

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y EL GRADO DE
SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES EN
EMERGENCIA”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

ANALI ARACELLY CABANILLAS MARTOS

ASESORA:

Dra. PAOLA A. RODRÍGUEZ GARCÍA

TRUJILLO – PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE:

Dr. ROSALES GARCIA, ROBERTO

SECRETARIA:

Dra. MUÑOZ ARTEAGA, ELIZABETH

VOCAL:

Dra. RAMIREZ ESPINOLA, ANA

DEDICATORIA

A Dios, por iluminarme, bendecirme, protegerme y darme la fortaleza de no rendirme jamás. Porque con Él todo lo puedo, sin Él nada.

A mis padres, Ángel y Violeta, por depositar su entera confianza en mí, por enseñarme día a día que con humildad, perseverancia y paciencia todo se puede lograr; por levantarme cuando estaba derrotada y caída; darme fortaleza para no desfallecer, darme la oportunidad de elegir mi camino y ayudarme a desarrollarlo, además porque sin escatimar esfuerzo alguno, me apoyaron a realizar una de mis grandes metas, por ustedes soy lo que soy ahora.

A mi hermana María del Carmen, por estar a mi lado en estos años de mi carrera profesional y compartir conmigo buenos y malos momentos, esa preocupación, esa confianza y ese abrazo que supo darme cuando más lo necesitaba.

A todos mis seres queridos, especialmente a mis tíos Medardo, Ausberto, Aurea, Luis, Jesús y Manuel; a mis primos Luis y Guillermo, seres con los que he compartido momentos inolvidables a lo largo de mi vida y estuvieron pendientes en forma asertiva de mis logros y formación profesional.

AGRADECIMIENTO

- A Dios, por iluminarme, bendecirme y estar conmigo siempre, permitiéndome hoy ver hecho realidad una de mis grandes metas.
- A mi gran familia, por su interminable apoyo en todo momento de mi vida, por su confianza, sus enseñanzas, consejos y ánimo diario que me brindaron día a día.
- A mi asesora, Dra. Paola A. Rodríguez García, por sus conocimientos brindados, su apoyo incondicional, tiempo, paciencia, consejos, confianza y amistad depositada en mí; porque ha sido fundamental no solo para lograr realizar y culminar este trabajo, sino para crecer cada día como profesional.
- Quiero extender mi agradecimiento a cada uno de mis docentes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, por sus enseñanzas y conocimientos que me transmitieron a lo largo de mi formación profesional.
- Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de este trabajo de investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe asociación entre nivel de ansiedad y grado de satisfacción en familiares de pacientes atendidos en emergencias del Hospital Regional de Cajamarca.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo comparativo, observacional, retrospectivo, seccional transversal. La población de estudio estuvo constituida por 108 familiares de pacientes; los cuales fueron divididos en 2 grupos: con ansiedad o sin ansiedad; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado.

Resultados: No se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables, edad, género ni procedencia entre los familiares de pacientes con ansiedad o sin ansiedad ($p < 0.05$). La distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según nivel de ansiedad fue: ansiedad (25%) y sin ansiedad (75%). La distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según grado de satisfacción fue: inadecuada (31%) y adecuada (69%). La satisfacción inadecuada es factor asociado a ansiedad en familiares de pacientes, con un odds ratio de 6.9 el cual resultó significativo ($p < 0.05$).

Conclusiones: Existe asociación entre nivel de ansiedad y grado de satisfacción en familiares de pacientes atendidos en emergencias del Hospital Regional de Cajamarca.

Palabras Clave: *Nivel de ansiedad, grado de satisfacción, familiares.*

ABSTRACT

Objective: To determine if there is an association between level of anxiety and degree of satisfaction in family members of patients seen in emergencies of the Regional Cajamarca Hospital.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, cross sectional study was carried out. The study population consisted of 108 relatives of patients; Which were divided into 2 groups: with anxiety or without anxiety; The odds ratio and chi-square test were calculated.

Results: There were no significant differences in relation to the variables, age, gender or origin among the relatives of patients with anxiety or without anxiety ($p < 0.05$). The distribution of the relatives of patients attended in emergencies according to level of anxiety was: Anxiety (25%) and without anxiety (75%). The distribution of the relatives of patients treated in emergencies according to degree of satisfaction was: inadequate (31%) and adequate (69%). Inadequate satisfaction is a factor associated with anxiety in family members of patients, with an odds ratio of 6.9 which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: There is an association between level of anxiety and degree of satisfaction in family members of patients seen in emergencies of the Regional Cajamarca Hospital.

Key Words: *Level of anxiety, degree of satisfaction, family.*

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	<i>i</i>
AGRADECIMIENTO.....	<i>ii</i>
RESUMEN	<i>iii</i>
ABSTRACT.....	<i>iv</i>
I. INTRODUCCION.....	1
II. MATERIAL Y METODOS.....	9
III. RESULTADOS.....	20
IV. DISCUSION.....	26
V. CONCLUSIONES.....	29
VI. RECOMENDACIONES.....	30
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	31
Anexos:.....	35

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco Teórico:

La primera historia escrita sobre la calidad y satisfacción en los servicios de salud se encuentra en la época de los Babilonios, en el código de Hammurabi, sexto rey semita (1792- 1750 a.C.). A pesar que la calidad y satisfacción en los servicios de salud ha sido un tema ampliamente tratado en la literatura desde hace más de 40 años, su definición, interpretación y evaluación continua siendo polémica y compleja, debido a los múltiples factores involucrados. Parasuraman Zeithaml y Berry (1994), realizaron los estudios iniciales y formales de calidad de Servicios de salud.⁽¹⁾

El enfoque de calidad del servicio se ha expandido notoriamente, observando que se encuentra mayormente concentrado sobretodo en el nivel hospitalario, en las unidades productoras de servicios del tercer nivel, como parte del proceso de Modernización de la Gestión Hospitalaria, aprovechando los conceptos y herramientas de los que Moraes Novaes ha denominado “nueva ingeniería gerencial”.^(2,3,4)

El término calidad de atención hace referencia a la atención médica. Esto se puede observar al revisar la definición de calidad de atención dada por la Organización Mundial de la Salud, según la cual consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente.^(5,6,7)

Dentro de los indicadores de la calidad, a los cuales se le otorga cada vez mayor importancia, se incluyen la satisfacción del paciente con la atención recibida y el clima organizacional como una medida de satisfacción del cliente interno.^(8,9)

