoz, accidentes, problemas con la ley, entre otros.

Los factores protectores son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o tener

consecuencias negativas cuando se involucran en ellas. Pueden clasificarse en : personales, familiares, sociales.

El ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida, según Erickson, el grado de socialización aumenta. La escuela, las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia (14).

Los **factores económicos** son características que se efectúan en actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas (6).

Los factores socioculturales son características que determina el entorno en el que vives; desde tu familia, tu país, el momento de la historia en el que te encuentras. En el **factor económico** se considera el ingreso económico.

En cuanto a los **factores socioculturales** de la persona para el presente estudio se han considerado: procedencia, estado civil, grado de instrucción, ocupación, y la religión (6).

Ciertos factores tienen influencia indirecta sobre las conductas de salud, a través de los factores cognitivo – perceptual. Estos factores pueden ser: los factores económicos y socioculturales, que tienen influencia indirecta a través de su impacto en el establecimiento de conductas de salud (15).

El ingreso económico mensual: Es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por interés, pagos de transferencia, alquileres y demás (15).

La Instrucción: Es el proceso de enseñanza aprendizaje que crea la integración y elaboración de lo aprendido.

El grado de instrucción de una persona: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

El grado de instrucción: Es la capacidad de cada persona de ir adquiriendo nuevos conocimientos integradores en el orden social, lo que le permitirá un mejor desenvolvimiento y mejora tanto en ámbitos individuales como colectivos. (15).

Procedencia: Lugar del cual proviene la persona. Se considera dentro del área si este es menor de 2 años (15).

Estado civil: Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. El estado civil está integrado por una serie de hechos y actos de tal manera importante y trascendental en la vida de las personas que la ley la toma en consideración, de una manera cuidadosa, para formar con ellos, por decirlo así, la historia jurídica de la persona (15).

Generalmente los estados llevan un registro público con los datos personales básicos de los ciudadanos, entre los que se incluye el estado civil. A este registro se le denomina Registro civil. Aunque las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro, la enumeración de

estados civiles más habitual es la siguiente: soltero(a), casado(a), conviviente, divorciado(a), viudo(a) (16).

En los factores sociales el estado civil es soltero, Se entiende por estado civil la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo. El concepto de estado civil existe desde el momento en que el ser humano crea la institución del matrimonio, pero el mismo se vincula específicamente con el alcance que tiene el Estado como institución política para organizar y regir el establecimiento de vínculos de este tipo (16).

La religión ayuda a proporcionar un sentido de esperanza, paz y bienestar, que, a su vez puede reducir las hormonas estresantes que causan la enfermedad de las personas. Teóricamente la religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, tanto personales como colectivas, de tipo existencial, moral y espiritual.

Hay religiones que están organizadas de formas más o menos rígidas, mientras que otras carecen de estructura formal y

están integradas en las tradiciones culturales de la sociedad o etnia en la que se practican. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas. (16).

La religión es un elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural (17).

Se define ocupación como el conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo. Se concreta en un conjunto de puestos donde se realiza un trabajo similar, siendo el bien que se produce de idénticas características. Se requiere para su desempeño una formación, conocimientos, capacidades y experiencia similares (17).

2.2.2. Ansiedad y Depresión del familiar:

En parte por lo múltiples y complejos que son los síntomas y signos de la ansiedad y depresión, en cualquiera de sus estadios, sino que hay muchos estadios y problemas diferentes

en grupos de edad distintos. A más que en muchas ocasiones no podemos fácilmente diferenciarlos de reacciones normales de duelo y pérdida. En este cuadro especial, los factores causantes de la depresión son variados van desde los factores biológicos, unidos a ingesta de ciertos medicamentos o sustancias psicodélicas o problemas internos, otro factores que influyen son los psicológicos, sociales y educacionales (17).

La depresión es una de las enfermedades más comunes de la población en general, paradójicamente, es probable que sea la peor diagnosticada, porque frecuentemente pasa inadvertida y es tal vez el trastorno peor tratado en la práctica clínica.

Si todo esto no fuera suficiente, tenemos que aun sintiendo toda la cascada del trastorno, muchísimas personas, prefieren seguirla aguantando, como un peso muerto en la espalda, porque confunden la depresión, con falta de carácter o de voluntad, por tanto hay que demostrarse a sí mismo y a los demás, que pueden salir adelante solos, imaginémos, que dicho pensamiento, se diera, cada vez que un endocrinólogo le dijese a un paciente que es diabético o un médico internista, le diagnosticase a alguien hipertensión, ahí está el doble castigo, que deben sufrir los pacientes depresivos (18).

La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia, exploración y pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se transforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico (19).

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia -adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología.

Sintomatología:

Tensión motora. El familiar con signos aparentes de ansiedad se muestra tembloroso, inquieto, sujeto a continuos sobresaltos, con sacudidas musculares, a veces mialgias y cefaleas, la cara tensa, el ceño fruncido y un aumento de

actividad sin meta que puede acabar en agitación psicomotriz o total inhibición.

Hiperactividad autónoma. Como consecuencia de ello aparecen múltiples síntomas somáticos como palpitaciones, dolores precordiales, hiperventilación, sensación de ahogo, debilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos, diarrea, micción imperiosa, parestesias, escalofríos, etc.

Expectación aprensiva. Es común una preocupación por el futuro tanto del paciente como de sus allegados, destacando sobre todo lo referente a su salud.

Actitud de vigilancia y escrutinio. El familiar suele estar irritable, le cuesta mantener la atención y concentrarse. Está en estado de hipervigilia por lo que puede presentar insomnio.

Clasificación:

Trastorno de angustia. Consiste en crisis recurrentes de ansiedad grave limitada a una situación concreta, son por tanto de aparición imprevisible. Casi constantemente hay un miedo secundario a morir, perder el control o enloquecer. Suelen durar de cinco a diez minutos. Según la décima edición de la clasificación internacional de enfermedades (CIE- 10), para el diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques al

menos durante el período de un mes y en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo.

En el período intercrisis el individuo está libre de ansiedad aunque puede haber una ansiedad anticipatoria frente a las situaciones donde se desencadenaron anteriores crisis. En algunos casos se desarrollan conductas evitativas como consecuencia del miedo a sufrir una crisis.

Trastorno de ansiedad generalizada. Ansiedad persistente no limitada a circunstancias concretas. No existen crisis ni conductas evitativas. Suelen ser personas que refieren no haberse sentido nunca asintomáticos y que consumen gran cantidad de psicofármacos, en especial benzodiazepinas.

Fobia social y fobias simples. Se consideran dentro de este apartado porque se manifiestan con sintomatología ansiosa, aunque secundaria siempre a estímulos que generan un miedo irracional: situaciones interpersonales en la fobia social y objetos, animales o determinadas situaciones en la fobia simple.

La depresión como síntoma puede aparecer acompañando a múltiples enfermedades médicas graves, dolorosas, crónicas o terminales. Se presenta también con gran frecuencia en el

preoperatorio de grandes técnicas quirúrgicas, principalmente si es preciso un período de readaptación de la persona a un nuevo tipo de vida. La mayoría de estas veces aparece como una reacción de adaptación a un suceso externo estresante.

En ocasiones, está causada por una alteración orgánica o medicamentosa, que será preciso solucionar para poder actuar terapéuticamente sobre la depresión. La depresión como enfermedad pertenece al gran grupo de los trastornos afectivos, en el que están incluidas desde las más reactivas, psicológicas o neuróticas hasta las más endógenas.

Sintomatología:

Aunque el perfil de la depresión es algo variable y depende del tipo de trastorno afectivo, el núcleo básico es el afecto depresivo. El interlocutor lo capta fácilmente pues habitualmente se percibe la irradiación de tristeza que emite el paciente.

Síntomas Psíquicos. Las personas suelen presentar de forma predominante y estable, un estado de ánimo deprimido, con tristeza y pérdida de interés por sus actividades habituales, tendencia al llanto y sensación de desesperanza. Su mímica transmite a los que están alrededor abatimiento y la sensación

de que les cuesta pensar y que cualquier actividad les supone un suplicio. Pueden presentar pérdida de la autoestima, ideas de culpa e incluso suicidas. Otras veces destacan la irritabilidad, la ansiedad, los sentimientos de frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que no hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas, conductuales o dificultades cognitivas.

En algunas depresiones intensas y de naturaleza psicótica pueden llegar a presentarse ideas delirantes, que frecuentemente suelen estar en concordancia con el estado afectivo y justificar las vivencias de culpa o de ruina que refieren.

Síntomas Físicos, suelen asociarse alteraciones del apetito con modificaciones de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia y falta de energía; y disminución de la capacidad de concentración con enlentecimiento del pensamiento pero sin incoherencia mental.

Clasificación:

Depresiones endógenas (primaria), estas depresiones van de adentro hacia fuera, se relacionan con una vulneración

específica del propio psiquismo del paciente. El término endógeno debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que, al menos en apariencia la justifique, aparecen espontáneamente.

