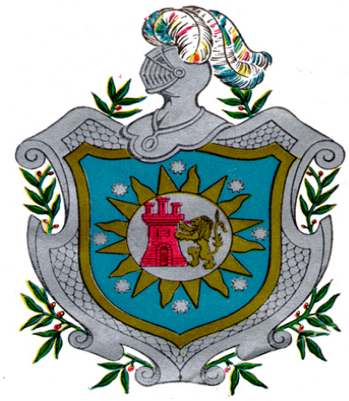
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

NIVELES DE ESTRÉS DE LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), EN RELACIÓN AL AMBIENTE DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES (HEODRA) LEON.

AUTORES:

- Br Karina del Carmen Rivera Canales.
- Br Marianela de Fátima Sánchez Sánchez

TUTOR:

Dr. Alberto Berríos.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal durante el mes de octubre de 2008, con el objetivo de Determinar los niveles de estrés de los familiares con Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos en relación al ambiente del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León, Nicaragua. Fueron incluidos en el estudio 31 familiares, de ellos el 71% eran del sexo femenino, el 74% procedía del área urbana y la edad predominante fue el de 26 a 35 años con el 36%. Más de la mitad de los familiares pertenecen al área nuclear (68%). El 100% de los familiares asisten al informe médico, de estos un 97% comprenden lo expresado por el médico, el 90% esta conforme con la información brindada por el medico y un 78% de los familiares precisan de mayor información. Entre las perspectivas de los familiares el 58% desea que el informe médico se base en hechos y posibilidades, la preocupación más predominante es si su paciente vivirá (61%) Las condiciones físicas del hospital son incómodas para el 77% de los familiares que permanecen en la sala de espera de UCI. Respecto al lugar que se utiliza para impartir los informes médicos el 63% lo encuentra inadecuado; Con respecto a los niveles de estrés en los familiares con pacientes ingresados en la UCI, el síntomas Psicológicos mas sobresaliente fue el sentirse nervioso o estresado con un 74%, En los síntomas Orgánico el 70% de los familiares afirma padecer de tensión muscular de cuello y espalda. El nivel de estrés que fue significativo en los familiares con pacientes ingresados en la UCI es el Estrés moderado (78%). Esto nos lleva a concluir que los familiares con Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos en relación al ambiente del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales manifiestan un estrés moderado.

INDICE

Dedicatoria……..1

Introducción……2

Antecedentes…….....3-4

Justificación……...5

Planteamiento del problema……..6

Objetivos….....7

Marco teórico…….8-28

Diseño metodológico……29-33

Resultados……..……34-36

Discusión……..37-38

Conclusiones……...39-40

Recomendaciones……41-42

Bibliografía.....……43-45

Anexos……..46-57

DEDICATORIA

A DIOS:

Por ser nuestro creador y el que nos ilumina, nos da la sabiduría, entendimiento, fortaleza, paciencia y el ánimo para llevar a cabo nuestro trabajo.

A Nuestros padres:

Por ser el motivo que nos impulsan a seguir aun en medio de las dificultades, ellos quienes nos aconsejaron, guiaron y apoyaron en todo momento, gracias a su sacrificio y esfuerzo hoy podemos ver el fruto de su amor y dedicación.

A nuestros formadores:

Gracias a su dedicación y a sus enseñanzas al igual que su paciencia adquirimos los conocimientos necesarios para nuestro aprendizaje.

A nuestros tutores y asesores:

Quienes nos facilitaron sus experiencias y guiaron durante el desarrollo de nuestra tesis, gracias por su tiempo, paciencia y consejos.

INTRODUCCION

Las unidades de cuidados intensivos (UCI) de adultos, por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales. Esto significa que “los de dentro” (pacientes y profesionales de la salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los “de fuera” (familiares/allegados de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación se restringe a los horarios de visita y al momento de la información médica. El médico es quién lidera la relación con los familiares. Esta idea se expresa, de dos maneras: a través de una falta de autocrítica hacia los sistemas cerrados y en forma de deseo de cambio hacia una mayor adaptación de las dinámicas de las unidades a las necesidades de los familiares. (16)

El punto de partida de este estudio es la observación de algunos de los(as) autores(as), a lo largo de su práctica profesional en diferentes Unidades de Cuidados Intensivos, en el momento de la visita los familiares tienen un contacto muy reducido con los pacientes. También incluye la cuestión de si es o no necesario mantener restricciones a la entrada de los familiares a la unidad y sobre la forma en que el equipo de salud de las unidades debe abordar el contacto con los familiares. (3)

UCI es probablemente el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más. El deseo de los familiares/allegados acerca del entorno de la UCI implican contacto con el paciente y los profesionales del equipo de salud (cercanía, tener esperanza, estar informados y saber que su familiar está en buenas manos), la relación y la atención con los familiares podía ser diferente. Las acciones encaminadas a promover la atención a los familiares de los pacientes críticos tendrán mayor probabilidad de éxito si existe una cierta predisposición por parte del personal y el Hospital hacia el cambio conceptual que supone incluir a los familiares en las dinámicas del paciente. (20)

ANTECEDENTES.

El grupo familiar puede dejar de funcionar normalmente cuando se produce un acontecimiento estresante como puede ser la hospitalización de uno de sus miembros. En estas circunstancias, la familia puede tener dificultades para tomar decisiones, cuidarse mutuamente o solucionar problemas. (14)

En la familia se produce un aumento de los niveles de ansiedad, como indica Sánchez Álvarez en los hospitales de España y Argentina, donde observaron que el estado de ansiedad del familiar permanecía elevado a lo largo de toda la estancia en UCI, relacionándolo con la evolución del proceso y con la falta de contacto directo con el enfermo. Actualmente la mayoría de las unidades de cuidados intensivos se rigen por una política restrictiva de visitas, en las que entran un familiar, no implicándole, en los cuidados al paciente. (1)

En 1996, Plowright en un estudio en 50 UCI del sur de Inglaterra, apuntó que el 60% de las mismas permitían visitar al paciente a cualquier hora del día. Un paso adelante en la política de liberalización, seria la idea que aportan algunos estudios, de permitir la visita de niños a sus familiares en una UCI de adultos. (20)

En el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, se realizo un estudio observacional y transversal, cuyo objetivo es Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) respecto al entorno asistencial y a la información recibida que establece posibles asociaciones entre diferentes factores predictivos y la existencia de niveles altos de ansiedad o estrés. De los familiares encuestados un 47,3%, presentó signos de estrés bajo, un 15,2% presentan estrés medio, un 8,2% presentan estrés alto. Y un 47,7% de familiares están muy afectados por la falta de contacto con sus familiares durante el ingreso en el servicio de urgencias Existen niveles importantes de estrés de familiares en los servicios de urgencia que suponen un problema de salud, identificándose 10 diagnósticos de enfermería principales en relación al nivel de estrés: Ansiedad, Temor,

Duelo disfuncional, Duelo anticipado, Afrontamiento familiar inefectivo, Incapacitante, comprometido, Negación ineficaz, Sobreesfuerzo. [2]

En la UCI polivalente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Se entrevistó a familiares de 99 pacientes. Entre los resultados más importante tenemos que un 82.6%, de las personas encuestadas forman parte del área nuclear, un 80% recibió información con terminología comprensible, entendían lo que le ocurría a su familiar y los medios que se estaban poniendo para su curación, a pesar de que al 74% nunca se les había explicado la tecnología utilizada. El 90% creían recibir una información sincera y que los cuidados eran los adecuados. El 85% se sentían cómodos durante el tiempo de visita; el 74% no tuvo sentimiento de soledad, ni aislamiento. Se les preguntó si consideraban que existía una sala de espera el 94% de los casos consideraban que ésta no era la adecuada. En relación con la sala de información, el 67% de los familiares consideró que era poco acogedora y el 27,2% respondió que no era nada acogedora. Sólo el 5,4% indicó que la sala era muy adecuada. [16]

JUSTIFICACION

La trascendencia de tener un familiar hospitalizado es un factor estresante para el paciente y sus familias, se potencializa cuando dentro del hospital se le ubica en la UCI, "entre la vida y la muerte" por lo que la intensidad de ese mismo factor se incrementa.

Aunque existen trabajos a nivel mundial acerca del estrés en los familiares con pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en ninguno se refleja que las condiciones ambientales y la información sobre el estado de salud del familiar son factores predeterminantes que incrementan los niveles de estrés de los familiares que permanecen en la UCI, es por eso que hemos decidido realizar esta investigación, porque consideramos que esta problemática no es percibida de manera relevante a nivel nacional y centroamericano, ya que no existe información de la misma, por lo tanto, quiere decir que no se toma en cuenta que tener a un paciente en la unidad de cuidados intensivos supone un aumento de los niveles de estrés para los familiares que permanecen en la sala de espera de la UCI.

Por eso, este estudio pretende reconocer que la intensificación de los niveles de estrés son una respuesta a situaciones externas; tales como las condiciones ambientales, la forma en que se le brinda la información del estado de salud al familiar y la atención que se le presta a los familiares, genera un problema que la sociedad lo acepta como normal y sin trascendencia, no obstante, es un tema de suma importancia, por lo que con este estudio procuramos generar mayor información y una visión más amplia en la forma de abordar esta problemática, siendo este trabajo un hecho novedoso a nivel centroamericano que será un primer paso para abrir puertas y definir acciones para mejorar las condiciones ambientales, brindar información del estado de salud del familiar y la atención a los familiares con pacientes en la UCI, reduciendo así el aumento de los niveles de estrés de los familiares y los malestares físicos provocados por el mismo, que sugiere una mayor participación por parte del personal, institución y el gobierno para que esto genere el cambio cognitivo –conductual para el éxito, ofreciendo una verdadera ayuda a la familia por parte de los profesionales en salud.

Planteamiento del problema:

¿Cuáles son los niveles de estrés de los familiares con pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), en relación al ambiente del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (H.E.O.D.R.A) León, en el mes de octubre 2008?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar los niveles de estrés de los familiares con pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos en relación al ambiente hospitalario.

Objetivos Específicos

- Identificar la información que poseen los familiares acerca del estado de salud su paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos.

- Conocer la percepción que tienen los familiares con los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, sobre el ambiente hospitalario.

- Determinar los niveles de estrés de los familiares con pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

MARCO TEORICO

El estrés se define tradicionalmente como una respuesta psico-fisiológica a un estímulo externo o interno en el que converge la secreción de hormonas y mediadores orgánicos que provocan una situación de tensión orgánica; pero lo que es cierto que no todas las personas tienen las mismas respuestas ante el mismo estímulo. Las teorías más modernas identifican a estrés como una interacción entre la demanda y las capacidades del individuo, el estrés se produciría cuando el individuo percibe una discordancia entre la demanda y sus capacidades sea esta real o imaginaria. (23)

Cuando este estado de emergencia se prolonga se produce una respuesta más compleja a la cual Hans Selye, llamó el Síndrome de Adaptación General. Selye entendía que esta condición prolongada de estrés causa daños al organismo principalmente a causa a la elevación de adrenalina y hormonas corticosteroides secretadas por las glándulas adrenales.