La calidad se encuentra determinada por la opinión del usuario respecto al servicio recibido, no por la del médico tratante o el encargado de relaciones públicas del hospital, o por los responsables del apoyo al tratamiento y mercadotecnia, ni mucho menos por la opinión de la dirección general del hospital. La calidad está basada en la experiencia real del usuario con el servicio, contrastada con sus requisitos y siempre representa un objetivo móvil que lo demuestra en su entorno y es lo que le da el crédito a una institución de servicios de salud. ^(10,11)

La satisfacción del usuario en los servicios de salud con la atención recibida ha sido estudiada extensivamente en los últimos años. El grado de insatisfacción ha sido asociado a adherencia al tratamiento, la búsqueda de nuevos médicos tratantes y al impacto (end-point) del tratamiento; también ha sido estudiada como una medida intrínseca del resultado de una terapia. La literatura sostiene que la satisfacción está en relación con la dirección de la no-confirmación de las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio. ^(12,13)

El análisis de satisfacción del usuario, vista como un indicador de la dimensión del resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura como lo son las comodidades, instalaciones físicas y organización; el proceso referido a procedimientos y acciones realizadas en la consulta y el resultado, cambio en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida, se puede obtener de aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención. ^(14,15)

Los familiares de los pacientes, desde el momento de la evaluación inicial y a lo largo del proceso de atención médica, albergan expectativas hacia los servicios de salud y la atención que esperan recibir de éstos. El grado en que los servicios sean capaces de satisfacer dichas expectativas condicionará la confianza que los familiares depositen en estos servicios, lo que a su vez repercutirá sobre su capacidad para prestar un buen apoyo

emocional al paciente así como sobre la adherencia al tratamiento y la evolución clínica del paciente.^(16,17)

Los resultados de los estudios con familiares son prácticamente idénticos a los de la satisfacción del paciente. Por una parte, se aprecia una elevada satisfacción con la dimensión personal y el trato recibido; pero una moderada satisfacción con la información recibida y con la posibilidad de implicación en la planificación del tratamiento.^(18,19)

El Ministerio de Salud (MINSA), reconoce la necesidad de una modernización que considere la calidad en la gestión de los establecimientos de salud, por lo cual empieza a desarrollar iniciativas de Garantía de la Calidad y de Mejoramiento Continuo de los Procesos. Se define así, la Gestión de la Calidad, como una función directiva que desarrolla y aplica la política de calidad a través de cuatro procesos planificación, organización, control y mejora.^(20,21)

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.⁽²²⁾

La ansiedad, es un trastorno común, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de trastorno de ansiedad, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña. Los trastornos de ansiedad son 2 veces más prevalentes en mujeres.^(23, 24,25)

La ansiedad es frecuente en la actividad clínica de atención primaria. Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente lo presentan, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. En el anciano estos trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 5-10%. Destaca la alta comorbilidad con la depresión, principalmente en el adulto mayor.^(26,27)

La ansiedad se caracteriza también por su alta tasa de comorbilidad; de hecho, estos pacientes tienen un 90% de probabilidades de ser diagnosticados con al menos otro trastorno comórbido a lo largo de su vida. Las tasas de remisión son bajas y normalmente se convierte en una enfermedad crónica, que se traduce en una reducción del funcionamiento de estos pacientes. ^(28, 29,30)

Torrents et al, refuerzan la idea de que “los familiares de un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos sufren ansiedad, desorganización y necesidad de ayuda, sobre todo las primeras 18-24 horas posteriores al ingreso”. Por lo tanto, el núcleo familiar involucrado requiere tanto de apoyo emocional como de una excelente y clara comunicación sobre el estado de salud del paciente. La enfermedad de un miembro de la familia puede causar grandes cambios, provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa. ⁽³¹⁾

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. El trastorno de ansiedad es uno de los trastornos del ánimo más comunes y su síntoma principal es la preocupación patológica. Los criterios diagnósticos descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)-IV TR incluyen preocupación excesiva con una duración de al menos 6 meses, asociado con al menos otros tres síntomas entre los siguientes: inquietud o impaciencia, tensión muscular, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad de concentración y fatiga. ^(32, 33,34)

Para la ansiedad tenemos la escala de valoración de Hamilton (Hamilton anxiety rating scale (HARS) Se trata de una escala aplicada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador valora a través de una serie de 14 preguntas los signos y síntomas cada una de las cuales puntúa de 0 a 4 puntos según la intensidad como la frecuencia del mismo.; por otro lado hay un grupo de ítems que corresponden a la valoración de la ansiedad psíquica y otros a la valoración de la ansiedad somática. ^(34,35)

1.2. Antecedentes:

Vilchis – Águila I, et al México. 2010. “Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental y detección por el médico de urgencias” Realizó su estudio en el Servicio de Urgencias del Hospital Ángeles del Pedregal en la ciudad de México el 2010 utilizando la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Se evaluaron 96 pacientes (entre 18 – 81 años) de los cuales se determinó que 32 (34,8%) presentaron ansiedad; con una mayor prevalencia del sexo femenino 65.6% (63) frente a un 34,4%(33) del sexo masculino en un rango etario predominante de entre 18-27 años (33,3%). Se determinó además que en la media predominó el estado civil soltero 55.2% (53) y la ocupación empleados 31,2% (30). Por lo que se refiere a la escolaridad predominó la licenciatura 54,2% (52).⁽³⁶⁾

Molina C, et al (México, 2012); llevaron a cabo un estudio con miras a determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados; se encuestaron 197 familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados de 24 servicios médico-quirúrgicos. Se obtuvieron los datos sociodemográficos y se realizaron dos encuestas para evaluar el grado de ansiedad y depresión; observando que la prevalencia de ansiedad fue de 49.2% y depresión de 35.0% mediante el cuestionario (HAADS). Con el inventario de Beck se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 25.9%; concluyendo que la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados, en salas generales como de áreas críticas, es parecida a la de sus acompañantes; dichas alteraciones afectan en el retraso, evolución de los enfermos y toma de decisiones.⁽³⁷⁾

Ramos V, et al (Colombia, 2012); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de evaluar la percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado que otorga el personal de Enfermería durante su estancia hospitalaria; por medio de un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. Los resultados con respecto a la atención se analizaron para determinar si existía alguna asociación entre las diferentes variables, se presentó