Es una característica propia del depresivo endógeno, en una fase de normalidad del estado de ánimo, responder con entereza y sosiego a las dificultades, al contrario, en una fase depresiva son incapaces de enfrentarse a estas mismas dificultades e incluso a otras de menor peso. Estas reacciones del estado de ánimo y de la importancia de los acontecimientos pueden variar de individuo y de una raza a otra aun de un nivel sociocultural a otro nivel.

Las depresiones somatógenas, tienen causas orgánicas demostrables, la depresión puede ser parte de procesos infecciosos, enfermedades de la tiroides o cáncer. Por lo que es necesario tratar antes la causa primaria, aun cuando persista la depresión una vez eliminado lo que la provocó. Puede pasar que el trastorno orgánico queda resuelto pero persisten las manifestaciones depresivas, entonces el tratamiento debe ser bidireccional.

Las depresiones psicógenas, son originadas por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc. Hay cierta predisposición a desarrollar unas u otras manifestaciones al margen de la causa que lo desencadena; cada individuo tiene un límite propio para soportar fuertes tensiones y que más allá de este límite es probable que aparezcan manifestaciones psiquiátricas o psicosomáticas.

Las depresiones reactivas están ligadas al concepto de pérdida, mientras que las reacciones ansiosas están vinculadas al concepto de cambio. A veces, aun siendo los cambios positivos, pueden ocasionar reacciones depresivas.

De todos los factores psicosociales, económicos posibles, el estrés y el trauma psicológico son los mejor conocidos. Tanto el trauma agudo o los factores de estrés sub-crónico, como la exposición temprana al trauma infantil o enfermedad, aumentan el riesgo de desarrollar depresión y de provocar alteraciones del estado de ánimo, por su impacto sobre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central.

El estrés psicosocial puede activar la producción de citoquinas pro-inflamatorias, tales como el factor de necrosis

tumoral alfa (TNF- α) y la interleucina-1 (IL-1), y disminuir los niveles de citoquinas anti-inflamatorias, tales como la interleucina-10 (IL-10). Esto se ha demostrado en relación con el estrés agudo o crónico, tanto en animales como en humanos. Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y ansiedad, lo cual puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, por ejemplo, las que tienen polimorfismos de genes inmunes, bajos niveles de peptidasas o una mayor carga inflamatoria.

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento.

El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

Los psiquiatras tienen competencias en recetar medicamentos. Los psicólogos (y la persona específicamente formada en ello mediante la especialización sanitaria en psicología clínica) tienen competencias en psicoterapia u otras formas de intervención psicoterapeuta desde la modificación de conducta y terapia de conducta. En ambos casos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la gravedad de los síntomas (muy especialmente la terapia de conducta).

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria:

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), es una escala de auto-valoración que se utiliza como un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en un ámbito hospitalario, fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983) (20).

Está compuesta por dos subescalas de siete ítems cada una, que diferencian perfectamente la depresión y ansiedad, son

también medidas válidas- de la severidad de tales alteraciones emocionales.

Es una escala de auto-valoración del humor específicamente diseñada para ser usada en departamentos hospitalarios no psiquiátricos. El cuestionario se puede completar en muy poco tiempo. Es breve y está limitado a los dos aspectos más comunes presentes en la persona cuando se somete a una situación de estrés ambiental, o causado por síntomas somáticos.

Durante el diseño de la escala, se intentaron excluir síntomas de auto referencia, tales como migrañas o mareos, o aquellos que pudieran ser de naturaleza psiquiátrica o somática como el insomnio o anergia, debido a su utilización en el sector médico

La escala HADS ha demostrado tener las características psicométricas adecuadas (Moorey et al. 1991) y se ha utilizado extensamente en otros estudios (Razavi et al. 1990, Payne et al. 1990, Berard 1998, Carroll et al. 1993). Ha sido comparada con otros métodos como el GHQ y los resultados indican que existían pocas diferencias entre ambos cuando el personal médico era el encargado de aplicarlos

Las preguntas centrales para la ansiedad son:

"¿Se siente tenso alguna vez?"

"¿Se preocupa mucho?"

"¿Tiene ataques de pánico?"

"¿Siente que va a pasar algo horrible?"

Las preguntas centrales para la depresión son:

"¿Tiene mucho interés en las cosas que suele hacer?"

"¿Se ríe de buena gana?"

"¿Se siente de buen humor?"

"¿Se siente generalmente optimista sobre el futuro?"

El Nivel de Ansiedad y Depresión según la escala se clasifica en:

- Sintomatología ansiosa y depresiva, sintomatología dudosa, sin sintomatología.
- Sintomatología ansiosa y depresiva: presenta más de 7 síntomas.
- Con sintomatología dudosa: menos de 7 síntomas.
- Sin sintomatología: ausencia de síntomas.

Fases en el Desarrollo de la Crisis a valorar: la hospitalización es una crisis en la familia:

- Conmoción o choque: La respuesta inicial de los familiares ante la noticia es una conmoción abrumadora, hay reacciones

y sensaciones indicativas de una alteración de su estado de ánimo; se observa un derrumbe de sus conductas normales y alteración en los patrones de comunicación. Etapa caracterizada por llanto, sensación de impotencia y a menudo deseos de escapar. Puede también haber quejas somáticas, pérdida de cordialidad con los otros e insomnio.

- Negación: Muchos de ellos evitan admitir el problema de su familiar, desean liberarse de la situación o negar su impacto. En esta fase suele ocurrir lo que se llama “duelo anticipado”; que corresponde al mayor grado de negación.
- Etapa de trueque: Es intermedia entre la segunda y tercera etapa. Hay un retorno a la religión o una dedicación a obras caritativas
- Ira, tristeza, culpa y ansiedad: La ira precede a la tristeza y ansiedad y puede ser contra su destino, contra Dios y también contra el personal de salud del hospital u otras personas cercanas como el cónyuge, pues los culpa de la situación y muchas veces se culpa a sí misma. En esta etapa se puede observar enojo, en los familiares, por las rutinas de cuidados y lo demuestran porque quieren cambiar a su familiar de

hospital, o enojo con el personal que atiende directamente al paciente, tienen ganas de golpear a alguien.

La reacción más común en esta etapa es la tristeza, el familiar se muestra abrumado, triste y atemorizado; conducta que se ve cuando el familiar se sienta largas horas en espera de familiar evidenciándose muy triste y llorando en silencio.

Los familiares pueden mostrarse ansiosos, preguntar constantemente por el estado del paciente o su familiar o cuestionar los cuidados que otras personas le entregan.

Al finalizar esta etapa se observa que los familiares comienzan a visitar al paciente, miran los cuidados de enfermería, entienden el significado de la multiplicidad de equipos y ven que su familiar están bien, volviendo a ellos la esperanza.

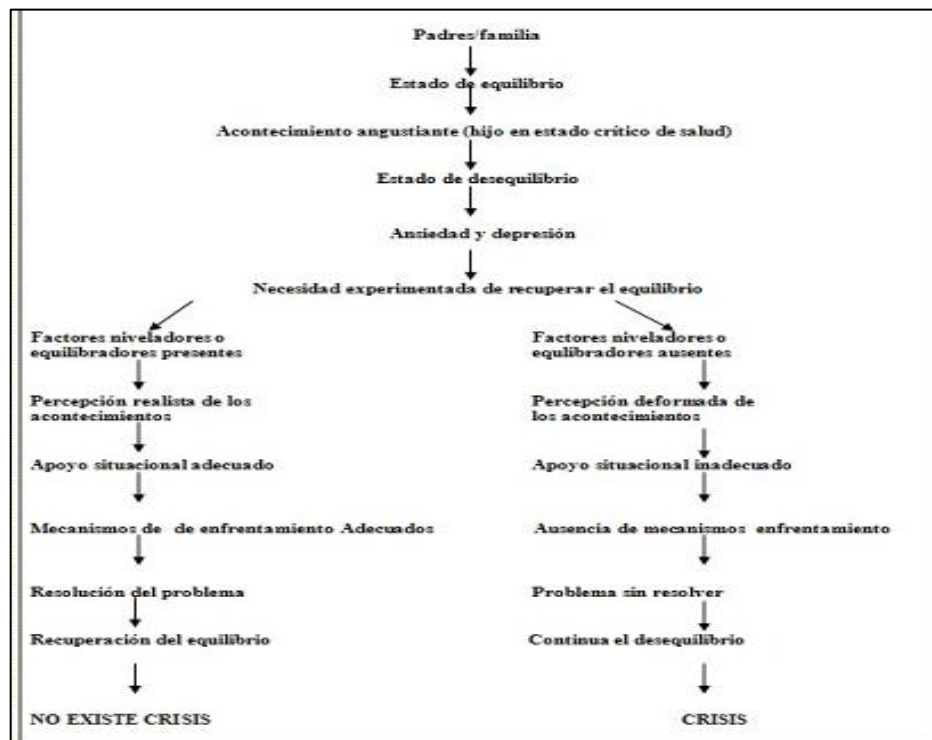
- **Aceptación:** Hay una gradual disminución de la ansiedad y de la intensidad de las emociones. A medida que éstas se atenúan, aumenta la confianza en su capacidad para cuidar al familiar. No llegan algunos a la adaptación completa, pero demuestran gran interés por aprender rutinas de enfermería. Es la etapa ideal para reforzar la educación en este aspecto.