Durante mucho tiempo los fisiólogos han sabido que el estrés puede causar envejecimiento prematuro en animales de laboratorio. Cuando un animal es sometido a condiciones de estrés continuo su cuerpo comienza a sufrir una serie de estragos y al cabo de unos pocos días muere. Al hacerle la autopsia se encuentran numerosos síntomas de deterioro y envejecimiento prematuro. En los seres humanos se produce una situación similar. Cuando el estrés sobrepasa ciertos límites se afectan numerosos órganos de nuestro cuerpo al igual que nuestra capacidad mental y el sistema inmunológico.

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan que está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca estrés, ansiedad y preocupación. (11)

Las familias tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas. Estos conflictos afectivos y emocionales a los que deben enfrentarse no sólo afectan a la salud psíquica del familiar, sino que además condicionan la recuperación física del paciente. (1)

La familia es un sistema abierto y funciona como unidad La aplicación de la Teoría general de los Sistemas a la familia muestra también la necesidad de centrar en ella la atención. En efecto, según dicha teoría, un sistema es una complejidad organizada cuyo comportamiento está determinado por la interacción entre varios componentes. De acuerdo con esta definición, una familia puede considerarse como un sistema, ya que entre sus miembros existe una interdependencia que hace funcionar como una unidad, de forma que las necesidades o problemas de salud de uno de sus miembros le afectan no sólo a él, sino a la familia como grupo. La atención de salud no debe limitarse al individuo "enfermo", ya que la enfermedad es un proceso colectivo que afecta a toda la unidad familiar. La conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no pueden comprenderse si se la separa de su contexto social. El hombre vive formando parte de grupos y define su realidad personal por referencia a condiciones de tiempo social. (21)

La orientación de los servicios sanitarios debe incorporar la atención a la familia como un elemento clave en el cuidado**.** Si bien, diversos programas socio-sanitarios consideran esta atención a la familia como una estrategia para disminuir los ingresos hospitalarios o reducir la duración de las estancias en el hospital, paradójicamente, se observa que la organización de los servicios sanitarios no facilita una atención a la familia. A menudo, la rigidez en el cumplimiento de los horarios de visita, separa innecesariamente al enfermo de su familia. La inexistencia de espacios adecuados (tanto físicos como intelectuales) no permite que el profesional sanitario pueda entrevistarse con la familia en condiciones idóneas. (18)

La atención profesional tecnificada prioriza los cuidados técnicos y el establecimiento de una relación terapéutica con el enfermo, ocupando raramente la familia uno de los primeros lugares en la escala de priorización de la atención. El considerar esta perspectiva nos abre una oferta de servicios clara con la que se nos pueda identificar. La prestación de cuidados a los familiares es un producto con unas posibilidades de desarrollo importante y susceptible de controlar su calidad, por lo que se hace interesante a la hora de ofertar unos servicios enfermeros. Las tendencias giran en torno a modelos en los que los pacientes no sean meros espectadores de las actuaciones que sobre ellos realizan los profesionales sanitarios, y dar entrada en nuestros sistemas a las capacidades del individuo y de su familia.

Esto se refleja perfectamente en el marco de los objetivos de salud para el siglo XXI, que orientan las políticas de salud de la OMS, en el que se destaca la contribución de las enfermeras y matronas en un nuevo papel que integre esta perspectiva. Se busca la capacitación para adquirir un rol de enfermera de familia que amplíe nuestros horizontes epistemológicos y prácticos, creando una praxis de enfermería que se caracterice por la devolución del poder y el protagonismo a la comunidad, para que ésta encuentre sus propias soluciones y gestione sus propios recursos. Evidentemente, según cuál sea el ámbito de actividad de la enfermera (atención primaria, hospitalización, servicios de urgencias extrahospitalarios, etc.), el trabajo con la familia adquirirá diferentes matices, dependiendo del contexto de trabajo y de las necesidades de salud de personas y familia. Si consideramos que el contexto del estudio es el hospital, concretamente los servicios de Reanimación y UCI, se nos planteará como interesante el estudio del apoyo social percibido y dado por los profesionales sanitarios a los familiares de pacientes ingresados en estas unidades. Entendemos que dada la importancia del problema físico del enfermo, la atención a las alteraciones psicológicas y sociales, así como las repercusiones sobre la familia, pueden quedar relegadas y a veces minusvaloradas. [22]

El apoyo social se ha concebido de muchas maneras dentro de la distinta perspectiva teórica y empíricas, pero todos los estudios que se han realizado durante las últimas décadas han mantenido la hipótesis de que el apoyo social tiene efectos beneficiosos en

la salud física y mental de las personas. A partir de los años 70, se ha ido aceptando progresivamente el papel del ambiente social, tanto como inductor de estrés como reductor del mismo. Es decir, el sistema social es entendido como poseedor de elementos estresores y/o amortiguadores del estrés. Si consideramos el ingreso de una persona en las unidades de Reanimación y UCI como una situación de estrés para sus familiares, debemos de prestar atención a aquellos factores que pueden disminuir esta situación, considerando como elemento fundamental en la reducción del estrés, el apoyo social que puede aplicar el personal de UCI, cumpliendo una serie de funciones como la emocional, material, informacional, etc.

En la literatura socio sanitario no es frecuente los estudios de campo sobre los servicios sanitarios y las especialidades más técnicas del dispositivo hospitalario actual, como son los servicios de urgencias, unidades quirúrgicas de alta tecnología o unidades de cuidados intensivos y reanimación. Esta escasez de estudios de campo cualitativo puede ser debida a que las instituciones donde se realizan tradicionalmente se presentan de modo opaco y a menudo “cerrado”. Diferentes aspectos en relación con el tema han sido abordados en estudios cuantitativos en los que se da otro nivel de atención a los aspectos subjetivos de la familia y del apoyo social. [10]

Desde un paradigma humanístico y holístico de los cuidados, el profesional de enfermería asume un compromiso con el cliente. Como persona que se encuentra inmersa en un contexto socio ambiental específico, en el que la familia tiene un papel fundamental de conexión con el medio.

Las unidades de cuidados intensivos (UCI), en general, suelen ser lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana. El ingreso del paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a una situación difícil. La familia y el paciente se encuentran separados físicamente de su medio habitual, del apoyo afectivo, sufren y están angustiados. Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes [14]

El ambiente hostil de las UCI, repleto de estímulos que producen daños nocivos, y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente generan temor, ansiedad y se manifiestan en forma de reacciones de agresividad.[20]

El paciente y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia; angustiados por el miedo al futuro y al dolor. Muchas veces estos sentimientos se ven exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal sanitario. [8]

La mayor parte de las personas están expuestas a niveles mucho más altos de estrés de lo que creen estar. Estrés ocurre cuando pierdes tu trabajo, o no tienes dinero para pagar tus deudas o cuando un familiar ocupa una operación. La mayoría de nosotros piensa que "estrés" es sinónimo de "preocupación". Si estás preocupado estás "estresado". [3]

Sin embargo, para tu cuerpo, la palabra estrés tiene un significado mucho más amplio. El estrés es sinónimo de cambio. Cualquier cosa que cause un cambio en tu vida causa estrés. No importa si es un cambio "bueno" o "malo", ambos son estresantes. [1]

Aún los cambios imaginarios son estresantes. [19] (De hecho los cambios imaginarios son los que llamamos "preocupaciones"). Si temes que no tendrás suficiente dinero para pagar la renta, eso es estrés. Si te preocupa la posibilidad de ser despedido de tu trabajo, eso es stress. Si crees que te darán un aumento eso también es estrés. (Aunque sea un cambio positivo). No importa si el evento es bueno o malo, real o imaginario, cualquier cambio produce estrés. Cualquier cosa que causa un cambio en la rutina cotidiana es estrés. Cualquier cosa que cause un cambio en la salud de tu cuerpo es estrés. Los cambios imaginarios son tan estresantes como los cambios reales.

Veamos diferentes tipos de estrés [7]. Algunos son tan frecuentes que ni siquiera estamos conscientes de que son estresantes. Podríamos decir que al estrés también se le conoce como un "mensajero cerebral químico", debido a que las células cerebrales se

comunican entre sí mediante “mensajeros químicos”. Cuando la persona está expuesta a niveles altos de estrés ésta comunicación comienza a deteriorarse. Cuando éstos mensajeros “fallan” la persona comienza a sufrir síntomas tales como: insomnio, dolores generalizados, depresión, angustia etc. A ésta condición se le llama “sobre-estrés”. Existen tres “mensajeros” cerebrales que controlan el sueño, los niveles de energía y las sensaciones de dolor y placer. Ciertos químicos al igual que ciertas drogas pueden temporalmente restaurar la función de los mensajeros o transmisores cerebrales pero no completamente ni por mucho tiempo. Con frecuencia utilizan “calmantes” recetados por su doctor o adquiridos ilegalmente. El “sobre-estrés” es más frecuente en ciertas familias la tolerancia al estrés es una condición hereditaria.

Existen distintos factores que producen estrés [19]

- **Estres emocional:** Cuando tienes pleitos, desacuerdos o conflictos que causen un cambio en tu vida, eso es estresante.
- **Enfermedad:** Una gripa, una fractura, una infección, un dolor de espalda son cambios en tu condición física.
- **Forzando tu cuerpo:** Una gran fuente de estrés es exigir demasiado de uno mismo. Si estás trabajando o divirtiéndote 16 horas del día, habrás reducido tu tiempo disponible para descansar. Tarde o temprano la perdida de energía causará que tu cuerpo se atrase en su capacidad de repararse a si mismo. No habrá suficiente tiempo ni energía para que tu cuerpo reponga aquellas células muertas o restablezca los niveles de neurotransmisores cerebrales. Ocurrirán cambios en tu medio-ambiente interno. Ocurrirá un declive en tu energía. Te quedarás sin combustible. Si, a pesar de esto continúas derrochando tu energía, ocurrirán cambios permanentes. La lucha de tu cuerpo por mantenerse sano a pesar del desgaste energético excesivo es una “gran fuente” de estrés para tu cuerpo.

- **Factores medio ambientales:** Los climas demasiado fríos o calientes también pueden ser estresantes. La altitud de una ciudad al igual que la contaminación por toxinas o venenos también es estresante. Cualquiera de estos factores amenaza a tu cuerpo con un cambio en el medio ambiente.

