

**UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO CERRADA VERSUS ABIERTA:
ANSIEDAD EN CUIDADORES-FAMILIARES**

**SANDRA LIZETH DÍAZ NIÑO
GUILLERMO DÍAZ MORENO**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD CES
Facultad de Medicina**

Maestría en Epidemiología

Bogotá D.C 21 de mayo de 2018

**UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO CERRADA VERSUS ABIERTA:
ANSIEDAD EN CUIDADORES-FAMILIARES**

**SANDRA LIZETH DÍAZ NIÑO
GUILLERMO DÍAZ MORENO**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
UNIVERSIDAD CES
Facultad de Medicina**

Maestría en Epidemiología

**Trabajo de investigación para optar al título de
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

**ASESORA TEMÁTICA
Ximena Palacios Espinosa, Ps, MsC, PhD.**

**ASESORA METODOLÓGICA
Yolanda Torres de Galvis, ND, MsC, Dra. HC.**

Bogotá D.C, 21 de mayo de 2018

NOTA DE SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.1 Planteamiento del problema	17
1.2 Justificación	20
1.3 Preguntas de Investigación	22
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1 <i>Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)</i>	23
2.2 UCI restrictiva	24
2.3 UCI de “puertas abiertas”	25
2.4 <i>Ansiedad y la experiencia de ansiedad entre los cuidadores-familiares de los pacientes en UCIA</i>	27
2.4.1 <i>Ansiedad</i>	27
2.4.2 <i>Ansiedad en cuidadores-familiares de paciente en UCI cerrada</i>	30
2.4.3 <i>Ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA de “puertas abiertas”</i>	31
2.5 Cuidado humanizado desde enfermería al cuidador-familiar del paciente crítico en UCI	33
2.6 <i>Factores clínicos, culturales y sociodemográficos asociados a ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCI</i>	34
3. HIPÓTESIS	38
4. OBJETIVOS.....	39
4.1 Objetivo General.....	39
4.2 Objetivos Específicos	39
5. METODOLOGÍA	40
5.1 Enfoque Metodológico de la Investigación	40
5.2 Población	41
5.3 Muestra.....	42
.....	43
5.4. Descripción de las Variables	43
5.5 Técnicas de Recolección de Información	48
5.5.1 <i>Fuentes de información</i>	49

5.5.2 Instrumento de recolección de la información	49
5.5.3 Proceso de obtención de la información	50
5.6 Prueba Piloto	51
5.7 Control de Errores y Sesgos(69)	52
5.8 Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos	52
5.8.1 Análisis estadístico	53
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
7. RESULTADOS.....	56
7.1 Análisis Univariado UCIA Cerrada versus UCIA Abierta	56
7.1.1 Variables Sociodemográficas y culturales de los Cuidadores Familiares expuestos a UCIA cerrada y abierta.....	56
7.1.2 Antecedentes Clínicos de los Cuidadores Familiares expuestos a UCIA cerrada y abierta	58
7.1.3 Características de las necesidades relacionadas con la angustia de los cuidadores familiares expuestos a UCIA cerrada y abierta.	58
7.1.4 Características clínicas de los pacientes cuyos cuidadores-familiares ingresaron al estudio.	59
7.1.5 Otras variables estudiadas	60
7.1.6 Ansiedad rasgo a las 24 horas en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta.....	61
7.1.7. Prevalencia de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta	62
7.1.8 Grado de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta	63
7.1.9 Comparación prevalencia ansiedad estado 24 horas y 72 horas UCIA cerrada versus UCIA abierta.	63
7.2 Análisis Bivariado	65
7.3 Aplicación de los diferentes Modelos Matemáticos para evaluar las Variables de Confusión.	65
8. DISCUSIÓN	67
9. CONCLUSIONES	74
10. RECOMENDACIONES	75

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Signos y síntomas de ansiedad en familiares de pacientes ingresados en UCI.....	31
Tabla 2. Definición conceptual de las variables	44
Tabla 3. Características sociodemográficas y culturales de los cuidadores - familiares expuestos a UCIA-cerrada y abierta.....	56
Tabla 4. Características de los pacientes según tipo de UCIA	59
Tabla 5. Ansiedad rasgo a las 24 h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta.....	61
Tabla 6. Prevalencia de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta.	62
Tabla 7. Comparación prevalencia ansiedad estado 24 horas y 72 horas UCIA cerrada versus UCIA abierta.....	64
Tabla 8. Análisis bivariado: grado de ansiedad estado versus variables de interés	65
Tabla 9. Significancia y evaluación de los modelos ajustados.....	66

LISTA DE GRÁFICAS

<i>Gráfica 1. Necesidades de los cuidadores-familiares en UCIA cerrada y abierta. abril-septiembre. 2017.</i>	<i>59</i>
<i>Gráfica 2. Estimación grado de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta. Tunja. Abril-septiembre.2017.</i>	<i>63</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama selección de la población de estudio.....	40
Figura 2. Diagrama de la metodología.....	43
Figura 3. Diagrama de las variables	48

LISTA DE ILUSTRACIONES

Anexo 9. Ilustración 1. Cálculo de tamaño muestral en programa Epidat.....	104
--	-----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Protocolo de visitas UCIA Los Andes _____	77
Anexo 2: Protocolo de Visitas Flexibles “UCIA de los Andes” _____	79
Anexo 3: Tabla de variables _____	85
Anexo 4: Cuestionario sociodemográfico _____	95
Anexo 5: Formato de recolección variables clínicas del paciente de UCIA _____	98
Anexo 6: Consentimiento informado para el cuidador. _____	100
Anexo 7: Folleto tipo plegable _____	102
Anexo 8: Modelos matemáticos para evaluar las variables de confusión. _____	103
Anexo 9. Ilustración 1. Cálculo de tamaño muestral en programa Epidat. _____	103

RESUMEN

Introducción: Para el presente estudio la definición de ansiedad considerada una reacción emocional inherente a la existencia humana, que puede exacerbarse cuando se expone a situaciones amenazantes, y según la evidencia es experimentada en este caso, por los cuidadores-familiares de pacientes internados en UCI, la cual ha sido concebida en un contexto altamente controlado, en el que la restricción de visitas era considerada una forma de controlar efectos negativos en la salud del paciente. Sin embargo, actualmente no hay evidencia de estas consecuencias. Contrariamente, la apertura de la UCI bajo evidencia científica, reduce la ansiedad en el cuidador-familiar debido a la proximidad que establecen con su ser querido sin producir daños al paciente. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de ansiedad estado y la diferencia en el grado de ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA con y sin restricción de visitas, en la Clínica los Andes Tunja durante abril de 2017 a septiembre de 2017. **Metodología:** Estudio de tipo cuasi-experimental en el que se identificaron dos grupos de familiares de los pacientes, expuestos a una política de restricción de visitas (política actual de la clínica), y al protocolo de visitas flexibles “UCIA Los Andes”. La selección de las unidades muestrales fue de manera secuencial cada vez que ingresaban los pacientes a la UCIA, se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), y se diligenció un formato de variables clínicas de cada paciente. **Resultados:** Se utilizó prueba de Mann-Whitney y se encontró que la prevalencia de ansiedad estado en los cuidadores-familiares de pacientes críticos y la variación en el grado de esta, tiene diferencias estadísticamente significativas en dos condiciones: restricción y no restricción de visitas (**p 0,001**). **Discusión:** Si bien la disminución de la prevalencia y el grado de ansiedad estado de los cuidadores-familiares de pacientes en un tipo de UCIA abierta, es demostrada en este estudio y consistente con los resultados de estudios previos, la limitación es que la inferencia de estos hallazgos a otros entornos hospitalarios y de cuidados intensivos, lo limita el pequeño tamaño de muestra; aún así este estudio es un referente frente a las escasas investigaciones en Colombia, que permiten evidenciar el impacto que tiene la visita flexible o restringida, sobre los niveles de ansiedad de los cuidadores familiares y se espera que los resultados obtenidos, contribuyan a reflexionar, considerar e incluso a desarrollar políticas transformadoras en las UCI, que benefician a los familiares.

Palabras clave: Ansiedad, cuidador-familiar, Unidades de Cuidados Intensivos, Visitas a Pacientes, visitas restrictivas en UCI, visitas abiertas en UCI.

ABSTRACT

Introduction: For the present study, the definition of anxiety is considered an emotional reaction inherent to human existence, which can be exacerbated when exposed to threatening situations, and according to the evidence is experienced in this case, by caregivers-relatives of patients hospitalized in ICU, which has been conceived in a highly controlled context, in which the restriction of visits was considered a way to control negative effects on their health. However, there is currently no evidence of these consequences. Conversely, the opening of the ICU, under the scientific evidence, reduces the anxiety in the caregiver-family due to the proximity they establish with their loved one without causing harm to the patient.

Objective: To estimate the prevalence of state anxiety and the difference in the level of anxiety in caregivers of patients in ICU with and without restriction of visits, at the Clínica Los Andes Tunja during April 2017 to September 2017. **Methodology:** Study of a quasi-experimental type in which two groups of family members of the patients were identified, exposed to a policy of restricting visits (current policy of the clinic), and to the protocol of flexible visits "ICU Los Andes". The selection of the sample units was sequential every time the patients were admitted to the ICU, a sociodemographic questionnaire and the Trait-State Anxiety Inventory (TSAI) were applied, and a format of clinical variables of each patient was filled out. **Results:** Mann-Whitney test and It was found that the prevalence of state anxiety in caregivers of critical patients and the variation in the level of this have statistically significant differences in two conditions: restriction and no restriction of visits (**p 0.001**).

Discussion: Although the decrease in the prevalence and level of anxiety state of patients caregivers-relatives in a type of open ICU, is demonstrated in this study and it is consistent with the results of previous studies, the limitation is that the inference of these findings to other hospital and intensive care settings are limited by the small sample size; Even so, this study is a benchmark against the scarce research in Colombia, which makes it possible to demonstrate the impact of flexible or restricted visits on the anxiety levels of family caregivers and it is expected that the obtained results will contribute to reflect, consider and even to develop transformative policies in the ICUs, that benefit the patients relatives.

Keywords: Anxiety, caregivers, Intensive Care Units, Visitors to Patients, restriction visits in ICUs, open visits in ICU.

INTRODUCCIÓN

“La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar hermoso donde se regala vida, pero también es un lugar hostil donde los pacientes se enfrentan a una enfermedad terrible en condiciones ambientales muy adversas. Abrir las puertas de la UCI liberalizando el horario de visitas y mejorar los cuidados dirigidos a la familia es una de las asignaturas pendientes que no debemos retrasar más.”
Dolores Escudero, et al.

El ser humano vive diferentes reacciones emocionales inherentes a su existencia, que se exacerban cuando se expone a situaciones de la vida y que considera amenazantes, una de ellas es la ansiedad(1). Los cuidadores-familiares de pacientes que por su condición crítica de salud son internados en UCI, un contexto altamente controlado en el que la restricción de visitas es considerada una forma de controlar efectos negativos en la salud del paciente, es un escenario ansiógeno.

Con Florence Nightingale, madre de la Enfermería moderna, el desarrollo de las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), inició en el siglo XIX, cuando en su afán de cuidar y preservar la salud de los soldados caídos en combate durante la guerra de Crimea, los reunía según la gravedad y encargaba su cuidado a las enfermeras con mejor agilidad y conocimientos(2).

Más adelante, entre 1950 y 1960, la medicina crítica nace con la necesidad de prestar atención individualizada a personas enfermas. En ese tiempo se crearon las primeras Unidades de Cuidados Intensivos(UCI) gracias a los avances de la medicina que hacían posible revertir situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles: como los primeros respiradores (1954), los sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales, uso extensivo de antibióticos y el control de las consecuencias de la epidemia de poliomielitis en países de Europa y Estados Unidos, y que requerían del mantenimiento de su función respiratoria (3-5).

Mientras la evolución del cuidado crítico avanzaba de manera progresiva en los continentes Europeo y Americano, la región Latinoamericana se impregnaba de este desarrollo, en donde las primeras unidades de cuidado intensivo abrieron sus servicios a finales de 1960 iniciando 1970, con base en los mejores estándares de calidad de la época, el avance de la tecnología y con la atención del mejor recurso humano (2-5).

De esta manera, las Unidades de Cuidado Crítico fueron concebidas para atender a los pacientes con enfermedades graves y compromiso vital (3, 4), que requerían de cuidados especializados e intensivos (5), en un contexto altamente controlado(3). Entre otros mecanismos, se consideró que la restricción de visitas al enfermo podía ser una forma de controlar posibles efectos negativos sobre la salud del mismo(2, 6) .

Este mecanismo se mantiene aún en la actualidad bajo argumentos centrados en el beneficio para el paciente que estaría menos expuesto a eventos de riesgo (p.e. transmisión de infecciones) (6-8) y por tanto flexibilizar las visitas se traduciría en exponerlo al riesgo(7) y afectar su recuperación (9, 10). Sin embargo, actualmente no hay evidencia de estas consecuencias (8, 9).

De hecho, recientemente se ha planteado que la cultura de UCI cerrada o restrictiva impide conocer y solucionar necesidades de cercanía y acompañamiento entre familia y pacientes (7, 11). La evidencia muestra que el ingreso de un ser querido a una UCI es una experiencia traumática para el cuidador familiar y produce “preocupación, aislamiento, ansiedad y estrés”(10, 12, 13).

Precisamente, la apertura de la UCI o flexibilización de las visitas, reduce el estrés psicológico y la ansiedad debido a la proximidad que establecen los familiares con su ser querido (10, 14, 15) y así mismo, aumenta la satisfacción con la labor realizada por parte del personal de enfermería y no produce efectos adversos en el paciente(10).

Estudios reportan que cuando la proximidad entre cuidadores familiares y su ser querido internado en UCIA, es restringida por las visitas inflexibles, este como respuesta a su condición adversa, evidencia necesidades consideradas como “manifestaciones de proximidad”: “Informen a tiempo cuando se traslada el paciente” y que cuando se encuentre dentro de la institución las horas de visita empiecen puntuales(12, 16).

Además, mencionan que el cuidador familiar ha establecido un apego natural con su ser querido, por su relación permanente al dar el cuidado en su domicilio; por lo que busca que dicha cercanía también se satisfaga en la hospitalización de su familiar en la UCIA (12).

En coherencia con lo anterior, en algunos países como los Estados Unidos, la restricción de visitas en UCI ha cambiado haciéndose más flexible (2, 6). Así lo revela un estudio de Kirchhoff et al., según el cual, el 44% de las UCI tienen políticas de visita abierta programada, 31% solo se cierran durante las rondas y las entregas de turno y 14 % mantienen visitas abiertas continuamente, sin pensar en la posible interrupción de las actividades del personal de salud(17).

Garrouste-Orgeas et al., realizaron un estudio en la UCI del Hospital San José, de tercer nivel, ubicado en la ciudad de París, en esta UCI médico quirúrgica se permiten visitas las 24 horas. El estudio se diseñó con el objetivo de conocer la percepción de los trabajadores sobre las visitas sin restricciones y determinar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en miembros de la familia. Los resultados muestran que tanto para la familia, como para los trabajadores de la UCI, la visita de 24 horas es positiva; los trabajadores consideraron que la visita abierta interfería moderadamente con el cuidado; los familiares experimentaron pocos síntomas de ansiedad y depresión y se evidenció un alto nivel de satisfacción de su parte así como disminución de ansiedad en 61,7% (9).

Según Zaforteza García, desde finales de la década de 1990 se inició en España una corriente de investigación que ha puesto en evidencia la importancia de la situación de los familiares en las UCI y busca que en estas Unidades haya mayor flexibilidad en el contacto de los familiares con sus pacientes críticos (7).

En Colombia predomina la modalidad de visitas restringidas en la UCI. De hecho, aproximadamente el 90% del total de UCI tienen políticas de visitas limitadas (2). A pesar de esta realidad, algunas investigaciones se han centrado en reconocer las necesidades de los familiares de los pacientes críticos, encontrando entre las más importantes: seguridad (86%); información (82%) y proximidad (78%) (12).

Otros estudios han involucrado a los profesionales de enfermería en la comprensión y reconocimiento del significado del afrontamiento familiar(18), y de la experiencia que viven en la UCI(19). Pese a que las enfermeras brindan un cuidado al paciente y posteriormente a sus familiares, algunas de las necesidades expresadas por estos últimos son: tener mayor y mejor información, permitir el acompañamiento con la posibilidad de visitas en horarios flexibles teniendo en cuenta las necesidades de cada familiar,(18, 19), lo cual aumentaría los niveles de satisfacción y disminuiría los niveles de ansiedad(19).

Pardavila y Vivar(20), realizaron una revisión de la literatura y encontraron que la posibilidad de horarios flexibles ayuda a los familiares a sentirse parte del cuidado de su ser querido, siendo implícita la posibilidad de que las visitas abiertas ayuden a disminuir los niveles de ansiedad(20).

Sin embargo en Colombia son escasos los estudios que permitan evidenciar el impacto que tiene la visita flexible o restringida, sobre los niveles de ansiedad de los cuidadores familiares de pacientes en UCI(19). Los estudios refieren este requerimiento entre las necesidades expresadas por los familiares del paciente en UCI(12, 18, 19).

La presente investigación parte de reconocer la importancia de abordar las necesidades del cuidador familiar del paciente internado en una UCI, y si bien la

naturaleza del estudio que se presenta a continuación está limitada a una población específica y su alcance no permite la generalización de los hallazgos, se espera que los resultados obtenidos al desarrollar este estudio, contribuyan a reflexionar, a considerar e incluso a desarrollar políticas transformadoras en las UCI, que beneficien a los familiares.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) toda la atención se centra en las condiciones fisiológicas y médicas del paciente, no tanto en sus necesidades emocionales y las de la familia (11, 12, 21, 22). Cuando los pacientes ingresan a una UCI, se encuentran en un estado crítico que puede comprometer su vida. (23) Esta situación, que puede considerarse como un acontecimiento estresante, (11) o incluso como un evento traumático (24), trae para el paciente y su familia diversos cambios a nivel social, afectivo, mental, de rol, entre otros (14, 23, 25). El problema de salud del paciente afecta entonces, al grupo familiar comprometiendo su funcionamiento y facilitando el desarrollo de respuestas emocionales como la ansiedad, especialmente en los cuidadores-familiares del paciente (11, 14, 26).

Los cuidadores-familiares encargados del cuidado del paciente en el hogar, experimentan altos niveles de sufrimiento por la separación de su pariente que se encuentra ingresado en el hospital (12). El cuidador-familiar siente miedo de lo que está por venir, se siente contrariado, olvida la información recibida de manera verbal, independientemente de que hayan o no vivido experiencias anteriores de hospitalizaciones de su familiar en una UCIA o de él mismo, de todas maneras sienten la necesidad de apoyo, al requerir del personal asistencial, ser “orientados sobre el ambiente de la unidad antes de entrar por primera vez” (p. 90) (12). Sin embargo, estas experiencias de los cuidadores-familiares suelen ser invisibles para el equipo de salud (12), este constituye un ente invisible, en general, la única parte visible en el cuidado de un paciente corresponde a los servicios formales de cuidado, como las clínicas y hospitales (27).

No obstante, dado el delicado estado de salud de los pacientes, el personal se centra en su cuidado mucho más que en el de la familia (7). Lo que interesa es la vida y la supervivencia del paciente y por tanto, se toman en cuenta todas las medidas que pudieran protegerlo. De esta manera, las políticas de restricción de visitas pueden ser una de las estrategias que se han concebido para proteger a los pacientes y beneficiar su recuperación. (15) Algunas instituciones de salud han intentado flexibilizar sus restricciones (2), con base en estudios que afirman que “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” (p. 2). (11); sin embargo en la actualidad, el 90% de las UCI de Colombia tienen normas de visitas restringidas (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre 1990 y 2013, el número de personas con ansiedad ha aumentado cerca de un 50%, de 416 millones a 615

millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectada (28). Epstein afirma que “los eventos traumáticos y la pérdida de seres queridos son frecuentes en la vida”(p. 1) (29), un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, encontró que el 12,5% de la población encuestada había sido testigo de eventos traumáticos relacionados con seres queridos (29). Este dato se corrobora con los hallazgos obtenidos a través de la aplicación de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) en Colombia (30), según los cuales los adultos colombianos (3,9% entre 18-44 años; 4.3% con 45 años o más) han tenido directa o indirectamente la experiencia de una enfermedad grave o potencialmente mortal (30), que suelen ser el tipo de motivos por los que se ingresa o se mantiene a alguien en UCI (5). Tanto la OMS como la ENSM concluyen que la exposición a este tipo de eventos genera consecuencias psicológicas desfavorables (29, 30). Así que el hecho de estar expuesto a la condición de tener a un pariente en UCI, es un evento que puede asociarse con consecuencias psicológicas negativas (14).

Si adicionalmente a este evento se le suman otros potencialmente estresantes y propios de tener a alguien en cuidado intensivo como la restricción de visitas, el impacto psicológico negativo es aún mayor (15). La incertidumbre que produce no poder ver al ser querido sino en ciertos momentos, puede generar altos niveles de ansiedad(15, 31). De acuerdo con lo anterior, una posible solución está en establecer horarios de visita flexibles adaptados individualmente (32).

Múltiples estudios ponen en evidencia el requerimiento de tener en cuenta las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados a una (UCI). En ellos se afirma que los familiares del paciente crítico requieren atención y flexibilización de las normas restrictivas de las UCI, como es el caso del horario de visitas. Esto supondría un beneficio para pacientes y familiares e incluso para el personal de salud (7, 9, 23, 25, 33).

La evidencia científica demuestra que una cultura de UCI cerrada o restrictiva impide conocer y solucionar necesidades de cercanía y acompañamiento entre familia y pacientes (7, 11), afirman que los familiares necesitan mantener una proximidad con el paciente o poder verle regularmente. Sin embargo, indican los autores que los horarios de visita estrictos interfieren en los intentos de satisfacer esta necesidad (31), lo que conlleva al surgimiento de emociones negativas expresados como “sentimientos de impotencia” al no tener acceso a las visitas de manera continua (15).

De manera contraria, los horarios de visita flexible tienen beneficio en los familiares, quienes experimentan menor ansiedad y mayor satisfacción en el cuidado de su paciente (34). Cuando un paciente es ingresado en una UCI, el primer deseo de la familia es visitarlo para proporcionarle comodidad y sensación de seguridad (34). Un estudio que examinó los beneficios de la visita sin restricciones a los pacientes

encontró que un 88% de las familias afirmaron que las visitas abiertas tuvieron un beneficio y un 65% indicaron que esto contribuyó a disminuir su ansiedad. (35).

1.2 Justificación

En Colombia, los estudios dirigidos a las familias de los pacientes en UCIA son pocos y se han centrado en la descripción de situaciones (12, 19). Tampoco se han realizado intervenciones que permitan evidenciar el impacto que tiene la visita flexible o restringida sobre los niveles de ansiedad de los familiares de pacientes en UCIA (19). Por lo anterior, y dado que en la clínica en donde se desarrolló el presente estudio, aún no se tiene en cuenta la importancia de resolver las necesidades de los familiares y su política de visitas está enmarcada en la restricción y en la exclusiva atención a los pacientes, es de gran importancia que se inicie un proceso de cambio, con el que se logre reconocer la importancia de establecer normas que permitan disminuir la intensidad de ansiedad en los familiares del paciente. Dicha ansiedad afecta su calidad de vida y dificulta el afrontamiento de la situación, contrario a políticas humanas que disminuyen el riesgo de que los cuidadores-familiares padezcan emociones que repercuten de manera negativa en su salud.