Una falta de resolución de la crisis, va a generar respuestas patológicas, entre las que se encuentran: el continuar en la negación, depresión, enfermedad psicosomática y hostilidad por ira.

La enfermera debe derivar a esta familia al psicólogo, para la terapia familiar u otros profesionales como psiquiatra, personal de enfermería en consejería; para favorecer la resolución de la crisis, pues de otra manera van a terminar en una desintegración de la familia (21).

Esquema N° 01

Paradigma de la Intervención de la crisis



2.2.3. Importancia de la familia en el paciente del Servicio de Cuidados Críticos

El actual cambio de paradigma observado en la enfermería, nos lleva a una concepción más humanizada y personalizada de la salud, en el cual la familia ocupa un lugar preponderante.

Una buena aproximación a la familia debe tener sus bases en la teoría de sistemas y de la comunicación.

Definen un sistema como el conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de ellos está determinado por la situación que ocupan cada uno de los otros.

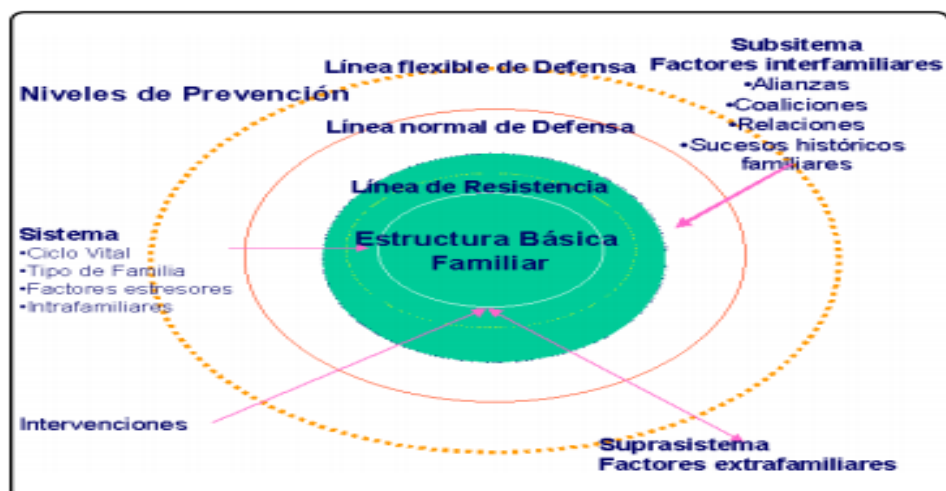
El aporte de la teoría de sistemas nos permite visualizar la familia como una totalidad que se compone de partes, sus miembros, los que interrelacionan y son interdependientes entre sí.

Como describe Minuchin, 1982, la familia está constituida por subsistemas, entre éstos encontramos, el subsistema conyugal, parental, filial; desde esta concepción todos se ven afectados en el caso de enfermedad y hospitalización de uno de sus miembros. Fuera de los subsistemas clásicos señala

Aylwin 2009, existen otros subsistemas constituidos por diferentes factores como sexo, interés, edades o funciones(20). La salud familiar es un proceso único e irrepetible que no se caracteriza por la suma de los problemas de salud individual de sus miembros, tiene un origen multicausal donde intervienen factores socioeconómicos, biopsicosociales, del funcionamiento familiar y de la propia salud individual de los miembros. Se encuentra en continua transformación donde juegan un papel fundamental los recursos protectores de la familia.

2.2.6. Teoría de Betty Neuman

Adaptación de los conceptos del modelo de Neuman para la intervención de la familia



El modelo de sistemas de Neuman surgió en 1972 a través de un paradigma inductivo, ya que se basó en la observación, experiencia clínica y síntesis de otros teóricos, entre los que sobresalen los siguientes: Se deriva de las ciencias filosóficas de Chardin acerca de la totalidad de la vida, la filosofía de Marx sobre la unitariedad del hombre y la naturaleza, las teorías de campo de corno, la teoría general de sistemas y sistemas abiertos de Edelsony Bertalanffy, así como la conceptualización del estrés de Selye y la teoría de la Gestalt sobre las interacciones entre las personas y medio ambiente, la cual sostiene que cada individuo está rodeado por un campo de percepciones que está en equilibrio dinámico(21).

Este enfoque teórico de campo sostiene que todas las partes están íntimamente interrelacionadas y son interdependientes. Así mismo, señala la Teoría de la Gestalt que cada estresor afectaría las reacciones del individuo frente a cualquier otro estresor (21).

Los conceptos claves que se manifiestan en la teoría son: aproximación integral del paciente y familiar, noción de lo integral, sistema abierto, entorno, entorno creado, contenido,

estructura básica, proceso o función básica, entradas y salidas; retroalimentación, negentropía, entropía, estabilidad.

Los factores estresantes que pueden causar depresión o ansiedad se clasifican en: fuerzas intrapersonales, interpersonales y extra personales; líneas normales de defensa (normal, flexibles de defensa y de resistencia); grado de reacción, la prevención como intervención Neuman identifica tres niveles:

- A. Fuerzas intrafamiliares: que se producen dentro de la familia (tipo, ciclo vital, características demográficas).
- B. Fuerzas interfamiliares: que surgen en uno o más individuos de la familia (por ejemplo, relaciones, coalición y alianzas).
- C. Fuerzas extra familiares: que tienen lugar fuera de la familia (por ejemplo, las redes de apoyo socio-familiar y económicas).

Es por ello que el profesional de enfermería también es parte del sistema cuando el paciente se encuentra hospitalizado, interactuando en su entorno.

La aplicación del Modelo de Cuidado de Enfermería para la Familia de Paciente del Servicio de Cuidados Críticos nace a partir de la propuesta de Anderson en 1994 que a su vez, está

respaldado por los conceptos teóricos como Watson y Bell y de conceptos de Wright y Leahey que desarrollaron el modelo de atención familiar de Calgary basándose de las teorías de Betty Neuman, cibernética, teoría de la comunicación y de la teoría de cambio (1984,1994) (1).

Este modelo tiene como objetivo general dar respuesta a las necesidades de educación e información y psicológica a los familiares de paciente a fin de colaborar con ellas durante su estancia en el hospital (1).

Los elementos que conforman este modelo son la misma enfermera familiar, como sujeto de cuidado la familia y por último la interrelación formada por los elementos anteriores.

La familia que lleva consigo tres dominios que son, el de salud, de afrontamiento y el interactivo, colabora en la interrelación proporcionando datos de interés para determinar necesidades en cada uno de ellos a través de los formatos de valoración utilizados por la enfermera familiar (1).

La enfermera familiar con la característica de tener un pensamiento crítico valorará y validará las necesidades de la familia al establecer las estrategias pertinentes, como de educación donde sus acciones de cuidado y por otro lado está

el hecho de ayudar y apoyar psicológicamente a la familia al proporcionar la información solicitada sobre aspectos de salud, al enseñar y al aplicar estrategias de afrontamiento, así como al canalizar a la familia o algún miembro de ella a otro especialista o aun centro de apoyo social que logre la estabilidad emocional cuándo la situación de salud de la familia lo amerite (1).

2.2.7. Servicio de Cuidados Críticos

El Servicio de Cuidados Críticos es un servicio especializado de los hospitales de muchos países que se preocupa de dar tratamiento intensivo a personas que necesitan cuidados de manera más urgente por haber sufrido algún accidente, por padecer una enfermedad grave o por haber salido de una operación. Este servicio cuenta con equipamiento y profesionales (médico, enfermera y técnico de enfermería) especializados y, según los recursos y las necesidades de los hospitales, éstos también pueden contar con cuidados intensivos en áreas específicas de medicina (22).

El concepto de Cuidados Críticos fue creado por la enfermera Florence Nightingale en 1854, durante la Guerra de Crimea.

Florence consideró que era necesario separar a los soldados en estado de gravedad de aquellos que solo tenían heridas menores para cuidarlos de manera especial. Logró reducir la tasa de mortalidad de la batalla de un 40% a un 2%. En 1950, el anestesiólogo Peter Safar, desarrolló un área de cuidados intensivos en la que mantenía a los pacientes sedados y ventilados. Es considerado el primer intensivista (23).

El primer Servicio de Cuidados Críticos se creó en Copenhague (Dinamarca) en 1953, como respuesta a una epidemia de poliomielitis. Surgió de la necesidad de vigilar y ventilar constantemente a los enfermos. Con el paso del tiempo, este servicio se fueron creando en los hospitales de todo el mundo y con los avances tecnológicos y el desarrollo de la medicina, hoy existen los Servicio de Cuidados Críticos específicos para diferentes especialidades de la salud (24).

En el Servicio de Cuidados Críticos se encuentran los pacientes que requieren cuidado constante y atención especializada durante las 24 horas del día. Debido a que el estado de estas personas es muy crítico, es un sector en el que trabajan profesionales especializados y entrenados para dar la atención debida a los pacientes.