- **Factores hormonales:** Los grandes cambios hormonales de la pubertad son severas causas de estrés. El cuerpo del adolescente cambia de forma, sus órganos sexuales comienzan a funcionar y nuevas hormonas comienzan a ser segregadas. La pubertad, como todos lo sabemos, es muy estresante. Una vez que la mujer ha pasado por la pubertad, su cuerpo ha sido diseñado para trabajar mejor en la presencia de hormonas sexuales femeninas. Para las mujeres que ya han pasado por la pubertad, la ausencia de hormonas es una fuente importante de estrés. Una vez al mes, antes de la menstruación, los niveles de hormonas femeninas disminuyen abruptamente. En muchas mujeres el estrés causado por esta disminución de hormonas, es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés. Este sobre-estrés temporal es conocido como síndrome pre-menstrual. Después del embarazo las hormonas cambian dramáticamente. Después del parto o de un aborto la ausencia de hormonas podrá causar un episodio de sobre-estrés. Existe otro momento en la vida de una mujer cuando los niveles de hormonas disminuyen. A esto le llamamos “menopausia”. El declive de hormonas durante la menopausia es leve y constante. Sin embargo, éste declive menopáusico es suficiente para causar sobre-estrés en muchas mujeres.

- **Tomar responsabilidad por las acciones de otros:** Cuando tomas responsabilidad por las acciones de otra persona, ocurren cambios en tu vida sobre los cuales no tienes ningún control. El tomar responsabilidad por las acciones de otra persona es una fuente importante de estrés.

Concepto psicobiosocial del estrés [3]

El estrés es la tensión física y mental que se siente cuando se está bajo tensión, dentro de su cuerpo se ha activado un sistema que le advierte y lo prepara para enfrentar el cambio o el peligro. Es una defensa natural del organismo, que actúa como una reacción del cuerpo, como una respuesta del organismo. Se encuentra dentro de nosotros mismos, son recursos excepcionales que se llama; luchar o huir. Este sistema hace que nos pongamos alerta; el corazón late más rápido, los músculos se ponen tensos, se suda, la boca se seca, cambia el apetito, dolor de cabeza, temblor en las manos.

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno. Correspondería a una respuesta adaptativa y defensiva frente a la amenaza o peligro. Para aquellas personas que por una razón son más sensibles al estrés, este tiene un significado más grave que para otras.

Las situaciones afectan al individuo según el momento y su estado emocional. Hay otra variable denominada "filtro", este permite excluir, mitigar, o bien amplificar. Este "filtro" está ligado a cada persona con su carácter, sensibilidad, modo de enfrentar los sucesos, experiencias pasadas, y sus mecanismos de defensa. Como respuesta al estrés suele observarse sentimientos contradictorios como amor, odio, rabia, afecto, tristeza y alegría. Sentimientos de temor y angustia junto a la tristeza y la culpa, se conglomeran para formar la columna vertebral que sostiene la desdicha humana ya que alteran proyectos de vida e interfieren en el desarrollo de la vida más plena. Kierkegard propone una diferencia entre miedo y angustia.

El miedo estaría vinculado con un objeto, un proceso cognitivo y la angustia en cambio sería vaga e indeterminada. Ambas se diferencian en el compromiso somático. Temor y angustia cuando no son respuestas instintivas ante un peligro inmediato, surgen en algunas actitudes erróneas definidas como:

- Anticipación imaginaria
- Contaminación del presente con el pasado
- Resistencia al sufrimiento
- Deseo y ambición.

Levine [23] habla de un "grado óptimo de estrés", que contribuye a la estabilidad del organismo y confiere la máxima eficacia al comportamiento. Sus estudios demuestran que la capacidad del aprendizaje mejora, se es menos sensible a la monotonía, y se afinan las actitudes para la percepción.

Psicobiologia del Estrés [11]

El estrés no puede eliminarse, porque es una parte de nuestra vida, hasta puede ser positivo si sabemos manejarlo eficazmente. El estrés causa la ansiedad, que en pequeñas cantidades es positivo y saludable porque nos mueve a hacer las cosas bien, pero si cada cosa pequeña nos pone ansiosos y nerviosos este estrés pasan a ser negativos y nocivos. El estrés nos hace susceptibles a los resfriados, trastornos respiratorios, aumenta el riesgo de los problemas de los trastornos cardiacos, presión arterial alta, diabetes, asma, ulceras, colitis y cáncer. Es la respuesta general del organismo ante un estimulo agobiador o situaciones de amenaza física. Podríamos decir también que son como reacciones del cuerpo. Podemos tener estrés, incluso los niños y no darnos cuenta. El estrés es una defensa natural del organismo que se encuentra dentro de nosotros mismos y que sirve para hacer frente a demandas excepcionales de experiencias difíciles en nuestra vida diaria, es también un importante aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva con recursos también excepcionales.

Según los investigadores el estrés psicológico [4], especialmente desarrolla una "cascada" de reacciones desde la estimulación simpática adrenal, con aumento de adrenalina y noradrenalina. Experiencias de ansiedad y tensión se asocian a una disminución de la glicemia, crisis de ira y resentimiento fueron asociados aumentos de niveles de glucosa.

Willis, afirmaba que la tristeza prolongada era un factor de diabetes. Habría una disminución de la glicemia con aumento de ácidos grasos libres.
Por sus relaciones con los procesos cognitivos merece especial atención en la Psicobiologia del estrés, el estudio del cortisol, cortisona y corticosterona. También tiene relevancia los efectos inmunosupresores del estrés. Esto se basa en el efecto que tienen los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmunitario, expresados a través de alegrías, infecciones y enfermedades autoinmunitarias.

Datos de estudios empíricos con seres humanos indican que eventos estresantes (exámenes académicos, falta de sueño) se asocian a decrementos en la concentración de

linfocitos y células T en el sistema inmunitario. Enfoques multidisciplinarios han podido determinar que ciertos procesos conductuales influyen funciones del sistema inmunitario y por otro lado que el estado inmunológico de un organismo influye sobre la conducta. Esta nueva línea de investigación sería una promesa en el campo de la psicología de la salud en el futuro. Por otro lado la "activación autonómica" plantea que el estrés se produce cuando el organismo se da una activación mayor que la que este es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento, psicológicas y conductuales. Por lo tanto, estrés no es sinónimo de activación, ya que lo que pone en riesgo al organismo, es su incapacidad para mantener parámetros óptimos para un máximo rendimiento psíquico e intelectual.

Seyle [(11)] observó fenómenos relacionados con el estrés que se conoce como: Síndrome General de Adaptación (SGA). Este síndrome de adaptación se desarrolla en tres etapas:

1. Reacción de Alarma: Alteraciones psicológicas, al mismo tiempo hay una disminución de las defensas generales del organismo, se caracteriza por una serie muy compleja de modificaciones bioquímicas que tratan de compensar este estado de excesiva actividad, inestabilidad del nivel de glucosa en la sangre, descargas masivas de adrenalina, aumento del catabolismo general de los tejidos, excitación cardiaca, aumento del tono muscular y trastornos gastrointestinales difusos.

2. Etapa de Resistencia: Desaparecen los signos característicos de alarma y las defensas alcanzan un nivel superior a lo normal. La duración depende de la intensidad del estímulo del agente estresor, además de un cierto número de variables que pueden contribuir o no a que el organismo logre llegar a esta adaptación. Variables como una dieta equilibrada, disciplina de ejercicios y relajación, y por otra parte factores de riesgo como sueño poco reponedor, tabaco y el uso de alcohol.

3. Etapa de Agotamiento: Habiendo superado las dos primeras, es aquí donde las defensas generales vuelven a disminuir hasta llegar a un nivel muy bajo. Fallan todas las estrategias de adaptación y los signos de reacción comienzan a hacerse irreversibles. Si

el agente estresor continua actuando, el organismo puede sucumbir; pueden producirse síntomas patológicos, enfermedad e incluso la muerte.

La hormona ACTH es la hormona del estrés; que siempre se ve en aumento en las personas estresadas. Actúa sobre la corteza suprarrenal produciendo cortisol (respuesta neuro-endocrina). El hipotálamo, bajo un estimulo estresor, estimula la hipófisis comunicando el estimulo a puntos terminales. El sistema nervioso central lo proyecta al resto del organismo y codifica el estrés externo e interno, a esto se le llama Heterostasis. En la Heterostasis normalmente circula por la sangre una determinada cantidad de sustancias, por ejemplo la glucosa, las cuales aumentan las consecuencias del estrés y llevan al medio interno a un nivel que pone en alerta a todo el organismo y resume el cambio fisiológico el cual pasa a ser fisiopatológico.

El organismo responde dentro de tres ejes fisiológicos. [19]

1- Neural: hay una activación inmediata del sistema nervioso simpático y del parasimpático que controlan la respiración, el ritmo cardiaco, la tensión muscular toxicidad de los movimientos.

2- Neuroendocrino: se activa lentamente y hace que se aumente la actividad de la medula, de las glándulas suprarrenales que liberan adrenalina, noradrenalina y catecolamina, esto es muy importante, pues prepara al organismo para responder a cualquier amenaza externa ya sea luchando o huyendo.

3- Endocrino: cuando la actividad es más aguda, más mantenida e intensa. Cuando no se puede superar el problema, este eje controla la liberación de Glucocorticoides (glucosa y corticoides), Mineralcorticoides (especialmente magnesio), hormonas del crecimiento timo (glándula del timo e hipófisis), Tiroideas, Vasopresina (levanta la presión) y Cortisol (hormona productora del estrés). Si el estrés se produce por un exceso de actividad o sobrecarga de los órganos afectados es natural que este trastorno aparezca en los mismos órganos afectados. Cuando una persona aprende a controlar una situación que le provoca estrés, deja de sufrir estos trastornos.

Estrés en Medicina [12]

El estrés en medicina se define como un proceso físico, químico o emocional productor de tensión que puede llevar a una enfermedad física. Presenta tres etapas: alarma, resistencia y agotamiento, las cuales ya fueron definidas anteriormente.

El estrés produce algunas alteraciones, las cuales pueden ser enfermedades o agraves de estas. Los trastornos psicosomáticos producidos por el estrés generalmente afectan al sistema nervioso autónomo, el cual controla los órganos del cuerpo. Estudios han reconocido que las personas son más proclives a enfermedades de todo tipo cuando están sometidas a estrés.

