



## **Trabajo Fin de Grado**

# ***Estrés y ansiedad en pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias hospitalarias. Estudio observacional***

Alumno: Cristina Muñoz Baños

Director: Araceli Suero de la Hoz

**Madrid, 25 Abril de 2018**

## **Agradecimientos**

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora Araceli Suero por su ayuda, su paciencia, sus horas de dedicación y sobre todo, por involucrarse tanto en que este trabajo saliera adelante.

Gracias a mi familia, por darme todo su amor y su apoyo, por empujarme en mis momentos débiles y ayudarme a levantar cuando he caído. Mamá, papá y Ana, sin vosotros nada sería posible.

Agradecer también a mis amigos por aguantar mis agobios y ayudarme a solucionar mis dudas sobre el trabajo, por demostrarme su preocupación y darme ánimos en todo momento. Especialmente a Raquel, Gonzalo y Rubén.

Gracias.

## Índice:

1. Resumen .....	4
2. Abstract.....	5
3. Presentación.....	6
4. Estado de la cuestión.....	7
4.1 Servicio de urgencias .....	7
4.1.1 Estrés y ansiedad. ....	8
4.1.2 Miedo.....	10
4.1.3 Dolor.....	11
4.2 El paciente/familia. ....	12
4.3 Relación paciente-enfermera. Relación de ayuda o relación terapéutica. (Competencias profesionales).....	14
4.4 Estrategias de enfermería para disminuir la ansiedad y aumentar la satisfacción del paciente. ....	15
4.4.1 Comunicación. ....	15
4.4.2 Educación para la salud.....	16
4.4.3 Humanización.....	17
5. Justificación .....	18
6. Objetivos .....	20
6.1 Objetivo general .....	20
6.2 Objetivos específicos .....	20
7. Metodología .....	21
7.1 Diseño del estudio.....	21
7.2 Sujetos de estudio.....	21
7.3 Variables.....	22
7.4 Procedimiento de recogida de datos .....	24
7.5 Fases del estudio, cronograma .....	25
7.6 Análisis de datos .....	27
8. Aspectos éticos .....	28
9. Limitaciones del estudio.....	28
10. Líneas de futuro.....	28
11. Bibliografía .....	30
12. Anexos .....	33
Anexo 1 – Documento informativo. ....	34
Anexo 2 – Consentimiento informado.....	36
Anexo 3 – Cuestionario de variables sociodemográficas. ....	37
Anexo 4 – Cuestionario a rellenar por el paciente. ....	38
Anexo 5 – Cuestionario a rellenar por el acompañante. ....	40
Anexo 6 – Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).....	42

# 1. Resumen

**Introducción:** El servicio de urgencias es el lugar donde acuden los pacientes que presentan un cuadro clínico inestable necesitando una asistencia sanitaria inmediata, por ello es necesario que el personal sanitario trabaje de manera rápida y eficiente, pudiendo pasar desapercibida la esfera psicológica del paciente, centrándose únicamente en su estado físico y deshumanizando los cuidados.

Es frecuente que ésta situación genere sentimientos de ansiedad, miedo y estrés.

La ansiedad, miedo y estrés son reacciones personales que se producen como consecuencia, entre otras cosas, del dolor por el que se demanda la asistencia, de encontrarse en una situación potencialmente peligrosa, estando además en un entorno hostil.

Estos sentimientos causan alteraciones neurovegetativas que empeoran la situación en la que se encuentra el paciente, generándole disconfort y sufrimiento, por tanto es necesario no olvidarse de los aspectos emocionales e intentar solventar este problema añadido.

El personal de enfermería puede conseguir que estos sentimientos se reduzcan, e incluso desaparezcan. Algunas estrategias que se pueden emplear para la reducción del estrés y la ansiedad son: acompañamiento familiar, establecer buena comunicación entre enfermero/paciente/acompañante, educación para la salud y ofrecer cuidados más humanizados.

**Objetivo:** Determinar el grado de ansiedad y estrés que sufren pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias.

**Metodología:** Se trata de un estudio observacional cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, que se realizará a pacientes y acompañantes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos en el tercer trimestre del 2018.

Palabras clave: servicio de urgencias, estrés, ansiedad, miedo, humanización.

## 2. Abstract

The emergency service is the place where patients who present an unstable clinical state and need immediate medical attention go to. For this reason it's necessary that health personnel work in quickly and efficiently. However, sometimes this causes them to ignore the patient's psychological and emotional state because they are only focusing on their physical condition, which dehumanizes the patient-nurse relationship.