Asimismo, este servicio está provisto con equipos y sistemas especializados, tomando en cuenta la especificidad del Servicio de Cuidados Críticos. Algunos servicios cuentan con unidades específicas como: Servicio de Cuidados Críticos Cardiológicos o Unidad Coronaria, Servicio de Cuidados Críticos Postoperatoria de Cirugía Cardíaca, Trasplante de Órganos, Cuidados Postoperatorios y Cuidados Críticos Psiquiátricos. También es posible encontrar Servicio de Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales, entre otras (18).

El Servicio de Cuidados Críticos se define como “La organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinaria, en un espacio específico del hospital que cumple unos registros funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren de soporte respiratorio, o que precisan de soporte básico junto de soporte de al menos dos órganos o sistemas. Así como todos los pacientes complejos que requieran soporte de fallo multiorgánico. El Servicio de Cuidados Críticos puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados.

Se entiende por intensivista un profesional que tiene una especialidad en atención al paciente crítico y las competencias profesionales para desarrollarla.

El personal profesional de enfermería necesario en el Servicio de Cuidados Críticos es el siguiente:

- Coordinadora o jefa de enfermería del Servicio.
- Enfermera supervisora de la unidad para ser responsable se requiere una experiencia de al menos cinco años de experiencia en cuidados críticos.
- Enfermera asistencial, la función de las enfermeras es valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería al paciente ingresado en el Servicio de Cuidados Críticos, así como evaluar su respuesta.

Funciones de la Enfermera asistencial del Servicio de Cuidados Críticos según el manual de Organización y Funciones 2014:

Funciones Básicas:

- Programar, supervisar y coordinar el desarrollo de las actividades de enfermería en el Área Funcional de Cuidados Críticos del Servicio de Enfermería en Hospitalización y Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Supervisar la labor del personal profesional y técnico

Funciones Específicas:

- Participar en la entrega de turno según protocolo establecido.
- Aplicar el proceso de Atención de Enfermería para establecer el plan de cuidados.
- Brindar atención directa inmediata y de calidad al paciente en el servicio de Cuidados Críticos.
- Participar activamente durante la visita médica informando sobre la evolución, terapia e imprevistos ocurridos durante la estancia del paciente.
- Evaluar y mantener vigilancia permanente e informar oportunamente ante cualquier variación al Médico de turno del servicio.
- Administrar terapéutica según prescripción médica.
- Llenar en forma correcta y con letra legible los registros de Enfermería así como las incidencias del Servicio al finalizar cada turno.
- Mantener operativo el coche de Paro cardiaco y de curaciones.
- Coordinar las actividades de la unidad con otros servicios de la institución.

- Coordinar con la Enfermera Jefe o la Enfermera Supervisora el traslado del paciente crítico a los diferentes procedimientos realizados fuera de la Institución, como ser Tomografías, Hemodiálisis, traslado al ,Aeropuerto, etc.
- Coordinar con la Enfermera Jefe la transferencia del paciente una vez superado el cuadro crítico, en ausencia de la Jefe se coordinará telefónicamente con la Enfermera del Servicio a ser transferido enviando la hoja de Epicrisis de Enfermería y todas las pertenencias del paciente con el Técnico de Enfermería.
- Mantener buenas relaciones humanas con el paciente, familia y comunidad.
- Coordinar y mantener permanentemente informada a la Enfermera Jefe de Servicio sobre las eventualidades y ocurrencias del Servicio.
- Identificar fuentes de riesgo para el paciente y aplicar los procedimientos respectivos para prevenir accidentes y complicaciones del paciente.
- Identificar riesgo de accidentes punzo cortantes en sí misma y personal a su cargo, estableciendo de inmediato las

medidas correctivas y comunicando a las Jefaturas inmediatas si hubiera una ocurrencia de este tipo.

- Mantener y supervisar el mantenimiento de medidas de Bioseguridad en el servicio.
- Prestar servicios de Enfermería en casos de desastres y Emergencias.
- Supervisar el desempeño laboral aplicando el Proceso de Atención de Enfermería a pacientes críticos mientras dure el Internado de estudiantes de Enfermería.
- Participar activamente en los programas de Capacitación y Entrenamiento del personal asistencial en el ámbito de su especialidad intra y extra institucional, cuando así lo requieran.
- Realizar y/o participar en estudios de Investigación contribuyendo al mejoramiento de la salud y calidad de atención.
- Asumir la Jefatura de Enfermería del Servicio en ausencia de la Enfermera jefe.
- Participar en la actualización de los manuales de organización, procedimientos y rutinas del servicio.
- Participar en la elaboración del plan operativo del servicio.

- Participar en las reuniones del servicio.
- Supervisar y evaluar las actividades del personal de Enfermería a su cargo.
- Asignar tareas y actividades al personal Técnico de Enfermería bajo supervisión directa.
- Otras que se le asigne

Hay algunas pautas de actuación que forman parte de la respuesta profesional en la relación enfermera-familia (25):

- En una etapa inicial conceder el tiempo necesario para que acepten la nueva situación y reajusten los roles familiares.
- Mantener una actitud positiva hacia ellos para favorecer su confianza.
- Establecer una relación de empatía, respetándolos y comprendiendo su situación de malestar.
- Saber escuchar y prestar atención al lenguaje verbal, y en especial al lenguaje no verbal
- Hablarles claramente, con palabras asequibles. Utilizar preguntas abiertas para que se expresen libremente.
- Acompañar las malas noticias, de recursos y salidas positivas, que no es crear falsas expectativas.

2.3. Definición conceptual de términos

2.3.1. Factores económicos:

Son características que se efectúan en actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente humanas (6).

2.3.2. Factores socioculturales:

Son características que determina el entorno en el que vives; desde tu familia, tu país, el momento de la historia en el que te encuentras (6).

2.3.3. Ansiedad y Depresión:

La depresión es un trastorno mental frecuente de la población en general (tristeza, pérdida de interés, baja autoestima), es probable que sea la peor diagnosticada, porque frecuentemente pasa inadvertida y es tal vez el trastorno peor tratado en la práctica clínica. **La ansiedad** es una emoción básica del organismo ante una situación de tensión, peligro o amenaza y estos sentimientos se agudizan por problemas de salud familiares.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

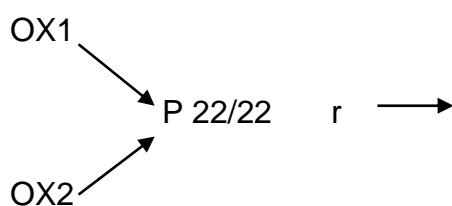
3.1. Material y métodos

Tipo de Estudio:

Prospectivo (de un tiempo hacia adelante), transversal (en un determinado tiempo), descriptivo (permite conocer situaciones) y de relación (asociación de 2 ó más variables) (26).

Tipo de investigación:

Tiempo



Leyenda:

X1: Variable Independiente: Factores económicos y socioculturales

X2: Variable dependiente: Ansiedad y Depresión

P=población

r=relación

O=variable

3.2. Población y Muestra

Población:

La población fueron los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados críticos durante los meses agosto, septiembre y octubre 2015, siendo un total de 22.

Muestra:

Para el presente estudio se realizó el muestreo no probabilístico por intención.

Criterios de Inclusión:

- Familiar de paciente hospitalizado en la unidad de cuidados críticos.
- Familiar de paciente hospitalizado en la unidad de cuidados críticos que acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Familiar de paciente hospitalizado en otros servicios.

Unidad de análisis

Familiar de paciente hospitalizado en la unidad de cuidados críticos.

Tipo de muestreo

Para el estudio se realizó el muestreo no probabilístico, por intención.

Validez

Se realizó la validez por 4 expertos (ver Anexo N° 01).

Confiabilidad

Se aplicó la prueba de confiabilidad alpha de crombach (ver Anexo N° 02).

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El método y técnica la entrevista.

Instrumento N° 01

Variable Independiente: Factores económicos y socioculturales

Encuesta sobre factores socioeconómicos y culturales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-2014) que consta de 9 ítems, de los cuales datos generales (3 ítems), factores socioculturales (5 ítems) y factores económicos (1 ítem).

Instrumento Nº 02

Variable Dependiente: Ansiedad y depresión

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) es un instrumento bastante utilizado para medir trastornos psicológicos en el hospital, versión en castellano de Zigmong y Snaith 2010. Compuesta por 14 ítems, 7 de los cuales miden ansiedad (ítems impares) y los 7 restantes miden depresión (ítems pares).

Es una escala de fácil manejo y ha demostrado su poder estadístico tanto en viabilidad como en validez en distintos estudios. La puntuación de cada ítem va de 0 – 3.

Otros autores recomiendan la utilización de la puntuación global y no las de las subescalas por separado, ya que no se ha podido documentar un buen poder discriminativo entre ansiedad y depresión.

El puntaje será el siguiente:

Por encima de 11 : Sintomatología ansiosa o depresiva.

Entre 8 y 10 : Sintomatología dudosa

Entre 7 y 0 : Ausencia de sintomatología.