23.5% de insatisfacción tomando en cuenta las áreas, iniciando con la oportunidad del 4.12%, la amabilidad, un 4.24% en el proceso de la atención 4.31%, el resultado de la atención, señalando un 4.47% con respecto a la relación enfermera-paciente, de igual forma se encontró un 4.69% con respecto a la información otorgada sobre su cuidado 4.25%. Encontrando en la comodidad otorgada al paciente el 3.68%.⁽³⁸⁾

Fernández J, et al. (España; 2012), publicó una investigación sobre el grado de satisfacción de los pacientes psiquiátricos y sus familiares atendidos en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos así como de sus familiares; considerando que estos aspectos pueden influir de forma importante en la adherencia al tratamiento y la evolución clínica. La satisfacción de los pacientes psiquiátricos constituye un indicador de la calidad de dichos servicios y es un importante predictor de la futura utilización que los pacientes harán de los servicios y de su cooperación con el tratamiento. Los resultados ponen de manifiesto una satisfacción general elevada con el servicio recibido en la unidad, siendo particularmente alta con el comportamiento y la competencia percibida en los profesionales, y más moderada con la información recibida y la posibilidad de implicación en el plan de tratamiento.⁽³⁹⁾

Hamester L, et al (Brasil, 2016); desarrollaron una investigación con la finalidad de verificar la efectividad de las orientaciones de enfermería - dadas a familiares de pacientes en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca, antes de la primera visita, en la sala de recuperación postanestésica - en los niveles de ansiedad; a través de un ensayo clínico aleatorio, realizado con familiares abordados en la sala de espera, antes de la primera visita en el posoperatorio inmediato; fueron incluidos 210 sujetos, 105 en cada grupo, con edad promedio de $46,4 \pm 14,5$ años, siendo 69% del sexo femenino y 41% eran hijos de los pacientes. En la evaluación de la ansiedad, el puntaje promedio para el grupo intervención fue de $41,3 \pm 8,6$ puntos y, para el grupo control, $50,6 \pm 9,4$ puntos ($p < 0,001$).⁽⁴⁰⁾

1.3. Justificación:

En la actualidad resulta de sumo interés explorar la realidad actual de los establecimientos que cumplen la delicada labor de sostener la calidad asistencial valorada a través de la medida de los niveles de satisfacción tanto de los pacientes directamente implicados en este proceso de atención; así como de sus familiares los cuales se convierten en el contexto específico de esta enfermedad en piezas fundamentales que van a permitir el éxito de la estrategia terapéutica empleada a través de diversos mecanismos tales como la adherencia terapéutica y la puesta en práctica de terapias conductuales específicas.

Por otro lado es conocido que los niveles de ansiedad repercuten en la salud y en la calidad de vida asociada al costo económico y social, hacen necesaria una intervención adecuada y coordinada que aborde el problema desde la prevención, la detección precoz, la reinserción y el apoyo social al enfermo y sus familias con el fin de reducir los niveles de ansiedad y los costos totales de los cuidados en salud, lo que exige al sistema sanitario tomar en cuenta esta demanda y diseñar un sistema que incluya la formación de especialistas en esta área de la salud así como de unidades especializadas que permitan el manejo integral de este tipo de pacientes; en el caso particular de la ansiedad se ha descrito el incremento en los niveles promedio de esta en la población en general y la influencia negativa que la misma ejerce en la calidad de vida de los pacientes.

Considerando que en nuestro medio no hemos identificado investigaciones que analicen la asociación entre estas variables es que nos proponemos desarrollar el presente estudio.

1.4. Problema:

¿Existe asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencias?

1.5. Hipótesis:

a) Alterna:

Existe asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencias.

b) Nula:

No existe asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencias.

1.6. Objetivos:

a) Generales

Determinar si existe asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencias.

b) Específicos:

Determinar la distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según nivel de ansiedad.

Determinar la distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según grado de satisfacción.

Determinar los niveles de ansiedad en familiares de pacientes atendidos en emergencias con satisfacción adecuada o inadecuada.

II: MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Población de Estudio:

2.1.1 Población Universo:

Familiares de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017.

2.1.2 Poblaciones de Estudio:

Familiares de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017 y que cumplan con los siguientes criterios de selección:

2.2. Criterios de Selección:

Criterios de inclusión:

- Familiares de pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, atendidos en emergencia del servicio de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstrecia; de paciente que deseen participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Familiares con enfermedad terminal, que se encuentren en tratamiento con ansiolíticos, con comorbilidades crónicas, expuestos a medicación psicotrópica, con retardo mental, sordomudos, atendidos en emergencia del servicio de Pediatría; de pacientes que no deseen participar en el estudio.

2.3. Muestra:

Unidad de Análisis:

Estará constituido por cada familiar de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017; que cumplan con los siguientes criterios de selección.

Unidad de Muestreo:

Estará constituido por la ficha de recolección de cada familiar de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017; que cumplan con los siguientes criterios de selección.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizaría la fórmula para estudios de una sola población: ⁽⁴¹⁾

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha p e q e}{E^2}$$

E²

Donde:

n₀: Tamaño inicial de muestra.

Z_α: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe: Prevalencia hospitalaria estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (ansiedad en familiares de pacientes): 0.08 (8%).⁽²⁴⁾

$$qe = 1 - pe$$

peqe: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n = 108 \text{ familiares de pacientes}$$