Frequently, this situation causes patients and relatives, who come to the emergency room to feel anxiety, fear and stress. As a result, anxiety and stress are personal reactions that occur, in addition to other things, which can result in potentially dangerous situations. Stress, fear and anxiety cause neurovegetative alterations that hinder and worsen the situation in which the patient is in by further increasing discomfort and suffering. Therefore, it is necessary not to forget the patients emotional concerns and by being aware of them, we can better deal with them.

For the purpose of improving these situations, the nursing staff can reduce these negative feelings, and even make them disappear. Some of the strategies that can be used to reduce stress and anxiety are: family support, establishing a good communication between nurse and patient, health education, and try to offer a more humane medical care. Objective: To determine the degree of anxiety and stress suffered by patients and relatives who attend the emergency service.

Methodology: This is a quantitative, descriptive, cross-sectional observational study that will be carried out on patients and companions who go to the emergency service of the Hospital Clínico San Carlos in the third quarter of 2018.

Keywords: emergency service, stress, anxiety, fear, humanization.

### **3. Presentación**

Mi principal motivación en el desarrollo de este trabajo es hacer un poco más visible la esfera emocional del paciente, sobre todo en servicios que requieren rapidez, donde prima el estado físico del paciente por la situación de gravedad en la que se encuentra.

La urgencia es un servicio en el que es constante la excesiva carga de trabajo debido a la masificación de pacientes que acuden a ella y a la saturación del sistema sanitario, añadiendo la falta de personal.

En ocasiones, este cúmulo de situaciones hace que se descuiden ciertos aspectos de la atención, y se deshumanicen los cuidados.

También recordar la importancia que tienen los familiares, el apoyo tan significativo para los pacientes, su manera de tranquilizarlos y la ayuda que, en múltiples ocasiones, nos ofrecen a nosotros, los profesionales sanitarios.

El incremento constante de personas que precisan asistencia de los servicios de urgencias hace que sea necesaria una nueva adaptación con nuevos requerimientos, ya que existe un deterioro de la calidad asistencial tanto para los pacientes como para el equipo profesional.

Solo el hecho de precisar acudir al servicio de urgencias crea una situación extremadamente estresante para cualquier persona y su entorno más cercano, lo que invita a que sea una circunstancia que merezca la pena analizar, estudiar e investigar desde un aspecto más humanístico, con la finalidad de poder vivirla como una situación menos traumática para los usuarios que precisan esta atención.

## **4. Estado de la cuestión**

### **4.1 Servicio de urgencias**

El servicio de urgencias hospitalarias se define como la organización de profesionales sanitarios, situada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar desde la llegada del paciente a la unidad hasta la estabilización del cuadro clínico, donde posteriormente serán ingresados en el hospital o dados de alta (1).

La urgencia es una condición donde el paciente requiere una asistencia sanitaria inmediata (AMA), y la emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro la vida del paciente o la función de algún órgano(1).

Es habitual que los servicios de urgencias se encuentren colapsados, por ello es necesario un buen triaje por parte del personal de enfermería para ayudar a solventar este gran problema. El triaje es el momento de la clasificación de los pacientes, que no son atendidos por orden de llegada al servicio, sino por su estado de gravedad. Otra solución al problema de la saturación del servicio es que el personal que trabaja aquí realice sus funciones de manera rápida y eficaz, por ello deben tener sus competencias bien definidas. Esto hace que haya situaciones en las que la esfera emocional del paciente pase desapercibida, al igual que la implicación con los familiares (2).

Es difícil que este servicio sea un lugar de confort para el paciente, debido, entre otras razones, a la gran cantidad de personas que acoge, al ritmo de trabajo rápido, a que el paciente sufre una gran ansiedad emocional por la situación en la que se encuentra, a los tiempos limitados, poca intimidad, cambios frecuentes en el personal que atiende las diferentes áreas, la saturación del servicio, etc. Por tanto es necesario que se adquieran pautas para mejorar el confort de los pacientes, para ello, se deberá comenzar por un control precoz de los síntomas del paciente donde se emplearán medidas físicas y medidas psicológicas (3).

Muchos pacientes tienen necesidades que pasan desapercibidas en este servicio, como la inseguridad o incertidumbre que sienten sobre la causa de los síntomas por los que acuden al hospital, la inquietud ante la espera de este diagnóstico, lo que hace que aparezcan sensaciones de estrés, ansiedad y miedo, produciendo alteraciones de los niveles de confort (4).

#### **4.1.1 Estrés y ansiedad.**

Se define estrés psicológico a la reacción particular entre una persona y el entorno que pone en peligro su bienestar (5).