3.4. Procedimientos de recolección de datos

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y pidió el consentimiento de la población en estudio haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación son estrictamente confidenciales.
- Se coordinó con los familiares de pacientes para su disponibilidad y el tiempo para la fecha de la aplicación del instrumento.
- Se procedió a realizar la autorización del familiar mediante el consentimiento informado.
- Se procedió a aplicar el instrumento a cada participante.
- Se realizó lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- El instrumento se aplicó en un tiempo de 20 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.5. Procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18 se presentan los datos en tablas simples y complejas, y se elaboraron gráficos para cada tabla.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba t student.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

TABLA N° 01
FACTORES ECONÓMICOS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO
DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE TACNA
2015

FACTORES ECONÓMICOS		
INGRESO MENSUAL	N°	%
Menos de 500.00 soles.	2	9,1
De 500.00 a 1000.00 soles.	17	77,3
Más de 1000.00 soles.	3	13,6
Total	22	100,0

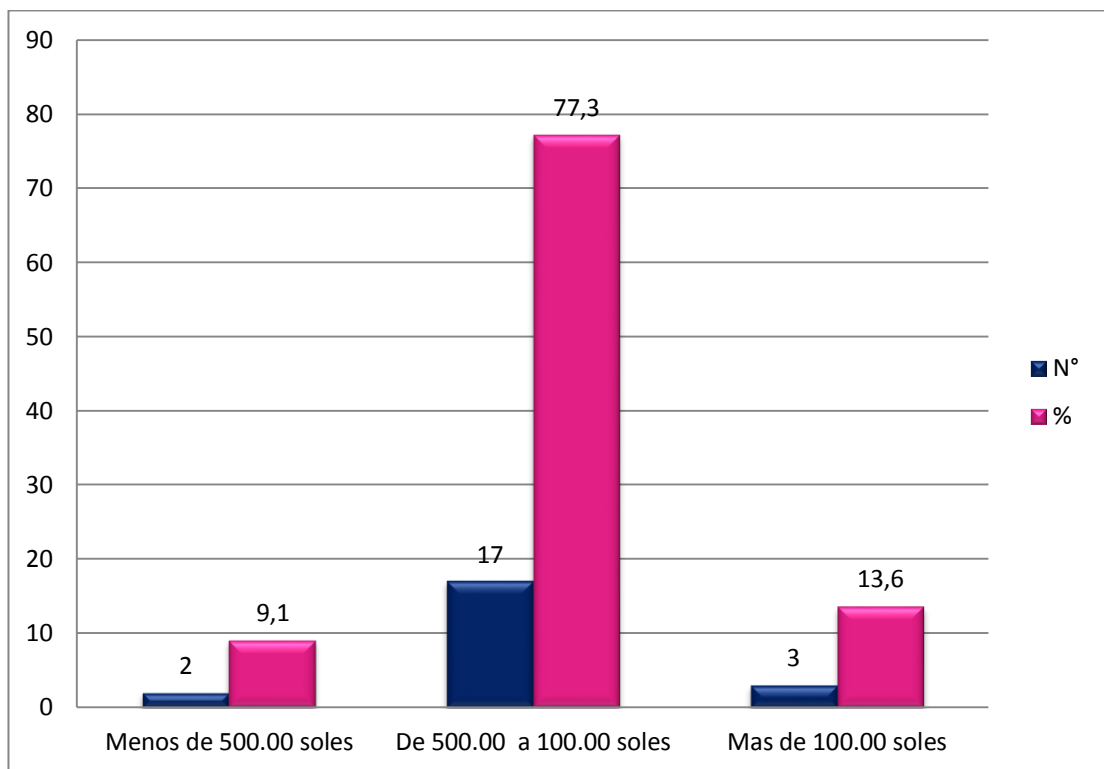
Fuente: Encuesta sobre factores socioeconómicos y culturales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-2014), aplicado en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue 2015.

Descripción:

En la presente tabla se aprecia los factores económicos de los familiares de pacientes críticos, en dónde; el 9,1% (2) tienen un ingreso mensual menor de 500.00 soles.; el 77% (17) de 500.00 a 1000.00 soles y un 13,6% (3) más de 1000.00 soles.

GRÁFICO N° 01

**FACTORES ECONÓMICOS DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO
DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE TACNA
2015**



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

**FACTORES SOCIOCULTURALES DEL FAMILIAR DEL PACIENTE
CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
TACNA – 2015**

FACTORES SOCIOCULTURALES		
GRADO DE INSTRUCCION	N°	%
Primaria	1	4,5
Secundaria	10	45,5
Superior	11	50,0
Total	22	100,0
PROCEDENCIA	N°	%
Arequipa	3	13,6
Moquegua	5	22,8
Puno	7	31,8
Otros	7	31,8
Total	22	100,0
ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero(a)	2	9,1
Conviviente	17	77,3
Casado(a)	3	13,6
Divorciado(a)	0	0,0
Viudo(a)	0	0,0
Total	22	100,0
RELIGIÓN	N°	%
Católico(a)	15	68,2
Evangélico (a)	4	18,2
Otros	3	13,6
Total	22	100,0
OCUPACIÓN	N°	%
Estudiante	2	9,1
Su casa	8	36,3
Empleado	6	27,3
Obrero	6	27,3
Otros	0	0,0
Total	22	100,0

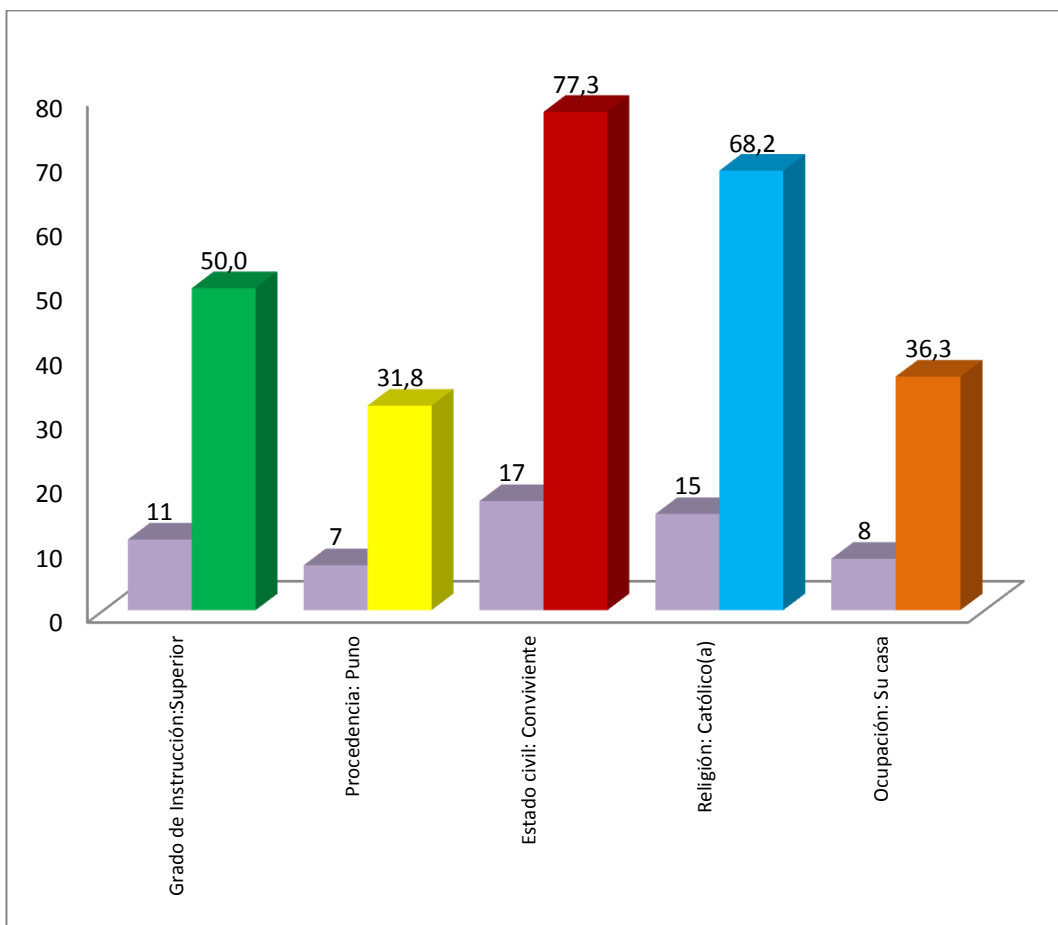
Fuente: Encuesta sobre factores socioeconómicos y culturales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-2014), aplicado en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue 2015.

Descripción:

En la presente tabla se aprecia los factores socioculturales del familiar del paciente crítico, en donde; En cuanto al grado de instrucción: un 4,5% (1) con nivel primaria; 45,5% (10) secundaria; 50%(11) superior. El 13,6% (3) de procedencia Arequipa; 22,8% (5) de Moquegua; 31,8% (7) de Puno y otros. El 9,1% (2) con estado civil soltero; 77,3% (17) conviviente; 13,6% (3) divorciado. Un 68,2% (15) de religión católico; 18,2% (4) evangélico y 13,6% (3) de otra religión. El 9,1% (2) de ocupación estudiante; 36,3% (8) su casa; 27,3% empleado y obrero.