En la ciudad de Tunja hay en la actualidad cinco UCI, ubicadas así : una en un hospital público y cuatro en clínicas privadas. La Clínica Inversiones Médicas de los Andes es una de estas últimas, en la que se encuentra una UCI de adultos (UCIA), en la cual se realizó el presente estudio. Esta Unidad se encuentra dentro del 90% de UCI colombianas, con políticas restrictivas; tiene horas de visita limitada y restricción de acceso a la información sobre el paciente, dado que sólo se proporciona en un momento del día al final de la visita de la mañana.

Es importante que el personal de salud reconozca las implicaciones emocionales negativas para los familiares de los pacientes que están sometidos a una política de visitas restringidas en la UCI, que estas personas también tienen necesidades y que por tanto, deben desarrollarse estrategias de cuidado humanizado, no solo del paciente, sino que incluyan la atención centrada en la familia como la flexibilización de la visita (15, 36, 37).

La hospitalización de un familiar en UCIA es un evento que puede generar crisis y altos niveles de estrés, la utilización de estrategias de afrontamiento por parte de los familiares (por ejemplo, la disminución de emociones negativas como la ansiedad), facilita la adaptación del cuidador a esta situación (38). La implementación de una política de visitas flexibles en UCIA, facilitará la reducción de la ansiedad en los cuidadores-familiares, lo que contribuye a que se sientan tranquilos y se refuerce en ellos la idea de que su ser querido es cuidado con constancia y de la mejor manera posible. Esto a la vez favorece que desarrollen un mayor reconocimiento de las condiciones clínicas reales de su ser querido y mejoren la comunicación con el equipo de salud (39).

Otras condiciones ambientales como una UCIA de “puertas abiertas” permitirán planificar y personalizar modelos de atención y planes de cuidado de enfermería, que involucren a los cuidadores-familiares en el cuidado de su paciente, aumentar y mejorar la compañía y comunicación que puedan establecer los pacientes y sus seres queridos y establecer diálogos de confianza entre el personal de salud, pacientes y familiares (36, 38, 39). Según Galvis, et al., esta política abre una panorámica para establecer a corto y mediano plazo, intervenciones dirigidas al cuidado integral del cuidador-familiar, y la satisfacción de sus necesidades, con la formación en cuidado humanizado al personal de salud, por medio de procesos educativos y algunos cambios organizativos y locativos, que se consideran de vital importancia (12).

El presente estudio se orientó a estimar la prevalencia de ansiedad estado en los cuidadores-familiares de pacientes críticos y la variación en el grado de esta, en dos condiciones diferentes: restricción y no restricción de visitas. Los resultados al evaluar la transición de UCI cerrada a UCI abierta aportarán al conocimiento de los efectos de la enfermedad grave, enfocados a los efectos en los familiares o allegados.

Se aportará información que servirá de insumo para mejorar la atención en la UCI (12), con la implementación de programas de cuidado humanizado en el marco de la atención integral al paciente, lo que incluye a su familia (36).

1.3 Preguntas de Investigación

El estudio tuvo como propósito responder las siguientes preguntas:

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA con y sin restricción de visitas en la Clínica los Andes, Tunja, entre abril y septiembre de 2017?

¿Cuál es la diferencia de los niveles de ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA con y sin restricción de visitas en la Clínica los Andes Tunja entre abril y septiembre de 2017?

2. MARCO TEÓRICO

La ansiedad como respuesta psicológica, ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas teóricas (1). Es una respuesta común ante situaciones que los individuos interpretan como amenazantes, por ejemplo, tener a un ser querido en estado crítico e ingresado en una UCI. A continuación, se presentan antecedentes teóricos y empíricos que respaldan este proyecto de investigación. Inicialmente se describe la UCI como un servicio de salud de alta complejidad y su evolución a través del tiempo y se profundiza en los tipos de UCI, según la concepción de entorno cerrado o abierto. Así mismo, se describe cómo para las familias la situación de internación de un paciente en UCI es un evento traumático, y finalmente qué es la ansiedad y cómo es la experiencia de la misma entre los cuidadores-familiares de los pacientes en UCI ya sea cerrada o abierta, junto a la descripción de aquellos factores clínicos, culturales y sociodemográficos que, según la literatura, se asocian a niveles altos o bajos de ansiedad.

2.1 *Unidad de Cuidado Intensivo (UCI)*

Las UCI son servicios de salud de alta complejidad en los cuales se atiende a los pacientes más críticos, bien sea por su enfermedad o por una situación que requiera un monitoreo especial y que comprometen su vida (5). Estos servicios se centran en la recuperación de la salud de las personas con un estado de enfermedad avanzado, a través de procedimientos clínicos de alta complejidad, realizados por un grupo interdisciplinario capacitado con la destreza necesaria para tal fin(2). Son consideradas como lugares estáticos y de estricto aislamiento del resto de las áreas en los establecimientos de salud. Son servicios de considerable respeto, con alta tecnología y en donde trabaja un equipo profesional multidisciplinario preparado con el conocimiento, la agilidad y la experticia necesarios para atender a los pacientes más críticos y en mayor peligro de muerte (21, 40).

En Latinoamérica y en el mundo, el desarrollo del cuidado intensivo ha sido acelerado debido tanto al avance en los conocimientos sobre fisiopatología y al progreso tecnológico necesario para el diagnóstico, monitoreo y manejo del paciente crítico, como al deseo constante de mejorar la calidad de la prestación de los servicios en salud (3). Desde sus inicios (S XIX-XX), el ambiente de la UCI se ha titulado como de gran complejidad, por la tecnología, las intervenciones en salud y el personal sanitario calificado que sigue protocolos para el cuidado seguro y de calidad, por lo cual, dichos escenarios se han convertido en ambientes hostiles, que traen implicaciones en el paciente ingresado y en su familia(12).

La evolución de la tecnología y la inclusión de la misma en la atención profesional ha priorizado los cuidados como técnicos y la relación terapéutica se ha basado en

el restablecimiento de la salud fisiológica, principal objetivo de los actuales sistemas de salud. Dada la importancia del problema físico del enfermo, se ha dejado de lado la atención de la familia, la cual debería tener uno de los primeros lugares en la escala de priorización de la atención clínica por parte del personal de salud. (11, 36).

2.2 UCI restrictiva

Las Unidades de Cuidado Crítico, se desarrollaron con el fin de buscar la recuperación de la salud de personas con un estado de enfermedad avanzado y que pone en riesgo su vida (5). En consecuencia, la motivación de cuidar y proteger a los enfermos críticos, llevaron a reglas estrictas entre las cuales está la de restringir visitas que pudieran exponer al paciente a agentes iatrogénicos (7), considerando que las visitas podían tener este tipo de efecto en la evolución de la salud del paciente y desde entonces se institucionaliza y se generaliza la restricción de visitas en la mayoría de las UCI del mundo (2), por ejemplo en España, Francia, Holanda, Reino Unido, Irán y Colombia (3, 6). Así, la situación de gravedad de los enfermos y la necesidad de saber sobre el estado de salud de ellos, provoca que los familiares permanezcan en los lugares cercanos a las UCI, esperando recibir información y visitar a su familiar(11).

Generalmente los miembros de la familia pueden realizar visitas a sus seres queridos por un periodo de tiempo limitado en las 24 horas del día, observándolo a través de un monitor o un cristal, después de vestirse con prendas de protección personal. Además, la información sobre el estado de salud de su ser querido es proporcionada una vez al día y no se toman medidas que favorezcan la proximidad y que disminuyan emociones negativas, y que permitan incluso la participación de los familiares en los cuidados básicos del paciente(25, 39).

La organización de los servicios sanitarios como lo son las UCI, se ha desarrollado en una cultura de unidad cerrada, debido a un predominio tecnológico que centra el cuidado en el paciente, excluyendo a los familiares y sus necesidades(12, 19). El personal de salud ha ganado con el tiempo una amplia experiencia en el desarrollo de habilidades en el uso de esta tecnología, desconociendo paulatinamente el impacto y la angustia que supone para los familiares este evento traumático(7, 23).

Este desconocimiento de las necesidades de los familiares ha creado que el personal de salud de las UCI, perciban y justifiquen el aislamiento del paciente a través de barreras como la estructura física, la falta de espacio y de mobiliario para la comodidad de los familiares. Además, piensan que tanto la familia como el paciente se verían afectados con el ingreso permanente de los familiares a la UCI. Estos últimos se cansarían y se verían expuestos a procedimientos potencialmente desagradables, mientras que los pacientes se sentirían vulnerados en su intimidad.

Los profesionales también tienen la idea arraigada de que los familiares entorpecen los cuidados, generan molestia/estrés y se convierten en una carga de trabajo adicional (11, 15).

Además las múltiples ocupaciones del personal de salud suelen interferir en el reconocimiento de las necesidades de los familiares, quienes además de ser sujeto y fuente importante de contribución en el cuidado del paciente, requieren de atención para afrontar de manera adaptativa la experiencia de la hospitalización de un ser querido en una UCIA,(37, 41). Estas percepciones, subestiman las propiedades benéficas de las visitas abiertas, ampliando las creencias sobre sus efectos dañinos, sin la existencia de evidencia científica que lo defienda y sin tener en cuenta la evidencia disponible sobre necesidades y preferencias de pacientes y familiares (2, 7, 12, 25). De hecho, las visitas restringidas de la (UCI), hacen que los cuidadores-familiares de los pacientes se separen innecesariamente de su familiar y acumulen respuestas emocionales como incertidumbre, desesperación y ansiedad, y se vean obligados a comprender explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad y tomar decisiones necesarias o enfrentar lo inevitable(11, 14, 24).

Generalmente el personal médico y de enfermería subestima las implicaciones emocionales negativas que tienen los horarios de visita inflexible (31) y aunque el personal de salud de la UCIA de Los Andes entiende la importancia de la atención a la familia, la práctica del quehacer diario conserva la visita restrictiva sin pensar en una política de visita abierta. Esta posición coincide con la que se ha puesto en evidencia en algunos estudios: la percepción general de los profesionales de las UCI es que la política de puertas abiertas no solamente afectaría la evolución del paciente si no que dañaría a los miembros de la familia (2, 8, 42).

Finalmente, la cultura dominante en las UCI hace énfasis en la atención sobre los aspectos fisiológicos de los pacientes (6). Es posible que esto esté asociado a la tendencia en los sistemas de salud de organizarse más en función de las necesidades del personal de salud que en las de los pacientes y familiares, ocasionando que las decisiones se tomen más en función de las preferencias de los profesionales de la salud (7).

2.3 UCI de “puertas abiertas”

La transición de UCI cerrada a UCI abierta, ha tenido un proceso amplio y a pesar de que el interés de la investigación en salud ha ido en aumento, está tan sólo se ha enfocado en los pacientes internados y los efectos de la enfermedad grave, pero los procesos investigativos sobre los efectos de este suceso en los familiares o allegados apenas está por empezar(12).

Algunas UCI han creado políticas que han permitido la liberación de las visitas de forma progresiva, es decir una UCI que genera una mejor interacción entre pacientes, familiares y profesionales de la salud, con la ampliación de los horarios de visita(43); la apertura de las UCI tiene la ventaja de mejorar la comunicación con los familiares, prácticas que se consideran una garantía en la calidad de la atención, una mayor satisfacción en los familiares y mejor cobertura de sus necesidades (2, 6, 43).

Bajo la política de UCI de “puertas abiertas”, se permite la estancia de un familiar, con un horario flexible ya sea de 24 horas o intervalos amplios de tiempo en la mañana, tarde y noche, con la posibilidad de intercambiarse con otro allegado para descansar, sin tener la obligación de permanecer todo el tiempo junto al paciente y entendiendo la solicitud de los profesionales de la salud de salir por unos minutos de tiempo cuando se le solicite (7). Además, con el propósito de desarrollar un cuidado humanizado, los trabajadores de la salud de las UCI, en los casos en que sea posible, involucrarían a los familiares en algunos cuidados del paciente, siempre que estos decidan hacerlo de manera voluntaria(7, 44).

Una UCI de “puertas abiertas” permite una mayor individualización del servicio, manteniendo la relación y el contacto con la familia, quien tiene la oportunidad de estar cerca de su ser querido sin limitaciones de tiempo o barreras físicas. Cuando sea posible será el mismo paciente quien decidirá cuáles son las personas que para él son más importantes para ver y se respetan las razones de un paciente si expresa el deseo de no recibir visitas, o la decisión de los familiares de no querer entrar (39).

Así, quienes implementan este tipo de políticas, buscan disminuir la ansiedad del familiar del paciente. Además, buscan que se mejore la comunicación entre el equipo de salud y la familia, y lograr como resultado que esta se involucre en el cuidado. (2, 7, 39, 40). Un estudio demuestra que la liberación o flexibilización de las visitas, mejora la satisfacción de los pacientes, familiares y enfermeras sin producir efectos adversos en la salud de los pacientes, lo que se ha evidenciado con marcadores clínicos (10, 15). Algunos estudios muestran que flexibilizar o retirar la restricción de visitas en las UCI es benéfico para la familia y los pacientes. De hecho, se ha comprobado que a través de esta medida se disminuyen efectos emocionales y afectivos negativos como la ansiedad y la depresión, asociados con el ingreso de un ser querido en la UCI (9).

El personal de enfermería refiere que la visita abierta o flexible, no equivale necesariamente a una presencia constante junto al paciente, ya que las familias realizarían las visitas de manera intermitente; el personal médico comenta que cuando el núcleo familiar es de fuera de la ciudad, les facilitaría tener visitas adicionales en un determinado tiempo según sus necesidades(15). La prestación

de cuidados a los familiares da la oportunidad del mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios en salud. Las familias pasarían de ser espectadores de las acciones desarrolladas, e impartidas por el profesional de la salud, a ser actores activos en la recuperación de la salud del paciente, serían partícipes del cuidado, valorando las capacidades individuales y colectivas del núcleo familiar(11). Por ello, dejando de lado la percepción que tienen los trabajadores de la salud sobre la base de que la intimidad es más importante que la cercanía con los familiares, se permite el espacio para una mayor flexibilización de las visitas(7).

2.4 Ansiedad y la experiencia de ansiedad entre los cuidadores-familiares de los pacientes en UCIA

2.4.1 Ansiedad

Según la Psicología moderna, la ansiedad es considerada una reacción emocional inherente a la existencia humana (1). En consecuencia, todas las personas pueden sentir un grado moderado de ansiedad como una respuesta adaptativa a una situación potencialmente amenazante y en tal caso experimentarán un estado caracterizado entre otros por agitación, inquietud, zozobra, pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión que se relacionan con la anticipación de peligros futuros indefinibles o imprevisibles (1).

Situaciones de peligro indefinible o imprevisible, son consideradas como eventos o sucesos traumáticos, estimadas como una situación que pone en peligro la vida o constituye una amenaza para la integridad física de una persona. La exposición a un suceso traumático puede darse de dos formas: directa o indirecta. Directa cuando es la propia persona la que lo experimenta; indirecta, cuando la persona es testigo o el evento le ocurre a alguien cercano (30). Un evento como la hospitalización de un familiar en una UCI es un suceso traumático indirecto para el cuidador-familiar de ese paciente (30).

La ansiedad dentro de este tipo de situaciones, a pesar de su carácter adaptativo, puede tornarse desadaptativa en tanto se aumenten su intensidad, frecuencia o duración, hasta alcanzar manifestaciones patológicas en el individuo que se experimentan tanto en alteraciones emocionales como funcionales. (1).

En el marco de psicología de la personalidad, la ansiedad puede entenderse como rasgo o como estado de una persona(1, 45). En el primer caso, se considera que subyace a las respuestas del individuo una personalidad neurótica, en la que se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa ante las situaciones percibidas como amenazantes, que suelen ser prácticamente todas. Se trata de una reacción que se mantiene en el tiempo, en múltiples y diversas situaciones y a la

cual subyacen tanto la timidez como factores biológicos y aprendidos (1). Este será entonces, el patrón de respuesta típico de las personas con rasgo de ansiedad. La ansiedad rasgo implica una predisposición generalizada y duradera para reaccionar a muchas situaciones especialmente las amenazantes de manera firme, pero variable de acuerdo a las situaciones vividas.(45)

En la ansiedad rasgo las impresiones están basadas en los tipos de respuestas individual y en las situaciones en las cuales el individuo crea las respuestas; puede ser que las respuestas ansiosas se muestren en una mayor proporción y en una mayor variedad de situaciones (45). La psicología moderna afirma que el número de respuestas ansiosas puede ser el criterio para determinar el nivel de ansiedad de rasgo o, alternativamente, la intensidad de las respuestas ansiosas. El temor de las situaciones que evocan las respuestas ansiosas también puede ser considerado en una determinación de rasgo de ansiedad(45).

Al contrario, la ansiedad entendida como estado, implica respuestas transitorias, variables en intensidad y duración y vivenciadas por el individuo como anormales en un momento particular, generalmente aquel en el cual se activa la percepción consciente de dicha emoción. Por ejemplo, en situaciones amenazantes la intensidad de la ansiedad aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la ansiedad bajará aunque el peligro sea real(1). En la ansiedad estado las personas experimentan cantidades variables de ansiedad que afectan su funcionamiento social, emocional y hasta ocupacional(45); la psicología moderna la define como “una propensión específica a responder temerosamente a las sensaciones de ansiedad”(45).

La relación entre estado-rasgo es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (1). De esta manera, según la psicología, en la ansiedad rasgo se distinguen 4 facetas: la evaluación social, el peligro psicológico, la ambigüedad y las rutinas diarias; en la ansiedad estado dos facetas: la presencia de emociones automáticas y la preocupación por el desconocimiento de desenlaces de situaciones amenazantes(45).

Algunos estudios reportan el concepto de ansiedad en los familiares de pacientes en UCI, como un sentimiento o emoción persistente de temor, aprehensión o desastre inminente, frente a la hospitalización de su ser querido (46); comentan que los familiares experimentan niveles muy elevados de ansiedad y depresión mientras los pacientes están en la UCI(28). Según Mendoza y Warren los familiares de pacientes en UCI pueden experimentar estrés, desorganización, sentimientos de desamparo, y otros, los que redundan en una dificultad para movilizar unos recursos de afrontamiento adecuados, pudiendo desarrollar de este modo un cuadro de ansiedad (28).

Todo esto, indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria, pero que también puede llegar a convertirse en una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica), manifestándose con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo (1).

Para la medición de la ansiedad estado – rasgo se han diseñado instrumentos como el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Este consta de dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir estas dos dimensiones, básicamente se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente, con el fin de detectar rasgos de personalidad ansiosa de base, así como estados de ansiedad. (47). El IDARE consta de 40 aseveraciones: 20 evalúan la ansiedad-rasgo y 20, la ansiedad-estado. El sujeto debe responder a una de cuatro opciones: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre para la escala de ansiedad-rasgo; y no, poco, regular y mucho para la escala de ansiedad- estado. Las respuestas se califican con 1, 2, 3 y 4 en los reactivos positivos (a mayor puntuación, mayor ansiedad) y 4, 3, 2 y 1 en los reactivos negativos (a mayor puntuación, menor ansiedad)(47).

Este inventario ha sido validado en población de habla hispana en familiares (padres) de pacientes pediátricos internados en UCI pediátrica. En el estudio realizado, se aplicó el IDARE a 120 madres y 90 padres con un hijo en terapia intensiva con el fin de evaluar la validez de constructo y confiabilidad, obtuvieron los coeficientes alpha de Cronbach para las tres muestras: madres, padres y grupo total (mixto), tanto para la ansiedad-estado y para la escala rasgo-estado, estos valores estuvieron por arriba de 0.83, lo cual indica un alto o fuerte índice de confiabilidad en cada caso. Los autores concluyeron que el instrumento es válido y confiable para este tipo de poblaciones especiales(47).

El IDARE también se aplicó en un estudio cuasiexperimental con diseño antes-después y grupo control en familiares de pacientes de UTI (Unidad de terapia Intensiva) en Caracas Venezuela. Ese estudio tuvo como objetivo obtener información acerca de los niveles de ansiedad, antes y después de la aplicación de un plan de intervención psicoterapéutica, en un grupo de 25 sujetos que tenían un integrante de su núcleo familiar en UTI. Los autores concluyeron que los niveles de ansiedad de dichos familiares son severos y la aplicación del plan de intervención psicoterapéutica, logró disminuirlos en grado, de severos a moderados. (48).

Existen diversos instrumentos para evaluar el nivel de ansiedad. Sin embargo, se identificó que el inventario IDARE tiene ventajas sobre otras, ha sido validada en población mexicana y es de exclusividad para medir ansiedad estado y rasgo (46).

2.4.2 Ansiedad en cuidadores-familiares de paciente en UCI cerrada

La sociedad está llena de elementos estresores y el ingreso de un ser querido en las unidades de cuidado intensivo constituye una situación de ansiedad, una crisis vital para los familiares(11), quienes describen la espera para la visita, como periodos de impotencia que entre otros, producen ansiedad(15).

Generalmente se ha aceptado que los centros hospitalarios son escenarios en los que familiares de los pacientes experimentan emociones como ansiedad, depresión, culpa, desesperación, agresividad y miedo. Pero específicamente, en la UCI es en dónde este tipo de emociones se presentan con mayor frecuencia por el alto sufrimiento que experimentan los familiares(14) dado que se exponen a un mundo desconocido que les genera preocupación por la salud de su allegado, aislamiento y soledad (12, 25).

Las barreras institucionales que implican políticas que buscan responder a las exigencias de un sistema económico, han impedido que se desarrollen otras en las que el cuidado humanizado involucre tanto a pacientes y familias, dado que buscan un beneficio económico que no observan inmediatamente en el desarrollo de la labor de enfermería.(11, 36). Los horarios de visita inflexibles son percibidos como negativos y estresantes por los familiares, quienes manifiestan una falta de control que produce un sentimiento de indefensión e impotencia, convirtiendo barreras físicas como la puerta cerrada, en un elemento que produce incertidumbre de saber qué sucede detrás de ella(15, 32).

Ante la gravedad de una enfermedad crónica, terminal, por accidente o en recuperación posoperatoria de un ser querido y su internación en un hospital, la familia se ve sometida a una crisis psicológica donde la ansiedad es una de las principales manifestaciones (47). En una investigación realizada en 151 familiares de pacientes en UCI entre agosto de 2008 y septiembre de 2010 se encontró que 60% de los familiares tuvieron síntomas severos de ansiedad durante la hospitalización de su familiar (14). En otro estudio se reporta que los cuidadores al verse ante la situación de un familiar enfermo, experimentan altas tasas de ansiedad (70%), asociadas con el impacto que les genera el ambiente de UCI y la incertidumbre del desenlace de salud de su familiar(33).

Un estudio cualitativo, realizado por Felicity Hughes, et al., indagó entre el personal de enfermería por las emociones que percibían entre los familiares de los pacientes en UCI. Los autores concluyeron que las emociones reportadas fueron la confusión, la preocupación/ansiedad, la irritabilidad, la culpa, la frustración, la depresión y la incertidumbre(49). La literatura indica que la mayoría de las familias con parientes en UCI se sienten angustiadas en las primeras horas tras el ingreso (48 a 72 horas).