El estrés es una reacción necesaria para poder afrontar las situaciones de peligro, pero este puede ser contraproducente si no se consigue superar en un tiempo limitado pudiendo crear trastornos físicos y psicológicos (5).

Los pacientes ingresados en el servicio de urgencias están sometidos a un nivel de estrés que varía en función de su personalidad, enfermedad, entorno social y familiar. Hay ocasiones en que las el estrés acaba estableciéndose como el principal problema de la enfermedad del paciente, por lo que es necesario estar preparados para tratarlo (5).

Se define como ansiedad al sentimiento subjetivo de aprensión como respuesta a la percepción de una situación potencialmente peligrosa y subjetivamente captada como tal, una sensación que aparece ante una situación preocupante. Otra definición de ansiedad, según la NANDA, es la “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza”(6,7) .

La ansiedad no es una propiedad de la personalidad, sino una táctica o habilidad aprendida. Es un estado psicosomático que predispone a actuar frente a un agente estresante, una sensación de temor ante algo que inquieta, que se acompaña de algunas alteraciones neurovegetativas (taquicardia, aumento de la tensión arterial, temblor, sudoración, micción frecuente, diarrea...). Cuando la ansiedad es extrema, hablamos de angustia (5).

Sentir ansiedad tiene como consecuencias múltiples conductas, la más común entre todas las personas que la sufren es el miedo (8).

Otras causas frecuentes que generan ansiedad son la incertidumbre, la incapacidad de predecir consecuencias y transcurrir por una situación novedosa (8).

La hospitalización causa un estado elevado de ansiedad y se percibe por el paciente como un elemento estresor sustancial que influirá en su recuperación física y psíquica. Este estado de alteración emocional se debe principalmente al impacto que tiene la enfermedad, la situación, la hospitalización y las perspectivas que tienen sobre los cuidados, la asistencia, el tratamiento y las intervenciones que se le van a realizar (8,9).

La aparición o exacerbación del dolor sugieren al usuario un agravamiento de la enfermedad, y la consecuencia de estos pensamientos negativos causan un incremento de la ansiedad, lo que a la par aumenta la percepción de dolor (8).

Los cambios a los que el paciente se somete cuando va a ser ingresado (pérdida de la intimidad, cambios en su rol, alejamiento de su entorno, etc.) se denominan "estresores hospitalarios". Por tanto, la ansiedad que el paciente sufre no depende únicamente de la hospitalización, sino de su enfermedad, del incidente y de las consecuencias que le va a suponer. Hay diferencias entre los grados de ansiedad que origina cada estresor hospitalario, entre los que destacan: apaciguar o aliviar el dolor, el desenlace de la enfermedad, las consecuencias de la misma (abandono del hogar, alejamiento de su entorno y familiares, no poder recibir visitas, etc.) y la escasez de información relacionada con la enfermedad (resultados de las pruebas, cambios de tratamiento, posibles causas de la enfermedad, momento del alta, etc.) (8).

Entre los estresores que tienen relación con el personal sanitario se encuentra la información adecuada al paciente y acompañantes sobre la enfermedad y consecuencias que ésta va a generar (pruebas y técnicas que se van a realizar) para ello es importante que se les responda a todas las dudas e inquietudes que les vayan surgiendo, atender con la mayor brevedad a la llamada del timbre, etc. Esto influye directamente en la percepción del paciente sobre la calidad asistencial que él percibe de su estancia (8).

Como posibles soluciones o intervenciones para la mejora de estos estados del paciente se ha de incidir en los aspectos psicológicos y de educación de los cuidados que se proporcionan a los usuarios, creando un ambiente lo más confortable posible, proporcionando apoyo psicológico, enseñándole a que vaya adquiriendo estrategias de afrontamiento y practicando técnicas de relajación, ya que esto va a incidir en la reducción de los niveles de ansiedad y, por tanto, va a acelerar y a favorecer el proceso de recuperación del paciente, mejorando a su vez su calidad de vida (8,9).

Saber que es necesaria una atención de emergencia genera, estrés, miedo y ansiedad entre los pacientes y sus acompañantes, esto causa efectos negativos sobre su estado de salud y su confort. La ansiedad habitualmente aumenta la percepción del dolor y el dolor, a su vez, aumenta la ansiedad en el paciente, por tanto es necesario dar atención a ambos (10).

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) es un instrumento creado por Spielberger para medir la ansiedad en dos dimensiones: ansiedad estado y ansiedad rasgo (11).