Las experiencias negativas causan el suficiente estrés como para reducir la resistencia del cuerpo a una enfermedad determinada. Por otra parte, las experiencias positivas también pueden alterar la capacidad normal del individuo para resistir la enfermedad. La hipertensión es una de las alteraciones más comunes influidas por el estrés, la cual puede dañar los riñones e incluso llevar a un ataque de apoplejía. Otras alteraciones producidas por el estrés, y más comunes, son los problemas gastrointestinales, encabezando la lista las úlceras pépticas y la anorexia nerviosa, seguidas por las dolencias inflamatorias del colon y el intestino, la colitis ulcerosa y la enteritis local. Las alteraciones respiratorias también se pueden ver afectadas por el estrés, siendo la más común el asma la cual puede estar producida por contratiempos de tipo emocional. [9]

Además el estrés emocional puede causar o empeorar muchos trastornos de la piel. Finalmente tenemos a las situaciones traumáticas las cuales dan paso a alteraciones de tipo estrés post-traumático. El tratamiento de las alteraciones producidas por el estrés se limita a veces a aliviar el síntoma físico antes que el psicológico o psíquico. Los tratamientos psicológicos van dirigidos a ayudar a la persona a solucionar la causa del estrés o bien a enfrentarse a ella de una manera más eficaz. Muchas veces se recomienda la combinación de ambos tratamientos, físicos y psicológicos.

Psicología del Estrés [11]

1. **Patrón de conducta A:** Se da en personas que perciben el entorno como opuesto a sus objetivos y amenazadores de su autoestima. La tendencia a la dominación y a competir, los induce a vivir permanentemente en estado de lucha y con demostrada agresividad hacia los demás. Recurre a una estrategia conductual de lucha por la consecución del control, se pone en competencia con las otras personas, visualiza amenaza en todas partes, restringe su yo interno y baja su autoestima. En ellos la conducta no llega a ser consumatoria, manteniendo al organismo en una prolongada activación y situándolo en un estado de resistencia o dureza. La inhibición conductual es una expresión de claudicación del organismo en sus intentos por adaptación al medio conservando su orden interno. Se acompaña de una a activación neuroendrocina (mayor excreción de ACTH y cortisol), y nervioso central, inhibición inmunológica, estados emocionales displacenteros, ansiedad y depresión, con repercusiones biológicas e infecciones. La existencia puede desembocar en un fracaso adaptativo aparte de un mal futuro biológico.
2. **Patrón de conducta B:** Corresponde al individuo relajado, tranquilo, confiado, atento a la satisfacción y al bienestar personal, con relaciones interpersonales relajadas y expresión abierta a las emociones, incluyendo las hostiles.
3. **Patrón de conducta C:** Estaría constituido por personas de un estilo verbal pasivo, blando y no asertivo, cooperador en forma extraordinaria, con conductas de resignación y sumisión, bloqueo y contención expresiva de las emociones.

La activación conductual estaría sustentada biológicamente por sistemas ya establecidos, que parecen alternarse en la regulación del organismo según los efectos de su conducta sobre la situación:

a) Sistema activador de la acción dependiente de la actividad nervioso-central de Haz prosencéfalo.

b) Sistema de lucha y huida bajo el control amigdalino.

c) Sistema inhibidor de la acción o de castigo regulado por la región septohipocámpica.

De acuerdo a esta distinción la activación conductual puede expresarse a través de comportamientos adaptativos, por su eficacia para suprimir estímulos amenazadores o por su valor para reducir la activación biológica que provocan.

En otras ocasiones esa activación da lugar a conductas de lucha en busca del control de la situación, y por último la inhibición conductual en respuesta paradójica a la activación biológica central. En cualquier caso las conductas adaptativas persiguen reducir la activación provocada por la cognición del entorno lo que implica una valoración del riesgo que se corre y de las posibilidades que tiene la persona para afrontarlo. [16]

Ansiedad y Estrés [9]

La ansiedad es una vivencia, un estado subjetivo o experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad también es adaptativa y ayuda a enfrentarse a exigencias de la vida. Todos los procesos de activación ansiosa tienen como objetivo preparar el organismo para la acción. Es siempre un estado de alerta del organismo que produce un sentimiento indefinido de inseguridad. Como sentimiento, la ansiedad se divide en cinco planos: fisiológico, psíquico, de conducta, cognitivo o intelectual y asertivo.

- Fisiológico: palpitaciones, sequedad de la boca, nauseas, vómitos, tics. localizados, temblor de pies y manos.
- Psíquico: inquietud interior, desasosiego, inseguridad.
- Conducta: estados de alerta, bloqueo efectivo, trastornos del lenguaje no verbal.
- Cognitivo o Intelectual: Dificultad para concentrarse, pensamientos preocupantes, y a veces ilógicos, manifestaciones de trastornos de la memoria.
- Asertivo: disminución importante de habilidades sociales, dificultad para iniciar una conversación o expresar a los demás sus verdaderas opiniones. Prefiere pasar desapercibido.

Se han escrito tres elementos ligados al estrés [17]:

a) Pérdida de Control: En las depresiones no endógenas, la predominancia recaería en factores psicológicos. Ante una valoración frente al fenómeno estresante existen mecanismos de adaptación con síntomas neurofisiológicos, con cambios centrales y periféricos específicos que llevan a una sensación de insuficiencia y pérdida de control. Ello conduciría al bloqueo de estrategias adecuadas, con la aparición de síntomas depresivos y desencadenamiento de los mismos cambios neuroquímicos que tienen lugar en la depresión. La teoría de la indefensión plantea que las personas creen poder tener el control sobre su entorno, cuando fracasa ”usando sus hipótesis”, generalizan su desconfianza a otras situaciones renunciando a un control del que realmente son capaces. Sólo un porcentaje de personas expuestas al estrés terminan en una depresión, ocurriendo esto aproximadamente en un 5% en los hombres y un 10% en las mujeres. Pueden oponerse a la gente potencial estresante, a través de mecanismos de defensa o procediendo a la acción para modificar el contexto objetivo. Entre los mecanismos de defensa podríamos hablar de la defensa perceptiva que respondería a “percepción selectiva del entorno” gracias a la cual se evita la cognición de la amenaza, y de la “negación”, que se trataría de una cognición en la que se ha suprimido los significados amenazantes. Desde el punto de vista psicológico, las personas intentan controlar las piezas de su mundo cada vez que en forma más minuciosa y detallada, si no lo logran se vuelven tremendamente ansiosos.

b) Pérdida del amor y afecto: ausencia de afecto y de calor emocional en los periodos precoces del desarrollo. Dificultad en la toma de decisiones, esto les genera una situación de estrés. Se ha probado que el sentido más profundo de la experiencia está dado por su resonancia afectiva. Las emociones superan a la lógica en una percepción sutil y matizada de la realidad. La memoria emocional, cuando es exagerada, es la reemplazable de la distorsión de la conducta del hombre normal, y una visión deformada de los hechos caracterizan la subjetividad del comportamiento neurótico.

c) Pérdida de la autoestima: se manifiesta por el miedo y temor al fracaso.

Entorno Familiar y Social [5]

Constituiría el tercer mediador psicosocial destacado en la adaptación a la enfermedad y la mantención de la salud. Como por ejemplo los amigos del paciente diabético, la familia y el equipo que cuida de su salud pueden ser importantes fuentes de apoyo. Relaciones familiares conflictivas pueden influir negativamente en el estado de salud del paciente.

Experiencias y estudios permanentes de familias destacan características especiales de familias nutridoras y familias conflictivas teniendo en cuenta que el concepto de sí mismo se desarrolla principalmente en el contexto familiar. Padres de autoestima más elevada propician familias nutridoras, los integrantes de este tipo de familia se sienten más libres para expresar sus sentimientos, logrando así un mejor desarrollo emocional y un reconocimiento y valorización de sus capacidades, lo que les permite enfrentar en mejores condiciones la vida diaria, en cambio, las de baja autoestima, generan familias conflictivas y problemáticas.

En algunas familias se enseña la conformidad individual, en otras la rebeldía, o responsabilidad de grupo. Una reunión familiar significa el único lugar donde se pueden considerar abiertamente las necesidades, negligencia, injusticia, experiencias individuales dentro del grupo, involucrando las necesidades de todos y los ajustes necesarios. Comunicación, comprensión, procesos de cambios valóricos, son factores poderosos que podrían funcionar con un sentido de familia. Si estos procesos empiezan a funcionar para que sean familias nutridoras, iguales procesos se proyectarían y aplicarían también en la sociedad. [9]

El paciente diabético debe trabajar para conocer y respetarse a sí mismo y aceptar su individualidad. Al tratar de satisfacer sus necesidades, estimularse en su desarrollo intelectual, en su relación con sus seres queridos y la exigencia de sus capacidades. Al satisfacerle conjunto de necesidades básicas, biológicas y psicosociales de afecto, de pertenencia, seguridad y autoestima podrá orientarse mejor y más fácilmente hacia un

proceso de madurez e interdependencia, que lo conduzca hacia una autorrealización en el plano emocional, afectivo, laboral, intelectual, económico y social.

Tipos de Estrés [3]

Existen varios tipos de Estrés:

a) Estrés negativo: El estrés en exceso es malo, los estímulos pueden llegar a producir diversas enfermedades y trastornos, porque la energía que el físico necesita no le da tiempo al organismo para recuperarse y el cuerpo sufre un desgaste.

b) Estrés positivo: Ante una emergencia, el mecanismo se activa en forma automática. El problema se percibe claramente, se interpreta con mayor rapidez y se toma una decisión inmediatamente. Una vez que el problema se ha resuelto, el organismo vuelve a su normal funcionamiento.

c) Estrés Sociológico: propio de una situación de crisis social.

d) Estrés Laboral: no todos reaccionan igual frente a las condiciones de trabajo, los síntomas son muy personales y están relacionados con la propia personalidad y su forma de reaccionar a los estímulos externos.

e) Estrés Fisiológico: agresión del organismo por causas físicas - enfermedad.

f) Estrés a los cambios ambientales: alteración del sistema endocrino - alteración del sistema nervioso vegetativo, modificación del ritmo y frecuencia cardio-respiratorias, modificación de la tensión arterial, las tazas de azúcar y grasas en la sangre, modifican las funciones hormonales y alteran los ciclos menstruales.

g) Estrés Psicológico: respuestas emocionales; angustias, ansiedad, irritabilidad, estados de ánimo negativos, aumento del colesterol, insuficiencias coronarias.

El estrés no es tan solo negativo, es también positivo, gracias a este mecanismo que se activa en forma automática ante una situación de emergencia, podemos percibir mejor el problema que tenemos, lo interpretamos con mayor rapidez y decidimos

inmediatamente que vamos a hacer. Una vez que el problema está resuelto, el organismo vuelve a su estado normal de funcionamiento.