2.4. Diseño de Estudio:

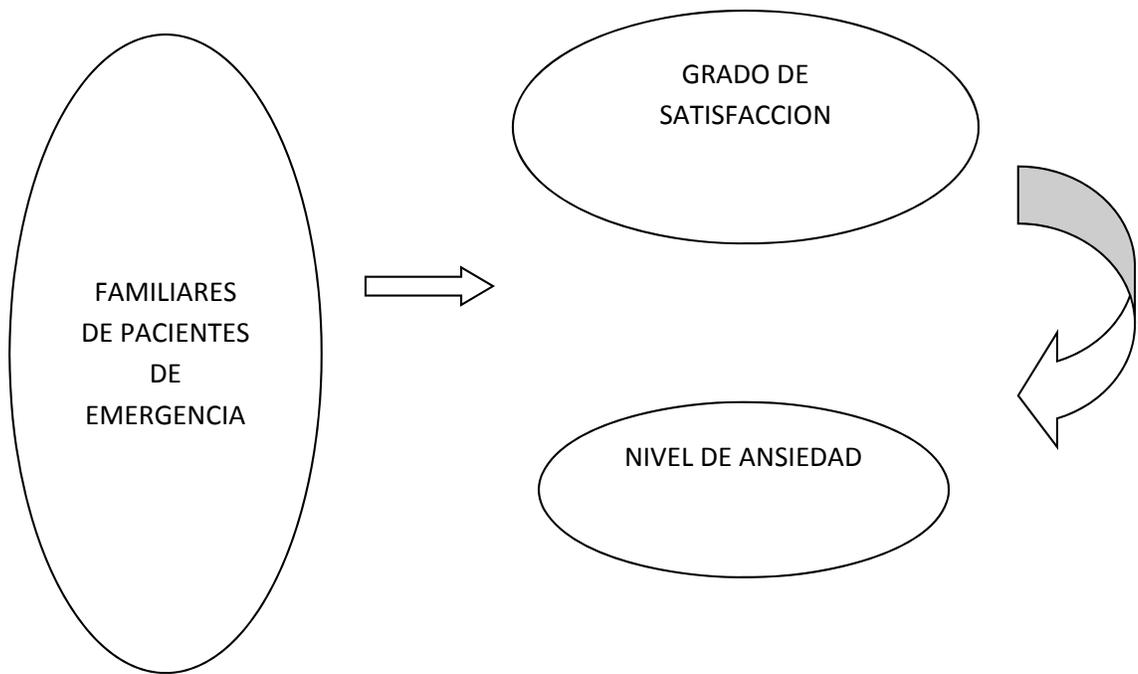
Tipo de estudio:

Según el período en que se capta la información	Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según la interferencia del investigador en el estudio
Retrospectivo	Transversal	Comparativo	Observacional

Diseño Específico:

P	NR	G1	O ₁
		G2	O ₁

- P: Población
- NR: No randomización
- G1: Familiares con ansiedad
- G2: Familiares sin ansiedad
- O₁: Grado de satisfacción



2.5. Variables y Operacionalización de Variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
Grado de satisfacción Familiares	Cualitativa	Ordinal Policotómica	Cuestionario de Satisfacción para pacientes (11 preguntas).	Inadecuado: ≤ 34 puntos Adecuado: >34 puntos.
Nivel de ansiedad	Cualitativa	Ordinal Policotómica	Escala de Ansiedad de Hamilton	Se considerará ansiedad cuando: Si > 18 puntos No ≤ 18 puntos
<u>Covariables</u>				
Edad	Cuantitativa	Razón	Cuestionario	Años
Género	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Cuestionario	Femenino Masculino
Grado de instrucción	Cualitativa	Nominal Policotómica	Cuestionario	Primaria Secundaria Superior

Nivel de Ansiedad: Mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. Cuando se presenta en momentos inadecuados o es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación, constituyéndose en una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente. La Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 3) se diseñó con el propósito de conocer el nivel de ansiedad que presentan las personas en la vida cotidiana. Se considerará ansiedad cuando el puntaje de la Escala sea mayor a 18 puntos.

Grado de satisfacción: Parámetro de calidad de atención del usuario expresado a través de la percepción de sus familiares; que se corresponde con una actitud o respuesta afectiva

relacionada con la creencia de que el cuidado médico posee determinadas dimensiones, como información recibida, participación en la planificación del tratamiento y competencia de los profesionales, así como la evaluación/valoración que el paciente hace de dichas dimensiones. Los niveles de satisfacción se medirán según el puntaje del Cuestionario de Satisfacción para pacientes (Anexo 4).⁽⁴²⁾ Para los objetivos de esta investigación se toma como adecuado mayor de 34 puntos e inadecuado menor o igual de 34 puntos.

2.6. Procedimiento:

1. Se envió una solicitud dirigida a la dirección del Hospital Regional de Cajamarca, para facilitarnos el acceso y llevar a cabo nuestra investigación. (Ver Anexo 1)
2. Una vez obtenido el permiso se realizó la captación de familiares de los pacientes atendidos en Emergencias del Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017; que cumplan los criterios de selección mencionados. A cada familiar se le explicó la finalidad del presente trabajo de investigación para que tomen de forma voluntaria la decisión de participar en dicho estudio.
3. Una vez conseguido el permiso de los familiares, se le solicitó firmar el consentimiento informado como comprobante de aceptación para la realización de la investigación. (Anexo 5)
4. Se realizó la aplicación de las Encuestas: Cuestionario de Satisfacción para familiares y Escala de Ansiedad de Hamilton a cada uno de los integrantes de la muestra (Anexos 2 y 3), para luego determinar los puntajes correspondientes en el ámbito seleccionado.
5. Se recogió los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaran en la hoja de recolección de datos. (Ver Anexo 2)
6. Se continuó con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar el tamaño de la muestra de estudio.
7. Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos y proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos:

La satisfacción de los pacientes y de sus familiares se medirá a través del *Cuestionario de Satisfacción para pacientes y para familiares - RMD* (Gigantesco et al., 2002), que fue traducido del italiano al castellano y que constituye un instrumento diseñado específicamente para medir la satisfacción con los servicios psiquiátricos. La consistencia interna de las versiones del cuestionario en sus series de validación fue alta, extendiéndose los coeficientes de Cronbach de 0.86 para las versiones para los familiares a 0.89 para las versiones para los pacientes. La fiabilidad test-retest para las diversas versiones del cuestionario era satisfactoria con valores del coeficiente de correlación intraclase superiores a 0.70 para la mayoría de los ítems y no inferiores a 0.60 para ningún elemento.

Se consideró adecuado o inadecuado el puntaje menor o mayor de 34 puntos respectivamente.

El nivel de ansiedad se valoró a través de la aplicación de *La Escala de Ansiedad de Hamilton* (Anexo 3) se diseñó con el propósito de conocer el nivel de ansiedad que presentan las personas en la vida cotidiana. Se consideró ansiedad cuando el puntaje de la Escala sea mayor a 18 puntos.

2.8. Procesamiento y Análisis Estadístico:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos y se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvo datos de distribución de frecuencias para las variables cualitativas.