La ansiedad estado consiste en un estado transitorio de ansiedad que varía en el tiempo y es fluctuante en función de si el individuo se siente con ansiedad o no dependiendo del momento y la situación vivida. Es un estado caracterizado por sentimientos subjetivos que son percibidos por el individuo como tensión y aprehensión, esto hace que aumente la actividad del sistema nervioso autónomo (aumento de presión arterial, aumento de sudoración, aumento de temperatura, aumento de frecuencia cardiaca, etc.) (11).

La ansiedad rasgo hace referencia a un comportamiento que predispone al individuo a sentir multitud de situaciones como amenazantes, a pesar de que no sean objetivamente peligrosas, hace que el individuo responda de manera desproporcionada y es permanente en el tiempo. Estas personas son caracterizadas por un estado de ansiedad estable (11).

#### **4.1.2 Miedo.**

Los autores Gili y Cols (1994) diferencian miedo de ansiedad mediante dos matices: el objetivo (miedo) del subjetivo (ansiedad) (5).

La Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular persistente o potencial, o descrita en dichos términos” (12).

El temor es, según la NANDA, “la respuesta a la percepción de una amenaza que reconoce conscientemente como peligro” (7).

El proceso psicológico de una enfermedad o dolencia urgente es la forma normal que está asociada con la ansiedad y el miedo, por tanto, en el servicio de urgencias se parte de la base de que hay ya un miedo existente, al que posteriormente se añadirán otros como la incertidumbre o el temor ante lo desconocido. Se trata de una vivencia emocional, subjetiva

y complicada que tiene consecuencias físicas, psicológicas, sociales y laborales (13,14).

Un paciente que está sufriendo ansiedad y pánico se encuentra en una situación que predispone a que exista una falta de cooperación por su parte en el proceso asistencial, sufre inquietud y debido a ello, es más propenso a cometer acciones incorrectas. Por tanto es importante identificar a los pacientes que sufren este tipo de cuadros psicológicos para poder ampliar sus cuidados (14).

Uno de los principales factores causales del miedo es la inseguridad que se genera ante la situación de enfermedad, el dolor intenso, enfrentarse a una situación que desconoce y sin saber exactamente qué hacer. Este miedo se manifiesta mediante la sensación de nervios, inquietud y temor. Los miedos más habituales entre los pacientes del servicio de urgencias hospitalarias son la incapacidad de poder seguir realizando sus actividades habituales, la pérdida del empleo, un posible error en el diagnóstico, someterse a procedimientos dolorosos, estar permanentemente discapacitado y el sentimiento de vulnerabilidad. Multitud de pacientes acuden al servicio de urgencias por sentir miedo en relación a los síntomas que padecen (13,15).

Es necesario trabajar en el desarrollo de la perspectiva del paciente para aliviar el miedo y la incertidumbre, y equiparlos con los recursos necesarios para atender de manera adecuada esas necesidades (4).

El personal de enfermería puede colaborar en el tratamiento de estos sentimientos negativos que sufre el paciente con las siguientes estrategias: transmisión de confianza, intervenciones rápidas y eficaces, explicaciones claras y adecuadas al lenguaje del paciente, trato personalizado, etc. (14)

### **4.1.3 Dolor.**

El dolor es una sensación importante en las personas, siendo el principal motivo de consulta en los servicios de urgencias hospitalarias. Se trata de una experiencia compleja que genera ansiedad y actúa como factor estresante. Puede tener efectos perjudiciales sobre la salud a corto y a largo plazo en los pacientes, por tanto es necesario solucionarlo de manera rápida (4,16).

Los pacientes con ansiedad tienden a ser más vulnerables al dolor, necesitando dosis de analgesia mayor, además, incrementan la aparición de complicaciones y aumentan los tiempos de estancia en el hospital. De este modo, se trata de una paciente que se siente más descontento con su experiencia hospitalaria (17,18).

Existe un consenso general de que el alivio del dolor debe ser uno de los objetivos principales de cualquier tratamiento, especialmente en el servicio de urgencias. Es fundamental el abordaje adecuado y rápido del dolor en este servicio, para ello se aconseja su evaluación, monitorización de la intensidad del mismo y la colaboración de todo el equipo multidisciplinar, donde como herramienta fundamental se encuentra el uso de una buena comunicación. El empleo de protocolos para el manejo del dolor mejora los resultados del control del mismo a corto plazo. Por ello es importante que la enfermera sea capaz de identificarlo y evaluarlo de manera correcta, dejando especificado de qué tipo de dolor se trata, la intensidad que tiene, si es agudo o reagudizado, etc. y su posterior reevaluación (19,20).

La edad y el sexo son variables que influyen de manera significativa en cómo abordar posteriormente el dolor (21,22).