Periodo de tiempo en el que el personal de salud se encuentra ocupado por la situación de gravedad del paciente y los cuidadores se sienten más desorientados y confusos(50-52).

Según García Mozo(23) los signos y síntomas de la ansiedad experimentados por los familiares de los pacientes ingresados en la UCI, pueden presentarse en diferentes dimensiones: física, emocional, conductual, cognitiva y social (ver Tabla 1).

Tabla 1 Signos y síntomas de ansiedad en familiares de pacientes ingresados en UCI

Dimensión	Signos y síntomas
Física	Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, alteraciones en la alimentación, sensación de mareo e inestabilidad.
Emocional	Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro inminente, temor a perder el control, ganas de huir, alta susceptibilidad, irritabilidad
Conductual	Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueo, torpeza o dificultad para actuar.
Cognitiva	Dificultades de atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, tendencia a recordar sólo lo desagradable, interpretaciones inadecuadas, dificultad para tomar decisiones.
Social	Dificultad para iniciar o mantener una conversación, bloqueo (“quedarse en blanco”) a la hora de preguntar o responder, expresar opiniones y sentimientos, temor excesivo a los conflictos.

Fuente: García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres MT, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. Enfermería Intensiva. 2010 11(1):20-7.

2.4.3 Ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA de “puertas abiertas”

En la literatura se refieren distintas opiniones con respecto a los beneficios de las visitas de “puertas abiertas”. En unos casos se indica que el contacto del cuidador

con su familiar ingresado a UCI tiene un beneficio relacionado con el aumento de su bienestar tanto físico como emocional que se ve reflejado en la familia con aumento de la satisfacción familiar, disminución del estrés y de ansiedad y porque facilita el acceso a la información sobre su familiar (9).

Un estudio reporta que los síntomas de ansiedad en cuidadores de pacientes en UCI con visitas restringidas tiene una prevalencia de 73.4% y al medir las necesidades de estos familiares, se encontró entre ellas el requerimiento de ampliación de horarios de visita (53).

Resultados de un estudio en donde se evalúa la política de ampliación de horarios de visitas en UCI, mostraron que los familiares de los pacientes ven un beneficio en esta política, con una prevalencia de síntomas de ansiedad del 49% y hallazgos de molestias moderadas entre los empleados de la UCI; en el estudio se reporta que uno de los principales hallazgos correspondió a la presencia de una alta satisfacción en los familiares y síntomas moderados de ansiedad (9).

En São Paulo Brasil, Fumis et al. realizaron un estudio prospectivo en una UCI polivalente con política de visitas abiertas las 24 horas, con el objetivo de realizar una comparación de la incidencia de síntomas del trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y otros trastornos en pacientes y familiares durante la estancia en UCI. En el estudio fueron entrevistadas 471 familias entre marzo de 2011 y marzo de 2013. La prevalencia de ansiedad y depresión fue de 34% y 17% respectivamente. El tiempo diario de la visita correspondió en promedio a 12 horas, se realizó un análisis de la satisfacción, encontrando una asociación positiva ($P < 0,001$) entre la ansiedad, los síntomas de depresión y el tiempo de estancia en UCI los cuales variaron significativamente entre los grupos a lo largo del tiempo. En la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS), se obtuvo un promedio de 7.8 puntos para síntomas de ansiedad, con respecto a la cantidad de horas de visita; Lo anterior “sugiere que los síntomas de ansiedad pueden reducirse mediante ampliación de horarios de visita” (22).

En otro estudio, de dos UCI en las que modificaron las normas en cuanto a: ampliar las visitas en horario, duración, permanencia de los familiares por períodos de tiempo con el paciente, los autores observaron que: 91% de las enfermeras opinaron que incrementaba el deseo de vivir del paciente: 100% consideraron que estas medidas aumentaban la satisfacción de la familia y 93% que disminuían la ansiedad (54).

Por lo anterior se debe entender que dentro de cada servicio de salud, como las Unidades de Cuidado Intensivo, el personal de salud, especialmente el de enfermería debe ser consciente y detectar a través de la reflexión y acción, los problemas que el impacto de la hospitalización de un ser querido tiene en los

familiares, y debe fomentar el cuidado humanizado brindando apoyo y asesoramiento a las familias (7, 23, 24). Entender el cómo y el porqué de las prácticas de salud generadas en torno a la familia, permitirá que el cuidado se base en acciones de manejo integral, respetando su dignidad como persona, comprometiéndose con el ser humano y con el desarrollo de la esencia de la enfermería como relación enfermera-paciente-familia; así se da apertura a acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, irradiadas desde el enfermo a su colectividad (11, 36, 37).

2.5 Cuidado humanizado desde enfermería al cuidador-familiar del paciente crítico en UCI

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen diariamente un constante flujo de personas que brindan cuidados como los profesionales de Medicina, de Fisioterapia, Nutrición, Laboratorio, Enfermería entre otros, los cuales son reconocidos por la sociedad como los únicos involucrados con la recuperación integral del paciente(55); sin embargo, adicional al personal de salud, los cuidadores-familiares constituyen una parte importante en la recuperación con la posibilidad de participación de los cuidados que se brindan al paciente, son protagonistas presenciales y desafortunadamente invisibles de la enfermedad y del impacto que reciben al conocer las condiciones de salud de su ser querido, afectándolos emocionalmente, incluso más que al paciente (44, 55).

El profesional de Enfermería está formado integralmente con los conocimientos y aptitudes necesarias para brindar no sólo un perfecto cuidado fisiológico al paciente, sino también para reconocer al cuidador - familiar como parte de las relaciones inquebrantables entre este y el paciente (56), entendiendo que cualquier cambio o situación desfavorable que afecte a uno de los miembros de la familia repercute en los demás, especialmente en el cuidador-familiar, el cual como definición constituye el pilar básico en la provisión de cuidados, tiene un vínculo emocional con las vivencias compartidas, responde a principios, valores morales y sentimientos de apego normales en las relaciones interpersonales de los seres humanos, asumiendo el rol de cuidador principal y por lo tanto el más afectado con políticas de restricción de visitas(44, 55).

Jean Watson una de las teoristas de enfermería más importantes de la actualidad, concibe la necesidad de contemplar a la familia en el cuidado holístico del paciente, y en UCIA desde esta teoría se puede captar la necesidad de visibilizar al cuidador-familiar en estos ambientes de atención a pacientes críticos(56); para desarrollar su teoría Watson se apoya en las “ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual, aportando nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado del paciente y su familia”(56, 57).

Para el ejercicio profesional postula factores inmersos en el cuidado de enfermería, dentro de los cuales está el “proceso de cuidado humano” o cuidado humanizado, un ideal intersubjetivo que implica establecer métodos que se puedan dar en el momento del cuidado de la persona que lo recibe, en este caso el cuidador-familiar del paciente crítico(56); lo que implica ir más allá de lo netamente fisiológico, momento en el que se establece una relación que permite a la enfermera como al cuidador-familiar y al paciente compartir sus mundos subjetivos, mediante lo que Watson llama: “transacciones intersubjetivas del cuidado”(56, 57).

En este sentido la participación del cuidador-familiar, es uno de los componentes del cuidado humanizado centrado en el binomio familia-paciente, cuyo desarrollo responde a las necesidades del cuidador-familiar, como proximidad con su ser querido, alivio de emociones negativas como la ansiedad al tener tiempo para pasarlo con él o ella, sintiéndose más próximo y especialmente teniendo la posibilidad de tranquilizarse mutuamente, dando continuidad a la vida anterior al ingreso a UCIA con el acople a la situación y al entorno que les rodea(44, 56).

2.6 Factores clínicos, culturales y sociodemográficos asociados a ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCI

La familia como núcleo de la sociedad, debe considerarse como un sistema, en el que sus miembros están interrelacionados y funcionan como una unidad, de tal manera que las necesidades o problemas de salud de uno de sus miembros, afecta a toda la familia como grupo; por lo tanto la atención en salud no debe limitarse al ser enfermo, debe centrarse en el contexto social del que proviene, generando un cuidado integral que conciba la relación del cuidado de quien primariamente lo recibe, el “enfermo,” y las personas que lo rodean, la “familia”(11, 36).

La ansiedad como emoción intrínseca dentro de las respuestas normales que presenta todo ser humano cuando se sufre una situación adversa(1), en este caso los cuidadores-familiares del paciente internado en UCIA, está influida por múltiples factores, que pueden exacerbarla o disminuirla, tales factores como el cuidado del paciente, la información, la atención que se suministra acerca de las condiciones de salud de su paciente, el tiempo que puede compartir al participar en el cuidado físico y sobre todo emocional, sus creencias culturales y las condiciones sociales de los familiares, son elementos que modulan la ansiedad(46).

Las redes de apoyo como factores hospitalarios asumen un rol importante como factor modulador y protector(46). En un estudio que buscó identificar los factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares, se encontró que a 9.4% de los familiares les preocupó el hecho de no estar con su hijo(58), lo que ha hecho que en algunos hospitales se disponga del personal dedicado a atender a los padres durante este periodo de tiempo, como red

de apoyo y soporte de afrontamiento a tan angustiosa situación y así prevenir la necesidad de apoyo mental especializado en momentos posteriores (46).

Así mismo la elevada necesidad de información y la baja satisfacción con ésta, mostraron niveles significativamente superiores de ansiedad (42). En otro estudio sobre las necesidades de la familia de pacientes adultos, la comunicación eficaz, comprensible, precisa y a tiempo entre los familiares y el personal, beneficiaría al paciente, reduciendo el estrés y los niveles de ansiedad (51).

Otros factores hospitalarios tales como la necesidad de información, comprensión y entendimiento del diagnóstico, evolución y tratamiento del paciente ingresado en la UCI, se relacionan con el aumento del nivel de ansiedad de los familiares(46); Según Kirchhoff et al., (2004) la satisfacción de los familiares está relacionada con la comunicación con los médicos y con la toma de decisiones, por lo que una información adecuada y honesta, resultaría fundamental para la salud psicosocial y la satisfacción de la familia del paciente crítico (28).

El nivel de educación es un factor que podría potencializar o disminuir la vulnerabilidad a la que están sometidos los familiares frente a sufrir ansiedad, ya que según Cach Castañeda, a menor nivel educativo mayor fue la ansiedad rasgo ($X^2=2.507$, $p<0.05$) y por el contrario, a mayor nivel de educación menor fue el nivel de ansiedad estado ($X^2=2.450$, $p<0.05$) (46).

Los estudios también reconocen la influencia que puede tener el nivel socioeconómico de los familiares en el bajo o alto nivel de ansiedad de los familiares(46). También reconocen factores que podrían facilitar y favorecer la disminución del nivel de ansiedad de los familiares y los soportan con resultados estadísticos, estarían: las instalaciones cómodas (76%) y el apoyo familiar (91.2%) En cuanto a factores hospitalarios del entorno relacionados con la ansiedad estado y ansiedad rasgo de los familiares no existió alguna asociación (46).

Diferentes estudios llegan a similares conclusiones acerca de las principales necesidades que podrían llamarse también factores que pueden desencadenar en el cuidador-familiar, respuestas emocionales como la ansiedad, frente a la hospitalización de su ser querido en UCIA(7, 12, 23, 59), entre ellas:

- *Sentir que hay esperanza*: usualmente cuando un paciente ingresa a un centro hospitalario, busca junto con la familia expectativas de recuperación total de la salud, independiente de la gravedad o cronicidad de la enfermedad, reflejan un sentimiento de anhelo y optimismo, situación de afrontamiento que enfermería debe ayudar a asumir, junto con la ayuda

psicológica de un profesional especializado, todo en base a la información que el profesional de medicina imparta(23).

- *Información honesta y en términos que puedan comprender respecto a los progresos/pronósticos del paciente:* Los familiares de los pacientes críticos, solicitan que los profesionales de la salud, especialmente los médicos quienes son los que imparten información sobre el estado, evolución y pronóstico de salud del paciente, usen términos más sencillos, que las palabras científicas y técnicas que suelen usar; las cuales confunden y angustian aún más, piden que independientemente de la gravedad de la situación sean honestos con la información, sin ser a la vez duros o insensibles(7, 11, 12, 14).
- *Proximidad con el paciente para poder tranquilizar y dar soporte a su ser querido:* El cambio brusco de ambiente, la lejanía que se establece cuando se interna un paciente ya sea en hospitalización o en UCI, y la amplia restricción de visitas que hay en la mayoría de las UCIS, hace que los familiares se alejen innecesariamente de su ser querido, y presenten sentimientos de angustia y soliciten constantemente mayor contacto y proximidad(7, 11, 22). El apego natural que el familiar establece con su ser querido enfermo hace que la cercanía natural ya establecida se pueda satisfacer sin que la hospitalización en UCI sea un impedimento(12).
- *Ser tranquilizados y aliviados de la ansiedad/sentirse seguros:* Los familiares del paciente crítico, especialmente los cuidadores-familiares requieren atención y flexibilización de las normas restrictivas de las UCI, a pesar de las políticas que establecen las instituciones de salud y buscan que los ingresos hospitalarios se reduzcan, paradójicamente, se observa que la organización de los servicios de salud no facilita una atención a la familia. Cuando se atienden necesidades de escucha y alivio de la ansiedad de los familiares, estos se sienten seguros y transmiten dicho sentimiento a su ser querido enfermo, lo que reduce la estancia hospitalaria de los pacientes.(11, 37).

El cuidador siempre va a requerir del personal de salud, la necesidad de ser orientados sobre el ambiente de la UCI antes de entrar y es el equipo de enfermería quien mayor contacto tiene con ellos y debe ayudar a sobrellevar las impresiones de zozobra y desagrado que produce la UCI y por lo tanto debe tener dentro sus prioridades de atención a la familia(12).

- *Sentir que el paciente recibe cuidados de alta calidad y el personal se preocupa por el paciente:* Las familias de los pacientes prefieren tener acceso a las visitas de manera continua, sin embargo expresan el entendimiento de que el personal de salud necesita tiempo para realizar procedimientos y/o rutinas clínicas a diario, lo que les permite estar tranquilos en cuanto al conocimiento de la calidad de los cuidados que se le prestan a su familiar(15).

En un estudio que buscó las necesidades y los niveles de ansiedad en familiares de pacientes de UCI, hallaron una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado de los familiares y sus necesidades(60).

En otro estudio que describe la repercusión que tiene en el familiar el ingreso a la UCI, las reacciones emocionales manifestadas por los familiares fueron percibidas por el personal de enfermería, quienes observaron que los familiares de pacientes que habían estado en un hospital previamente o que padecían una larga enfermedad, afrontaban mejor la situación debido a que era esperable que en algún momento fuera necesario el ingreso en una UCI y estaban más preparados para ello (31).

3. HIPÓTESIS

Hipótesis nula: La prevalencia de ansiedad estado en cuidadores-familiares de pacientes ingresados a una unidad de cuidado intensivo adultos (UCIA) con restricción de visitas no es diferente en los cuidadores-familiares que están bajo una política flexible de visitas.

Hipótesis alterna: La prevalencia de ansiedad estado en cuidadores-familiares de pacientes ingresados a una unidad de cuidado intensivo adultos (UCIA) con restricción de visitas es diferente en los cuidadores-familiares que están bajo una política flexible de visitas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Estimar la prevalencia de ansiedad estado y la diferencia en el grado de ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA con y sin restricción de visitas, en la Clínica los Andes Tunja durante abril de 2017 a septiembre de 2017.

4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características culturales (religión) y sociodemográficas de cuidadores-familiares de pacientes con y sin restricción de visitas.
- Describir características clínicas de los pacientes cuyos cuidadores-familiares hayan ingresado en el estudio, y estén con y sin restricción de visitas.

Estimar la prevalencia de ansiedad estado en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA, bajo una política de restricción de visitas y bajo una política de visitas más flexible, “UCIA de puertas abiertas” en la Clínica los Andes Tunja, a las 24 y 72 horas de estancia hospitalaria.

- Comparar la prevalencia y el grado de ansiedad estado en los cuidadores-familiares de pacientes UCIA con y sin política restrictiva, a las 24 y 72 horas de estancia hospitalaria.
- Estimar la asociación de la ansiedad estado con otras variables, en los cuidadores-familiares de pacientes ingresados a una UCIA, con y sin la restricción de visitas, en la clínica los Andes de Tunja, a las 24 y 72 horas de estancia hospitalaria.

5. METODOLOGÍA

5.1 Enfoque Metodológico de la Investigación

Se aplicó el método cuasi experimental, para estimar la prevalencia de ansiedad estado y evaluar la diferencia en el grado de ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA con y sin restricción de visitas, en la Clínica los Andes Tunja durante abril de 2017 a septiembre de 2017.

- Variable intervención

Se consideró como variable intervención la **modificación de UCIA cerrada a UCIA abierta**. El modelo UCIA CERRADA, fue definido como aquel grupo que se encontraba bajo la política de restricción de visitas (Ver anexo 1) y el modelo UCIA ABIERTA, fue definido como aquel grupo que se encontraba bajo la nueva política de visitas: protocolo de visitas flexibles “UCIA de los Andes” (Ver Anexo 2).

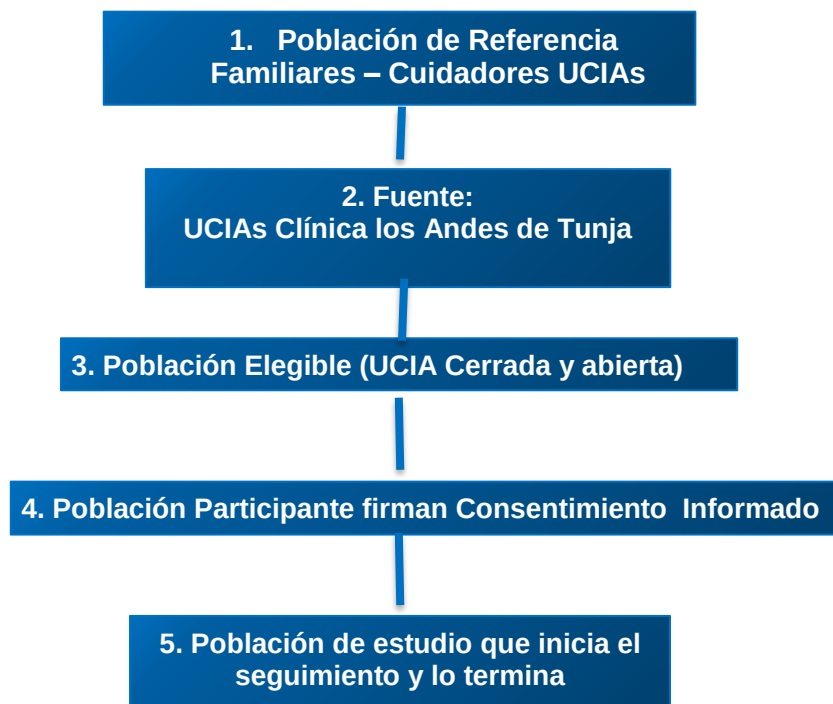
- Variable resultado

Corresponde a la variación obtenida en el comportamiento de la prevalencia y el grado de la variable **ansiedad estado evaluada en los dos grupos de cuidadores-familiares**, de los pacientes bajo los dos tipos de UCIA, (Cerrada y abierta).

Lo anterior cumple con el requisito de intervención, y se aplica en situaciones donde no es posible o no es ético cumplir la aleatorización para la asignación a los grupos de atención de la UCIA. (61).

5.2 Población

Figura 1. Diagrama selección de la población de estudio.



1. Se considera como población de referencia el total de cuidadores- familiares de los pacientes en las UCIA en las instituciones similares a la seleccionada como población de estudio.
2. Fuente de población: UCIA en estudio de la Clínica los Andes Tunja.
3. Población elegible: los cuidadores familiares de los pacientes de las UCIA de la Clínica los Andes de Tunja.
4. Población participante: los que además de llenar los criterios firmen el consentimiento informado y acepten participar en el estudio.
5. Los que respondan las entrevistas.

- Población de estudio

Cuidadores-familiares de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos (UCIA) de la Clínica los Andes de Tunja durante el periodo comprendido entre abril de 2017 a septiembre de 2017.

Criterios de inclusión:

- Ser familiar o persona del círculo próximo del paciente que desarrolle la labor de cuidador del paciente.
- Cuidadores-familiares que firmen el consentimiento informado.
- Ser mayor de 18 años.
- El paciente debe durar como mínimo 72 horas en UCI, este criterio se apoya en investigaciones que señalan que la gran mayoría de las familias se siente angustiada en las primeras horas tras el ingreso (48 a 72 horas). Periodo de tiempo en el que el personal de salud se encuentra ocupado por la situación de gravedad del paciente y los cuidadores se sienten más desorientados y confusos(50-52)

Criterios de exclusión:

- Cuidadores de pacientes que reingresan en el periodo durante el cual se desarrolle el estudio.

5.3 Muestra

- Diseño muestral

Para el cálculo del tamaño de muestra se aplicó la información sobre prevalencias de ansiedad según tipo de UCIA reportados en los estudios revisados.

Se utilizó la fórmula para estimación de tamaño de muestra incluida en el programa Epidat 3,1 y se consideraron los siguientes parámetros para el cálculo del tamaño muestra con base en diferencia de proporciones:

- Nivel de significancia del 95%,
- Potencia de 80%.
- Prevalencia de ansiedad esperada en los familiares cuidadores en UCIA **con** restricción de 73%. Estudio realizado en Francia a los 3 días de ingreso y 3 horas al día de visita (53)

- Prevalencia de ansiedad esperada en los familiares cuidadores en UCIA **sin** restricción de visitas, datos reportados en la literatura de 34% en un estudio de una UCIA abierta de Brasil a las 48 horas de ingreso y 12 horas al día de visita (62) y una razón de 1 entre los dos grupos.

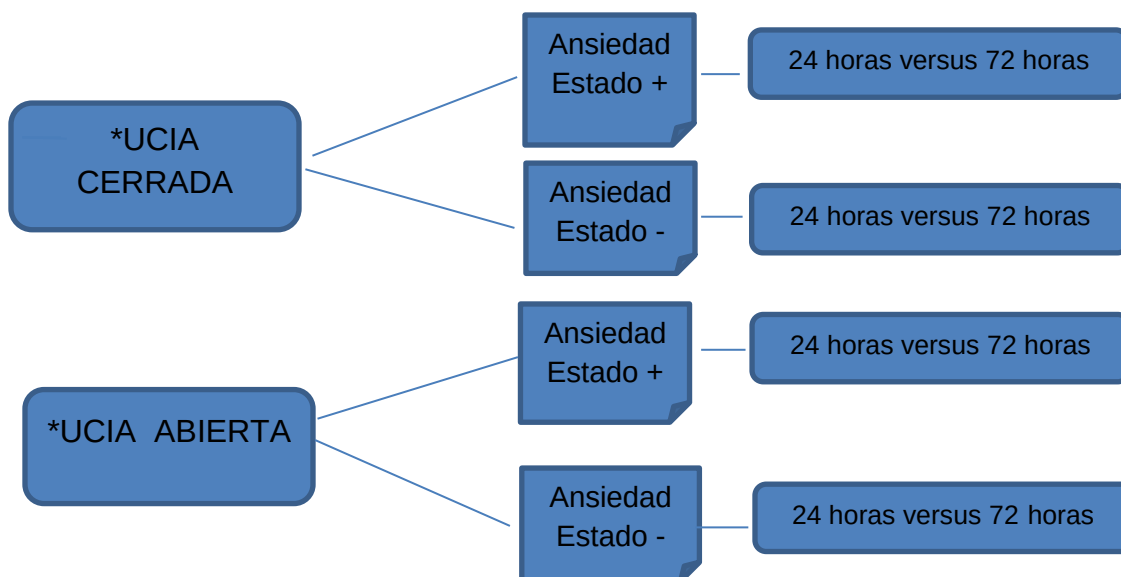
El tamaño mínimo muestral obtenido para el estudio fue 35 para cada uno de los grupos (ver ilustración 1 Anexo 9).