Estadística Analítica

Se hizo uso de la prueba estadístico chi cuadrado para las variables cualitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones encontradas con las variables en estudio; las asociaciones se consideró significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).⁽²⁴⁾

Estadígrafo propio del estudio:

Se obtuvo el OR para el grado de satisfacción en cuanto a su asociación con el nivel de ansiedad, si este fue mayor de 1 se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

ODSS RATIO: $a \times d / c \times b$

2.9. Consideraciones Éticas:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Regional de Cajamarca y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que es un estudio seccional transversal; en donde solo se recogieran datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomarán en cuenta la declaración de Helsinki II:⁽⁴³⁾

11° Principio: La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12° Principio: La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

14° Principio: El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene

buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectara de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15° Principio: Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

22° Principio: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

23° Principio: El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe ser debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos normas vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).⁽⁴⁴⁾

Decreto Supremo N. ° 017-2006-SA:

Artículo 1°.- Aprobación. Apruébese el Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú, el mismo que consta de doce (12) títulos, diecinueve (19) capítulos, ciento treinta y siete (137) artículos y trece (13) disposiciones complementarias, transitorias y finales.

Artículo 2°.- Derogación de las disposiciones legales que se opongan. Deróguense todas las disposiciones que se opongan al presente Decreto Supremo.

Artículo 3°.- Refrendo. El presente Decreto Supremo será refrendado por la Ministra de Salud y rige a partir del día siguiente de su publicación en el Diario Oficial El Peruano.

Decreto Supremo N. ° 006-2007-SA:

Artículo 1°.- Modificaciones a algunos artículos del Reglamento de Ensayos Clínicos en el Perú. Modifíquese los artículos 7°, 14°, 19°, 26°, 27°, 28°, 29°, 30°, 32°, 33°, 34°, 35°, 39°, 51°, 52°, 54°, 56°, 57°, 58°, 59°, 60°, 66°, 67°, 68°, 69°, 83°, 89°, 92°, 93°, 95°, 104°, 105°, 131°, Primera y Décima Disposición Complementaria del Reglamento de Ensayos Clínicos del Perú, aprobado mediante Decreto Supremo N° 017-2006-SA, los mismos que quedarán redactados de la siguiente manera.

Artículo 2°.- Inclúyase en las Disposiciones Transitorias del Reglamento de Ensayos Clínicos del Perú, aprobado por Decreto Supremo N° 017- 2006-SA, la siguiente:

Primera.- Regulación transitoria a) Los procedimientos administrativos iniciados antes de la entrada en vigor del presente reglamento, se regirán por la normativa anterior hasta su conclusión. b) No obstante, son aplicables a los procedimientos en trámite, las disposiciones del presente Reglamento que reconozcan derechos o facultades a los administrados frente a la administración. c) Los aspectos no previstos en este reglamento, serán resueltos por la OGITT en el marco de las normas nacionales e internacionales que sobre ensayos clínicos estén vigentes.

Segunda.- Difusión del presente Reglamento El Instituto Nacional de Salud, bajo responsabilidad de su titular, deberá realizar acciones de difusión, información y capacitación del contenido y alcances del presente Reglamento a favor de su personal y del público usuario. Dichas acciones podrán ejecutarse a través de internet, impresos,

charlas, afiches u otros medios que aseguren la adecuada difusión de la misma. El costo de las acciones de información, difusión y capacitación no deberá ser trasladado al público usuario.

Artículo 3°.- Suprimir los artículos 55° y 86°, así como la Décimo Primera Disposición Complementaria del Reglamento de Ensayos Clínicos del Perú.

Artículo 4°.- El presente Decreto Supremo será refrendado por el Ministerio de Salud.

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017.

Características sociodemográficas	Ansiedad (n=27)	No ansiedad (n=81)	Significancia
Edad :			
- Promedio	37.5	39.4	T student: 1.22 p>0.05
- D. estandar	12.1	11.5.	
Género :			
- Masculino	12(44%)	31(38%)	Chi cuadrado: 2.68 p>0.05
- Femenino	15(56%)	40 (62%)	
Procedencia:			
- Urbano	23(85%)	71(88%)	Chi cuadrado: 2.34 p>0.05
- Rural	4(15%)	10 (12%)	

Fuente: Hospital Regional de Cajamarca– Fichas de recolección Diciembre 2016 y Febrero 2017

Tabla N° 2. Distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según nivel de ansiedad Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017.

	Ansiedad		Total
	Si	No	
Familiares de pacientes	27 (25%)	81 (75%)	108 (100%)

Fuente: Hospital Regional de Cajamarca– Fichas de recolección Diciembre 2016 y Febrero 2017

La distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según nivel de ansiedad fue: ansiedad (25%) y sin ansiedad (75%).

Gráfico N° 1. Distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según nivel de ansiedad Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017.

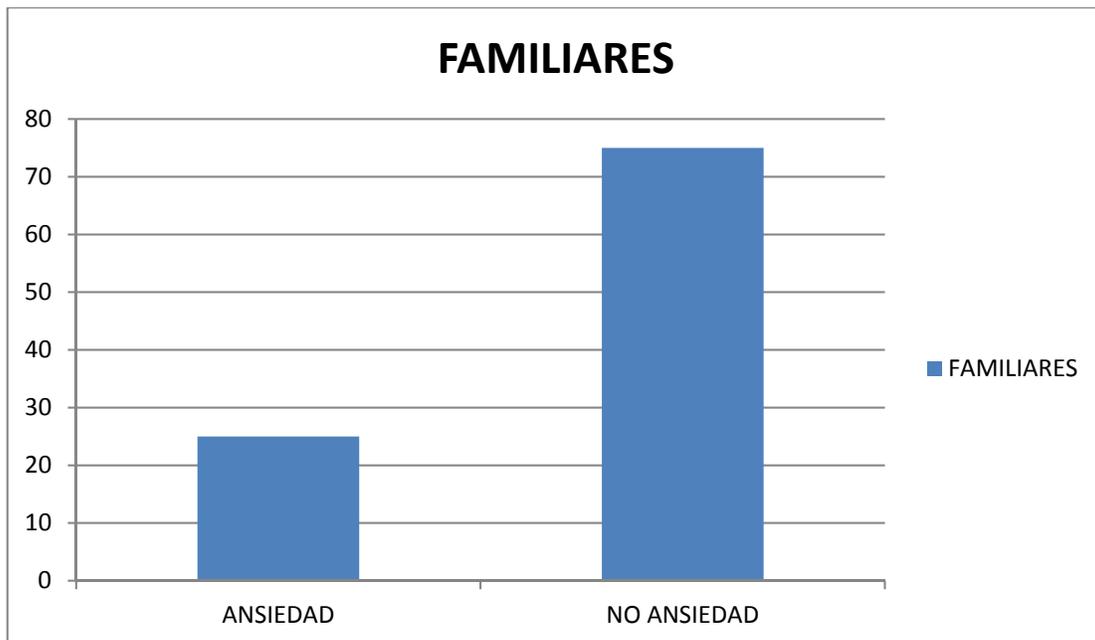


Tabla N° 3. Distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según grado de satisfacción Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017.