Es importante no confundir el estrés con el miedo, por cuanto el estrés prepara el organismo para una intensa actividad de movimiento. Nos hace pensar más rápidamente y actuar con mayor fuerza y energía. Hay alguna situación que puede ser estresora para algunas personas; hablar en público, hacer una declaración de amor, realizar exámenes, etc. Estos estímulos son capaces de producir bioquímicos o eléctricos que pueden desencadenar una respuesta de estrés como el frío, el calor, el ruido, el café o el tabaco.

En muchas ocasiones el estrés se genera a partir de estímulos físicos o también de pensamientos. Negativo: el estrés en exceso también es malo, los estímulos repetidos pueden llegar a producir diversas enfermedades y trastornos, porque la energía demandada por el físico, no le da tiempo al organismo a una adecuada recuperación y el cuerpo sufre un desgaste excesivo. [6]

ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR ESTRÉS [13]

Males físicos

Aumentos de la frecuencia cardiaca, presión arterial, transpiración, respiración, tensión muscular, aumento de los niveles de adrenalina, y noradrenalina y del azúcar en la sangre. Aumenta el colesterol, hay una liberación de ácidos grasos en la sangre. Aumenta los niveles de corticoides. Disminuye el riego sanguíneo periférico, disminuye el sistema digestivo. Se inhibe el sistema inmunológico, dificultad para respirar, sensación de ahogo, sequedad en la boca, dilatación de las pupilas.

Males psicológicos

Preocupaciones, incapacidad para tomar decisiones, sensación de confusión, incapacidad para concentrarse, dificultad para dirigir la atención desorientación, olvidos frecuentes, bloqueos mentales.

Males motores

Hablar rápido tartamudear, voz entrecortada, imprecisiones, precipitaciones, explosiones emocionales, predisposición a los accidentes, consumo de drogas legales;

Evaluación de factores de riesgo (17)

Hay múltiples índices que nos proporcionan una puntuación global de riesgo coronario. A continuación veremos procedimientos y criterios de evaluación de los principales factores de riesgo.

a) Factores inherentes y tradicionales: Se comenzará con los factores inherentes, ya que mientras más altos sean estos factores, más crítica será la intervención. La información debe recogerse mediante entrevistas o historia clínica. Es el sexo, edad y antecedentes familiares de enfermedades coronarias.

En relación con el sexo, los hombres presentan un mayor riesgo que las mujeres, sobre todo en edades anteriores a los 45 años. La edad es otro factor importante, ya que a mayor edad, mayor es el riesgo, siendo especialmente crítico a partir de los 40 y máximo el riesgo en los 60. Los denominados factores tradicionales nos llevan a recabar información acerca de los niveles de colesterol en la sangre, los valores de presión arterial, el peso y los hábitos relacionados con el tabaco. En lo referente a los niveles de colesterol, el punto crítico en nuestro país se encuentra en los valores por encima de 220 mg/dl. La presión arterial sistólica o máxima es la que parece tener una mayor indicación de riesgo coronario, el cual se incremento a partir de los 50 mmHg, pero debe considerarse factor de riesgo a partir de los 135.6 mmHg.

También es importante lo relación entre el peso y el riesgo coronario, ya que a mayor obesidad mayor riesgo coronario. En lo que se refiere al tabaco, el ser fumador, y especialmente los fumadores de más de 20 cigarrillos por día, presentan incrementos en el riesgo de padecer eventos coronarios, aunque el incremento de intervención se establece a partir de 10 cigarrillos por día. También la ingesta de cualquier sustancia cardio- activa, especialmente cafeína, así como trabajos sedentarios y la no realización de ejercicios físicos en forma habitual, también indican la vulnerabilidad de sufrir eventos coronarios.

b) Factores emocionales [17]: Estos factores nos llevan a recabar información acerca del patrón de conducta Tipo A, el conglomerado emocional de ira y hostilidad y el apoyo social. En lo que se refiere al patrón de conducta Tipo A, los instrumentos de medida más utilizados son la Entrevista Estructurada y el Inventario de Actividades de Jerkins (JAS) son los que acumulan un mayor número de evidencias sobre su efectividad.

En lo referente al factor de la ira y la hostilidad, son muchos los instrumentos de medida existentes y utilizados en el estudio de riesgo coronario, pero existe una falta de credibilidad en la mayoría de ellos. Entre todos ellos, quizá el más valido sea la Entrevista Estructurada, que además de proporcionarnos una valoración de Tipo A, evalúa las dimensiones de Potencial de Hostilidad, Ira dirigida Hacia Fuera e Ira Hacia Dentro.

Sin embargo los más utilizados en campos de investigación preventiva, son el Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee para medir la hostilidad. En el caso de la ira el instrumento más utilizado es el Inventario de Ira de Novaco y el Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rango (STAXI). De los instrumentos de medida de apoyo social, el que parece aportar una información más útil para las aplicaciones clínicas es el Inventario Comportamental de Soporte Social.

Los modos como las familias experimentan la internación de un familiar, muestran fases importantes que auxilian el repensar la humanización de la atención. En este sentido, la familia solicita otra forma de seguir que no siempre es valorado en la UCI por los profesionales de salud, ni por la gerencia del servicio quien no ofrece condiciones.

Aunque el estrés y la ansiedad pueden predisponer al empeoramiento general, hay factores significativos que marcan pautas en el modo en que el individuo maneja los factores negativos y afronta la situación. Uno de ellos es la Información y características de la misma, es decir, valorar y dar prioridad a la cantidad y calidad de información que necesita el paciente y la coherencia informativa entre equipo médico, familia y todos los demás agentes que pertenecen al entramado del sistema sanitario.

Muchas de las situaciones estresantes que se presentan en la hospitalización se verían consideradamente reducidas al recibir una información adecuada. Esta significa que sea suficiente pero no excesiva y que sea comprensible por el destinatario concreto- sobre la nueva situación, incluido el conocimiento de los Derechos que como ciudadano tiene, y todos los diversos recursos (incluidos los recursos psicológicos, de rehabilitación, de prevención etc.) con los que cuenta y a los que puede acceder para su recuperación y bienestar. [18]

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: Unidad de Cuidados Intensivos de adultos ubicado en el tercer piso del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León.

Población de estudio: 60 familiares con pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales durante el mes de octubre de 2008. De los cuales 29 no cumplieron con los criterios de la investigación porque: 15 familiares no aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio, 4 de los familiares con pacientes ingresados en UCI eran menores de edad y 10 familiares fueron excluidos del estudio por no pertenecer al área nuclear.

Muestra: 31 familiares con pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales

Fuente de información: Primaria: La información fue recolectada directamente con los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos que decidieron participar en el estudio.

Criterio de inclusión:

Los criterios de inclusión considerados fueron:

- Familiar que acepten participar en el estudio.
- Familiar mayor de edad.
- Familiar que tenga parentesco de primer o segundo grado.

Criterio de exclusión:

Los criterios de exclusión considerados fueron:

- Familiares que presente imposibilidad para la comunicación oral.
- Personas que no pertenecen al núcleo familiar.

Instrumento de recolección de la información:

Para medir los niveles de estrés de los familiares con pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos, utilizamos dos instrumentos estandarizados *Test Evaluativo estrés* [21] *y la Escala de estrés* [15], diseñado para medir el grado de situaciones en la vida que se valoran como estresante durante el último mes, el cual presenta una fiabilidad (Alfa =.87, test-retest, r =.77), validez concurrente y sensibilidad adecuada.

Ambos instrumentos realizan la siguiente evaluación:

- **Síntomas Psicológicos:** Estado de afectación, incapacidad, seguridad para manejar problemas, afrontacion de problemas, autocontrol, acumulación de tensión, hipersensibilidad.
- **Síntomas orgánicos:** Cefaleas, Dolores abdominales, dolor en la columna vertebral, taquicardia, alergias, disnea, tensión muscular en cuello y espalda, alteración en la presión arterial, olvidos de actividades u objetos, falta/exceso de apetito, cansancio o agotamiento, insomnio.

A cada ítem se le asigno un valor predeterminado, la suma total de las respuestas, nos permitirá clasificar los niveles de estrés en:

- Estrés leve = 13 – 35 puntos.
- Estrés moderado = 36 – 58 puntos.
- Estrés Grave = 59 o más puntos.

Las condiciones que presta el hospital a los familiares de pacientes fueron evaluado utilizando "**Entrevista dirigida la familia de paciente"** [4] adaptada por las bachilleres Karina Rivera y Marianela Sánchez.

El cual consta de tres secciones:

a) Datos de la familia: Edad, sexo, lugar de procedencia, nivel de estudió, estado civil, rol dentro del núcleo familiar, grado y tipo de vínculo con el paciente.

b) Entrevista con la psicóloga: estructurada con preguntas de múltiple opción y abiertas. Se diseñaron para establecer cuáles eran la actitud, conducta y sentir de las familias frente a determinadas situaciones; cuáles eran sus preocupaciones y si se interesaban por el futuro del paciente, si comprenden lo expresado por el médico que

informa a la familia, si quedan conformes con la información; si buscan averiguar más, por qué y la opinión.

c) Opiniones de la familia: Para las variables de opinión se tomaron aquellas autodeterminadas por la familia y sus integrantes a través de su propio juicio de elección o valoración o ambos; vivencias, expectativas y opiniones sobre la atención medica en la Unidad.

Procedimiento de recolección de la información:

Se envió carta solicitando autorización al director del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) para realizar el estudio, la cual fue avalada por el director de la carrera de psicología; una vez aprobada nos presentamos con los responsables de la unidad de cuidados intensivos (UCI) a los cuales se les informo sobre los objetivos de la investigación y se les pidió su colaboración.

Se efectuó una prueba piloto aplicando los instrumentos estandarizados a los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Una vez realizada fue necesario adaptar el lenguaje de dichos instrumentos al de los familiares.

Plan de análisis:

Con el análisis de la información obtenida se creo una base de datos en el programa SPSS versión 12, el cual contiene las variables en estudio, se calculo frecuencias y porcentajes, los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Aspecto ético:

Se informó a los familiares de los pacientes en el área de espera de la unidad de cuidados intensivos sobre el tema de investigación y los objetivos del mismo. Se solicitó el consentimiento a cada familiar para participar en nuestro estudio.

La participación de los familiares fue de manera voluntaria, la información recopilada es utilizada para fines de estudio respetando la confidencialidad de los datos, los resultados se presentaron de manera global. Cada participante tendrá acceso a la información si lo solicitara.