La selección de los cuidadores-familiares que conformaron la muestra, fue de manera secuencial a medida del ingreso de los pacientes a la UCIA y acorde al periodo determinado para recolectar la información.

Por no ser alta la disponibilidad de cuidadores que llenaron los criterios, no se aplicó el método de selección aleatoria, los familiares que llenaron los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron en forma secuencial.

Figura 2. Diagrama de la Metodología

*Cuidadores-familiares de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidado Intensivo Adultos (UCIA) de la Clínica los Andes de Tunja.



5.4. Descripción de las Variables

Las variables incluidas en el estudio y su nivel de medición fueron de naturaleza cuantitativa y cualitativa (ver Anexo 3). La selección del cuidador-familiar y el paciente, configuraron la base de la comparación del resultado en dos grupos, el primero incluyó el binomio cuidador y paciente atendido en la UCIA cerrada, versus los atendidos en la UCIA abierta, considerada como la intervención a evaluar.

La **variable dependiente fue la ansiedad**, definida como una reacción emocional inherente a la existencia humana(1), una respuesta adaptativa a una situación potencialmente amenazante y que se caracteriza por la experimentación de signos y síntomas físicos, psicológicos (emocionales, cognitivos y conductuales) y sociales(1).

Esta variable medida a través del **inventario IDARE** tiene dos niveles: **ansiedad estado** (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y **ansiedad rasgo** (cómo se siente generalmente) y cuya puntuación permite establecer el grado de ansiedad, así:

- Baja (20-29 puntos)
- Moderada baja (30-39)
- Moderada (40-59)
- Moderadamente alta (60-69 puntos) y
- Alta (70-80 puntos)

Cada dimensión se mide de acuerdo a ítems evaluados por separado(63).

La ansiedad estado se mide con expresiones que la gente usa para describirse y cómo se siente en el momento actual; según la psicología moderna implica **respuestas transitorias**, variables en intensidad y duración y vivenciadas por el individuo como anormales en un momento particular, generalmente aquel en el cual se activa la percepción consciente de dicha emoción. Por ejemplo, en situaciones amenazantes la intensidad de la ansiedad aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la ansiedad bajará aunque el peligro sea real(1). En el presente estudio la ansiedad, se evaluó estableciendo las relaciones entre la ansiedad estado como efecto del tipo de UCIA ya sea cerrada o abierta.

Tabla 2. Definición conceptual de las variables

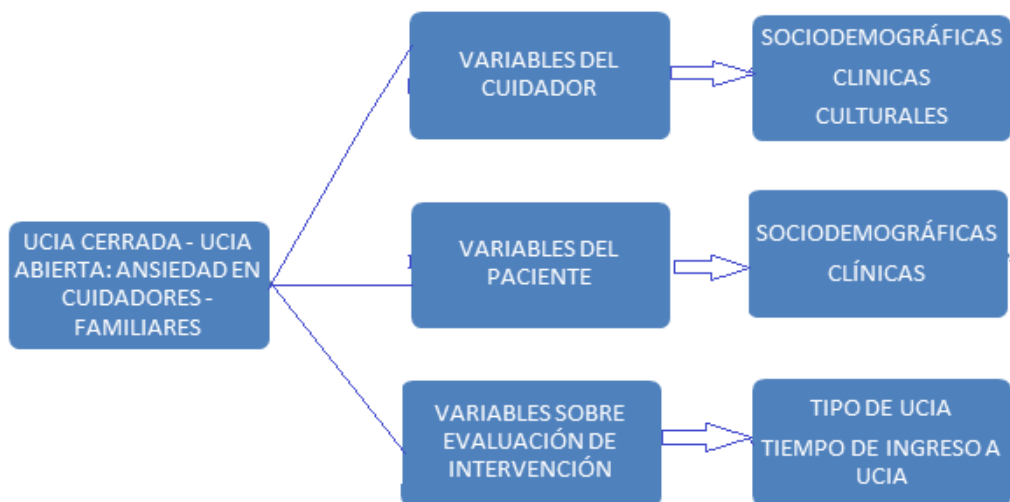
Variables del cuidador familiar	
Edad del cuidador - familiar	El tiempo, en años, transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de evaluación del cuidador-familiar.
Sexo del cuidador-familiar	Condición orgánica, anatómica, que califica al individuo como masculino o femenino. (64).
Parentesco	Lazo establecido a raíz de consanguinidad, adopción, matrimonio, afinidad u otro vínculo estable basado en el afecto genuino.
Estado civil	Relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de la misma.
Nivel educativo	El grado de formación alcanzado por el individuo como producto de la instrucción docente formal, en el sistema educativo colombiano.
Estrato socioeconómico	Atributo obtenido con la aplicación de una metodología de estratificación de un grupo de viviendas o predios con características físicas o productivas similares, en los cuales habitan personas con condiciones socioeconómicas comparables (65).
Ubicación de la vivienda	Ubicación del lugar de residencia de los cuidadores-familiares con base a la clasificación del espacio geográfico como urbano y rural (66).
Antecedentes de hospitalización del cuidador	Ingresos previos del cuidador-familiar a la UCIA, en calidad de paciente.

Tiempo de hospitalización del cuidador	Duración del ingreso previo a UCIA del cuidador-familiar, en calidad de paciente.
Antecedentes de hospitalización de algún familiar.	Ingresos previos a UCIA en calidad de paciente, de algún pariente del cuidador-familiar.
Tiempo de hospitalización de algún familiar.	Duración del ingreso previo a UCIA en calidad de paciente, de algún pariente del cuidador-familiar.
Necesidad del cuidador	Situaciones referidas por los cuidadores familiares como más angustiantes, en el momento del suceso de hospitalización de un familiar en unidad de cuidado intensivo adulto.
Consumo de medicamentos para dormir	Ingesta realizada por el cuidador familiar, de fármacos prescritos o no prescritos por un médico, para conciliar o reconciliar el sueño.
Tiempo de consumo de medicamentos para dormir	Hace cuánto tiempo está tomando los medicamentos para dormir (meses).
Consumo de medicamentos con efecto ansiolítico	Ingesta realizada por el cuidador familiar, de fármacos prescritos o no prescritos por un médico, para tranquilizarse (meses).
Tiempo de consumo de medicamentos con efecto ansiolítico	Hace cuánto tiempo está tomando los medicamentos para tranquilizarse
Creencia religiosa	Conjunto de ideas propias de una religión, profesadas y practicadas por el cuidador-familiar.
Ansiedad rasgo	Se mide con expresiones que la gente usa para describirse y cómo se siente generalmente

Grado de ansiedad rasgo	Puntuación establecida por el autor y que permite establecer el grado de ansiedad rasgo, así: baja (20-29 puntos); moderada baja (30-39 puntos); moderada (40-59 puntos); moderadamente alta (60-69 puntos) y alta (70-80 puntos).
VARIABLES DEL PACIENTE	
Motivo de ingreso del paciente a UCIA	Hace referencia a los dos diagnósticos principales por los cuales fue el paciente ingresado a UCIA.
Sexo del paciente	Condición orgánica, anatómica, que califica al individuo como masculino o femenino.
Edad del paciente	El tiempo, en años, transcurrido desde el nacimiento del paciente, hasta la fecha de evaluación del cuidador-familiar.
Estado de consciencia o sedativo del paciente	Estado de consciencia del paciente medido por la escala Glasgow o estado de consciencia con sedación medido por la escala RASS.
Estado de invasión corporal del paciente	Invasión corporal, de acuerdo a la calidad, cantidad y visibilidad de elementos de monitorización en UCIA, que tiene el cuerpo biológico del paciente.
Aislamiento	Requerimiento de aislamiento (contacto, respiratorio, protector, por gotas) según condición clínica del paciente.

Heridas corporales	Pérdida de la continuidad cutánea de la piel del paciente por algún tipo de herida o lesión que se produce en el cuerpo y que sea visible para el cuidador-familiar.
Gravedad de enfermedad y predicción de mortalidad del paciente	Porcentajes de gravedad de la enfermedad y de predicción de mortalidad del paciente, medidos a través del SAPSS II cuyo objetivo es estratificar pacientes asignándole a cada uno un puntaje proporcional a la gravedad de su enfermedad y estimar su pronóstico(67).
Tiempo de hospitalización del paciente en UCIA	Número de horas de hospitalización del paciente en UCI

Figura 3. Diagrama de las variables



5.5 Técnicas de Recolección de Información

Los instrumentos de recolección de la información (cuestionario sociodemográfico (ver Anexo 4), la aplicación del Inventario de ansiedad Rasgo estado IDARE), estuvieron a cargo de personal previamente capacitado y evaluado sobre la forma

de recolección de la información durante la prueba piloto, de esta forma se estandarizó la recolección de la información.

El cuestionario de variables clínicas del paciente (ver Anexo 5), fue diligenciado, previo consentimiento informado del paciente o del cuidador-familiar (ver Anexo 6), por uno de los investigadores principales.

El modelo actual de UCIA que corresponde a “UCIA cerrada” (ver Anexo 1), fue cambiado con la intervención a modelo política de visitas más flexible, protocolo de visitas flexibles “UCIA ABIERTA” (ver Anexo 2).

5.5.1 Fuentes de información

El estudio parte de fuentes de información primaria: la aplicación del instrumento de recolección que incluye las variables sociodemográficas y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), con el fin de obtener las mediciones necesarias para realizar el estudio se aplicó a los cuidadores-familiares de pacientes que estuvieron bajo una política de restricción de visitas, y a los cuidadores-familiares de pacientes que estuvieron bajo una nueva política de visitas más flexible, protocolo de visitas flexibles “UCIA Los Andes”.

Tanto en el modelo de “UCIA cerrada” como en el modelo de “UCIA abierta”, se realizaron dos mediciones de ansiedad, con el inventario IDARE, la primera fue a las 24 horas de ingreso del paciente a la UCIA y la segunda medición a las 72h de hospitalización del paciente en UCIA.

Además se tomó información de variables clínicas de los pacientes, provenientes de información secundaria de las historias clínicas.

5.5.2 Instrumento de recolección de la información

- Formato de variables clínicas: El cuestionario de variables clínicas del paciente correspondió a las variables relacionadas con la situación clínica del paciente.
- Cuestionario sociodemográfico: Se aplicó un cuestionario sociodemográfico que fue adaptado para medir variables sociodemográficas y culturales de los cuidadores-familiares de los pacientes.
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Tanto en el modelo de “UCIA cerrada” como en el modelo de “UCIA flexible”, se realizaron dos mediciones

de ansiedad, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), de Charles D. Spielberger, la primera fue a las 24 horas de ingreso del paciente a la UCIA y la segunda medición a las 72h de hospitalización del paciente en UCIA.

Para la medición del grado de ansiedad, el inventario constó de cuarenta ítems veinte para evaluar **ansiedad-estado** con cuatro opciones de respuesta: no en lo absoluto, poco, regular y mucho; y veinte para **ansiedad-rasgo** con cuatro opciones de respuesta: casi nunca, algunas veces, frecuentemente y casi siempre.

Las respuestas se calificarán en ambas dimensiones con 1, 2, 3 y 4 en los reactivos positivos (a mayor puntuación, mayor ansiedad) y 4, 3, 2 y 1 en los reactivos negativos (a mayor puntuación, menor ansiedad).

Una vez obtenida la puntuación, se utilizarán los siguientes puntos de corte referidos por el autor para medir los grados de ansiedad, tanto para ansiedad estado como para ansiedad rasgo por separado(63):

- Baja (20-29 puntos)
- Moderada baja (30-39)
- Moderada (40-59)
- Moderadamente alta (60-69 puntos) y
- Alta (70-80 puntos).

El coeficiente alpha de Cronbach para el Inventario utilizado está por encima de 0.83 (68).

Para el presente estudio el coeficiente alpha de Cronbach obtenido para UCI cerrada y UCI abierta a las 72 horas fue de 0,69 y 0,72 respectivamente.

5.5.3 Proceso de obtención de la información

Durante el período que comprende del mes de abril al mes de septiembre de 2017, se realizó el siguiente proceso de recolección de la información:

- Se identificaron los cuidadores-familiares de los pacientes en UCIA CERRADA en la Clínica los Andes Tunja, los que estuvieron bajo una política de restricción de visitas actual, dos horas en 24 horas del día, repartidas en 1 hora en la mañana y otra en la tarde y cuyos pacientes llevarán un mínimo de 72h de hospitalización en UCIA (Anexo 1).

- A estos cuidadores previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario sociodemográfico a las 24 horas de ingreso del paciente y el Inventario de Autoevaluación para ansiedad IDARE; a las 72 horas se aplicó de nuevo el inventario IDARE después de realizadas las primeras visitas, dicha labor estuvo a cargo de personal previamente capacitado, estandarizado y evaluado durante la prueba piloto.
- Un segundo grupo de cuidadores-familiares de los pacientes en la UCIA ABIERTA en la Clínica los Andes Tunja, que estuvieron bajo una nueva política de visitas, sin restricción, cuyos criterios fueron definidos en conjunto con la coordinación de la unidad, médico intensivista y la coordinación de enfermería (Anexo 2).
- A estos cuidadores previo consentimiento informado, se les aplicó el mismo cuestionario sociodemográfico a las 24 horas de ingreso del paciente y el Inventario de Autoevaluación para ansiedad IDARE; a las 72 horas se aplicó un nuevo IDARE después de las primeras visitas, dicha labor estuvo a cargo de personal previamente capacitado, estandarizado y evaluado durante la prueba piloto.
- Uno de los investigadores principales, realizó la recolección de la información clínica de los pacientes cuyos cuidadores-familiares ingresaron al estudio.

5.6 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto para observar la dificultad y el grado de comprensión del inventario IDARE en la población estudiada y se resolvieron dudas en el diligenciamiento de los instrumentos. Esta prueba permitió el entrenamiento de las personas encargadas de recolectar la información y se estandarizó la recolección de la información.

La prueba piloto buscó tener en cuenta el grado de comprensión de los ítems del inventario, la ambigüedad, la frecuencia de respuestas, la restricción del rango de respuesta, el tiempo de diligenciamiento y aplicación requerida. La necesidad de entrenamiento, las características del formato del instrumento y la facilidad para calificar el puntaje final del inventario; lo anterior permitió realizar ajustes, corregir problemas y su procedimiento de aplicación.

El pilotaje se realizó a 10 cuidadores-familiares con edad promedio de 47 años, el 60% de sexo femenino y masculino 40%, con parentesco de hijo(a) 60% y tío, sobrina, madre y esposa corresponde al 10% para cada uno, 50% de estos cuidadores-familiares estaban casados, 30% solteros y el 20% unión libre, el 30%

tenían formación de bachiller, el 20% universitario, el 30% primaria completa, 10% con formación técnica o tecnológica y el 10% ningún nivel de escolaridad.

Con base en los resultados de la prueba piloto se realizaron cambios en la forma de aplicación del cuestionario sociodemográfico y el Inventario IDARE. Dado el bajo nivel educativo, se hizo necesario explicar el significado de las siguientes palabras contrariado (disgustado o malhumorado), descansado (cómodo o tranquilo), reposado (tranquilo, sereno), satisfecho (feliz, complacido), sosegada (tranquilo), melancólico (triste, afligido), desengaños (decepciones) y estable (inalterable), de tal manera que quienes realizaron la aplicación, dieron siempre esta misma explicación a los participantes, cuando fue solicitada.

5.7 Control de Errores y Sesgos(69)

- *Control de sesgo de selección:* Tanto en el modelo de “UCIA cerrada” como en el modelo de “UCIA abierta”, la muestra se tomó de manera secuencial a medida del ingreso de los pacientes a la UCIA, de esta manera los grupos del estudio fueron comparables.
- *Control de sesgo de representatividad:* se trabajó con los cuidadores-familiares que llenaron los criterios de inclusión durante abril a septiembre de 2017 (Se respetó el cumplimiento del tamaño de muestra)
- *Control de sesgo de información:* Entrenamiento del personal que aplicó el inventario IDARE y el cuestionario sociodemográfico evitando la variabilidad debida a los observadores en la que no hay objetividad en la recolección de la información si se interviene de forma indirecta en las respuestas de los participantes(69).
- *Control de sesgo de confusión:* Para el análisis de las relaciones de asociación, en este diseño de tipo cuasi experimental se utilizaron procedimientos eficientes de control de variables extrañas, a partir del control de posibles variables de confusión sociodemográficas y variables clínicas del paciente(61).

5.8 Técnicas de Procesamiento y Análisis de los datos

Con base en las mediciones obtenidas en la aplicación del cuestionario sociodemográfico, el formato de variables clínicas del paciente y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), se construyó una base de datos en el Software

estadístico SPSS v.22; Inc., Chicago, USA, de propiedad de la Universidad el Rosario para realizar el procesamiento y análisis de los mismos. Además, se construyó una base de datos en Excel con el fin de realizar la calificación del Inventario de Ansiedad Estado –Rasgo IDARE.

Se realizó el análisis descriptivo de las variables con base en gráficas, distribuciones de frecuencia univariadas y bivariadas, medidas de tendencia central y de dispersión.

5.8.1 *Análisis estadístico*

- *Análisis univariado:* Se obtuvieron gráficas, distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central, medidas de dispersión y de relación; según la naturaleza cualitativa o cuantitativa de las variables. Según el resultado de la evaluación de los supuestos de normalidad e igualdad de varianzas se utilizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk y la prueba de Leven para igualdad de varianzas, en el caso que se cumplieron los supuestos se utilizó la distribución t de student y en caso contrario la prueba no paramétrica U-Mann-Whitney.
- *Análisis bivariado:* Con el fin de explorar los factores que se relacionaran con la presencia de ansiedad estado en los cuidadores-familiares de ambos modelos de UCIA cerrada y abierta, se calculó la el grado de ansiedad estado y su relación con otras variables obteniendo los coeficientes y su significancia y OR crudo.
- *Análisis multivariado:* Se utilizó la regresión logística para controlar variables de confusión, con respecto a la asociación entre la variable de intervención tipo de UCIA y variable desenlace ansiedad-estado.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se realizó bajo los lineamientos expuestos en la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial(70) y la Resolución 8430 de 1993(71) por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, con el fin de fundamentar el desarrollo bajo los principios éticos de investigación en seres humanos.

También está en acuerdo con el artículo 6 de la Declaración de Helsinki, que considera el bienestar de los pacientes como lo refiere en el artículo 9: “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento(70)”.

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 (71), este es un estudio de riesgo mínimo, pues se aplicaron una prueba psicométrica y un cuestionario de datos sociodemográficos y adicionalmente, se abordaron temas sensibles para los participantes en el estudio, como la experimentación de ansiedad. Además, estas personas se encuentran en condición de vulnerabilidad al estar sometidas a una situación estresante por el estado crítico de su pariente.

No se realizó modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas o psicológicas de los pacientes. La identidad de los pacientes no fue consignada en las bases de datos ni fue referenciada para el análisis de la información, ni en los reportes de los resultados.

La recolección de la información estuvo a cargo de personal, debidamente capacitado sobre la forma de la aplicación del Inventario IDARE y el cuestionario de datos sociodemográficos, solicitaron consentimiento informado por escrito (Anexo 6), a los cuidadores-familiares que desearon participar, el cual fue diseñado tal y como lo plantea el artículo 16 de la Resolución 8430(71). La información suministrada por los participantes fue totalmente confidencial, se protegió el anonimato a través de la asignación de códigos y semanalmente los investigadores principales auditaron el proceso de recolección de información por parte de los encuestadores.

Según la Ley 1090 de 2006 (72), los instrumentos diligenciados fueron guardados de manera confidencial en la oficina de los investigadores principales quienes tienen

la custodia de la información, según los principios éticos de respeto y dignidad, y salvaguardarán el bienestar y los derechos de los participantes.

La interpretación de los datos de la prueba psicométrica estuvo a cargo de los investigadores principales con apoyo y guía de la Psicóloga asesora temática del estudio.

Con la salvaguarda de que las pruebas psicométricas no son diagnósticas por sí mismas y que el objetivo de la aplicación de la prueba no fue hacer un diagnóstico clínico de ansiedad, al encontrarse personas con altos grados de ansiedad, se realizó intervención con primeros auxilios psicológicos y se les dio información sobre el acceso a consulta psicológica a través de la EPS.

Adicionalmente, todos los participantes, independiente de su grado de ansiedad, recibieron material didáctico (folleto tipo plegable), (Anexo 7) en el que se impartía información sobre el manejo de la ansiedad, en situaciones de internación de un ser querido en UCI y se suministraban estrategias básicas de manejo de la misma.

Este protocolo fue presentado ante el Comité Institucional de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad del CES con acta de aprobación número 103 del 6 de marzo de 2017 y al comité de investigaciones de la Clínica Inversiones Médicas de los Andes SAS, para su evaluación y aprobación, con DC 034 – 2017 del 22 de Febrero de 2017.

7. RESULTADOS

7.1 Análisis Univariado UCIA Cerrada versus UCIA Abierta

7.1.1 Variables Sociodemográficas y culturales de los Cuidadores Familiares expuestos a UCIA cerrada y abierta

En el estudio participaron un total de 70 cuidadores-familiares, pertenecientes a los grupos de UCIA cerrada y abierta, destacando dentro de sus características ser mujer distribuidos en ambos grupos con más del 50%, parentesco donde predomina ser hijo, representada en más del 50% en ambos grupos, además ser soltero y estar en unión libre con más del 30%.

La población de estudio se encuentra en un nivel socioeconómico bajo dentro de los estratos 1 y 2, con más del 40% del total de la población para ambos grupos y dentro de la zona urbana representada en más del 50%.

No se presentaron diferencias estadísticamente significativas para las variables sociodemográficas y culturales según el tipo de UCIA.

Tabla 3. Características sociodemográficas y culturales de los cuidadores - familiares expuestos a UCIA-cerrada y abierta.