	Satisfacción		Total
	Inadecuada	Adecuada	
Familiares de pacientes	33 (31%)	75 (69%)	108 (100%)

Fuente: Hospital Regional de Cajamarca– Fichas de recolección Diciembre 2016 y Febrero 2017

La distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según grado de satisfacción fue: inadecuada (31%) y adecuada (69%).

Gráfico N° 2. Distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según grado de satisfacción Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017.

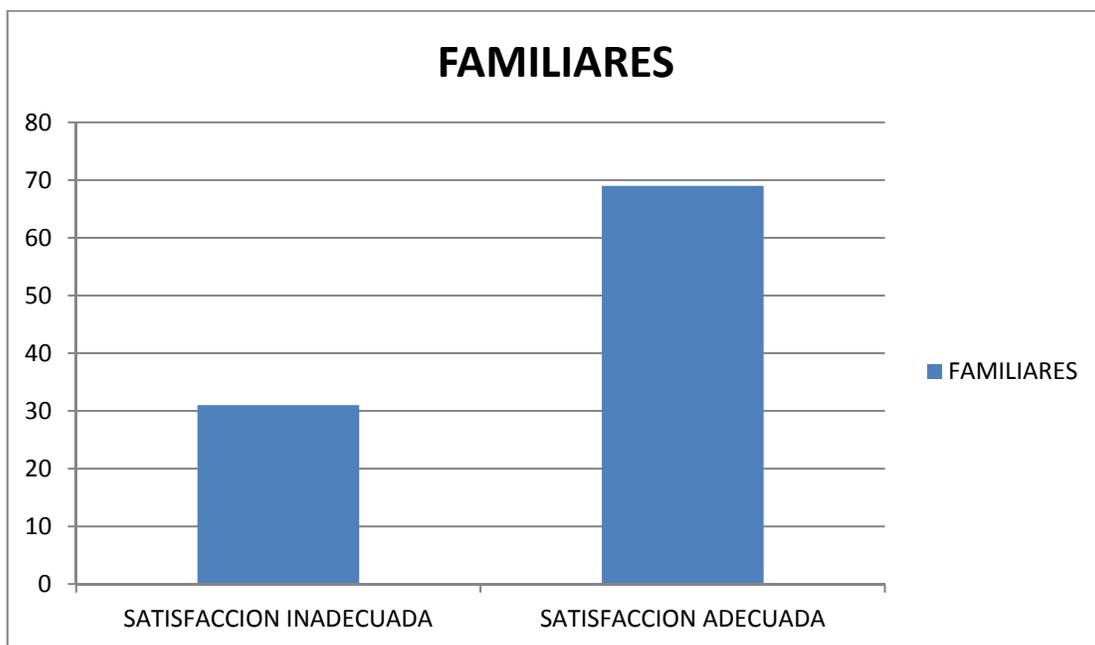


Tabla N° 4. Asociación entre nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencia Hospital Regional de Cajamarca durante el periodo entre Diciembre 2016 y Febrero 2017.

Satisfacción	Ansiedad		Total
	Si	No	
Inadecuada	17 (63%)	16 (20%)	33
Adecuada	10 (37%)	65 (80%)	75
Total	27 (100%)	81 (100%)	108

Fuente: Hospital Regional de Cajamarca– Fichas de recolección Diciembre 2016 y Febrero 2017

- Chi Cuadrado: 14.6
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 6.9
- Intervalo de confianza al 95%: (2.46; 10.88)

En el análisis se observa que la satisfacción inadecuada se asocia a ansiedad en familiares de pacientes a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 5%; estas 3 condiciones permiten afirmar que existe asociación entre las variables en estudio.

IV. DISCUSIÓN

La satisfacción del usuario en los servicios de salud con la atención recibida ha sido estudiada extensivamente en los últimos años. El grado de insatisfacción ha sido asociado a adherencia al tratamiento, la búsqueda de nuevos médicos tratantes y al impacto (end-point) del tratamiento; también ha sido estudiada como una medida intrínseca del resultado de una terapia. La literatura sostiene que la satisfacción está en relación con la dirección de la no-confirmación de las expectativas iniciales con respecto a la experiencia con un producto o servicio.^(12,13) La ansiedad es frecuente en la actividad clínica de atención primaria. Se calcula que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente lo presentan, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. En el anciano estos trastornos de ansiedad tienen una prevalencia de 5-10%. Destaca la alta comorbilidad con la depresión, principalmente en el adulto mayor.^(26,27)

En la Tabla N° 1 se compara información general de los pacientes, que podrían considerarse como variables intervinientes para la asociación que se pretende verificar; en tal sentido se observan los promedios de edad, también en función del género y procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a esta característica entre los familiares de pacientes con o sin ansiedad; esta tendencia denota uniformidad en la muestra, lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Molina C, et al³⁷ en México en el 2012; Ramos V, et al³⁸ en Colombia en el 2012 y Hamester L, et al⁴⁰ en Brasil en el 2016; quienes tampoco registran diferencia respecto a la condición de edad y género entre los familiares de los pacientes con o sin ansiedad.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de la distribución de los familiares de los pacientes incorporados en el estudio en función del puntaje de ansiedad y de la categoría de

la misma, observando que en la muestra estudiada la prevalencia de ansiedad patológica fue de 25%.

Cabe mencionar las tendencias descritas por Molina C, et al en México en el 2012 quienes determinaron la prevalencia de ansiedad los familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados; en 197 familiares o acompañantes de pacientes hospitalizados de 24 servicios médico-quirúrgicos; observando que la prevalencia de ansiedad fue de 49.2% mediante el cuestionario (HAADS) y con el inventario de Beck se obtuvo una prevalencia de ansiedad de 25.9%.⁽³⁷⁾

En la Tabla N° 3 por otra parte se verifica la distribución de los pacientes en función de la categoría de la satisfacción del trato percibido, observando que esta fue inadecuada en el 31% de los pacientes de la muestra.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó Ramos V, et al en Colombia en el 2012 quienes evaluaron la percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado que otorga el personal de Enfermería en un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal; se presentó 23.5% de insatisfacción tomando en cuenta las áreas de cuidado crítico⁽³⁸⁾

En la Tabla N° 4 precisamos el grado de asociación que implica la presencia de satisfacción inadecuada para la coexistencia con ansiedad patológica en familiares de pacientes; el cual se expresa como un odds ratio de 6.9; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p < 0.01$); lo cual nos permite concluir que existe asociación entre un grado inadecuado de satisfacción de la atención y la presencia de niveles patológicos de ansiedad en familiares de pacientes.