En esta investigación se respetó integridad, dignidad y moral de las personas en estudio.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Concepto	Indicadores	Escalas
Datos socio-demográficos	Información primaria que identifican a las personas para su integración social.	Edad.	Cuantitativo
		Sexo	Femenino Masculino
		Procedencia.	Urbana Rural.
		Escolaridad.	Analfabeta Primaria completa Secundaria completa Universitario
		Área familiar	Familia Nuclear Familia Nuclear extendida.
Información que poseen los familiares.	Conocimiento que tiene el familiar sobre el estado clínico del paciente.	Concurrencia al informe médico.	Familia Nuclear Familia Nuclear Extendida
		Compresión.	No Si
		Conformidad	Si No
		Necesita más información	Si, ¿Por qué? No.
		Que esperan del informe medico	De esperanza Oculte la realidad Hechos y posibilidades
		Preocupación	Va a vivir Va a morir Sufre
		Permanencia	Mas tiempo Se alejan Sustitutos

Percepción que tienen los familiares sobre el ambiente hospitalario	Apreciación del familiar sobre el ambiente hospitalario durante su estancia en sala de espera en el área de UCI.	Vivencia de los familiares con pacientes en la UCI (en sala de espera en el área de UCI).	Tristeza Decaimiento Tensión Incomodidad Maltrato Traumático
		Expectativas de los familiares sobre la UCI.	Maltrato Traumático Triste Inaccesibilidad Inseguridad
		Atención del personal a los familiares.	Buena Conforme Inconforme Maltrato Inseguridad
		Sala de espera de UCI	Cómoda Incomoda, ¿Por qué?
		Espacio físico	Adecuado Inadecuado, ¿Por qué?
Los niveles de estrés.	Respuestas psico-fisiológicas a un estimulo interno o externo.	Estrés leve. Estrés moderado. Estrés grave.	13-35 puntos 36-58 puntos 59- a mas puntos

RESULTADOS

Se encuestaron un total de 31 familiares con pacientes ingresados en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) del HEODRA. El 71% de los familiares pertenecen al sexo femenino y el 29% al sexo masculino. La edad predominante con un 36% es de 26 a 35 años, seguido del 26% que oscilan entre los 36 a 45 años y con un 19% para los grupos que van de 15-25 y de 46-55 años. El 74% de los familiares pertenecen al área urbana y un 26% al área rural. El 54% de los familiares tiene secundaria aprobada, seguida de un 13% tanto para los familiares que cursaron la primaria y los que son profesionales, por ultimo los que cursan sus estudios universitarios y los analfabetos con un 10% a cada grupo respectivamente. (Ver tabla 1).

El 68% de los familiares pertenecen al área nuclear (Padres, cónyuge e hijos) y el 32% lo conforman los familiares que pertenecen al área nuclear extendida (Cónyuge, padres, hijos, nietos y otros familiares). (Ver tabla 2).

El 100% de los familiares con pacientes ingresados en la Unidad de cuidados intensivos asisten al informe médico que lo conforman tanto personas que pertenecen al área nuclear como al área nuclear extendida. De estos un 97% comprenden lo expresado por el médico. Un 90% esta conforme con la información brindada por el medico. Un 78% de los familiares precisan de mayor información. (Ver tabla 3).

Un 78% de los familiares afirmaron necesitar mayor información y el 22% manifestó no precisar mas información algunas de las causas por las cuales los familiares requieren mayor informaron; un 48% manifestó sentirse temeroso con respecto al estado de salud del familiar, el 16% expreso estar confundido, un 10% se encuentra inseguro y el 4% no entendió la información. (Ver tabla 4).

Entre las perspectivas de los familiares el 58% desea que el informe médico se base en hechos y posibilidades, seguido del 42% restante que esperan que les de esperanza de vida a su paciente; la preocupación más predominante entre los familiares con pacientes ingresados en UCI es si su paciente vivirá con un 61% seguido de un 23% que les preocupa si su paciente morirá y un 16% restante les preocupa que su paciente sufra. (Ver tabla 5).

El 64% de los familiares permanecen más tiempo en la sala de espera de UCI, el 23% buscan sustitutos por tiempos establecidos y el 13% se aleja. (Ver tabla 6).

En relación a la experiencia de los familiares durante su permanencia en sala de espera en UCI, predominó el decaimiento y tensión con un 29% a cada uno respectivamente y un 16% con sentimiento de tristeza, seguido de los que alega sentirse incómodos y traumados con un 10% a cada uno respectivamente. Durante realizaban la visita a los pacientes, un 36% los familiares se sentían tristes y el 20% consideran que la experiencia es traumática, seguido de los que afirman sentirse inseguros y no tener acceso al sitio con un 17% a cada uno respectivamente, finalmente el 10% de los familiares expreso haber sido maltratado por el personal de enfermería. Con respecto a la atención médica brindada a los pacientes un 39% de los familiares la consideran buena, el 25% esta conforme, el 18% de los familiares están inconforme, finalmente el 14% expreso ser maltratado por los médicos. (Ver tabla 7)

Las condiciones físicas del hospital es incómoda para el 77% de los familiares que permanecen en la sala de espera de UCI y el 23% la considera cómoda. Respecto al lugar que se utiliza para impartir los informes médicos el 63% lo encuentra inadecuado porque no existe privacidad con un 30%, seguido del 26% que consideran que tienen poco espacio y el 7% dice que esto es por la mala atención. (Ver tabla 8 y 9).

Con respecto a los niveles de estrés en los familiares con pacientes ingresados en la UCI, entre los síntomas Psicológicos que se encontraron fueron el sentirse nervioso o estresado con un 74%, seguido del sentimiento de haber estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente con el 58%, así como también el hecho de llorar y desesperarse con facilidad con un 51% y finalmente se han sentido enfadado con dificultades acumuladas e incapacidad para controlarlas con el 48% a cada uno respectivamente. En los síntomas Orgánico el 70% de los familiares afirma padecer de tensión muscular de cuello y espalda así como también el 68% alega la presencia de dolor de cabeza y el 54% afirma tener problemas para conciliar el sueño. (Ver tabla 10).

El nivel de estrés que fue significativo en los familiares con pacientes ingresados en la UCI es el Estrés moderado (78%) seguido de un nivel leve (19%) y un estrés grave (3%). (ver grafico 1)

DISCUSIÓN

Al obtener los resultados de nuestra investigación encontramos que el sexo predominante es el femenino, la mayoría de los familiares oscilan entre las edades de 26 a 35 años, pertenecen al área urbana y cursaron la secundaria completa.

De acuerdo a nuestros resultados la mayoría de los familiares pertenecen al área nuclear, teniendo una semejanza con el estudio realizado en la UCI polivalente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

En el estudio realizado en la UCI del HEODRA de León-Nicaragua, la mayoría de los familiares comprendió lo expresado por el médico y esta conforme con la información brindada pero desconocen los medios que se utilizan para la mejoría del paciente, por lo cual precisan de mayor información, como la tecnología utilizada y los cuidados que ameritan, así mismo en la UCI polivalente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, la mayoría de los familiares recibió la información con terminología comprensible, entendían lo que le ocurría a su familiar y los medios que se estaban poniendo para su curación, a pesar de que nunca se les había explicado la tecnología utilizada, por lo cual creían recibir una información sincera y que los cuidados eran los adecuados.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado en la UCI del HEODRA León-Nicaragua, las condiciones físicas del hospital es incómoda para la mayoría de los familiares que permanecen en la sala de espera de UCI, respecto al lugar que se utiliza para impartir los informes médicos una gran parte lo encuentra inadecuado porque no existe privacidad, tienen poco espacio y por la mala atención que reciben del personal Aunque los familiares de la UCI polivalente del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, afirmaron sentirse cómodos durante el tiempo de visita, consideraban que la sala de espera no era la adecuada y que la sala de información era poco acogedora Por lo tanto es indudable que en ambos estudios realizados en las UCI existe la percepción de los familiares que la sala de espera y el espacio físico donde se imparten los informes

médicos son poco acogedores e inadecuados, cabe señalar que en el estudio realizado en la UCI del HEODRA las condiciones ambientales no es percibida de manera relevante ya que para la mayoría de los familiares es de mayor interés la recuperación de su paciente en UCI por lo tanto el porcentaje es inferior.

Finalmente basándonos en la estructura del instrumento utilizado para determinar los niveles de estrés de los familiares con pacientes ingresados en la UCI se obtuvo que los síntomas Psicológicos de la mayoría de los familiares fueron el sentirse nervioso o estresado, haber estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente, llorar y desesperarse con facilidad. Los síntomas Orgánico presentes en la mayoría de los familiares fueron tensión muscular de cuello y espalda, dolor de cabeza y problemas para conciliar el sueño.

Esto dos aspectos influyen directamente a nuestros resultados en cuanto a los niveles de estrés ya que la mayoría de los familiares con pacientes ingresados en la UCI tienen estrés moderado, seguido de un nivel de estrés leve y la minoría presenta estrés grave. Mientras que en el estudio realizado en la UCI del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid la mayoría de los familiares encuestados presentó estrés bajo, seguido de los que demostraron tener estrés medio y la minoría mostró estrés alto. Lo cual nos indica que existe una diferencia significativa entre los niveles de estrés ya que el estrés moderado prevalece en el estudio realizado en la UCI del HEODRA mientras que en el estudio de Madrid predomina el estrés bajo.

CONCLUSIONES

A través de este estudio realizado en el hospital Escuela Oscar Danilo Rosales (H.E.O.D.R.A) León, a los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante el mes de octubre de 2007 podemos concluir:

- El grupo etario de mayor prevalencia oscila entre los 26 a 35 años de edad, el sexo de mayor prevalencia es el femenino, la mayoría de los familiares proceden del área urbana, el nivel de estudio aprobado por los familiares es la secundaria.

- La mayoría de los encuestados pertenecen al área nuclear (padres, cónyuges, hijos) lo que predispone de manera directa al desarrollo del estrés.

- Después de recibir el informe médico casi todos los familiares alegan precisar de mayor información acerca del pronóstico de su familiar

- Los familiares esperan que el informe médico se base en hechos y posibilidades respecto a la salud de su paciente.

- En cuanto a la preocupación respecto a la salud de su familiar la mayoría de los familiares manifestó el hecho de que si va a vivir su paciente.

- En su totalidad los familiares afirman que espacio físico de la sala de espera de UCI es incomoda y que no presta las condiciones necesarias.

- El espacio físico donde se imparten los informes médicos es considerado por los familiares como inadecuados porque no existe privacidad, el espacio es muy pequeño y reciben una mala atención por el personal de enfermería.

- Los familiares afirman sentirse tristes e inseguro de entrar a ver a su paciente durante la visita y esto se refuerza con el horario restringido de visita que origina la inaccesibilidad al sitio.

- La mayoría de los familiares manifestó sentirse triste y nervioso.