Variables		UCI CERRADA	UCIA ABIERTA	P
		Porcentaje	Porcentaje	
Grupos de Edad	19-26	11,4	8,6	0,696
	27-34	17,1	17,1	1,000
	35-42	20,0	25,7	0,570
	43-51	31,4	25,7	0,597
	52-59	5,7	14,3	0,230
	60-67	11,4	5,7	1,000
	68-75	2,9	2,9	1,000
Sexo	Hombre	34,3	48,6	0,225
	Mujer	65,7	51,4	0,225
	Espos(a)	8,6	22,9	0,100

Parentesco	Hijo(a)	68,6	54,3	0,219
	Hermano (a)	11,4	5,7	0,394
	Padre	5,7	5,7	1,000
	Nieto(a)	5,7	2,9	0,564
	Otro	0	8,6	0,076
Estado civil	Soltero(a)	34,3	31,4	0,796
	Casado(a)	17,1	37,1	0,060
	Viudo(a)	5,7	5,7	1,000
	Unión libre	31,4	22,9	0,424
	Separado (a)	11,4	2,9	0,167
Nivel educativo	Ninguno	2,9	0	0,310
	Primaria incompleta	20,0	22,9	0,770
	Primaria completa	17,1	22,9	0,544
	Bachiller	37,1	28,6	0,450
	Técnico o Tecnólogo	8,6	14,3	0,454
	Universidad	14,3	11,4	0,717
Estrato Socioeconómico	Uno	42,9	48,6	0,632
	Dos	42,9	48,6	0,632
	Tres	8,6	0	0,076
	Cuatro	2,9	2,9	1,000
	Cinco	2,9	0	0,310
Zona de ubicación de la vivienda	Rural	40,0	45,7	0,630
	Urbana	60,0	54,3	0,630
Pertenencia a una Religión y practicante	Si	88,6	85,7	0,717
	No	11,4	14,3	0,717

Fuente: Base de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja

7.1.2 Antecedentes Clínicos de los Cuidadores Familiares expuestos a UCIA cerrada y abierta

Un 8,6% de los cuidadores familiares de cada grupo, informaron sobre antecedentes de hospitalización hace más de 2 años en UCIA.

En el grupo de UCIA cerrada, diez cuidadores–familiares refirieron haber tenido anteriormente algún familiar hospitalizado en UCIA (28,6%) y en el grupo de UCIA abierta 13 (37,14%).

El 100% de los cuidadores-familiares de ambos grupos no toma medicamentos con efecto ansiolítico o medicamentos para dormir.

7.1.3 Características de las necesidades relacionadas con la angustia de los cuidadores familiares expuestos a UCIA cerrada y abierta.

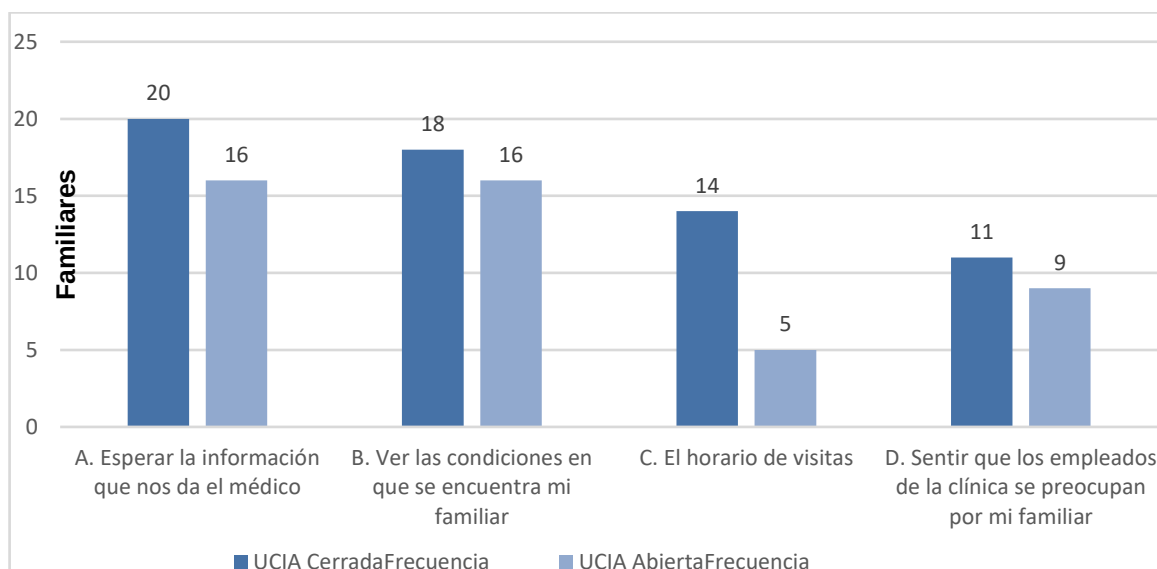
La literatura informa una serie de necesidades que son referidas por los cuidadores-familiares que tienen seres queridos en UCIA, en este estudio las necesidades que más angustia les generan fueron manifestadas en diferente proporción en los dos grupos (ver gráfica 1).

En cuanto a los horarios de visitas, 40% en UCIA cerrada refirieron sentirse angustiados por dicha situación, comparado con 14,3% de los cuidadores – familiares en UCIA abierta.

Sobre el contacto con el médico, a 57,1% de los cuidadores-familiares en UCIA cerrada, les angustia esperar la información que les da el médico, comparado con 45,7% en UCIA abierta, en donde disminuye.

El contacto con su familiar hospitalizado, a 51,4% de los cuidadores-familiares de UCIA cerrada les angustia ver las condiciones en que se encuentra su familiar, en comparación con 45,7% en UCIA abierta.

Finalmente, a 31,4% y 25,7% de los cuidadores de UCIA cerrada y abierta, les angustia sentir que los empleados de la clínica se preocupan por su familiar.



Gráfica 1. Necesidades de los cuidadores-familiares en UCIA cerrada y abierta. abril-septiembre. 2017.

7.1.4 Características clínicas de los pacientes cuyos cuidadores-familiares ingresaron al estudio.

Ninguna de las variables de sexo, grupos de edad y diagnóstico, presentó diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes de los dos tipos de UCIA, como se observa en la en la tabla 4.

De manera general se observó que los pacientes de UCIA abierta (11,4%) se encontraban dentro de edades más jóvenes (27-38 años) que los pacientes de UCIA cerrada, entre los cuales el mayor porcentaje (28,6%) estuvo entre los 73-84 años.

Tabla 4. Características de los pacientes según tipo de UCIA

VARIABLES		UCIA CERRADA	UCIA ABIERTA	P
		Porcentaje	Porcentaje	
GRUPOS DE EDAD	27-38	8,6	11,4	0,696
	39-49	8,6	5,7	0,638
	50-61	8,6	25,7	0,058
	62-72	22,9	28,6	0,586

	73-84	28,6	20,0	0,42
	85-98	22,9	8,6	0,10
SEXO	Mujer	54,3	62,9	0,465
	Hombre	45,7	37,1	0,465
DIAGNÓSTICO	Enfermedad neurovascular	37,1	20,0	0,113
	Enfermedad cardiovascular	25,7	40,0	0,233
	Sepsis	20,0	25,7	0,570
	Cáncer	5,7	2,9	0,564
	Falla multiorgánica	0,0	5,7	0,151
	Post operatorio	0,0	5,7	0,151
	Enfermedad autoinmune	2,9	0,0	0,310
	Otro	8,6	0,0	0,076

Fuente: Base de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja

7.1.5 Otras variables estudiadas

Sobre el estado de conciencia o sedación de los pacientes en UCIA cerrada a las 24 horas, el mayor porcentaje estaban en inconciencia por sedación (34,3%) y a las 72 horas, en estado de consciencia alerta y orientado (40%).

En UCIA abierta, a las 24 horas 51,4% estaban alerta, conscientes y orientados, y a las 72 horas, 62,9%.

Con relación al grado de invasión corporal de los pacientes a las 24 horas en UCIA cerrada y abierta se encontró que 45,7% y 31,4% respectivamente tenían baja invasión corporal. A las 72 horas de estancia hospitalaria, ambos grupos tenían grado de invasión corporal baja 42,9%.

Sobre el requerimiento de aislamiento y presencia de heridas corporales en los pacientes de ambos grupos, a las 24 horas, 97,1% y 91,4%, no requerían aislamiento y 82,9% y 65,7% no presentaban heridas corporales, respectivamente; a las 72 horas, 94,3% y 85,7% no requerían aislamiento y 82,9% y 65,7% no presentaban heridas corporales, en cada caso.

Según la escala SAPS II, el 25% de los pacientes de UCIA cerrada, presentó un porcentaje de gravedad de la enfermedad de 47% o menos y 75% un porcentaje de

gravedad menor o igual a 68%. En cuanto a predicción de mortalidad, 25% presentó un porcentaje menor o igual a 13,3% y 75% un porcentaje mayor o igual a 52,5%. El 25% de los pacientes de UCIA abierta, presentó un porcentaje de gravedad de la enfermedad de 46 o menos y 75% un porcentaje de gravedad mayor o igual a 68%. En cuanto a predicción de mortalidad, 25% presentó un porcentaje menor o igual a 15,6% y 75% un porcentaje de predicción de 70,9% o menos.

7.1.6 Ansiedad rasgo a las 24 horas en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta

Se utilizó la evaluación de ansiedad rasgo a las 24 horas para UCIA cerrada y abierta y no se encontró una diferencia significativa en los promedios de ansiedad rasgo de los cuidadores-familiares en los dos tipos de UCIA ($p=0,96$).

Al revisar la comparación de los grados de ansiedad rasgo a las 24 horas para moderada baja y moderada, para UCIA cerrada y UCIA abierta, no se encontró diferencia significativa (0,355; 0,544).

Tabla 5. Ansiedad rasgo a las 24 h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta.

	UCI CERRADA	UCIA ABIERTA
	Ansiedad rasgo 24h	Ansiedad rasgo 24h
Media e IC al 95%	46,71 (44,30; 49,12)	46,63 (44,45; 48,80)
Mínimo	35	34
Máximo	60	61
Rango	25	27
Desviación Estándar	7,01	6,33
Coeficiente de variación	15,01%	13,57%
Significancia bilateral	0,96	

Fuente: Bases de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja

7.1.7. Prevalencia de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta

La prevalencia de ansiedad estado en los cuidadores-familiares de los dos grupos tanto UCIA cerrada como abierta, se midió a las 24 horas siendo ésta la ansiedad base del familiar, (de contacto con la UCIA), y a las 72 horas cuando transcurrió el tiempo de contacto con las políticas de visitas (UCIA cerrada y abierta). De acuerdo a lo anterior se obtuvieron los siguientes resultados:

Con un horario de visitas restringido, a las 24 horas y 72 horas, no hay un cambio en la prevalencia de ansiedad estado en cuidadores-familiares, mostrando que no hay diferencias significativas ($p = 0,487$).

En el caso de horario de visitas flexible, a las 24 horas y 72 horas, se observó cambio en la prevalencia de ansiedad estado en cuidadores-familiares, mostrando diferencias significativas ($p = 0,001$).

Tabla 6. Prevalencia de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta.

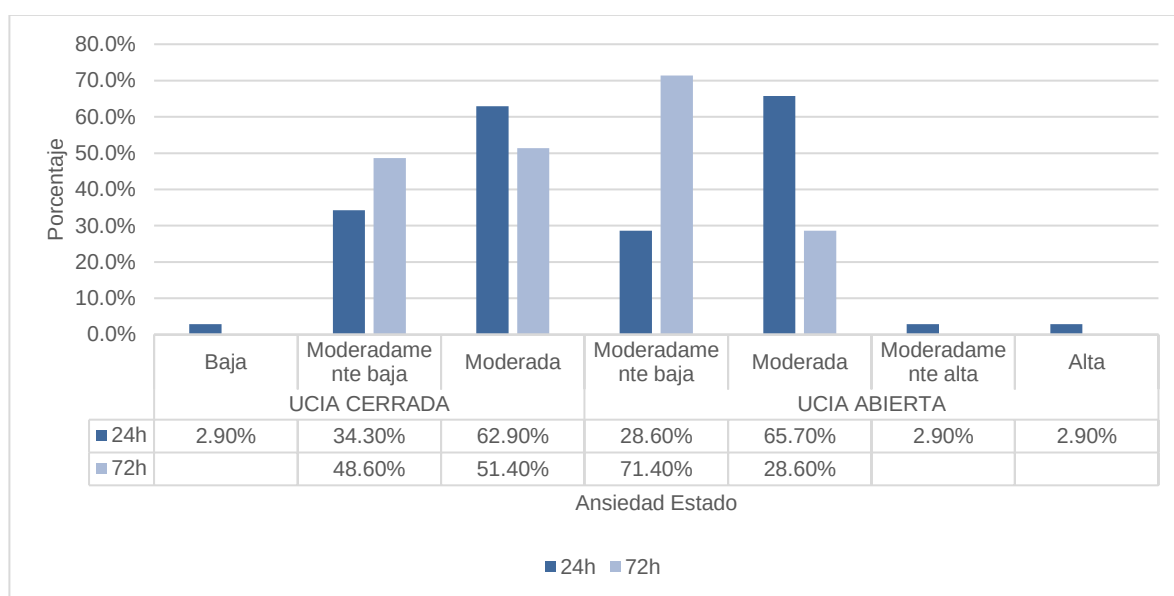
UCIA Cerrada			UCIA Abierta	
	Ansiedad estado 24h	Ansiedad estado 72h	Ansiedad estado 24h	Ansiedad estado 72h
Media e IC del 95%	41,86 (39,53;44,18)	40,89 (38,98;42,79)	42,26 (40,10;44,41)	36,66 (35,45; 37,86)
Mínimo	28	31	31	30
Máximo	54	55	54	44
Rango	26	24	23	14
Desviación estándar	6,77	5,56	6,26	3,51
Coefficiente de variación	16,16%	13,59%	14,81%	9,57%
Significancia bilateral	0,487		0,001	

Fuente: Bases de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja.

7.1.8 Grado de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta

En cuanto al grado de ansiedad estado de cuidadores-familiares de UCIA cerrada, se estimó que un **62,9%** tienen grado moderado a las 24h y **51,4%** a las 72h; el **34,3%** tienen ansiedad estado moderadamente baja a las 24h y a las 72h **48,6%**.

En los cuidadores-familiares de UCIA abierta, se estimó que **65,7%** tienen un grado moderado de ansiedad estado a las 24h y **28,6%** a las 72h; el **28,6%** tienen ansiedad estado moderadamente baja a las 24h y **71,4%** a las 72h.



Gráfica 2. Estimación grado de ansiedad estado a las 24 h y 72h en cuidadores-familiares de UCIA cerrada y abierta. Tunja.abril-septiembre.2017.

7.1.9 Comparación prevalencia ansiedad estado 24 horas y 72 horas UCIA cerrada versus UCIA abierta.

Para determinar el tipo de método estadístico a utilizar en la comparación de ansiedad estado del cuidador-familiar en las 24 horas y 72 horas, de UCIA cerrada y abierta, se evaluaron los supuestos de normalidad e igualdad de varianza mediante la prueba de Shapiro Will y Levene respectivamente.

En el caso de la evaluación de los supuestos a las 24 horas:

- Normalidad para UCIA cerrada y UCIA abierta, se obtuvieron unos valores p de 0,499 y 0,415, respectivamente. Evaluando con un nivel de significancia

del 5%, se encontró que tanto en UCIA cerrada como en UCIA abierta, la ansiedad estado se distribuye normalmente. En el supuesto de igualdad de varianzas, se encontró que si se cumplía obteniendo un valor p de 0,570.

Por tanto, se cumplen los supuestos para aplicar la prueba t-student y al emplear la comparación entre las dos UCIA abierta y cerrada, en el resultado a las 24 horas no hay diferencia (**valor p de 0,798**), la diferencia se encuentra a las 72 horas.

En el caso de la evaluación de los supuestos a las 72 horas:

- Normalidad para los dos grupos, se obtuvieron unos valores p de 0,598 y 0,033, respectivamente. Evaluando con un nivel de significancia del 5%, se encontró que en UCIA cerrada la ansiedad estado se distribuye normalmente y UCIA abierta no se distribuye normalmente. En el supuesto de igualdad de varianzas se encontró que no se cumplió obteniendo un valor p de 0,019.

Por tanto, como no se cumplen los supuestos, para aplicar la prueba paramétrica, se utilizó la prueba no paramétrica de U Mann–Whitney la cual mostró que hay diferencia significativa entre la ansiedad estado durante las 72h con UCIA abierta frente a pacientes con visitas restringidas UCIA cerrada (**valor p de 0,001**).

Tabla 7. Comparación prevalencia ansiedad estado 24 horas y 72 horas UCIA cerrada versus UCIA abierta

	UCIA Cerrada	UCIA Abierta	UCIA Cerrada	UCIA Abierta
	Ansiedad estado 24h	Ansiedad estado 24h	Ansiedad estado 72h	Ansiedad estado 72h
Media e IC del 95%	41,86 (39,53;44,18)	42,26 (40,10;44,41)	40,89 (38,98;42,79)	36,66 (35,45; 37,86)
Mínimo	28	31	31	30
Máximo	54	54	55	44
Rango	26	23	24	14
Desviación estándar	6,77	6,26	5,56	3,51
Coficiente de variación	16,16%	14,81%	13,59%	9,57%
Significancia bilateral	0,798		0,001	

Fuente: Bases de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja.

7.2 Análisis Bivariado

De las variables consideradas a un nivel de significancia del 5%, se identifica que la única que presenta asociación es tipo de UCIA (p 0,047). Esto se realizó con el modelo de regresión logística, con las mediciones sobre el grado de ansiedad estado a las 72 horas, para las dos categorías que se presentaron (moderadamente baja y moderada).

Tabla 8. Análisis bivariado: grado de ansiedad estado versus variables de interés

VARIABLE	B	p	OR
Tipo de UCIA	0,973	0,047	2,647
Edad	0,010	0,605	1,010
Sexo	-0,098	0,843	0,907
Antecedentes de hospitalización de algún familiar en UCIA	0,159	0,758	1,173
Zona de ubicación de la vivienda	0,747	0,142	2,111
Nivel educativo	-0,451	0,058	0,637
Religión	-0,329	0,663	0,720

Fuente: Bases de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja.

7.3 Aplicación de los diferentes Modelos Matemáticos para evaluar las Variables de Confusión.

La variación del grado de ansiedad estado es explicada por las variables incluidas en el modelo, las cuales se reportan en la tabla número 9, hasta en un 12,2% como lo indica el R^2 de Nagelkerke.

Buscando el mejor modelo, se corrieron diferentes incluyendo el método paso a paso de la regresión logística, y se identificó que las variables no tenían asociación, dado que el nivel de significancia de la prueba para ningún coeficiente resultó ser menor al 5%, por lo tanto, se utilizó una aplicación de esta regresión para evaluar si estas variables eran de confusión, lo cual no resultó, dado que los OR, no muestran una diferencia significativa cuando se va incluyendo una a una las variables al modelo (Anexo 8).

La variable religión, a pesar de que se encontró igualdad en los dos grupos, se incluyó en el modelo multivariado, dado que, según la literatura la religión es un

mecanismo de afrontamiento en situaciones de crisis (46), lo que podría disminuir el grado de ansiedad y más del 80% de los cuidadores familiares de este estudio pertenecen y practican una religión.

Adicionalmente dentro del modelo se incluyeron todas las variables posiblemente de confusión, pero sin resultado significativo tales como: parentesco, ansiedad rasgo y estado civil del cuidador-familiar, sexo, edad y variables clínicas del paciente.

Tabla 9. Significancia y evaluación de los modelos ajustados

MODELO		B	p	OR	R2
Modelo 5	Tipo de UCIA	1,041	0,044	2,831	0,122
	Edad	0,016	0,473	1,016	0,122
	Sexo	-0,282	0,596	0,754	0,122
	Antecedentes de hospitalización de un familiar en UCIA	-0,007	0,990	0,993	0,122
	Zona de ubicación de la vivienda	0,730	0,165	2,076	0,122
	Constante	-0,944	0,352	0,389	0,122

Fuente: Bases de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja.

8. DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio buscó estimar la prevalencia de ansiedad estado y la diferencia en el grado de ansiedad en cuidadores-familiares de pacientes en UCIA con y sin restricción de visitas, en la Clínica los Andes Tunja durante abril de 2017 a septiembre de 2017. La prestación de servicios de salud dentro de las UCIA como lugares de alta complejidad, involucran la atención a pacientes más críticos, bien sea por su enfermedad o por una situación que requiera un monitoreo especial y que comprometen su vida(5). El proceso de internación de un ser querido en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCIA) es un evento que puede generar crisis y altos niveles de estrés en el cuidador-familiar(38), pero la implementación de una política de visitas flexibles, facilita la reducción de esta ansiedad (39).

La tendencia que se observó en este estudio es el cuidado de las personas críticamente enfermas a cargo de las mujeres 65,7% (UCIA cerrada) y 51,4% (abierta), la misma es considerada una tradición en la que el cuidado de enfermos generalmente está en manos de la mujer (11), esto concuerda con lo reportado en otros estudios colombianos, en los cuales las mujeres fueron las únicas participantes o representaron la mayor proporción con respecto a los hombres (12, 19). En dichos estudios las UCIA tenían políticas restrictivas de visitas; en otros estudios de carácter internacional con UCIA bajo políticas flexibles de visitas, la tendencia se mantiene (62, 73), sin embargo con un horario de visitas flexibles, los hombres cuidadores-familiares, aumentaron su participación en el cuidado, para el presente estudio de un 34,3% a un 48,6%. Este cambio puede deberse a que al estar abierta la UCIA o con políticas de visitas flexibles, hay mayores posibilidades para los hombres de apoyar a su núcleo familiar, en el cuidado de su ser querido internado en UCIA, ingresando a visitarlo en horarios extralaborales; se requeriría un estudio adicional para responder esta pregunta.

Las diferencias en la prevalencia de ansiedad en mujeres y hombres fue estudiada por Pochard et al., quienes reportaron en una UCIA restrictiva, que la prevalencia de síntomas de ansiedad en mujeres, en comparación con los hombres, fue 69,4% ($p = 0,06$) en la primera medición, y 71,4% en la segunda ($p = 0,015$) (53). En concordancia, Kourti et al., afirman que las mujeres parecen sufrir más que los hombres por los síntomas de ansiedad ($p < 0,05$)(14). Sin embargo, difiriendo con ellos, en el presente estudio la prevalencia de ansiedad estado a las 72 horas en las mujeres tuvo una media de 40% y en hombres de 42%, sin diferencias estadísticamente significativas con respecto al tipo de UCIA ($p 0,843$).

Algunos estudios han investigado sobre factores sociodemográficos y clínicos que podrían relacionarse con la disminución o el aumento de la ansiedad en el cuidador-familiar(14, 46, 74), Cach Castañeda et al., analizaron los factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con la ansiedad estado en

familiares de pacientes de UCI pediátrica, encontrando que la relación entre los niveles de ansiedad-estado con edad, sexo y escolaridad no tuvieron diferencias estadísticamente significativas(46); de igual forma se encontró en el presente estudio, no hay diferencias estadísticamente significativas entre factores como edad, sexo, nivel educativo, religión, antecedentes de algún familiar en UCIA y zona de ubicación de la vivienda.

En cuanto a factores clínicos de los pacientes el presente estudio no reportó alguna asociación, en concordancia con otros estudios como el de Schmidt, Azoulay et al., y Kourti, Christofilou et al., quienes no encontraron correlación entre síntomas de ansiedad y SAPS II (Simplified Acute Physiology Score), A.P.A.CH.E II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), sistemas de clasificación de severidad o gravedad de enfermedad en pacientes en UCIA, por el contrario, aquellas sensaciones solían darse con independencia de la gravedad de la condición del paciente ($p > 0,05$) (14, 74).

La literatura informa una serie de necesidades que son referidas por los cuidadores-familiares que tienen seres queridos en UCIA(12, 13), en este estudio las necesidades que más angustia les generan son manifestadas en diferente proporción en los dos grupos.