Finalmente es de resaltar lo encontrado por Hamester L, et al en Brasil en el 2016 quienes verificaron la efectividad de las orientaciones de enfermería a familiares de pacientes en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca, en la sala de recuperación postanestésica, respecto a niveles de ansiedad; en un ensayo clínico aleatorio, en 210 sujetos, en la evaluación de la ansiedad, el puntaje promedio para el grupo intervención fue $41,3 \pm 8,6$ puntos y para el control, $50,6 \pm 9,4$ puntos ($p < 0,001$).⁽⁴⁰⁾

V. CONCLUSIONES

1. No se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables edad, genero ni procedencia entre los familiares de pacientes con ansiedad o sin ansiedad.
2. La distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según nivel de ansiedad fue: ansiedad (25%) y sin ansiedad (75%).
3. La distribución de los familiares de pacientes atendidos en emergencias según grado de satisfacción fue: inadecuada (31%) y adecuada (69%).
4. La satisfacción inadecuada es factor asociado a ansiedad en familiares de pacientes, con un odds ratio de 6.9 el cual resultó significativo ($p < 0.05$).

VI. RECOMENDACIONES

1. Es conveniente emprender nuevas investigaciones multicéntricas, con mayor muestra poblacional y prospectivas, para documentar de manera mas significativa la interaccion entre la satisfaccion en familiares de pacientes y el nivel de ansiedad en los mismos.
2. Seria conveniente identificar la influencia de la satisfacci3n de la atenci3n percibida por los familiares en relaci3n a desenlaces objetivos relacionados con morbilidad espec3fica en el paciente atendido.
3. Nuevas investigaciones por medio de ensayos cl3nicos de intervenci3n con miras a valorar los factores relacionados con insatisfacci3n en familiares de pacientes en este contexto hospitalario espec3fico, debieran ser llevados a cabo para mejorar la calidad en atenci3n sanitaria.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Vásquez W, Arimborgo C, Pillhuaman N, Vallenas G. Satisfacción del usuario de consulta externa en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Rev. UNMS/IIHS. Vol 13 N°22, marzo 2009; pág. 337-353.
2. Silva A, Reis A, Miasso A, Santos JO, Cassiani SHB. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;19(2):378-86.
3. Aiken L, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. BMJ. 2012;344:
4. Dorigan G, Guirardello EB. Satisfação do paciente em uma unidade de gastroenterologia. Acta Paul Enferm. 2012;23(4):500-5.
5. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. JAMA Surg. 2013;148(4):362-7.
6. Regis LFLV, Porto IS. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2012;45(2):334-41.
7. Hollanda E, Siqueira SAV, Andrade GRB, Molinaro A, Vaitsman J. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(12):3343-52.
8. Nicolescu O. Romanian Management Status and Performance in the European Environment, Review of International Comparative Management 2012; 12 (4):629
9. Boulding W. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, The Fuqua School of Business, Duke University, Durham, NC, USA., The American Journal of Managed Care 2012; 17(1):.41
10. Farcasu D. International projects on emergency health services in Romania reflected in the population opinion, a comparison between years 2006 and 2009, University of Medicine and Pharmacy Victor Babes Timisoara, Department of Public Health, Center for Health Policies and Services, Bucharest, 2012 p. 325
11. Tilea B. Labour force mobility and employment crisis in health care sector in Romania, Institute of National Economy, Romanian Journal of Economic 2013; 4 (2):.21-42

12. Floyd J. Informing And Involving Patients To Improve The Quality Of Medical Decisions, *Health Aff (Millwood)*, 2011;30(4):699
13. Factors associated with patient satisfaction in emergency department in mainland China, Hong Kong and Taiwan : a systematic review, Postgraduate Thesis, The University of Hong Kong Libraries, University of Hong Kong 2013; 4 (2):5-11.
14. Prahlad R. Measuring Patient Satisfaction: A Case Study to Improve Quality of Care at Public Health Facilities, *Indian Journal of Community Medicine* 2012; 35(1):52.
15. Otani K. Patient satisfaction: how patient health conditions influence their satisfaction, *Journal of Healthcare Management* 2012; 57 (4):1.
16. Valenzuela-Millán J, Barrera-Serrano J, Ornelas-Aguirre J. Ansiedad preoperatoria en procedimientos anestésicos. *Cir Cir* 2012;78:151-6.
17. Faisal Jafar M, Anis Khan F. Frequency of preoperative anxiety in Pakistani surgical patients. *J Pak Med Assoc.* 2013; 59 (6): 359-363.
18. Wetsch W A, Pircher I, Lederer W, Kinzl J F, Traweger C, Heinz-Erian P, Benzer A. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and in patients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth.* 2012; 103 (2): 199–205.
19. Nicumb V, Banerjee A, Kaur G, Chaudhury S. Impact of doctor-patient communication on pre-operative anxiety: Study at industrial township, Pimpri, Pune. *Ind Psychiatry J.*2013; 18:19-21
20. Hidalgo P. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gaceta Sanitaria* 2012; 26(2): 159-165.
21. Wachter RM, Pronovost, Shekelle P. Strategies to Improve Patient Safety: The Evidence Base Matures. *Ann Intern Med.* 2013;158(1):350-2.
22. Navas W, Vargas MJ. Trastornos de Ansiedad: Revision Dirigida para Atencion Primaria. *Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2012: (604): 497-507.
23. Herrera C, Rodriguez D, Rodriguez D, Valdivia AF, Sanchez IR. Relationship between anxiety levels of patients and their satisfaction with different aspects of health care. *Health policy* 2013;89 (1): 37-45.
24. Haugen A, Eide G, Olsen M, et al. Anxiety in the operating theatre: a study of frequency and environmental impact in patients having local, plexus or regional anaesthesia. *J Clin Nurs* 2012;18:2301-2310.