- Con respecto a los niveles de estrés en los familiares con pacientes ingresados en la UCI, los síntomas Psicológicos que predominaron fueron el sentirse nervioso o estresado en la mayoría de los familiares. En los síntomas Orgánico prevaleció la tensión muscular de cuello y espalda, por tanto podemos concluir que los niveles de estrés manifestados en los familiares de pacientes en UCI el estrés moderado es el más prevalente en los familiares con pacientes ingresados en la UCI.

RECOMENDACIONES

A los familiares:

- Haz ejercicios regularmente. Escoge ejercicios que no sean competitivos y establece metas razonables.

- Practica técnicas de relajación. Relájate todos los días. Escoge una variedad de técnicas diferentes.

- Reduce estresores. Involucra pedir ayuda cuando es apropiado, establece prioridades, controlarse y tomarse tiempo para uno mismo.

- Establece metas y expectativas realistas Está bien y es saludable darse cuenta que no puedes ser exitoso en todo al 100% y al mismo tiempo ten un sentido de autoestima saludable.

Al Hospital:

- Brindar mejores condiciones en cuanto al espacio físico adecuado para los familiares que permanecen en la sala de espera de UCI.
- Flexibilizar las normas restrictivas de la unidad para disminuir los niveles de ansiedad y estrés en los familiares de pacientes ingresados en la UCI
- Facilitar capacitaciones de relaciones humanas al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Establecer una relación de confianza o una relación terapéutica para mejorar la atención a los familiares
- Brindar atención psicológica que ameriten los familiares de pacientes ingresados en la UCI.
- Buscar financiamiento para la reparación o adquisición de aparatos y facilitar a los pacientes una mejor atención medica.

Personal:

- Mejorar las relaciones Intra y extrapersonales en beneficio del trabajo en grupo y la atención que debe brindarse a los familiares con pacientes ingresados en UCI.
- Actuaciones de colaboración entre los profesionales al proporcionar información.
- Establecer la atención adecuada y crear espacios que se centren en las necesidades de los familiares del paciente
- Mejorar los procesos de información a los familiares en situaciones comprometidas para proporcionar la evidencia científica sobre el cuidado del paciente ingresado en unidad de cuidados intensivos.

A la Universidad:

- Implementar grupos de autoayuda formado por estudiantes del Quinto año de la carrera de Psicología para brindar asistencia psicológica a los familiares con pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales.
- Incentivar a los estudiantes de la carrera de Psicología a dar seguimiento a este estudio en próximas investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Albistur, M,. Dr. Bacigalupo, J., Dr. Jerez, J., Uzal, M., Obeid, A., Maciel, M., Soto, J. n.d La familia del paciente internado en la UCI. Obtenida el 04 de julio de 2007 de www.rmu.org.uy/revistas/2000v3/art8.pdf consulta 04/07/07 11:30am.

2. Azcarate, F y Rosario (1994) El stress en la UCI. Madrid: ciencias de la dirección.

3. Bensabat, S., Seyle, H.Lloret, M. (1984) Estrés: Grandes especialistas responden. Bilbao: Ediciones mensajeros.

4. Cabrera, L., Rodríguez, A., Martul, M., Palacios, M., González, M., Hernández, E. n.d. Encuesta de satisfacción de los familiares de pacientes críticos. Obtenida el 12 de junio de 2007 de wwdb.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=13101460Htttp:// publicaciones_smu.org.uy/publicaciones//rmu/2000V3/art8.pdf.

5. Darwin, P., Bachmann, A. (1983) Cuidados Intensivos. Barcelona: Salvat editores.

6. Denniston, D., Mcwilliams, P., Frutos, R. (1978) Como gozar el resto de su vida. Barcelona: Grijalbo.

7. Docentes de la Carrera de Psicología. Test evaluativo del estrés. Universidad Nacional Autónoma de León: Facultad de ciencias Médicas.

8. Fontana, D., Velásquez, A. (1995) Control del estrés. México: El manual moderno.

9. Gaeta, R. n.d. Estrés metodología de la investigación. Obtenida el 07 de febrero de 2007 de www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml-171k .

10. Harding A., Reinolds, K., Hunt, V. (1977) Urgencia cuidados intensivos. Barcelona: Versión española de casas.

11. Hein, G., Nogales, J., Llanos, O., Magnus, D., n.d Tendencia se abre campo en la medicina nacional y mundial: Una buena comunicación entre el médico y la familia disminuye la angustia y el estrés. Obtenida el 27 de julio de 2007 de http://www.mpch.cl/rp/rp_2007/02-2007/02-09-2007.html.

12. Inurrieta, L. n.d. Tratado de enfermería; el enfermo en cuidados intensivos. Obtenida el 09 de mayo de 2007 en http://www.adeps.org/adeps/html/documentacion/bibliotratadoenfermeria/01.pdf.

13. Martines, D., Arroyo, M., Asiain, C. (1975) Cuidados intensivos. Pamplona: EUNSA.

14. Pérez, C., Rodríguez, M., Herranza, F., González, C., González, M. n.d. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. Obtenida el 09 de mayo de 2007, de www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13062421.

15. Remor, E. (2006) psychometrics properties of a European Spanish version of the perceived stress scale (PSS). Universidad Autónoma de Madrid: the Spanish journal of psychology.

16. Risques, F. n.d. Comunicación en cuidados intensivos. Obtenida el 09 de mayo de 2007, de www.informedidiconline.com/biblioteca/revistasfpimcti/vol21art1e.pdf.

17. Rodríguez, F., Duque del Río, B., Lozano, N., Lobo, J., Marín, P., Bosque, B. n.d. Manejo del estrés en el familiar del paciente ingresado en una sala de urgencia. Obtenida el 12 de junio de 2007 de www.enfermeriadeurgencias.com/revista/anyo2002/marzo2002/01_02_02.html.

18. Sánchez, A., Sánchez, N. N.d Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. Obtenida el 25 de octubre de 2007 de http//www.scielo.br/pdf/rlae/V15n4/es_v15n4a12.pdf.

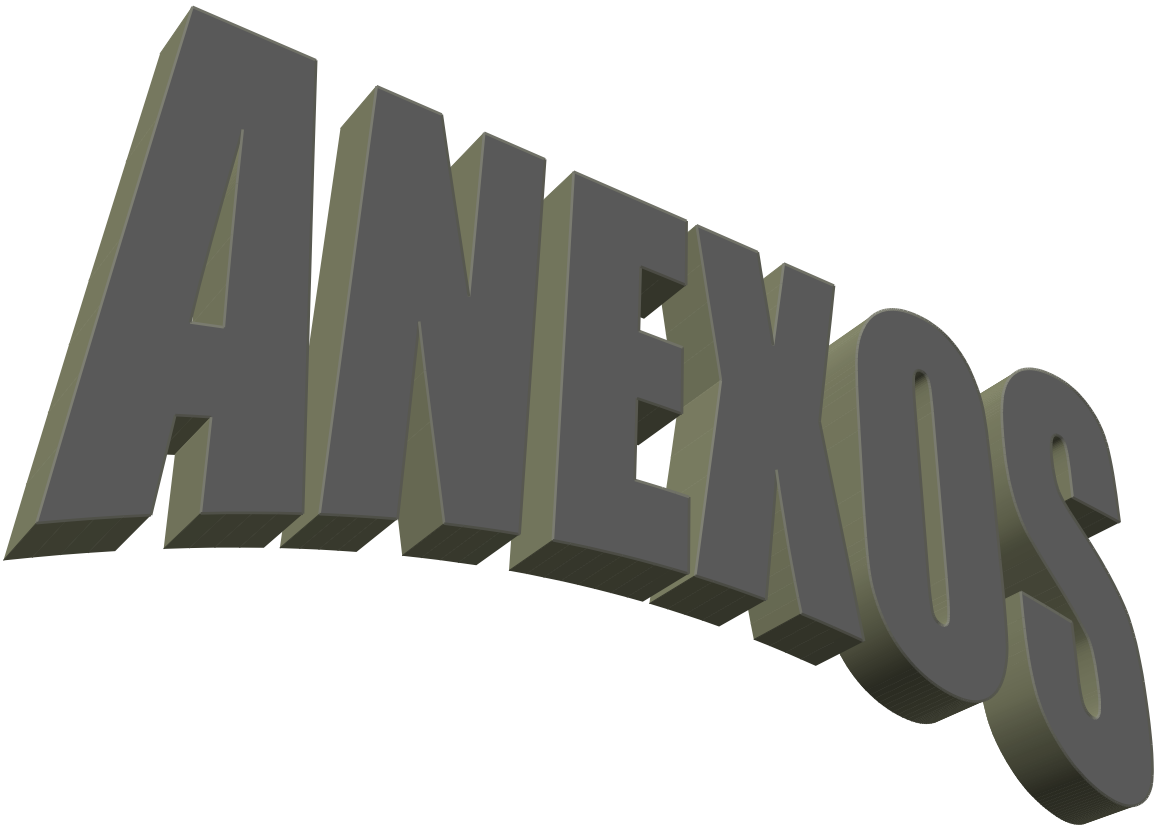
19. Seyle, H., Cañodell, J., Sarda, M. (1954) Fisiología y patología de la exposición al stress (sufrimiento). Tratado basado en los conceptos del síndrome general de adaptación y las enfermedades de adaptación. Barcelona: editorial científico medico.

20. Skillman, J.J., Monteya, E. (1979) Cuidados intensivos. Barcelona: Salvat editores.

21. Urizzi, F., Correa, A. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso. Obtenida el 25 de noviembre de 2007 de http://www.fuden.org/Fichero_Usuario/Originales_Imagenes/Original10.pdf.

22. Velasco, J,. Castillo, J,. Nogales, N., Prieto de Paula, J., Ariza, M,. Martín, M. n.d. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. Obtenida el 19 de junio de 2007 de http://www.tempusvitalis.com/Especial01/06.htm consulta19/06/07,11:25

23. Villalobos, J. n.d Estrés y trabajo. Obtenida el 25 de mayo de 2007 de www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm.


ANEXOS

Entrevista dirigida a la familia del paciente

A través de esta entrevista pretendemos conocer los niveles de estrés y las condiciones que presta el hospital a los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, no existen contestaciones buenas o malas por lo que pedimos sinceridad en sus respuestas. Marque con una X solo una opción. Gracias por su colaboración.

Fecha de ingreso _____ Fecha de aplicación_____ Edad del familiar ____

Sexo 1 Femenino ____ 2 Masculino___

¿Donde vive? _____

Nivel de estudio_____

I. Estado civil:
1 Soltero
2 Casado
3 Divorciado
4 Viudo
5 Unión libre

II. Área familiar
1. Familia nuclear: Padres, cónyuge e hijos.
2. Familia nuclear y extendida: Cónyuge, padres, hijos, nietos y otros familiares.