Los horarios de visitas en UCIA cerrada, es la situación de angustia referida en este estudio por el 40% de cuidadores-familiares, similar a lo encontrado por Rocío Galvis López C, et al., sobre la necesidad de proximidad, quienes reportan que un 78% de 37 cuidadores-familiares, les angustia la necesidad de sentirse más cercanos a su ser querido(12); contrario a UCIA abierta en donde tan solo el 14,3% les angustian los horarios de visitas y además concuerda con un estudio en el que reportan puntajes de las necesidades que más les angustia a los familiares antes y después del cambio de política; afirman que las medidas de horario de visita y su conveniencia fueron significativas, después del cambio en la política de visitas (4.41 visitas restringidas vs 3.87 visitas flexibles, $P < .001$), además encontraron que el cambio de mínimamente restringido a no restringido en las visitas, mejoró la satisfacción familiar en una UCI grande y de perfil mixto(10).

Sobre el contacto con el médico, a 57,1% de los cuidadores-familiares en UCIA cerrada, les angustia esperar la información que les da el médico, comparado con 45,7% en UCIA abierta, en donde dicha angustia disminuye, pues al estar en la visita la espera por información médica se convierte en una situación que genera menos angustia (25, 62, 75), contrario a la ausencia de información periódica, situación en la que según Schmidt, Azoulay et al., es probable que los miembros de la familia manifiesten síntomas de ansiedad con una incidencia del 69% durante la estancia en la UCI (74).

El contacto con su familiar hospitalizado, a 51,4% de los cuidadores-familiares de UCIA cerrada les angustia ver las condiciones en que se encuentra su familiar, en comparación al 45,7% en UCIA abierta, en quienes disminuye su angustia por esta situación, en coherencia con estudios previos, en los que afirman que al estar en mayor contacto con su ser querido durante las visitas, hay una adaptación y reconocimiento cotidiano de las condiciones físicas en que se encuentra su ser querido y una mayor satisfacción en el cuidado del paciente (20, 23, 34).

Finalmente sobre el contacto con los demás miembros del equipo de salud de UCIA, a 31,4% y 25,7% de los cuidadores de UCIA cerrada y abierta, les angustia sentir que los empleados de la clínica se preocupan por su familiar y aunque la situación de angustia es referida en ambos grupos, en los cuidadores-familiares de UCIA abierta disminuye, posiblemente gracias a lo que afirman estudios, en los que sus autores encontraron que el familiar al tener la oportunidad de ver cotidianamente el cuidado y la atención que tiene su ser querido por parte del personal de UCIA, se siente menos preocupado por cómo es atendido su ser querido.(39, 44).

El presente estudio encontró que la prevalencia de ansiedad estado en los cuidadores-familiares de pacientes críticos y la variación en el grado de esta, tiene diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en dos condiciones: restricción y no restricción de visitas, siendo menor en el grupo expuesto a una política de visitas flexibles con una prevalencia de ansiedad estado a las 24 horas, media de 42,26% IC95% [40,1096; 44,4104] y a las 72 horas 36,66% IC95% [35,4543; 37,8657]. Estos hallazgos coinciden con el planteamiento de Garrouste-Orgeas et al., según el cual la prevalencia de los síntomas de ansiedad en 149 miembros de la familia de una UCI médico quirúrgica con visitas las 24 horas, es menor en el 61.7% de las familias(9). También otros estudios indican que si la proximidad entre cuidadores familiares y su ser querido internado en UCIA, es mantenida, el apego natural que se tienen y la cercanía, permiten la disminución de respuestas emocionales negativas como la ansiedad(11, 12).

En el estudio de Fumis et al., con participación de 184 familiares de UCI con política de visitas 24 horas, encontraron síntomas de ansiedad, en el 33.2% ($p = 0.117$) durante la permanencia en UCI y no encontraron correlación entre las visitas de los miembros de la familia y el puntaje de ansiedad en la UCI ($\rho = 0.111$; $p = 0.134$) (22), la prevalencia de ansiedad es similar a la obtenida en este estudio media de 36,66% pero discordante con la asociación entre grado de ansiedad estado y el tipo de UCIA, pues este estudio encontró diferencias estadísticamente significativas entre los dos tipos de UCIA ($p < 0,001$) y asociación con B 1,041, $p = 0,044$ y OR 2,831.

El presente estudio no abarca la investigación de situaciones que demuestren la satisfacción en los cuidadores-familiares sobre el nuevo protocolo de vistas flexibles

implementado. Por consiguiente, sería de gran valor e impacto psicosocial que en un futuro se incluyeran estos tópicos, así como se ha investigado en estudios como el de Rumiko et al., en el que para el 76,9% de los cuidadores-familiares, la posibilidad de visitar con más frecuencia a su ser querido es muy significativo, así mismo para el 71,8%, verlo frecuentemente en horario de visita flexible pudiendo ser modificado en situaciones especiales, es benéfico para la disminución de emociones negativas (76).

Definitivamente una cultura de UCI cerrada o restrictiva, impide conocer y solucionar necesidades de cercanía y acompañamiento entre familia y pacientes(7, 10, 11), contrario a una política de visitas flexible o UCIA abierta (10, 14, 75), esta evidencia la corrobora el presente estudio, pues encontró que con una política restrictiva de visitas, la prevalencia de ansiedad estado a las 24h, es de 41,86% IC95% [39,53; 44,18] y a las 72h de 40.89% IC95% [38,98; 42,79], es decir con un horario de visitas restringido, no hay un cambio en la prevalencia de ansiedad estado en cuidadores-familiares (p de 0,487).

Este hallazgo es apoyado por el estudio de Kourti M, et al., en donde el 60% de 151 familiares tuvieron síntomas severos de ansiedad durante la hospitalización de su familiar y así mismo, no encontraron diferencias entre la primera medición y la segunda, en donde casi la mitad de ellos tenían fuertes síntomas de ansiedad, durante la primera medición, el 22,5% de los familiares eran casos posibles y el 61,8% eran casos probables de ansiedad y durante la segunda medición, identificaron 18,7% posibles casos de ansiedad y 61,5% casos probables de ansiedad(14); en otro estudio los síntomas de ansiedad ocurrieron en el 73.4% de los miembros de la familia y al medir las necesidades de estos familiares, se encontró entre ellas el requerimiento de ampliación de horarios de visita (53).

La presente investigación reporta a las 72 horas de contacto con las políticas de visitas, un promedio de ansiedad estado de 42,26%, en los cuidadores familiares. Esto sugiere que el problema de salud del paciente afecta al grupo familiar facilitando el desarrollo de respuestas emocionales como la ansiedad y aún más, si se añade el agravante de visitas restrictivas (10, 13, 24).

En el presente estudio se encontró una prevalencia de ansiedad rasgo de 46,71% y de 46,63%, para UCIA cerrada y abierta, respectivamente. Estos resultados superan la prevalencia (37%) que en esta misma variable hallaron en su estudio, Sudbury et al. (53). Sin embargo, las poblaciones fueron diferentes. En la del presente estudio, la ansiedad rasgo fue similar en ambas muestras (UCIA cerrada y abierta), sin diferencias significativas ($p=0,96$), mientras que en el mencionado estudio de Sudbury et al., esta variable junto con la edad y las necesidades de los familiares, explicaron el 38% de la varianza de la ansiedad estado. Es probable que

una muestra de mayor tamaño permita estudiar este tipo de comportamiento de las variables en futuros estudios.

Además de lo anterior el presente estudio no arrojó significancia estadística entre las necesidades reportadas por los familiares y el tipo de UCIA, pues dentro de las dificultades presentadas, la recolección de dicha información se realizó en un solo momento a las 24 horas de ingreso del paciente a UCIA, momento en el cual no existía un contacto con la cotidianidad de los horarios de visitas flexibles o restrictivos; así lo demuestra la prevalencia de ansiedad estado a las 24 horas con medias de 41,86% y 42,26%, de UCIA cerrada y abierta, respectivamente, en donde no hay diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,798$), en los promedios de ansiedad estado.

Esta diferencia se da a las 72 horas, entre los tipos de UCIA, donde las medias de ansiedad estado son de 40,89% y 36,66%, de UCIA cerrada y abierta, respectivamente y por lo tanto hay diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,001$) en los promedios de ansiedad estado, pues a los tres días de estancia hospitalaria de su ser querido en UCIA, ya hay un contacto con las políticas de visitas de los dos tipos de UCIA, y el cuidador familiar aumenta, mantiene o disminuye su grado de ansiedad con respecto a las primeras 24 horas de ingreso de su familiar a UCIA; estudios indican que la mayoría de las familias con parientes en UCI se sienten angustiadas en las primeras horas tras el ingreso, periodo de tiempo en el que el personal de salud se encuentra ocupado por la situación de gravedad del paciente y los cuidadores se sienten más desorientados y confusos(50-52).

En el presente estudio, la medición del grado de ansiedad a las 24h, en los cuidadores-familiares de UCIA cerrada, fue moderado para un 62,9% y en UCIA abierta para un 65,7%, con diferencias porcentuales a las 72 horas, así: UCIA cerrada el 51,4% de los cuidadores-familiares tienen un grado moderado de ansiedad estado y en UCIA abierta para el 28,6%; observando que las diferencias porcentuales en los grados de ansiedad estado de 24 horas a 72 horas en UCIA cerrada son del 11,5% y para UCIA abierta son del 37,1%.

Donald M. Berwick, et al., citando a Simon SK, et al., comentan que las horas de visita abiertas ayudan a aliviar la ansiedad de familiares y amigos, lo que les permite pasar tiempo con el paciente cuando lo desee y sentirse más seguro y relajado durante el tiempo que no están con el paciente, este estudio encontró que las visitas abiertas tenían un efecto beneficioso en 88% de las familias y disminución de la ansiedad en el 65% (35); otro estudio demuestra que la prevalencia de síntomas de ansiedad del familiar es del 49% en una UCI abierta de 24 horas de visita, con hallazgos importantes como la presencia de una alta satisfacción en los familiares y síntomas moderados de ansiedad (9).

Este estudio está en concordancia con la prevalencia de ansiedad estado en los cuidadores familiares en UCIA, que reportan otros estudios, como el realizado en Francia a los 3 días de ingreso y 3 horas al día de visita (políticas de visitas restrictiva) prevalencia del 73%(53), y la prevalencia de ansiedad estado en UCIA sin restricción de visitas, 34%, estudio de una UCIA abierta de Brasil a las 48 horas de ingreso y 12 horas al día de visita(62). Para este estudio la prevalencia de ansiedad estado en UCIA cerrada fue de 40,89%, a las 72 horas de ingreso y 2 horas de visita al día y 36,66% en UCIA abierta a las 72 horas de ingreso y 6 horas de visita la día.

Es importante que el personal de salud reconozca las implicaciones emocionales negativas que tiene una política de visitas restringidas en UCI, en los familiares de los pacientes, y explore el beneficio de una política de visitas flexible, desarrollando estrategias de cuidado humanizado, no solo del paciente, sino que incluyan la atención centrada en la familia (15, 36, 37); esto permitirá planificar y personalizar modelos de atención y planes de cuidado de enfermería, que involucren a los cuidadores-familiares en el cuidado de su paciente, aumentando y mejorando la compañía y comunicación que puedan establecer los pacientes y sus seres queridos, y así mismo se establezcan diálogos de confianza entre el personal de salud, pacientes y familiares (36, 38, 39).

Una UCIA de “puertas abiertas” o con políticas de visita flexible puede traer muchos beneficios a los cuidadores -familiares y pacientes para disminuir emociones negativas como la ansiedad estado, aunque esta ayuda sola no es suficiente, por lo que es necesario una intervención temprana para minimizar la carga psicológica en los miembros de la familia, con la presencia de un profesional idóneo como el Psicólogo que les ayude a disminuir el grado de ansiedad (26, 44, 74).

Si bien la disminución de la prevalencia y el grado de ansiedad estado de los cuidadores-familiares de pacientes en un tipo de UCIA abierta, es demostrada en este estudio y consistente con los resultados de estudios previos(9, 22, 35, 62), la limitación es que la inferencia de estos hallazgos a otros entornos hospitalarios y de cuidados intensivos, se lo limita el pequeño tamaño de muestra.

Aun así este estudio es un referente frente a las escasas investigaciones en Colombia, que permitan evidenciar el impacto que tiene la visita flexible o restringida, sobre los niveles de ansiedad de los cuidadores familiares de pacientes en UCIA, además reconoce la necesidad de abordar en el ámbito de la atención en salud, las necesidades del cuidador-familiar, y si bien, la naturaleza del estudio es limitada a una población específica se espera que los resultados obtenidos,

contribuyan a reflexionar, considerar e incluso a desarrollar políticas transformadoras en las UCI, que beneficien a los familiares.

Dichas políticas a su vez, deben estar en concordancia con lo que afirma Ríos-Briz, que no se debe olvidar al paciente como centro de cuidado, siendo la familia naturalmente importante, pero los deseos y las necesidades de los pacientes siempre deben tener prioridad sobre la familia(77). Al respecto, deben enfocarse más procesos investigativos que evidencien la satisfacción y deseos de aquellos pacientes que puedan expresarse, y que hagan visibles cada vez más a los pacientes y los miembros de la familia que apoyan las unidades de puertas abiertas.

La creación de una línea de investigación sobre aspectos psicosociales de pacientes y cuidadores formales e informales de la UCIA, podrá demostrar, entre muchos otros aspectos, que la flexibilización de visitas, establecida de manera responsable e inteligente según el paciente, su enfermedad, sus deseos y la conciliación con el trabajo del personal de salud, además de cambios progresivos, bajo una capacitación específica al personal, necesaria para esta transición y la superación de obstáculos, disminuye la exacerbación de emociones como la ansiedad, la cual influye de manera negativa en la vida cotidiana del cuidador-familiar.

Es importante constituir una línea de investigación de este tipo que permita realizar estudios que aporten, entre otros, a determinar el impacto de la flexibilización de visitas o una UCIA de “puertas abiertas”, dado que en Colombia la evidencia científica sobre este tópico es mínima y la tendencia es mantener una política de UCIA restrictiva.

9. CONCLUSIONES

- Existe una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia y el grado de ansiedad estado de cuidadores-familiares de pacientes de UCIA, en dos condiciones distintas: restricción y no restricción de visitas ($p < 0,001$).
- Una cultura de UCI cerrada o restrictiva impide conocer y solucionar necesidades de cercanía y acompañamiento entre familia y pacientes, contrario a una política de visitas flexible o UCIA abierta.
- Una UCIA de “puertas abiertas” permite planificar y personalizar modelos de atención y planes de cuidado de enfermería, que involucran a los cuidadores-familiares y disminuyen emociones negativas como la ansiedad.
- Se espera que los resultados obtenidos, contribuyan a reflexionar, considerar e incluso a desarrollar políticas transformadoras en las UCI, que beneficien a los familiares.
- Este estudio es un referente frente a las escasas investigaciones en Colombia, que permitan evidenciar el impacto que tiene la visita flexible o restringida, sobre los niveles de ansiedad de los cuidadores familiares de pacientes en UCIA.

10. RECOMENDACIONES

- Es importante constituir una línea de investigación sobre aspectos psicosociales de pacientes y cuidadores formales e informales de la UCIA, con el fin de demostrar, que la flexibilización de visitas, establecida de manera responsable e inteligente con cambios progresivos y bajo una capacitación específica al personal, disminuye la exacerbación de emociones como la ansiedad, la cual influye de manera negativa en la vida cotidiana del cuidador-familiar.
- Planear e implementar estudios con mayor tamaño de muestra, que permitan abarcar situaciones no resueltas en la presente investigación, tales como la satisfacción de los cuidadores-familiares, pacientes y personal de UCIA sobre la implementación de los protocolos de visitas flexibles, reconocimiento del papel de los hombres boyacenses en el cuidado de su familiar y el comportamiento de la ansiedad rasgo en la población.
- Desarrollar políticas de visitas flexibles en las diferentes Unidades de cuidados intensivos de Colombia, bajo los lineamientos de la evidencia científica que habla sobre el cuidado humanizado centrado en el binomio paciente-familia.
- Además de la implementación de una política de visitas flexibles, es necesario una intervención temprana para minimizar la carga psicológica en los miembros de la familia, la presencia de un profesional idóneo como el Psicólogo ayuda en la disminución del grado de ansiedad y por lo tanto en el afrontamiento funcional de la misma.
- Es necesario abordar en el ámbito de la atención en salud, las necesidades del cuidador-familiar, sin olvidar al paciente como centro de cuidado. Por ser la familia naturalmente importante, se deben desarrollar más procesos investigativos que den cuenta de la satisfacción y deseos de aquellos pacientes que puedan expresarse, y que confirmen la pertinencia de UCIA de puertas abiertas.
- Dado que los estudios realizados, manifiestan infinidad de necesidades tanto de pacientes como de familiares en UCI y se identifica un vacío teórico que invita a la medición y análisis de problemáticas como la medición de incertidumbre ante la enfermedad es importante el abordaje en futuras investigaciones y su relación con las políticas de visitas flexibles y restringidas de las UCI.

- Un aspecto importante en el desarrollo de futuras investigaciones es caracterizar a los cuidadores-familiares con relación a los aspectos tratados en los primeros auxilios psicológicos y/o estrategias de manejo que requirieran al momento de aplicar los instrumentos de medida.
- Por otro lado, se puede considerar un abordaje diferente de los participantes en el estudio, incluyendo a los profesionales de la salud que estén involucrados en la atención de los pacientes y con el contacto de los cuidadores- familiares, evaluar el impacto y afectación que les genera la flexibilización de visitas.

Anexo 1: Protocolo de visitas UCIA Los Andes

El arte de cuidar involucra acciones dirigidas al componente físico y emocional de la persona a cargo, bajo un sentido de protección que propende por el bienestar y la recuperación de la persona enferma.

I. OBJETIVO: Admitir la visita familiar a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante un tiempo prudencial que permita el acercamiento entre familiar y paciente y la obtención de información acerca de la evolución clínica del mismo.

II.RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de enfermería, a cargo de la educación al familiar antes del ingreso a la unidad.
- Medico de turno, quien proporciona información acerca de la evolución clínica del paciente
- Jefe de enfermería, resuelve dudas acerca de los cuidados de enfermería

III.RECURSOS MATERIALES

- Bata de tela azul marcada con el número de cubículo correspondiente
- Gorro y tapabocas que trae cada familiar
- Casillero con llave para cada familiar correspondiente al número de cubículo
- Lavamanos con jabón quirucidal y toallas desechables

IV. ACTIVIDADES

- Al ingreso del paciente a la UCIA, un auxiliar de enfermería solicita información al familiar sobre datos personales del paciente, solicita firma en el consentimiento informado de ingreso a la unidad y da información sobre los útiles de aseo, horario de visitas y recomendaciones importantes para el ingreso a la visita.
- El horario de visita en la mañana es de 11am a 12 m y en la tarde de 4 pm a 5pm
- No se permite el ingreso de niños

- No se permite la visita de familiares en la realización de ningún tipo de procedimiento con el paciente.
- Durante la hora de visita no se realizará ningún procedimiento con el paciente
- En caso del ingreso de un nuevo paciente se dará por terminada la visita.
- **Auxiliar de enfermería:** se encarga de la educación al familiar antes del ingreso a la unidad, informando sobre el uso de gorro y tapabocas, el lavado de manos, antes y después del ingreso a la visita, uso de la bata e ingreso al cubículo correspondiente.
- **Jefe de enfermería:** durante cada hora de visita, será quien resuelve dudas a los familiares, acerca de los cuidados de enfermería que se imparte a cada paciente
- **Medico de turno:** al finalizar cada hora de visita será quien proporciona información acerca de la evolución clínica del paciente y/o cambios imprevistos que requieran de la autorización del familiar o aquellos cambios de manejo urgente que ya se hayan realizado y necesiten ser informados a los familiares.

Anexo 2: Protocolo de Visitas Flexibles “UCIA de los Andes”

	PROTOCOLO DE VISITAS FLEXIBLES “UCIA DE LOS ANDES”	Código:
		Versión: 001
		Vigencia:
		Página: 1 de 5

*“¿Y CÓMO MEDIMOS EL TIEMPO? SI EN ESTE TERRITORIO
NO HAY CIELO, NI FIRMAMENTO ESTRELLADO, NI
HORIZONTE PARA EL DESCANSO DEL SOL” Gabí Heras.*

PROTOCOLO DE VISITAS FLEXIBLES “UCIA DE LOS ANDES”

La flexibilidad y ampliación del horario de visitas contribuye a la humanización de los cuidados intensivos; el apoyo emocional brindado por la familia es muy importante para la recuperación del paciente crítico. Además es competencia del personal de salud y especialmente de Enfermería ampliar el horario de visita a los familiares, con beneficios para el paciente y su familia como mejora de la satisfacción, reducción de la ansiedad y del estrés, integración de la familia en los cuidados del paciente y satisfacción de las propias necesidades familiares.

I.OBJETIVO

Integrar a las familias en la unidad de cuidados intensivos proporcionándoles más tiempo a lado del paciente crítico, disminuyendo emociones como ansiedad y estrés; posibilitar el apoyo emocional que necesita el paciente crítico por parte de sus familiares para acelerar su recuperación.

II.RECURSOS HUMANOS

- Auxiliar de enfermería, a cargo de la educación al familiar antes del ingreso a la unidad.
- Médico de turno, quien proporciona información acerca de la evolución clínica del paciente.

	PROTOCOLO DE VISITAS FLEXIBLES “UCIA DE LOS ANDES”	Código:
		Versión: 001
		Vigencia:
		Página: 2 de 5

- Jefe de enfermería, resuelve dudas acerca de los cuidados de enfermería.

III. RECURSOS MATERIALES

- Bata de tela azul marcada con el número de cubículo correspondiente
- Gorro y tapabocas que trae cada familiar
- Casillero con llave para cada familiar correspondiente al número de cubículo
- Lavamanos con jabón quirucidal y toallas desechables

IV. ACTIVIDADES

En base a consultas bibliográficas sobre la necesidad de la ampliación del horario de visitas en las unidades de cuidados intensivos, tanto experiencias reales en otras unidades, como proyectos de investigación que demuestran los beneficios de una flexibilización de visitas; se plantean estas actividades de intervención para flexibilizar el horario estándar de la unidad y ampliar la visita de las familias, las mismas están aprobadas en consenso de Subdirección Científica, Médico Intensivista Coordinador de la Unidad, Jefe de Enfermería Coordinadora de la Unidad, Jefe de Enfermería coordinadora general de Enfermería y demás entes administrativos.