GRÁFICO N° 02

**FACTORES SOCIOCULTURALES DEL FAMILIAR DEL PACIENTE
CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
TACNA – 2015**



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03
NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL FAMILIAR DEL
PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS
CRÍTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA - 2015

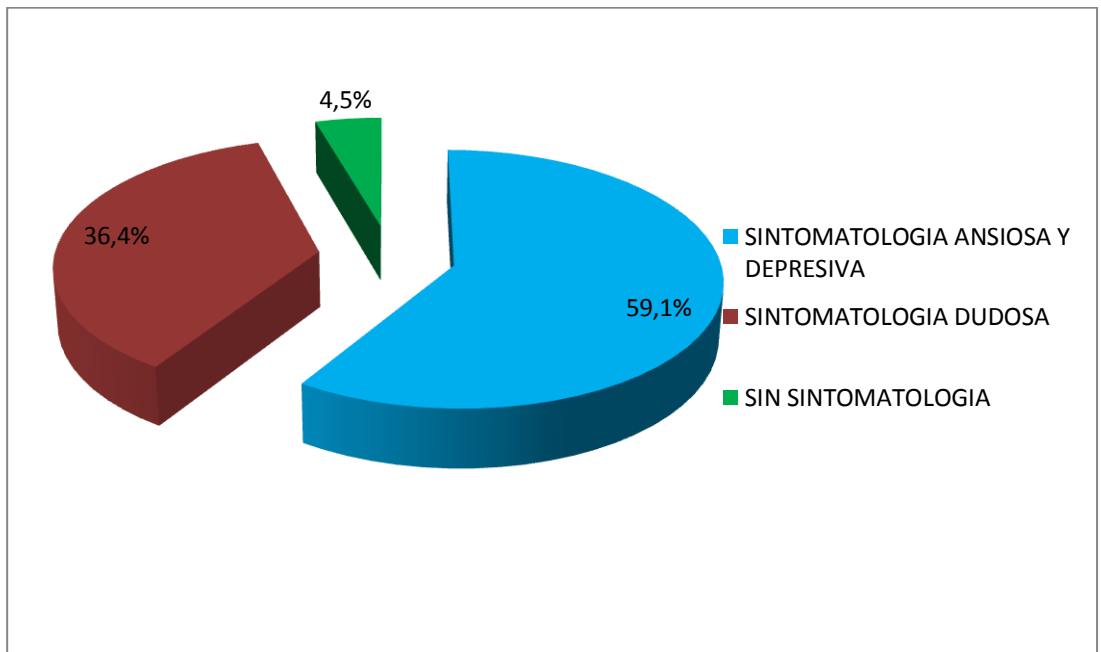
Nivel de ansiedad y depresión	N	%
Sintomatología ansiosa y depresiva	13	59,1
Sintomatología dudosa	8	36,4
Sin sintomatología	1	4,5
Total	22	100,0

Fuente: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) es un instrumento bastante utilizado para medir trastornos psicológicos en el hospital, versión en castellano de Zigmong y Snaith 2010, aplicado en el Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2015.

Descripción:

Se aprecia en la presente tabla, el nivel de ansiedad y depresión en el familiar del paciente crítico; el 59,1% (13) presentó sintomatología ansiosa y depresiva; un 36,4% (8) sintomatología dudosa y un 4,5% (1) sin sintomatología.

GRÁFICO N° 03
NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL FAMILIAR DEL
PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS
CRÍTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE TACNA - 2015



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04
RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES ECONÓMICOS CON LA
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL FAMILIAR DEL PACIENTE
CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA – 2015

Factores económicos	Nivel de depresión y ansiedad						Total		T student
	Síntomatología ansiosa y depresiva		Síntomatología dudosa		Ausencia de síntomatología		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
INGRESO MENSUAL									
Menos de 500.00 soles	0	0,0	1	4,5	1	4,5	2	9,1	t= 1,721 21=gl(n-1) P=0,00 P<0,05
De 500.00 a 1000.00 soles	11	50,0	6	27,3	0	0,0	17	77,3	
Más de 1000.00 soles	2	9,1	1	4,5	0	0,0	3	13,6	
Total	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100,0	

Fuente: Encuesta sobre factores socioeconómicos y culturales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI-2014), Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) es un instrumento bastante utilizado para medir trastornos psicológicos en el hospital, versión en castellano de Zigmong y Snaith 2010, .aplicado en el Servicio de Cuidados Críticos del HospitalHipólito Unanue 2015.

Descripción:

En la presente tabla se aprecia la relación entre el factor económico: ingreso económico y el nivel de ansiedad y depresión; en donde, el mayor porcentaje 50,0% reportó un ingreso de 500.00 a 1000.00 soles con sintomatología ansiosa y depresiva. En la prueba de dependencia de variables, se aprecia que existe relación con la prueba t student.

Se evidencia la relación entre las variables Factores económicos con la Depresión y Ansiedad, ya que el valor p ($t > 0,05$) se acepta H_a existe dependencia entre variables y se rechaza H_0 donde eran independientes las variables. $n=21 < 30$ por eso se utiliza la prueba t student (análisis de una sola muestra o población).

TABLA N° 05

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES CON LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA 2015

Factores socioculturales	Nivel de depresión y ansiedad						Total		T student
	Síntomatología ansiosa y depresiva		Síntomatología dudosa		Ausencia de sintomatología		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
GRADO DE INSTRUCCIÓN									t= 1,721
Primaria	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	4,5	21=gl(n-1)
Secundaria	7	31,8	2	9,1	1	4,5	10	45,5	P=0,02
Superior	5	22,7	6	27,2	0	0,0	11	50,0	P<0,05
Total	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100,0	
PROCEDENCIA							N°	%	t= 1,721
Arequipa	2	9,1	1	4,5	0	0,0	3	13,6	21=gl(n-1)
Moquegua	3	13,6	1	4,5	1	4,5	5	22,8	P=0,01
Puno	5	22,7	2	9,1	0	0,0	7	31,8	P<0,05
Otros	3	13,6	4	18,2	0	0,0	7	31,8	
Total	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100,0	
ESTADO CIVIL							N°	%	t= 1,721
Soltero(a)	1	4,5	1	4,5	0	0,0	2	9,1	21=gl(n-1)
Conviviente	13	59,1	4	18,2	0	0,0	17	77,3	P=0,00
Casado(a)	0	0,0	3	13,6	1	4,5	3	13,6	P<0,05
Divorciado(a)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Viudo(a)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100,0	
RELIGIÓN							N°	%	t= 1,721
Católico(a)	11	50,0	4	18,2	0	0,0	15	68,2	21=gl(n-1)
Evangélico (a)	0	0,0	4	18,2	0	0,0	4	18,2	P=0,03
Otros	2	9,1	0	0,0	1	4,5	3	13,6	P<0,05
Total	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100,0	
OCUPACIÓN							N°	%	t= 1,721
Estudiante	2	9,1	0	0,0	0	0,0	2	9,1	21=gl(n-1)
Su casa	4	18,2	3	13,6	1	4,5	8	36,3	P=0,02
Empleado	4	18,2	2	9,1	0	0,0	6	27,3	P<0,05
Obrero	3	13,6	3	13,6	0	0,0	6	27,3	
Otros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Total	13	59,1	8	36,4	1	4,5	22	100,0	

Fuente: Encuesta sobre factores socioeconómicos y culturales del Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI-2014), Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) es un instrumento bastante utilizado para medir trastornos psicológicos en el hospital, versión en castellano de Zigmong y Snaith 2010, aplicado en Servicio de Cuidados Críticos del Hospital Hipólito Unanue 2015.

Descripción:

En la presente tabla se aprecia la relación entre las variables de factores socioculturales y el nivel de ansiedad y depresión.

En dónde; el 31,8% (7) con grado de instrucción secundaria y sintomatología ansiosa y depresiva. El 22,7% (5) de Puno como procedencia y sintomatología ansiosa y depresiva. 59,1% (13) con estado civil conviviente y sintomatología ansiosa y depresiva. El 50% (11) de religión católica y sintomatología ansiosa y depresiva. El 18,2% (4) de ocupación su casa y empleado y sintomatología ansiosa y depresiva.

Se aprecia relación entre los factores socioculturales con la Depresión y Ansiedad, en dónde; $p (t > 0,05)$ se acepta H_a existe dependencia entre variables y se rechaza H_0 donde eran independientes las variables. $n=21 < 30$ por esos e utiliza la prueba t student (análisis de una sola muestra o población).

4.2. Discusión

En la Tabla N° 01, se aprecia los factores económicos de los familiares de pacientes del Servicio de Cuidados Críticos, en donde: el mayor porcentaje 77,3% (22) reportó un ingreso de 500.00 a 1000.00 soles y en menor porcentaje 9,1%(2) menos de 500.00 soles.

En la Tabla N° 02, se presenta los factores socioculturales, el 50% (1) con grado de instrucción superior y un 4,5% (11) primaria; 31,8% (7) de procedencia Puno y otros departamentos y un 13,6% (3) de Arequipa; 77,3% (17) con estado civil conviviente y un 9,1%(2) soltero(a); 68,2% (15) de religión católica y un 13,6% (3) otras religiones; y el 36,3% (8) de ocupación su casa, un 9,1%(2) estudiante.