ENTREVISTA CON LA PSICOLOGA:

III. Asisten al informe médico
1. Familia nuclear
2. Familia extendida

IV. Comprendieron lo expresado por el médico.
0 No
1 Sí

V. Conforme con lo expresado por el médico.
0 No
1 Si

VI. Sólo si respondió NO a la pregunta anterior. Explique porque:

VII. Como es la actitud del médico al momento de dar la información:
Cuidadoso
Inseguro
Seguro

VIII. Necesita mas información:
1.Si
2.No

IX. ¿Porque?

No entendió
Esta confuso
Inseguro
Temeroso

X. Qué esperan del informe médico del estado de salud de su familiar:

Dé esperanza
Oculte la realidad
Hechos y posibilidades

XI. Preocupaciones de la familia respecto al estado de salud del familiar:

Va a vivir
Se va a morir
Sufre

XII. Una vez brindada la información sobre la salud de su familiar usted se siente:

Confundido
Triste /nervioso
Colera/ira
Impotencia/reprimidos

XIII. Permanencia en la UCI

1 Permanecen más tiempo en sala de espera
2 Se alejan
3 Buscan sustitutos

XIV. Relacionado con la sala de espera de la UCI

1 cómoda
2 Incómoda

XV. Espacio físico donde se imparten los informes médicos

1 Adecuado
2 Inadecuado

En relación a lo anterior, explique el por que de su respuesta:

OPINION DE LA FAMILIA:

XVI. Experiencias durante su permanencia en sala de espera de UCI.

XVII. Experiencia durante la visita a su familiar en UCI.

XVIII. Explique sobre la atención médica brindada a su familiar en la UCI.

EVALUACION DE ESTRÉS PERCIBIDO

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una"X" como usted se ha sentido o pensado en cada situación.

	N	C/N	F	S
1. En el último mes, ¿con que frecuencia a estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3
2. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3
3. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3
4. En el último mes, ¿con que frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3
5. En el último mes, ¿con que frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3
6. En el último mes, ¿con que frecuencia ha sentido que no podía afrontar las cosas que tenia que hacer?	0	1	2	3
7. En el último mes, ¿con que frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3
8. En el último mes, ¿con que frecuencia ha sentido que tenia todo bajo control?	0	1	2	3
9. En el último mes, ¿con que frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que han ocurrido están fuera de su control?	0	1	2	3
10. En el último mes, ¿con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3
11. En el último mes, ¿con que frecuencia sufre de dolores de cabeza?	0	1	2	3
12. En el último mes, ¿A sufrido dolores en el estomago?	0	1	2	3
13. En el último mes, ¿A sentido dolores en la columna vertebral?	0	1	2	3
14. En el último mes, ¿A sufrido dolores o molestia en el corazón?	0	1	2	3

	N	C/N	F	S
15. En el último mes, ¿A presentado algún síntoma de alergias?	0	1	2	3
16. En el último mes, ¿A tenido sensaciones de ahogo?	0	1	2	3
17. En el último mes, ¿A sentido tensión muscular en el cuello y en la espalda?	0	1	2	3
18. En el último mes, ¿A sufrido alteración en la presión arterial?	0	1	2	3
19. En el último mes, ¿A tenido olvidos o perdidas de objetos, actividades o nombres de personas?	0	1	2	3
20. En el último mes, ¿A tenido falta/exceso de apetito?	0	1	2	3
21. En el último mes, ¿Se ha sentido cansado sin energía?	0	1	2	3
22. En el último mes, ¿A tenido problemas para conciliar el sueño?	0	1	2	3
23. En el último mes, ¿A sentido que llora y se desespera con facilidad?	0	1	2	3

Tabla 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
EDAD		
AREA FAMILIAR	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
15-25	6	19%
26-35	11	36%
36-45	8	26%
46-55	6	19%
TOTAL	31	100%
SEXO		
MASCULINO	9	29%
FEMENINO	22	71%
TOTAL	31	100%
PROCEDENCIA		
URBANO	23	74%
RURAL	8	26%
TOTAL	31	100%
ESCOLARIDAD		
ANALFABETO	3	10%
PRIMARIA	4	13%
SECUNDARIA	17	54%
UNIVERSITARIO	3	10%
PROFESIONAL	4	13%
TOTAL	31	100%

Fuente: Primaria.

FAMILIA NUCLEAR	21	68%
FAMILIA NUCLEAR Y EXTENDIDA	10	32%
TOTAL	31	100%

Tabla: 2 COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA.

Fuente primaria.

Tabla: 3 INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA.

ASISTEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAMILIA NUCLEAR	25	81%
FAMILIA NUCLEAR Y EXTENDIDA	6	19%
TOTAL	31	100%
COMPRENSIÓN		
SI	30	97%
NO	1	3%
TOTAL	31	100%
CONFORMIDAD		
SI	28	90%
NO	3	10%
TOTAL	31	100%

Fuente primaria.

Tabla 4 INTERES DE LOS FAMLIARES SOBRE EL INFORME MÉDICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA

NECESITA MÁS INFORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	24	78%
No	7	22%
TOTAL	31	100%
CAUSAS		
CONFUSO	5	16%
INSEGURO	3	10%
TEMEROSO	15	48%
NO ENTENDIO	1	4%
TOTAL	24	78%

Fuente: Primaria.

TABLA: 5 INQUIETUDES DE LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA

EXPECTATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DE ESPERANZA	13	42%
HECHOS Y POSIBILIDADES	18	58%
TOTAL	31	100%
PREOCUPACIONES DE LA FAMILIA		
VA A VIVIR	19	61%
VA A MORIR	7	23%
SUFRE	5	16%
TOTAL	31	100%

Fuente: primaria

TABLA: 6 ESTANCIA DE LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA

PERMANENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAS TIEMPO	20	64%
SE ALEJAN	4	13%
SUSTITUTOS	7	23%
TOTAL	31	100%

Fuente: primaria.

TABLA: 7 EXPERIENCIA DE LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA

SALA DE ESPERA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRISTEZA	5	16%
DECAIMIENTO	9	29%
TENSION	9	29%
INCOMODIDAD	3	10%
MALTRATO	2	6%
TRAUMATICO	3	10%
TOTAL	31	100%
VISITA DEL FAMILIAR		
MALTRATO POR EL PERSONAL	3	10%
TRAUMATICA	6	20%
TRISTE	11	36%
INACCESIBILIDAD	5	17%
INSEGURIDAD	5	17%
TOTAL	31	100%
ATENCIÓN MÉDICA		
BUENA	11	39%
CONFORME	7	25%
INCONFORME	5	18%
MALTRATO	4	14%
INSEGURIDAD	1	4%
TOTAL	31	100%

Fuente: Primaria.

TABLA: 8 PERCEPCION DE LOS FAMILIARES RESPECTO A LAS CONDICIONES FÍSICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA

ESPACIO FÍSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SALA DE ESPERA		
CÓMODA	7	23%
INCÓMODA	24	77%
TOTAL	31	100%
INFORME MÉDICO		
ADECUADO	11	37%
INADECUADO	19	63%
TOTAL	31	100%

Fuente: Primaria.

TABLA: 9 EVALUACIÓN DEL ESPACIO FISICO EN DONDE RECIBEN EL INFORME MÉDICO LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA.

ESPACIO FÍSICO	Frecuencia	Porcentaje
NO PRIVACIDAD	9	30%
POCO ESPACIO	8	26%
MALA ATENCION	2	7%
TOTAL	19	63%

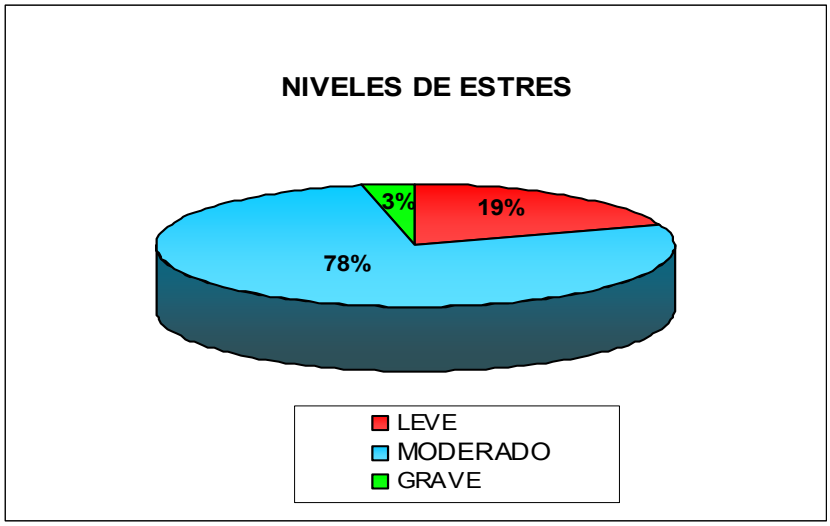
Fuente: Primaria

TABLA: 10 MANIFESTACIONES DE ESTRÉS EN LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

SÍNTOMAS	Frecuencia	Porcentaje
PSICOLÓGICOS		
NERVIOSO O ESTRESADO	23	74%
AFECTADO POR ALGO INESPERADAMENTE	18	58%
LLORA Y SE DESESPERA	16	51%
ENFADADO	15	48%
DIFICULTADES ACUMULADAS	15	48%
INCAPACIDAD PARA CONTROLAR LAS DIFICULTADES	15	48%
ORGÁNICOS		
TENSIÓN MUSCULAR DE CUELLO Y ESPALDA	22	70%
PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO	17	54%
DOLOR DE CABEZA	16	61%
CANSADO SIN ENERGÍA	14	45%
ALTERACIÓN EN LA PRESIÓN ARTERIAL	14	45%

Fuente: primaria

GRAFICO 1. CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE ESTRES DE LOS FAMILIARES CON PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HEODRA



Fuente: Primaria.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	May.	Jun.	Jul.	Agost	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene.	Feb	Marz	Abril
Selección del tema	X											
Identificar el problema		X										
Planteamiento de objetivos			X									
Operativización de variables				X								
Búsqueda de una escala estandarizada				X								
Elaboración de marco teórico					X							
Elaboración del diseño metodológico						X						
Aplicación de la prueba piloto							X					
Entrega de protocolo								X				
Aplicación de prueba								X				
Análisis de los datos									X			
Análisis de los resultados									X			
Elaboración de conclusiones									X			
Elaboración de recomendación										X		
Entrega para la revisión del informe final											X	
Entrega del informe final												X