- Al ingreso del paciente a la UCIA, un auxiliar de enfermería solicita información al familiar sobre datos personales del paciente, solicita firma en el consentimiento informado de ingreso a la unidad y da información sobre los útiles de aseo, horario de visitas y recomendaciones importantes para el ingreso a la visita, como el uso de elementos de protección personal (gorro, tapabocas y bata), lavado de manos al ingreso y salida de la unidad, la prohibición del ingreso de alimentos, la no utilización del celular dentro de la unidad de cuidado intensivo y la permanencia dentro de la unidad correspondiente a su familiar sin desplazamiento innecesario por el resto de la UCI; después de la estabilización del paciente guiará el ingreso del familiar para que lo visite **10 minutos**.
- El horario de visita ampliado será en la mañana **de 10am a 1pm** y en la tarde **de 3 pm a 6pm**, ingresarán **4 personas** por cada periodo de visita independientemente el grado de afinidad familiar o no, que tengan con el

	PROTOCOLO DE VISITAS FLEXIBLES “UCIA DE LOS ANDES”	Código:
		Versión: 001
		Vigencia:
		Página: 3 de 5

- paciente, una persona a la vez un promedio de 45 minutos de tiempo de vista para cada familiar.
- Cada unidad es individual y personal para cada paciente, si se requiere se contará con una silla para la comodidad del familiar, además cuando sea necesario se desplegarán las cortinas individuales de cada unidad que permitan la privacidad del paciente durante un procedimiento.
- Ingresará una persona por paciente a cada cubículo y cambiará con otro familiar a medida de su requerimiento durante cada periodo de visita (máximo 4 personas), si es **persona de tercera edad** entrará en compañía de un familiar que pueda ayudarlo, si la familia solicita ingreso de un **niño mayor de 15 años** este podrá entrar si desea, con un adulto responsable y después del análisis específico de la situación por las condiciones clínicas del paciente.
- Si se requiere de la **realización de algún procedimiento de urgencia o de rutina** durante el periodo de visita, como reanimación cardiopulmonar, toma de cultivos, laboratorios, curaciones, aspiración de secreciones, paso de catéteres invasivos, o traslado del paciente para realización o toma de un examen, entre otros, se pedirá al familiar del paciente que corresponda, su ausencia por el tiempo requerido y regreso cuando se hayan terminado los procedimientos.
- En **ningún caso se interrumpirá la visita, en procedimientos básicos** como toma de signos vitales, administración de medicamentos, ajuste, inicio o suspensión de infusiones, terapia física, cuidados de terapia respiratoria (MNB, incentivo respiratorio, otros procesos no invasivos; procedimientos como la asistencia en almuerzo o cena, cambio de pañales, cambios de posición, lubricación de piel, terapia física, se realizarán en presencia del familiar si lo está y se le educará sobre dichos cuidados invitándolo a participar bajo la supervisión del personal auxiliar de Enfermería, terapia física y respiratoria de esta manera se involucrará al familiar en la atención a su ser querido.
- En la visita a pacientes con **requerimiento de aislamiento**, no se permitirá el ingreso de niños, personas de la tercera edad o personas inmunocomprometidas, y se vigilará de manera estricta las medidas de

	PROTOCOLO DE VISITAS FLEXIBLES “UCIA DE LOS ANDES”	Código:
		Versión: 001
		Vigencia:
		Página: 4 de 5

- protección que se requieran. **Ingresará en lo posible únicamente el familiar más cercano**, cuidador-familiar del paciente.
- Si el familiar solicita entrada de una persona religiosa (sacerdote, pastor y otro), se permitirá el ingreso durante el periodo ampliado de visita junto con un familiar.
- Para el acompañamiento de pacientes terminales, no reanimables o de mal pronóstico, según concepto médico, se permitirá el ingreso de **2 familiares** en las horas previas al fallecimiento, en cualquier momento del día (**24 horas del día**).

V. FUNCIONES DEL PERSONAL

Auxiliar de enfermería: al ingreso del paciente a la unidad solicita información al familiar sobre datos personales del paciente y su firma en el consentimiento informado de ingreso a UCIA, da información sobre los útiles de aseo, horario de visitas y recomendaciones importantes para el ingreso a la visita y guiará el ingreso del familiar para que lo visite **10 minutos** después de la estabilización del paciente; durante las visitas se encarga de la educación al familiar antes del ingreso a la unidad, informando sobre el uso de gorro y tapabocas, el lavado de manos antes y después del ingreso a la unidad, uso de la bata e ingreso al cubículo correspondiente, la prohibición de ingreso de alimentos y la no utilización del celular dentro de la unidad de cuidado intensivo; este **auxiliar encargado** de cada periodo de visita y que es **asignado por turno en el tablero, no debe ausentarse de la unidad** con el fin de resolver requerimientos de los familiares en cuanto a cuidados de enfermería, deberá comunicarle al familiar sobre elementos de higiene personal que según necesidad requiera el paciente, en caso de que los requerimientos de los familiares salgan de su competencia deberá informar al Jefe de Enfermería de turno.

Jefe de enfermería: Al ingreso del paciente a UCIA, orientará al familiar sobre el ambiente de la unidad y las condiciones físicas en las que se encuentra el paciente, de tal manera que el impacto que reciba el familiar por las nuevas condiciones de su ser querido sea sobrellevado de la mejor manera; durante el periodo de visita, será quien resuelve dudas a los familiares acerca de los cuidados de enfermería que se imparte a cada paciente, escucha otro tipo de inquietudes y si se requiere solicita apoyo a trabajo social y psicología para intervención de ayuda emocional.

	PROTOCOLO DE VISITAS FLEXIBLES “UCIA DE LOS ANDES”	Código:
		Versión: 001
		Vigencia:
		Página: 5 de 5

Medico de turno: al momento del ingreso del paciente deberá dar información al familiar sobre las condiciones clínicas de ingreso a UCIA y el tratamiento a seguir; a las **12m** durante el periodo de visita de la mañana, en la oficina del intensivista preferiblemente, proporcionará información real, clara y sencilla, evitando términos técnicos incompresibles para el familiar, comunicará la evolución clínica del paciente y/o cambios imprevistos que requieran de la autorización del familiar o aquellos cambios de manejo urgente que ya se hayan realizado y necesiten ser informados a los familiares, **únicamente proporcionará información a un familiar cuidador principal**, quien está a cargo del cuidado, atención y requerimientos del paciente durante su estancia en UCIA (familiar mayor de edad de primer grado de consanguinidad y/o cuidador del paciente), en **casos de disfunción familiar**, según el caso se les dará información a más personas.

Cuando el familiar reciba dicha información deberá **firmar en el libro de visitantes** para que quede consignado que ha recibido a conformidad la información y que deberá informar a los demás familiares del parte médico, para que estos no soliciten de nuevo la información. Si se requiere en las horas de la tarde se informará sobre otros cambios de urgencia, no se dará información vía telefónica a no ser una situación de extrema urgencia y que ocurra por fuera de los periodos ampliados de visita. Dicha función se realizará buscando una comunicación fluida y generadora de confianza en los familiares, sobre la atención prestada a su ser querido.

VI. COMUNICACIÓN ASERTIVA Y ESCUCHA

Con el fin de evitar posibles problemas de relación y de comunicación, entre el personal de salud, pacientes y familiares, es necesario que se implemente una relación de comunicación asertiva, de escucha y uso de términos sencillos para la comprensión del familiar, evitando conflictos por mala comunicación, además de la demanda constante de información que suele darse por una incompleta y mala información impartida ya sea de cuidados de enfermería o evolución clínica.

Es importante que el personal de salud reconozca que los familiares y pacientes, son personas vulnerables por la situación de crisis y experiencia traumática por la cual están pasando, son personas totalmente ajenas al ambiente de una UCIA, no tienen el más mínimo conocimiento de qué es, cómo funciona una unidad y por qué razones se realizan ciertos cuidados a su familiar, debido a esto realizan preguntas que para el personal de salud pueden considerarse “sin sentido”, pero totalmente normales para los cambios drásticos que están viviendo.

Definitivamente el núcleo familiar se convierte en víctima de la enfermedad tanto a nivel físico como emocional, la que los pone en una actitud de demanda de atención constante a su familiar, por ello el uso de palabras bondadosas y tranquilizadoras con una actitud de empatía, permite minimizar las tensiones generadas por el suceso de estancia en UCIA, contrario a actitudes agresivas y de autoridad cuando se solicita o informa a familiares sobre ciertas situaciones, lo que conlleva a enfrentamientos verbales e incomodidades para ambas partes.

VI.CONCLUSIONES

- El protocolo de visitas flexibilizadas disminuye la ansiedad y el estrés en el paciente y la familia.
- Mejora la comunicación entre la familia y el personal de la salud.
- Logra que las familias estén más implicadas en el cuidado.
- Fortalece la seguridad clínica.
- Se logra una mayor calidad en la obtención de la información dada por la familia para el enfoque terapéutico.
- Hay un incremento de la satisfacción del paciente, familia y equipo de salud.
- Se contribuye ampliamente en la recuperación del paciente.
- El cuidado del paciente y su núcleo familiar tiene un enfoque de cuidado humanizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HERAS, Gabriel. et al. Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. Distribuna Editorial Colombia. Bogotá Colombia. 2017.

DÍAZ SÁNCHEZ A, DÍAZ SÁNCHEZ N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. NURE Investigación, [SI], [Internet]. nov. 2004.

Rocío Galvis López C, Salamanca Ramos E. Percepción de necesidades en cuidadores-familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. (Spanish). Perceived Needs in Family Caregivers of Adults Hospitalized in an Intensive Care Unit of a Private Health Providing Institution in Villavicencio, Colombia (English). 2014 07//jul-dic2014;16(2):81-94. PubMed PMID: 101072020.

Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. Síntomas de ansiedad y depresión en familiares de pacientes en la UCI. 2015 01//ene-abr2015;33(1):47-54. PubMed PMID: 111323381.

Herrera MM, Carrillo GonzÁlez GM. LA EXPERIENCIA DEL FAMILIAR DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN BUCARAMANGA (COLOMBIA): UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO. (Spanish). Family experience of person hospitalized in intensive care unit in Bucaramanga (Colombia): a phenomenological study (English). 2015 01//ene-jun2015;15(1):95-106. PubMed PMID: 110564605.

ELABORÓ: JEFE LIZETH DIAZ	REVISÓ: Dr Juan Manuel Garrido, Dr Jorge Rodríguez, Jefe Catherine Cholo.	APROBÓ: Dr. Juan Manuel Garrido, Dr. Jorge Rodríguez, Jefe Catherine Cholo.
CARGO: ENFERMERA UCIA CLINICA LOS ANDES	CARGO: Subdirector Científico, Médico intensivista Coordinador UCIA, Enfermera Coordinadora UCIA.	CARGO: Subdirector Científico, Médico intensivista Coordinador UCIA, Enfermera Coordinadora UCIA.
FECHA: JUNIO DE 2017	FECHA:20/06/2017	FECHA:14/07/2017

Anexo 3: Tabla de variables

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
VARIABLES DEL CUIDADOR						
1	Edad del cuidador-familiar	¿Cuántos años tiene?	Cuantitativa	Razón	N.A.	Independiente
2	Sexo del cuidador-familiar	¿Cuál es su sexo?	Cualitativa	Nominal	1: Femenino 2: Masculino	Independiente
3	Parentesco	¿Cuál es su parentesco con el paciente?	Cualitativa	Nominal	1: Esposa(o) 2: Hijo(a) 3: Hermano(a) 4: Madre 5: Padre 6: otro	Independiente
4	Estado civil	¿Cuál es su estado Civil?	Cualitativa	Nominal	1: Soltero(a) 2: Casado(a) 3: Viudo(a) 4: Unión libre	Independiente
5	Nivel educativo	¿Cuál fue su último nivel de estudio?	Cualitativa	Ordinal	1: Primaria completa 2: Primaria incompleta 3: Bachillerato 4: Técnico o tecnólogo 5: Universitario 6: Ninguno	Independiente
6	Nivel socioeconómico	¿Cuál es el estrato de su vivienda?	Cualitativa	Ordinal	1: uno 2: 6: seis	Independiente
7	Ubicación de la vivienda	¿En dónde está ubicada su vivienda?	Cualitativa	Nominal	1: Zona Urbana 2: Zona Rural	Independiente
8	Antecedentes de hospitalización del cuidador	¿Alguna vez ha estado hospitalizado en la UCI?	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No	Independiente

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
9	Tiempo de hospitalización del cuidador	¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado en una UCI?	Cualitativa	Ordinal	1: Menos de un año 2: entre 1 y 2 años 3: Más de 2 años	Independiente
10	Antecedentes de hospitalización de algún familiar.	¿Alguna vez ha tenido un familiar hospitalizado en la UCI?	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No	Independiente
11	Tiempo de hospitalización de algún familiar.	¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo que su familiar estuvo hospitalizado en una UCI?	Cualitativa	Ordinal	1: Menos de un año 2: entre 1 y 2 años 3: Más de 2 años	Independiente

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
12	Necesidad del cuidador	¿Qué le angustia a usted como cuidador de su familiar?	Cualitativa	Nominal	1 No saber cómo está mi familiar 2: Las reuniones en las que el médico nos dice cómo está mi familiar 3: No poder hablar con el médico cuando lo necesito 4: No poder ver a mi familiar 5: Ver las condiciones en que se encuentra mi familiar 6: Sentir que nadie puede entender lo que siento 7: Esperar la información que nos da el médico 8: Esperar a ver mi familiar 9: Sentir que mi familiar no recibe atención de mi parte 10: No entender completamente lo que dice el médico sobre la situación de mi familiar 11: El horario de visitas 12 L: Sentir que los empleados de la clínica se preocupan por mi familiar. 13: Ser orientado sobre el ambiente de la UCI antes de entrar por primera vez	Independien te

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
13	Consumo de medicamentos para dormir	¿Está tomando actualmente algún medicamento para dormir?	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No	Independien te
14	Tiempo de consumo de medicamentos para dormir	¿Desde hace cuánto toma ese medicamento para dormir?	Cualitativa	Ordinal	1: Desde que mi familiar entro a la UCI 2: Entre 1 y 3 meses 3: Entre 4 y 6 meses 4: Más de 6 meses	Independien te
15	Consumo de medicamentos con efecto ansiolítico	¿Está tomando actualmente algún medicamento para tranquilizarse?	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No	Independien te
16	Tiempo de consumo de medicamentos con efecto ansiolítico	¿Desde hace cuánto toma ese medicamento para tranquilizarse?	Cualitativa	Ordinal	1: Desde que mi familiar entro a la UCI 2: Entre 1 y 3 meses 3: Entre 4 y 6 meses 4: Más de 6 meses	Independien te
17	Creencia religiosa	¿Cree en alguna religión?	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No	Independien te

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
18	Escala IDARE 1ª. Aplicación	Medición obtenida con la aplicación del inventario IDARE a las 24 horas de ingreso del paciente a la UCIA	Cualitativa	Ordinal	Para ansieda d estado: •Baja (20-29 puntos) •Moder ada baja (30-39) •Moder ada (40-59) •Moder adamen te alta (60-69 puntos) y •Alta (70-80 puntos)	Dependiente
19	Escala IDARE 1ª. Aplicación	Medición obtenida con la aplicación del inventario IDARE a las 24 horas de ingreso del paciente a la UCIA	Cualitativa	Ordinal	Para ansieda d rasgo: 1•Baja (20-29 puntos) •Moder ada baja (30-39) •Moder ada (40-59) •Moder adamen te alta (60-69	Independien te

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
					puntos) y Alta (70-80 puntos)	
20	Escala IDARE 2ª. Aplicación	Medición obtenida con la aplicación del inventario IDARE a las 72 horas del ingreso del paciente a la UCIA	Cualitativa	Ordinal	Para ansieda d estado: •Baja (20-29 puntos) •Moder ada baja (30-39) •Moder ada (40-59) •Moder adamen te alta (60-69 puntos) y Alta (70-80 puntos)	Dependiente

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
21	Escala IDARE 2ª. Aplicación	Medición obtenida con la aplicación del inventario IDARE a las 72 horas de ingreso del paciente a la UCIA	Cualitativa	Ordinal	Para ansieda d Rasgo: •Baja (20-29 puntos) •Moder ada baja (30-39) •Moder ada (40-59) •Moder adamen te alta (60-69 puntos) y Alta (70-80 puntos)	Independien te
Variables del paciente						
22	Motivo de ingreso del paciente a UCIA	Diagnósti co del paciente	Cualitativa	Nominal	1: Enfermedad neurovascular 2: Enfermedad cardiovascular 3: Sepsis - SDRA 4: Enfermedad autoinmune 5: Cáncer 6: Falla multiorgánica 7. Post operatorio	Independien te
23	Sexo del paciente	¿Cuál es el sexo del paciente?	Cualitativa	Nominal	1: Femenino 2: Masculino	Independien te

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
24	Edad del paciente	¿Cuántos años tiene?	Cuantitativa	Razón	NA	Independien te
25	Estado de consciencia o sedativo del paciente	¿Cuál es el estado conscienc ia o sedativo del paciente?	Cualitativa	Nominal	1: Inconsciencia por sedación (RASS -1 a -5) 2: Inconsciencia por deterioro neurológico (Glasgow 3/15 a 12/15 ó RASS: Agitado con sedación (+1 a +4) 3: Alerta, consciente y orientado (Glasgow 15/15 ó RASS 0) 4: Alerta, consciente y desorientado (Glasgow 13/15 ó 14/15)	Independien te

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
26	Estado de invasión corporal del paciente	¿Cuál es el nivel de invasión corporal del paciente?	Cualitativa	Nominal	1: Alta (IOT, LINEA ARTERIAL, CATETER PIC , SNG, SOG, SONDA TUGSTENO, CVC 250 CIP, SV, MAHURKA, TUBO A TORÁX, DRENE S, Monitorización Continua) 2: Media (SNG, SOG, SONDA TUGSTENO, CVC O CIP, SV, MAHURKA, TUBO A TORÁX, DRENES Monitorización Continua) 3: Baja (SNG, SV, DRENES, ACCESO PERIFERICO, CIP, Monitorización Continua)	Independien te
27	Aislamiento	¿ Tiene el paciente algún tipo de aislamient o?	Cualitativa	Nominal	1:SI 2: NO	Independien te
28	Heridas corporales	¿ Tiene el paciente heridas corporale s?	Cualitativa	Nominal	1:SI 2: NO	Independien te
29	Gravedad de enfermedad y predicción de mortalidad del paciente	Puntuació n según escala SAPS II	cualitativa	ordinal	1. Gravedad de enfermedad 2. Predicción de mortalidad	Independien te

Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	Relación
30	Tiempo de hospitalización del paciente en UCIA	¿Cuánto tiempo lleva hospitalizado el paciente en la UCI?	cuantitativa	NA	NA	Independiente
VARIABLES SOBRE EVALUACIÓN DE INTERVENCIÓN						
Variabl e N°	Nombre	Etiqueta	Naturaleza	Nivel de medició n	Categorías	
31	Tipo de UCIA	¿Cuál es el Modelo de UCIA?	Cualitativa	Nominal	1. UCIA-Cerrada 2. UCIA Abierta	Independiente(intervención)
32	Tiempo de ingreso a UCIA	¿Cuánto lleva el paciente en UCIA	Cualitativa	Nominal	1. 24 horas 2. 72 horas	Independiente(intervención)

Anexo 4: Cuestionario sociodemográfico

A continuación encontrará una serie de preguntas que nos ayudarán a saber cómo se siente usted como familiar de un paciente internado en la Unidad de Cuidado Intensivo para Adultos. En una primera parte se le solicitará información general y en la segunda parte encontrará algunas preguntas que nos ayudarán a identificar cómo se ha sentido.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Lo importante es que usted responda de manera sincera a cada pregunta. Recuerde no pensar las respuestas, si las contesta rápido, se ajustarán mucho más a cómo se siente realmente.

INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de UCIA: Cerrada: _____ Abierta: _____

Código familiar: _____

1. ¿Cuántos años tiene actualmente? _____ años cumplidos.

Marque su respuesta con una X:

2. Usted es: (hombre): _____ (mujer): _____

3. ¿Cuál es su parentesco con el paciente que está actualmente hospitalizado en la UCI? Esposa _____, Esposo _____, Hijo: _____ Hija: _____
Hermano _____, Hermana _____ Madre _____ Padre _____, otro _____
¿Cuál? _____

4. Su Estado Civil es: Soltero(a) _____
Casado(a): _____ Viudo(a): _____ Unión libre _____.

5. ¿Tiene alguna religión?

SI _____.

NO _____.

Si usted tiene alguna religión, por favor responda a la siguiente pregunta. De lo contrario, pase a la pregunta 7.

6. ¿Es usted practicante de su religión?

SI _____ NO _____.

7. **¿Cuál fue su último nivel de estudio?:** Primaria completa _____ Primaria incompleta _____ Bachillerato _____ Técnico o Tecnólogo _____ Universidad _____. Ninguno. _____.

8. **Indique el estrato socioeconómico en el que se encuentra ubicada su vivienda:** 1, 2 ,3 ,4 ,5 ,6

9. **¿En qué zona se encuentra ubicada su vivienda?:** Rural _____ Urbana: _____.

10. **Alguna vez ha estado hospitalizado en la UCI:** Si _____ No _____

Si usted respondió sí a la pregunta anterior, por favor responda la siguiente pregunta. De lo contrario, pase a la pregunta 13.

11. **¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado en una UCI?** Menos de un año __; entre 1 y 2 años __ Más de 2 años ____

12. **¿Cuál fue el motivo por el que estuvo hospitalizado en una UCI?**

13. **Alguna vez ha tenido un familiar hospitalizado en la UCI:** Sí _____ No _____

Si usted respondió sí a la pregunta anterior, por favor responda la siguiente pregunta. De lo contrario, pase a la pregunta 16.

14. **¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo que su familiar estuvo hospitalizado en una UCI?** Menos de un año __; entre 1 y 2 años __ Más de 2 años ____

15. **¿Cuál fue el motivo por el que estuvo su familiar hospitalizado en una UCI?**

16. **¿Qué le angustia a usted como cuidador de su familiar? Puede marcar varias opciones.**

A No saber cómo está mi familiar

B: Las reuniones en las que el médico nos dice cómo está mi familiar

C No poder hablar con el médico cuando lo necesito

D No poder ver a mi familiar

E: Ver las condiciones en que se encuentra mi familiar

F: Sentir que nadie puede entender lo que siento

G: Esperar la información que nos da el médico

H: Esperar a ver mi familiar

- I: Sentir que mi familiar no recibe atención de mi parte
J: No entender completamente lo que dice el médico sobre la situación de mi familiar
K: El horario de visitas
L: Sentir que los empleados de la clínica se preocupan por mi familiar.
M: Ser orientado sobre el ambiente de la UCI antes de entrar por primera vez.

17. ¿Está tomando actualmente algún medicamento para tranquilizarse?

SI _____ NO _____

Si su respuesta a la pregunta anterior fue sí, por favor responda a la siguiente pregunta. De lo contrario, pase a la pregunta 20.

18. ¿Cómo se llama este medicamento? _____

19. ¿Desde hace cuánto toma ese medicamento para tranquilizarse?

- A. Desde que mi familiar entro a la UCI
- B. Entre 1 y 3 meses
- C. Entre 4 y 6 meses
- D. Más de 6 meses

20. ¿Está tomando actualmente algún medicamento para dormir?

SI _____ NO _____

Si su respuesta a la pregunta anterior fue sí, por favor responda a la siguiente pregunta. De lo contrario, usted ha terminado de diligenciar este cuestionario.

21. ¿Cómo se llama este medicamento? _____

22. ¿Desde hace cuánto toma ese medicamento para dormir?

- A. Desde que mi familiar entro a la UCI
- B. Entre 1 y 3 meses
- C. Entre 4 y 6 meses
- D. Más de 6 meses

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 5: Formato de recolección variables clínicas del paciente de UCIA

1. Diagnóstico del paciente:

- 1: Enfermedad neurovascular
- 2: Enfermedad cardiovascular
- 3: Sepsis - SDRA
- 4: Enfermedad autoinmune
- 5: Cáncer
- 6: Falla multiorgánica
7. Post operatorio
8. Otro

2. ¿Cuál es el sexo del paciente?

- 1 : Femenino
- 2: Masculino

3. ¿Cuántos años tiene?

Años cumplidos: _____.

4. ¿Cuál es el estado de consciencia o sedativo del paciente?