Similares resultados al estudio de Fernández C. (11), "Factores socioculturales que influyen en el estilo de vida de la persona adulta atendida en el Servicio de Emergencia del Hospital de Sevilla España 2008". Estudio descriptivo. Con una población de 190 pacientes. Con el objetivo de determinar la relación entre los Factores socioculturales y el estilo de vida de la persona adulta atendida en el Servicio de Emergencia. Obteniendo los siguientes resultados: existe relación significativa entre los factores socioculturales y el estilo de vida, con un $P > 0,05$.

Difieren a los resultados del estudio de Tapia R. (13), "Factores psicológicos: sentimientos y reacciones negativas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Perú – Lima 2011", utilizaron el método descriptivo con un diseño correlacional de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los familiares responsables de 25 niños siendo un total de 50 personas que constituyen la población en estudio. Con el objetivo de determinar los factores psicológicos: sentimientos y reacciones negativas.

Obteniendo los siguientes resultados: los factores psicológicos: sentimientos y reacciones negativas se relacionan en mayor porcentaje en un 54% con la ansiedad moderada y con depresión intensa. De los factores sociales: tipo de familia y relaciones familiares se relaciona con ansiedad leve y depresión moderada. De los factores económicos: trabajo remunerado e ingreso económico se relacionan con ansiedad leve y depresión intensa. De los factores culturales, el grado de instrucción se relaciona con ansiedad pero no con depresión en tanto que las creencias erróneas se relacionan con niveles de depresión más no con niveles de ansiedad (13).

Los factores económicos y socioculturales son características que son el soporte social del individuo (28).

Al analizar los factores, vemos que el ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida, según Erickson, el grado de socialización aumenta. La escuela, las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia (27).

En la Tabla N° 03, se aprecia el nivel de depresión y ansiedad: en dónde; el mayor porcentaje reportó en un 59,1% (13) sintomatología ansiosa y depresiva y en menor porcentaje 4,5% (1) sin sintomatología.

Contrastando con el estudio de Ballesteros G. (9), "Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional de Colombia 2014". Estudio descriptivo, en el que participaron 12 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI Adultos. Con el objetivo de determinar la comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos.

En este estudio se obtuvo los siguientes resultados, que el familiar de la persona hospitalizada demandan de la enfermera profesional cualidades en un 80% como: amabilidad, cordialidad, empatía, reconocimiento y un lenguaje entendible, consideradas importantes para establecer la comunicación y están enfocadas a satisfacer la necesidad de información, las relacionadas con la necesidad de una comunicación humanizada, el apoyo ofrecido en situación de vulnerabilidad, la expresión de sentimientos, en procura de mejorar la relación de ayuda entre la diada(9).

Difieren los resultados con el estudio de Rodríguez B.(10),“Sentimientos y expectativas de las familias de pacientes ingresados a la UCI Valencia España 2008”, Estudio descriptivo aplicado a 24 familiares en un periodo de dos meses. Con el objetivo de determinar los sentimientos y expectativas de las familias de pacientes ingresados a la UCI. Dentro de los resultados destaca que el mayor porcentaje 76% son pacientes coronarios y en la mayoría de los casos se ha perdido la posibilidad de seguimiento por ser referidos a otros hospitales especializados; al familiar no le preocupa tanto la carencia de información como el tiempo que esperan para obtenerla; las opiniones sobre la unidad muestran que las expectativas son muchas y altas, quizá justificadas en el hecho de que para un

porcentaje importante es la primera vivencia de tener un familiar hospitalizado en la UCI.

Una falta de resolución de la crisis, va a generar respuestas patológicas, entre las que se encuentran: el continuar en la negación, depresión, enfermedad psicosomática y hostilidad por ira (12).

La enfermera debe derivar a esta familia a psicólogo, terapia familiar u otros profesionales para favorecer la resolución de la crisis, pues de otra manera van a terminar en una desintegración de la familia.

En la Tabla N° 04, se aprecia la relación entre el factor económico: ingreso económico y el nivel de ansiedad y depresión; en donde, el mayor porcentaje 50,0% reportó un ingreso de 500.00 a 1000.00 soles con sintomatología ansiosa y depresiva. En la prueba de dependencia de variables, se aprecia que existe relación con la prueba t student.

Se aprecia la relación entre las variables Factores económicos con la Depresión y Ansiedad, en dónde; $p (t > 0,05)$ se acepta H_a existe dependencia entre variables y se rechaza H_0 donde eran independientes las variables. $n=21 < 30$ por eso se utiliza la prueba t Student (análisis de una sola muestra o población).

En la Tabla N° 05, se aprecia la relación entre las variables de factores socioculturales y el nivel de ansiedad y depresión. En dónde;

El 31,8% (7) con grado de instrucción secundaria y sintomatología ansiosa y depresiva. El 22,7% (5) de Puno como procedencia y sintomatología ansiosa y depresiva. 59,1% (13) con estado civil conviviente y sintomatología ansiosa y depresiva. El 50% (11) de religión católica y sintomatología ansiosa y depresiva. El 18,2% (4) de ocupación su casa y empleado y sintomatología ansiosa y depresiva. Se aprecia relación entre los factores socioculturales con la Depresión y Ansiedad, en donde; $p (t > 0,05)$ se acepta H_a existe dependencia entre variables y se rechaza H_0 donde eran independientes las variables. $n=21 < 30$ por eso se utiliza la prueba t student (análisis de una sola muestra o población).

Los resultados encontrados, difieren con el estudio de Quispe M, ColC .(12), desarrollaron un estudio sobre "Relación con los niveles de ansiedad y estrés por sobrecarga en familiares hospitalizados en el Hospital Rebagliati, en Lima 2011". Estudio descriptivo con un diseño correlacional de corte transversal; la población fue conformada por 202 familiares durante el periodo de Estudiándose una muestra de 113 familiares, con el objetivo de relacionar los niveles de ansiedad y estrés por sobrecarga en familiares. Obteniendo los siguientes resultados: que la aceptación de la enfermedad, sentimientos, reacciones, integración, ingreso económico y grado de instrucción se

relacionan con el estrés por sobrecarga, con respecto a las relaciones familiares existe relación con los niveles de ansiedad y estrés por sobrecarga.

Similares resultados al de Patencia E. (8), “Componentes los familiares de los pacientes críticos para la toma de decisiones Francia 2012”, en un estudio realizado en 43 UCIS francesas, donde se distribuyó el cuestionario “Hospital Anxiety and Depresión Scale” (HADS), con el objetivo de determinar los componentes de los pacientes críticos, estudio descriptivo, y con una población de 280 familiares. Los resultados muestran mayor frecuencia en los trastornos ansiosos en un 69% y un 35% presentan trastornos depresivos; además la presencia de dichas manifestaciones se encuentra asociada con distintos factores relacionados tanto con el paciente como con la familia, personal sanitario y entorno asistencial. Los factores estresantes que pueden causar depresión o ansiedad se clasifican en: fuerzas intrapersonales, interpersonales y extra personales; líneas normales de defensa (normal, flexibles de defensa y de resistencia; grado de reacción, la prevención como intervención Neuman identifica tres niveles (32).

Fuerzas intrafamiliares: que se producen dentro de la familia (tipo, ciclo vital, características demográficas).Fuerzas interfamiliares: que

surgen en uno o más individuos de la familia (por ejemplo, relaciones, coalición y alianzas). Fuerzas extra familiares: que tienen lugar fuera de la familia (por ejemplo, las redes de apoyo socio-familiar y económicas).

Es por ello que el profesional de enfermería también es parte del sistema cuando el paciente se encuentra hospitalizado, interactuando en su entorno.

CONCLUSIONES

- En cuanto a los factores económicos en los familiares de pacientes del Servicio de Cuidados Críticos, La mayoría reportó un ingreso económico de 500.00 a 1000.00 soles (77,3%). En los factores socioculturales, la mitad cuenta con grado de instrucción superior (50%); más de la cuarta parte de procedencia Puno (31,8%) y de ocupación su casa (36,3%); la mayoría con estado civil conviviente (77,3%) y religión católica (68,2%).
- La mayoría reportó sintomatología ansiosa y depresiva (59,1%) y en menor porcentaje sin sintomatología (4,5%).
- Existe relación significativa entre los factores económicos y el nivel de ansiedad y depresión a través de la prueba t student.
- Existe relación significativa entre los factores socioculturales y el nivel de ansiedad y depresión a través de la prueba t student.