25. Martin SR, Chorney JM, Cohen LL, and Kain ZN. Sequential Analysis of Mothers' and Fathers' Reassurance and Children's Postoperative Distress. *Journal of Pediatric Psychology* 2013;38:1121-1129
26. Bray L, Callery P and Kirk S. A qualitative study of the pre-operative preparation of children, young people and their parents' for planned continence surgery: experiences and expectations. *Journal of Clinical Nursing* 2012;21:1964-1973.
27. Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* 2012; 40,12:1943-57.
28. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E, Hollon S, Andersson G. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 2012; 40,2:211-23.
29. Rodríguez M, Rincón H, Velasco M, Hernández C, Ramos M, González J. Prevalencia de trastornos mentales en una población que demanda servicios de salud en una IPS de baja complejidad y su asociación con la ideación suicida la y discapacidad percibida. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 141-151
30. Galbraith T, Heimberg R, Wang S, Schneier F, Blanco C. Comorbidity of Social Anxiety Disorder and Antisocial Personality Disorder in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Anxiety Disord.* 2014; 28(1): 57–66. 16.
31. Bautista LM, Arias MF, Carreño ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid* 2016; 7(2): 1297-1309
32. Saiz P, Jimenez L, Diaz E, Garcia M, Marina P, Al-Halabi S, et al. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones.* 2014; 26(3):254-274.
33. Smith J, Randall C. Anxiety and Alcohol Use Disorders: Comorbidity and Treatment Considerations. *Alcohol Research: Current Reviews.* 2012; 34(4): 414-31.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. Alonso J,
35. Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2012: 118(13): 493-9.

36. Vilchis-Aguila, IA, Secín-Diep, R, López-Ávila, A, Córdovapluma, VH. “Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental y detección por el médico de urgencias”. Med. Int. Mex. 2010;26(1):5-10
37. Molina C. Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. Medicina Interna de México 2012; 23(6): 512-516.
38. Ramos V. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. Enfermería Global 2012; 11(25): 219-232.
39. Fernández M. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Anales de psicología 2012; 28(2): 378.
40. Hamester L. Effectiveness of a nursing intervention in decreasing the anxiety levels of family members of patients undergoing cardiac surgery: a randomized clinical trial. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2016; 24: 5-11.
41. Kleinbaum DG. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer-Verlag publishers; 2011.p78.
42. González G. Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta. Memorias 2013; 11(20): 31-39.
43. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.
44. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

ANEXOS

ANEXO 1:

Cajamarca 1 de Diciembre del 2016.

Sr. Dr.

TITO URQUIAGA MELQUIADES

Director del Hospital Regional de Cajamarca

Asunto: Permiso para realizar Proyecto de Tesis

De mi especial consideración:

Es sumamente grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez solicitarle el debido permiso para realizar el Proyecto de Tesis en su prestigioso establecimiento de salud **HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA** y con ello tener acceso al mismo para desarrollar mi investigación.

Dado que el **HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA** es un establecimiento de Salud, importante en dicha ciudad, he decidido visitar sus instalaciones para obtener información que me permita completar mi Proyecto sobre el tema de investigación “Asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción de familiares de pacientes en emergencias.”.

Esperando que vuestra Institución, atienda esta petición, me despido expresándole los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Anali Aracelly Cabanillas Martos
Estudiante de Medicina Humana

ANEXO 2:

PROTOCOLO DE RECOLECCION DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de ficha: _____

1.2 Procedencia: _____

1.3. Edad: _____

1.4. Sexo: _____

II: GRADO DE SATISFACCION:

Puntaje de cuestionario: _____

Grado de satisfacción:

Muy malo: () Malo: () Regular: ()

Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()

III: NIVEL DE ANSIEDAD:

Puntaje de cuestionario: _____

Nivel de ansiedad: Ansiedad () No ansiedad ()

ANEXO 3: Escala de Ansiedad de Hamilton:

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación		9. Síntomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor,		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito,	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea,	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional,	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos,	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de				
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación				
				Puntuación total	

Puntaje: 0 a 56 puntos.

Ansiedad: > 18 puntos

ANEXO 4:

Cuestionario de Satisfacción para familiares– RMD: Gigantesco et al. (2002):

1. Muy malo 2.Malo 3. Regular 4.Adecuado 5.Bueno 6.Muy bueno

1. Cuál es su grado de satisfacción con el ambiente físico?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()
Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()
2. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a información sobre los servicios?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()
Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()
3. .Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a información sobre los trastornos?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()
Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()
4. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a su participación en el programa de tratamiento?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()
Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()
5. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a información sobre la terapia?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()
Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()
6. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a amabilidad y cortesía del personal?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()
Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()
7. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a disponibilidad del personal?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()
Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()
8. .Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a confidencialidad del personal?
Muy malo: () Malo: () Regular: ()

Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()

9. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a ayuda en las relaciones sociales y familiares?

Muy malo: () Malo: () Regular: ()

Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()

10. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a utilidad de la admisión?

Muy malo: () Malo: () Regular: ()

Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()

11. Cuál es su grado de satisfacción en cuanto a conveniencia del tratamiento?

Muy malo: () Malo: () Regular: ()

Adecuado: () Bueno: () Muy bueno: ()

Puntaje de 11 a 66 puntos

ANEXO 5:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con la finalidad de investigar la Asociación entre el nivel de ansiedad y el grado de satisfacción en familiares de pacientes en emergencias del Hospital Regional de Cajamarca; del cual estamos invitando a usted a participar en forma voluntaria.

FINALIDAD DEL ESTUDIO: Determinar la asociación entre nivel de ansiedad y grado de satisfacción en familiares de pacientes en emergencias del Hospital Regional de Cajamarca.

PROCEDIMIENTOS: Se le realizará una entrevista para recabar información sobre datos personales

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS: No existen riesgos para su salud.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que Usted nos proporcione son confidenciales, solo lo saben usted y el entrevistador.

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En todo momento tiene el derecho de desistir de participar en este estudio, dado que es VOLUNTARIO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Acepto voluntariamente formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y estando conforme.

Fecha:.....

Firma de la participante

Firma del investigador

ANEXO 6:
GALERÍA DE FOTOS



Fig. 1 Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca



Fig. 2 Presentación del investigador ante familiares de pacientes en emergencia del Hospital Regional de Cajamarca



Fig. 3



Fig. 4 Consentimiento firmado por familiares de pacientes en emergencia del Hospital Regional de Cajamarca.



Fig. 5 Aplicación de las encuestas: Cuestionario de Satisfacción para familiares y Escala de Ansiedad de Hamilton en emergencia del Hospital Regional de Cajamarca.



Fig. 6



Fig. 7