- 1: Inconsciencia por sedación (RASS -1 a -5)
- 2: Inconsciencia por deterioro neurológico (Glasgow 3/15 a 12/15 ó RASS: Agitado con sedación (+1 a +4)
- 3: Alerta, consciente y orientado (Glasgow 15/15 ó RASS 0)
- 4: Alerta, consciente y desorientado (Glasgow 13/15 ó 14/15)

5. ¿Cuál es el nivel de invasión corporal del paciente?

- 1: **Alta** (IOT, LINEA ARTERIAL, CATETER PIC, SNG, SOG, SONDA TUGSTENO, CVC O CIP, SV, MAHURKA, TUBO A TORÁX, DRENES, Monitorización Continua)
- 2: **Media** (SNG, SOG, SONDA TUGSTENO, CVC O CIP, SV, MAHURKA, TUBO A TORÁX, DRENES Monitorización Continua)

3: **Baja** (SNG, SV, DRENES, ACCESO PERIFERICO, CIP, Monitorización Continua)

6. ¿Tiene el paciente algún tipo de aislamiento?

1: SI ____.

2: NO ____:

7. ¿Tiene el paciente heridas corporales?

1: SI ____.

2: NO ____:

8. Puntuación según escala SAPS II

1. Gravedad de enfermedad: _____.

2. Predicción de mortalidad: _____.

9. Tiempo de hospitalización del paciente en UCIA

_____ horas.

Anexo 6: Consentimiento informado para el cuidador.

Apreciado cuidador:

Queremos invitarlo a participar en el estudio denominado: **“ANSIEDAD EN CUIDADORES-FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS (UCIA) CON Y SIN RESTRICCIÓN DE VISITAS”**, que estamos desarrollando en la Clínica de los Andes de Tunja. Todos los doctores de la UCIA saben que estamos haciendo esta invitación y específicamente, el estudio está a cargo de la enfermera Jefe Sandra Lizeth Díaz y del señor Guillermo Díaz que están haciendo la Maestría en Epidemiología en la Universidad del Rosario.

Comprendemos que para muchas personas tener a un familiar en la UCIA es una situación difícil y angustiante. Por eso, nuestro interés es poder identificar cómo se sienten los cuidadores de nuestros pacientes de la UCIA.

Si usted acepta participar en este estudio, le pediremos que cuando esté en la Clínica, nos colabore llenando unas encuestas. Una persona, estará con usted para ayudarlo a diligenciarlas. Esto se hará dos veces. Ahora que su familiar acaba de ingresar a la UCIA y en tres días nuevamente.

Llenar estas encuestas le tomará máximo 30 a 40 minutos.

Su participación es completamente voluntaria, toda la información que usted nos proporcione es anónima y confidencial y será utilizada única y exclusivamente con fines académicos y de investigación.

Si decide no participar en este estudio, no hay ningún problema. Su decisión no va a afectar de ninguna manera la atención médica que está recibiendo su familiar en la UCIA.

Si usted decide que sí desea participar en este estudio:

1. Estará contribuyendo de manera muy valiosa a que podamos establecer medidas para que los cuidadores de nuestros pacientes que están en la UCIA se sientan mejor.
2. Tendrá la oportunidad de recibir intervención con primeros auxilios psicológicos y recibir información sobre consulta psicológica a través de su Seguro de Salud para que lo apoyen en caso de que encontremos que su nivel de angustia es muy alto.
3. Recibirá un folleto didáctico con información sobre el manejo de la ansiedad.
4. Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto le genere ningún inconveniente a usted o a su familiar que se encuentra en la UCIA.

5. NO recibirá retribución económica por su participación.
6. Podrá conocer los resultados del estudio de manera general solicitándole al investigador que se los comunique una vez finalizado el estudio.

Participar en este estudio no le genera ningún riesgo. Al contrario, creemos que tener la oportunidad de hablar acerca de cómo nos sentimos, siempre es benéfico. En caso de que al diligenciar las encuestas se identifique que su nivel de angustia es muy alto, se informará a Trabajo Social para que usted pueda recibir apoyo psicológico, al ser remitido a consulta psicológica por parte de su EPS.

Yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ de _____, declaro que he comprendido la información contenida en este documento, que me han sido aclaradas las dudas que tuve sobre el estudio y que decido participar de manera voluntaria en este estudio.

Firma del cuidador

CC.: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Nombre del testigo 1

Firma

CC.: _____

Fecha: _____

Nombre del testigo 2

Firma

CC.: _____

Fecha: _____

En caso de tener inquietudes o preguntas sobre el estudio, por favor comunicarse con el Comité de ética de la Universidad CES de Medellín al teléfono: 4 44 05 55 y/o con los investigadores. Sandra Lizeth Díaz al teléfono: 3132521710; y Guillermo Díaz: 3125321236.

Anexo 7: Folleto tipo plegable

¿SU FAMILIAR ESTÁ HOSPITALIZADO EN UCI ADULTOS?

Sabemos que es una dura experiencia que produce muchos cambios en su vida, es natural que sienta emociones de tristeza, rabia y desesperación.



Es natural que sienta mucha preocupación y ganas de llorar.



PERO....

¡Tenga cuidado!

Cuando esos sentimientos son fuertes y los siente todo el tiempo, tanto que se siente muy tenso, alterado, nervioso, casi a punto de explotar y hasta pierde la confianza en usted mismo, entonces...

NO ES NATURAL QUE SE SIENTA ASÍ!

Manejo de la ansiedad

Si eso está sucediendo entonces posiblemente usted está:

ANSIOSO

¿Qué es la ansiedad?

Es una reacción emocional propia de todas las personas, un sentimiento de miedo o inquietud que ni la propia persona sabe cómo explicar, una emoción que en bajas dosis es normal cuando se pasa por situaciones de peligro, pero que cuando aumenta es negativa para la salud mental de la persona que la siente.



SIERRAJO. Ansiedad, angustia y otros trastornos de ansiedad. En: OCEGAY, ZULEYDIT I. editora. REVISTA ALMA ESTAR E SUBJETIVIDADES / PORTALES. ART. GOS 2006. p. 30-50.

TÉCNICAS SENCILLAS PARA ALIVIAR SU ANSIEDAD



1. Reconozca y acepte su ansiedad.



2. Hable de esos sentimientos con una persona que le genere confianza.

3. Piense en qué es lo que lo está haciendo sentir ansioso en particular y trate de usar ideas realistas para retirar ese sentimiento.

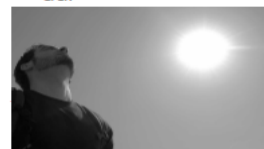


4. Intente distraerse con cosas que lo hagan sentir mejor: Escuchar una canción, ver algún video, cerrar los ojos, recordar un momento feliz, caminar un poco, hacer algo de ejercicio.

Manejo de la ansiedad

tomado de <http://www.tratamiento para tu ansiedad.com/>
maneras-consejos rapidos para calmar la ansiedad/

5. Practicar cinco minutos de respiración profunda.



RECUERDE:

No espere más tiempo, la ansiedad no se va por sí sola. Pida ayuda a Psicología si lo necesita.



Elaborado por:
Sandra Lizeth Díaz Niño
Especialista Maestría en Epistemiología UIR-CES

Imagen generada por
<https://pixelart.com/es/>

Anexo 8: Modelos matemáticos para evaluar las variables de confusión.

MODELO		B	p	OR	R2
Modelo 0	Constante	0,405	0,097	1,5	0,072
Modelo 1	Tipo de UCIA	0,973	0,054	2,647	0,081
	Constante	-0,057	0,866	0,944	0,081
Modelo 2	Tipo de UCIA	1,002	0,049	2,724	0,087
	Edad	0,014	0,506	1,014	0,087
	Constante	-0,659	0,495	0,517	0,087
Modelo 3	Tipo de UCIA	1,056	0,042	2,875	0,089
	Edad	0,015	0,465	1,015	0,089
	Sexo	-0,306	0,558	0,736	0,089
	Constante	-0,618	0,523	0,539	0,089
Modelo 4	Tipo de UCIA	1,058	0,043	2,882	0,089
	Edad	0,015	0,478	1,015	0,089
	Sexo	-0,308	0,557	0,735	0,089
	Antecedentes de hospitalización de algún familiar en UCIA	-0,028	0,961	0,973	0,089
	Constante	-0,624	0,522	0,576	0,089
Modelo 5	Tipo de UCIA	1,041	0,044	2,831	0,122
	Edad	0,016	0,473	1,016	0,122
	Sexo	-0,282	0,596	0,754	0,122
	Antecedentes de hospitalización de algún familiar en UCIA	-0,007	0,990	0,993	0,122
	Zona de ubicación de la vivienda	0,730	0,165	2,076	0,122
	Constante	-0,944	0,352	0,389	0,122
Modelo 6	Tipo de UCIA	1,049	0,051	2,854	0,155
	Edad	0,005	0,826	1,005	0,155
	Sexo	-0,273	0,612	0,761	0,155

MODELO		B	p	OR	R2
Modelo 7	Antecedentes de hospitalización de algún familiar en UCIA	-0,031	0,957	0,969	0,155
	Zona de ubicación de la vivienda	0,401	0,488	1,494	0,155
	Nivel educativo	-0,384	0,173	0,681	0,155
	Constante	0,657	0,673	1,929	0,155
	Tipo de UCIA	1,042	0,052	2,835	0,156
	Edad	0,006	0,811	1,006	0,156
	Sexo	-0,244	0,658	0,784	0,156
	Antecedentes de hospitalización de algún familiar en UCIA	-0,29	0,961	0,972	0,156
	Zona de ubicación de la vivienda	0,388	0,505	1,473	0,156
	Nivel educativo	-0,386	0,172	0,680	0,156
	Religión	-0,190	0,816	0,827	0,156
	Constante	0,803	0,633	2,232	0,156

Fuente: Bases de datos SPSS recolección primaria UCIA Los Andes Tunja.

Anexo 9. Ilustración 1. Cálculo de tamaño muestral en programa Epidat.

Epidat: Programa para análisis epidemiológico de datos

Archivo Edición Módulos Herramientas Ventana Ayuda

Índice de cálculos

[1] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes

Módulos en uso

☒ Comparación de proporciones independientes

Resultados

[1] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:

Población 1: 73,000%

Población 2: 34,000%

Razón entre tamaños muestrales: 1,00

Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	30	30	60
81,0	30	30	60
82,0	31	31	62
83,0	32	32	64
84,0	32	32	64
85,0	33	33	66
86,0	34	34	68
87,0	35	35	70
88,0	36	36	72
89,0	37	37	74
90,0	38	38	76

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (χ^2).

Fuente: Epidat 3.1, procesamiento del tamaño de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SIERRA JC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. In: ORTEGA V, ZUBEIDAT I, editors. *REVISTA MAL-ESTAR E SUBJETIVIDADE / FORTALEZA: ARTIGOS*; 2003. p. P. 10 - 59.
2. Achury Beltrán LF. Panorama general de las visitas en las unidades de cuidado intensivo. (Spanish). *Overview of visits in intensive care units (English)*. 2014;16(1):61.
3. E. Celis-Rodríguez M, FCCM S. Rubiano M. *DESARROLLO DEL CUIDADO INTENSIVO EN LATINOAMERICA*. Fundación Santa Fe de Bogotá [Internet]. marzo 2007:[(97-100) pp.].
4. QUIJANO F. HISTORIA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, DOS ANTECEDENTES MEXICANOS. In: MEXICO GMD, editor. *HISTORIA DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS*. 4. MEXICO1991. p. 381-4.
5. Weil MH, Tang W. From intensive care to critical care medicine: a historical perspective. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*. 2011;183(11):1451-3.
6. Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*. 2005;16(2):73-83.
7. Ilemann CZL, A. García Mozo R, Quintana Carbonero C, Calvin S, Ortiz EA. Abrir la unidad de cuidados intensivos a los familiares: ¿qué opinan los profesionales? *Enferm Intensiva [Internet]*. 2009; 21(2):[52-7 pp.].
8. Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Critical Care (London, England)*. 2013;17(2):R71-R.
9. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2008;36(1):30-5.
10. Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, Wright ES, Hopkins RO, Butler JM, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2016;25(1):46-50.
11. DÍAZ SÁNCHEZ A, DÍAZ SÁNCHEZ N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. **NURE Investigación**, [SJ], [Internet]. nov. 2004.
12. Rocío Galvis López C, Salamanca Ramos E. Percepción de necesidades en cuidadores familiares de adultos internados en una unidad de cuidados intensivos de una institución prestadora de salud (IPS) privada en Villavicencio, Colombia. (Spanish). *Perceived Needs in Family Caregivers of Adults Hospitalized in an Intensive Care Unit of a Private Health Providing Institution in Villavicencio, Colombia (English)*. 2014;16(2):81-94.
13. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres MT, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2010;2(1):20-7.
14. Kourti M, Christofilou E, Kallergis G. Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. *Síntomas de ansiedad y depresión en familiares de pacientes en la UCI*. 2015;33(1):47-54.
15. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care*. 2014;23(4):316-24.
16. da Costa Melo RM, dos Santos Rua M, de Brito Santos CSV. Necesidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Necesidades del cuidador familiar en relación al cuidado de la persona dependiente: una revisión integradora de la literatura*. 2014;4(2):143-51.
17. Kirchhoff KT, Dahl N. American Association of Critical-Care Nurses' national survey of facilities and units providing critical care. *Am J Crit Care*. 2006;15(1):13-27.
18. Montoya Tamayo DP, Monsalve Ospina TP, Forero Pulido C. Original: Significado del afrontamiento familiar para enfermeras de unidades de cuidados intensivos de adultos de Medellín. *Meaning of family confrontation for nurses of intensive care units for adult people - Medellín 2013 (English)*. 2015;26:144-52.
19. Herrera MM, Carrillo González GM. LA EXPERIENCIA DEL FAMILIAR DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN BUCARAMANGA (COLOMBIA): UN ESTUDIO FENOMENOLÓGICO. (Spanish). *Family experience of person hospitalized in intensive care unit in Bucaramanga (Colombia): a phenomenological study (English)*. 2015;15(1):95-106.
20. Pardavila Belio MI, Vivar CG. Original: Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Revisión de la literatura. Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature (English)*. 2012;23:51-67.

21. Holanda Pena MS, Ots Ruiz E, Dominguez Artiga MJ, Garcia Miguelez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. [Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families]. *Med Intensiva*. 2015;39(1):4-12.
22. Fumis RR, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS One*. 2015;10(1):e0115332.
23. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres MT, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2010;21(1):20-7.
24. Rodriguez Villar S, Sanchez Casado M, Prigerson HG, Mesa Garcia S, Rodriguez Villar M, Hortiguera Martin VA, et al. [Incidence of prolonged grief disorder in relatives of patients who die during or after admission in Intensive Care Unit]. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2012;59(10):535-41.
25. Hidalgo Fabrellas I, Velez Perez Y, Pueyo Ribas E. [What is important for the family of patients in the intensive care unit?]. *Enferm Intensiva*. 2007;18(3):106-14.
26. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356(5):469-78.
27. Jesús R-G. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria / Consequences of family care over caregiver: A complex and necessary assessment. *Index de Enfermería*. 2010(1):47.
28. OMS. OMS | La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. WHO. 2016.
29. EPSTEIN D. OMS | La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. WHO. 2014.
30. Uribe AG, Social MdSyP, Gómez FR, Servicios VdSPyPd, Guerrero CED, Social VdP, et al. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2015, TOMO I. COLOMBIA 2015.
31. Monsalve V, Andrés Jd, Soriano Pastor JF, Gómez Carretero P. El ingreso en la unidad de cuidados intensivos: la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de psicología*, ISSN 0212-8179, Nº 87, 2006, págs 61-88. 2006.
32. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal Of Clinical Nursing*. 2005;14(4):501-9.
33. Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Ann Intensive Care*. 2014;4:37.
34. Adams S, Miller L, Soto R, Herrera A. Visitation in the intensive care unit: Impact on infection prevention and control. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2011;34(1):3-10.
35. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: Time to change. *Journal of the American Medical Association*. 2004;292(6):736-7.
36. Ángela EA, Carolina EG, Felipe LA, Martha LA, Luz CR. CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE UN CONCEPTO DE CUIDADO HUMANIZADO EN ENFERMERÍA / COLLECTIVE BUILDING OF A CONCEPT IN NURSING HUMANIZED CARE. *Ciencia y enfermería*. 2015(2):39.
37. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres MT, et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2010(1):20-7.
38. Hart A, Hardin SR, Townsend AP, Ramsey S, Mahrle-Henson A. Critical care visitation: Nurse and family preference. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2013;32(6):289-99.
39. Magnani D, Lionte G, Di Lorenzo R, Pisani M, Palazzolo C, Ferri P. Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) abiertas: las opiniones de los profesionales sanitarios. Un estudio cualitativo. "Open"intensive care units: point of view of healthcare professionals A qualitative study. 2015;19(4):164-8.
40. La UCI de Trauma se humaniza y será un servicio de puertas abiertas... 2016.
41. Pernía-Duque M N-SA. Efectividad de un plan de intervención psicoterapéutica en la ansiedad de familiares de pacientes ingresados en terapia intensiva. *Arch Venez Psiquiatr Neurol* ed2002. p. 6-9.
42. Ayllón Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernández MI, Sánchez Zugazua J. Revisión: Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: perspectiva de los profesionales. *Open door intensive care unit: View of the professionals (English)*. 2014;25:72-7.
43. Di Bernardo V, Grignoli N, Marazia C, Malacrida R, Andreotti J, Perren A. Sharing intimacy in "open" intensive care units. *Journal of Critical Care*. 2015;30(5):866-70.
44. HERAS GEa. Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas. . 1 ed. Colombia. DE, editor. Bogotá Colombia. 2017.

45. Endler NS, Kocovski NL. State and trait anxiety revisited. *Journal of Anxiety Disorders*. 2001;15(3):231-45.
46. Cach Castañeda C, Tun González D, Vega-Morales E, Rosado Alcocer L, May Uitz S. Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. *Enfermería universitaria*. 2015;12:102-9.
47. Rojas-Carrasco KE. Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. (Spanish). *Revista Medica del IMSS*. 2010;48(5):491-.
48. Pernía-Duque M N-SA. Efectividad de un plan de intervención psicoterapéutica en la ansiedad de familiares de pacientes ingresados en terapia intensiva. *Arch Venez Psiquiatr Neurol*. 2002; p. 6-9.
49. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nursing In Critical Care*. 2005;10(1):23-30.
50. Kulkarni HS, Kulkarni KR, Mallampalli A, Parkar SR, Karnad DR, Guntupalli KK. Comparison of anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms in relatives of ICU patients in an American and an Indian public hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2011;15(3):147-56.
51. Fumis RRL, Deheinzeln D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *INTENSIVE CARE MEDICINE*. 2009;35(5):899-902.
52. Obringer K, Hilgenberg C, Booker K. Needs of adult family members of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(11/12):1651-8.
53. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *JOURNAL OF CRITICAL CARE*. 2005;20(1):90-6.
54. Jesús Manuel NA. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España / Review of studies on nurses of intensive care of Spain units. Murcia: Universidad de Murcia; 2012. p. 267.
55. Rivas Herrera JC, Salcedo Álvarez RA. La institucionalidad del cuidador familiar en un centro hospitalario. *Institutionalize of relative carer into a hospital center*. 2017;22(2):93-7.
56. Vázquez Calatayud M, Eseverri Azcoiti MC. Revisión: El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson. *The caring of family members in the intensive care units from the Jean Watson perspective (English)*. 2010;21:161-4.
57. Machín EI. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Nursing: Jean Watson's theory and emotional intelligence - a human perspective*. 2015;31(3):1-.
58. Rodríguez Núñez A, Crespo Suárez P, Martins de Oliveira Pereira Caldas C, Pérez Rodríguez Ma, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JMa. Información y atención en cuidados intensivos pediátricos. Opiniones de los padres. *Information and quality of care in a pediatric intensive care unit parents' opinion (English)*. 2004;61:231-5.
59. Hidalgo Fabrellas I, Velez Perez Y, Pueyo Ribas E. [What is important for the family of patients in the intensive care unit?]. *Enferm Intensiva*. 2007(3):106-14.
60. Rukholm E, Bailey P, Coutu-Wakulczyk G, Bailey WB. Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients. *Journal Of Advanced Nursing*. 1991;16(8):920-8.
61. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*. 2013;29:1038-59.
62. Rego R, Lins Fumis Pa, T. O, Ranzani M, Priscila Paglia Faria R, Guilherme Schettino M, PhD. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care*. 2015;30(440.e1–440.e6):1-6.
63. Spielberger CD, Guerrero RD. IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo -Estado Manual e Instructivo México: El manual moderno; 2002. p. 30 p.
64. Marta L. Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. *Debate Feminista*. 1999:84.
65. DANE. Estratificación socioeconómica -Preguntas frecuentes. 2017 [Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/component/Search/?searchword=estrato%20socioecon%C3%B3mico&searchphrase=all&Itemid=109>].
66. Navarro J. Definición de Zona Urbana y Rural Sitio: Definición ABC.2017 [Available from: <http://www.definicionabc.com/geografia/zona-urbana-rural.php>].
67. Nelson G, Juan Manuel T, Carlos C, Felipe Z, Fabián J. Desempeño del APACHE II y el SAPS 3 Adaptación regional en una población de pacientes críticos de Colombia / Performance of APACHE II and SAPS 3 Regional adaptation in a population of critically ill patients in Colombia. *Acta Medica Colombiana*. 2014(2):148.
68. Instrumentos de Evaluación Psicológica: Parte IV. Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de los estados de ansiedad y depresión: Capítulo 10. Instrumentos para el estudio de la ansiedad y

la depresión: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger 2016 [Available from: <http://qsdsl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0psicolo1--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1/--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01c8a63a59a94100eaf4f010.6.1.2.>

69. BLANCO R JH, MAYA M JM, TORRES dG, Yolanda. *Epidemiología Básica y principios de Investigación*. Tomo III. Tercera ed. CIB FE, editor. Medellín , Colombia2016. 367 p.

70. 2003 SP-, Bioética PRd, Salud OPdl, Salud OMdl. PAUTAS ÉTICAS DE INVESTIGACIÓN EN SUJETOS HUMANOS: NUEVAS PERSPECTIVAS. <http://actabioethica.cl/docs/pautas.pdf2003>.

71. INVIMA. Resolución No. 8430 del 4 de Octubre de 1993 - Invima 2013 [Available from: <https://www.invima.gov.co/resoluciones-medicamentos/2977-resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993.html>].

72. Ley 1090 de 2006 - Ley del Psicólogo - Colombia 2016 [Available from: <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>].

73. Kutash M, Northrop L. Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. (0309-2402 (Print)).

74. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care*. 2012;18(5):540-7.

75. Errasti-Ibarrondo B, Tricas-Sauras S. Revisión: La visita flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para los familiares del paciente crítico. *Benefits of flexible visitation in the intensive care units for the family of critical patients (English)*. 2012;23:179-88.

76. Marina Rumiko M, Luiza Elaine G. Necesidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos *Necesidades de los familiares de pacientes internados en unidad de cuidados intensivos Needs of family members of patients admitted to an intensive care unit*. *Acta Paulista de Enfermagem*, Vol 20, Iss 1, Pp 37-43 (2007). 2007(1):37.

77. de Ríos-Briz N. Cuidados intensivos de puertas abiertas: ¿estamos preparados los profesionales? *Enfermería Intensiva*. 2017;28(4):187.