RECOMENDACIONES

- Al Servicio de Cuidados Críticos y el Hospital Hipólito Unanue se sugiere fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación; promoviendo la salud mental de la familia.
- Brindar los resultados obtenidos a la Jefatura de Departamento de Enfermería del Hospital Hipólito Unanue y otras instituciones que trabajen con el tema a fin de insertar un programa de apoyo a la familia en los servicios hospitalarios.
- Promover la realización de estudios similares en otros establecimientos hospitalarios de salud, lo que permitirá realizar inferencia y generalización de los resultados.
- Implementar un programa educativo de apoyo al familiar del paciente crítico que cuente con un profesional de enfermería mediante la interacción activa entre enfermería-familia, ambos hacia un mismo fin, la salud de toda la familia en su conjunto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud. Salud Mental en el mundo. México: editorial OPS; 2010.
- 2) Ministerio de Salud. Situación de Salud Mental. Washignton: OIT; 2011.
- 3) IMSERSO, Ministerio de Sanidad y Política Social Mayres en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Tomo (i). Informe Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Mayores en España; 2008.
- 4) IMSERSO. Libro Blanco de la Dependencia. 1.a ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2005.
- 5) Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N, Gómez Marcos MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. Aten Primaria. 2009; 41:621-8. Medline
- 6) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta de hogares. Lima: INEI; 2013.
- 7) HADS. Depresión y Ansiedad. España: Editorial Harcourt; 2008.

- 8) Patencia E. Componentes los familiares de los pacientes críticos para la toma de decisiones Francia 2012.
- 9) Ballesteros G. Comunicación entre la enfermera y el familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Colombia 2014.
- 10) Rodríguez B. Sentimientos y expectativas de las familias de pacientes ingresados a la UCI Valencia España 2008.
- 11) Fernández C. Factores socioculturales que influyen en el estilo de vida de la persona adulta atendida en el Servicio de Emergencia del Hospital de Sevilla España 2008.
- 12) Quispe M, Col C. Relación con los niveles de ansiedad y estrés por sobrecarga en familiares hospitalizados en el Hospital Rebagliati 2011.
- 13) Tapia R. Factores psicológicos: sentimientos y reacciones negativas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue Perú – Lima 2011.
- 14) Hidalgo C. Sociología. México: Editorial Interamericana, 2010.
- 15) Scielo Importancia de la calidad de vida, orientada a la salud. La Enciclopedia libre. [Artículo en internet]. 2010. [Citado 2010 Ago. 28]. [1 Pantalla]. Disponible en URL: <http://www.calidat/unted/entry/topic/retrs.aspt.onty>.
- 16) Nutbeam, F. Sociología. México: Interamericana; 2005.

- 17) Castellanos, P. Psicología evolutiva. España: Editorial Mcwrail; 2005.
- 18) Papalia, D. Eendkos, S. Psicología. {Artículo en el internet}. 2008
{Citado 2011 Mar 3} disponible desde el URL:
<http://www.rincondelvago.com/psicología-evolutiva9.html>.
- 19) Schoenbach V. Ansiedad y depresión.. [Monografía en internet]. 2004.
[Citado 2010 Ago. 18]. [44 páginas]. Disponible en URL:
[http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/
FactoresDeEstudioAnaliticos.pdf](http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/FactoresDeEstudioAnaliticos.pdf).
- 20) Campbell V, Buchanan K. El modelo de sistemas de cuidador de la salud de Betty Neuman. En: Riel J. Modelos conceptuales de enfermería. Madrid: Doyma; 1992. pp. 53-59.
- 21) Marriner S. Modelos y teorías en enfermería. México: Editorial interamericana; 2010.
- 22) Ministerio de Salud. Guía de Unidad de Cuidados Intensivos. México; 2010.
- 23) Fernández C. Sociología en Instituciones hospitalarias. México; 2011.
- 24) Colegio de Enfermeros del Perú. Enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos. Lima: 2012.
- 25) Polit, D y Hungler, B Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Ed. Interamericano – Mc. Graw-Hill; 4ta ed. México 2000.

- 32) Schoenbach V. Diseños de estudio analítico. [Monografía en internet]. 2004. [Citado 2010 Ago. 18]. [44 páginas]. Disponible en URL:<http://www.epidemiolog.net/es/endesarrollo/DisenosDeEstudioAnaliticos.pdf>.
- 33) Christopher M. Validez y confiabilidad del instrumento. [Biblioteca virtual]. España [Citado 2010 Set 12]. Disponible en URL: <http://www.eumed.net/libros/2007b/303/validez%20y%20confiabilidad%20del%20instrumento.htm>
- 34) Martínez N, Cabrero J, Martínez M, Diseño de la investigación. [Apuntes en internet]. 2008. [citado 2010 sep. 13]. [1 pantalla]. Disponible en URL: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_4.htm

ANEXOS

ANEXO Nº 01

VALIDACIÓN POR CRITERIO DE EXPERTOS

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema:

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla como la adjunta , donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

EXPERTOS /ITEMS	A	B	C	D	PROMEDIO
Y1 = 1	4	5	4	4	4
Y1 = 2	4	5	5	5	4.4
Y1 = 3	5	4	5	5	4.6
Y1 = 4	4	5	4	5	4.5
Y1 = 5	4	5	5	5	4.4
Y1 = 6	4	4	5	5	4.4
Y1 = 7	5	5	5	5	4.8
Y1 = 8	5	5	5	5	4.8
Y1 = 9	4	5	5	5	4.6

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$$

Donde DPP= $\sqrt{(x-y_1)^2 + (x-y_2)^2 + \dots + (x-y_9)^2}$

Donde x= Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es r= 176

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$D_{\text{máx.}} = \sqrt{(y_1 - 1)^2 + (-y_2 - 1)^2 + \dots + (y_9 - 1)^2}$$

Donde DPP=V (y₁-1)+ (-y₂-1)+..... (y₉-1)

Y= valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es D máx.= 10,42

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A

...r=1,76.....

0 2,08

B

.....

2,09 4,2

C

.....

4,3

6,5

D

.....

6,6

8,7

E

.....

8,8

10,42

5. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos. El valor DPP(r) fue 1,76 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

ANEXO N° 02

CONFIABILIDAD POR ALPHA DE CRONBACH

ethod 2 (eovariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE(ALPHA)

Instrumento 1

De un total de 10 encuestas realizadas a nivel piloto para la confiabilidad del instrumento se obtuvo para la escala total un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.82 de confiabilidad

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	10	100.0
Excluidos(a)	0	0.0
Total	10	100.0

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería
SEGUNDA ESPECIALIDAD

ENCUESTA

Estimado familiar del paciente hospitalizado en el Servicio de Cuidados Críticos, previo cordial saludo, le pido que responda a las siguientes preguntas, que serán de gran aporte para un trabajo de investigación:

I. DATOS GENERALES

1. Edad: (....) años
2. Sexo:
 - a) Femenino
 - b) Masculino
3. Parentesco con el paciente:
.....

II. FACTORES SOCIOCULTURALES

4. Grado de Instrucción:
 - a) Sin instrucción
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
5. Procedencia:
 - a) Arequipa
 - b) Moquegua
 - c) Puno
 - d) Otros.....

6. Estado Civil:
- a) Soltero(a)
 - b) Conviviente
 - c) Casado(a)
 - d) Divorciado(a)
 - e) Viudo(a)

7. Religión:
- a) Católica
 - b) Evangélica
 - c) Otros

8. Ocupación:
- a) Estudiante
 - b) Su casa
 - c) Empleado
 - d) Obrero
 - e) Otros

III. FACTOR ECONÓMICO

9. Ingreso Económico Mensual:
- a) No tiene ingreso
 - b) Menor de S/. 500.00 soles
 - c) De S/. 500.00 a S/. 1000.00 soles
 - d) Mayor a S/. 1000.00 soles

ANEXO Nº 04

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería
SEGUNDA ESPECIALIDAD

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS)

Lea detenidamente cada pregunta y marque la alternativa que describa su estado emocional con una equis(X).

1. Me siento tenso o “nervioso”

- a) Todos los días
- b) Muchas veces
- c) A veces
- d) Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

- a) Como siempre
- b) No lo bastante
- c) Sólo un poco
- d) Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera suceder

- a) Definitivamente, y es muy fuerte.
- b) Sí, pero no es muy fuerte.
- c) Un poco, pero no me preocupa
- d) Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- a) Al igual que siempre lo hice.
- b) No tanto ahora.
- c) Casi nunca.
- d) Nunca.

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

- a) La mayoría de las veces.
- b) Con bastante frecuencia.
- c) A veces, aunque no muy a menudo
- d) Sólo en ocasiones.

6. Me siento alegre.

- a) Nunca.
- b) No muy a menudo.
- c) A veces.
- d) Casi siempre.

7. Puedo estar sentado y sentirme relajado

- a) Siempre.
- b) Por lo general.
- c) No muy a menudo.
- d) Nunca.

8. Me siento como si cada día estuviera más lento

- a) Siempre.
- b) Por lo general.
- c) No muy a menudo.
- d) Nunca.

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago.

- a) Nunca.
- b) En ciertas ocasiones.
- c) Con bastante frecuencia.
- d) Muy a menudo.

10. He perdido interés por mi aspecto personal.

- a) Totalmente.
- b) No me preocupo tanto como debiera.
- c) Podría tener un poco más de cuidado.
- d) Me preocupo al igual que siempre.

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) No mucho.
- d) Nada.

12. Me siento optimista respecto al futuro.

- a) Mucho.
- b) Bastante.
- c) No mucho.
- d) Nada.

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- a) Muy frecuentemente
- b) Bastante a menudo.
- c) No muy a menudo.
- d) Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.

- a) A menudo.
- b) A veces.
- c) No muy a menudo.
- d) Rara vez.