La gestión del dolor es un buen indicador de una correcta práctica clínica y asistencial, pero lo real es que sigue siendo usual que no se encuentre del todo controlado en los pacientes que permanecen ingresados (21).

Es un signo de alarma de vital trascendencia, pero una vez ha cumplido ésta función, es considerado un sufrimiento innecesario que se puede prevenir, controlar y aliviar en la mayoría de los casos. Para paliarlo es necesario dar una formación a los especialistas y a los miembros del equipo del servicio de urgencias para que lo aborden como si fuera otro signo vital (12).

El afán de las instituciones debe ir dirigido a fomentar la calidad del manejo del dolor en todo el equipo que participa en el proceso. Para ello, es importante que quede correctamente registrado y documentado en la historia clínica del paciente (21).

## **4.2 El paciente/familia.**

Generalmente, las personas que acuden al servicio de urgencias hospitalarias están acompañadas por familiares o allegados. Los acompañantes tienen un papel muy importante en el apoyo emocional de los pacientes, y, por tanto, es necesario proporcionarles una atención de calidad también a ellos. La percepción sobre la atención de los acompañantes puede ayudar a mejorar las estrategias para la comunicación entre el personal sanitario-paciente-acompañante (6).

Los pacientes, de manera general, prefieren acompañamiento en su proceso asistencial por parte, en la mayoría de los casos, de sus familiares, esto hace que reduzca la ansiedad que sienten, también se cree que disminuye su umbral del dolor. Por tanto, la presencia de los acompañantes se puede emplear como una estrategia para disminuir el dolor (10).

Los cuidados a los pacientes se ven incompletos si no se asiste a los acompañantes, es imprescindible también darles apoyo y acompañarles en el abordaje de los problemas relacionados con sentimientos de ansiedad, miedo y soledad (23).

Se debe tener en cuenta que los familiares se encuentran también en una situación difícil y estresante, y por tanto es necesario proporcionarles atención a ellos también, de modo que un servicio de atención integral comprende tanto al paciente como a la familia o acompañantes (10).

El personal de enfermería posee un papel fundamental en la atención a los familiares, ya que se encuentra constantemente en contacto con el paciente, pero en ocasiones, no se sienten preparados para cuidar las emociones de éstos porque no tienen mecanismos suficientes para suministrar apoyo emocional a los acompañantes, por eso es necesario interiorizar la importancia de los cuidados también hacia ellos (23).

El servicio de urgencias es un lugar altamente especializado generando como consecuencia el paso a un segundo plano de los sentimientos y emociones de los pacientes y familiares, siendo un ambiente desfavorable para ellos. La urgencia, junto con la UCI, es uno de los servicios donde los acompañantes tienen más necesidades de atención, ya que es uno de los lugares del hospital donde más se sufre y donde los acompañantes tienen más deseo de tener contacto con los pacientes y con los profesionales sanitarios debido a la inestabilidad del paciente y a la situación estresante en la que se encuentran. Una de las necesidades principales de los familiares es la información sobre el paciente y recibir un mensaje esperanzador que les proporciona seguridad y apoyo (10,23) .

Las peculiaridades de la situación hacen que los familiares/acompañantes necesiten un proceso de adaptación donde se convierten también en sujetos de cuidados. Es una situación que excede su capacidad de afrontamiento y por ello es necesario que el personal sanitario se encargue también de proporcionarles una serie de cuidados que les ayuden a sobrellevar la situación (10).

Algunas de las estrategias para la ayuda de los familiares/acompañantes son: el cuidado holístico, incluyendo el apoyo emocional en los cuidados de los pacientes y acompañantes, no tratando únicamente el motivo por el que el paciente haya ingresado, y crear una relación basada en la confianza, establecer una relación de ayuda entre el personal de enfermería y los allegados del paciente nacida de la empatía entre ambos, esto se produce, entre otras cosas, gracias a implicación de la resolución de sus demandas y de la aclaración de las dudas que les surjan (23).

Existen investigaciones publicadas donde se demuestra que la presencia de los familiares en situaciones críticas mejora el estado de la salud de los pacientes, y que el contacto familia-paciente es un pilar fundamental para ambos (24).

### **4.3 Relación paciente-enfermera. Relación de ayuda o relación terapéutica. (Competencias profesionales).**

La comunicación enfermera/paciente es la base para establecer una correcta relación de ayuda. A su vez, la relación de ayuda debe ser la base de los cuidados de enfermería, considerando al paciente como un ser bio-psico-social, no centrándose únicamente en curar sino en cuidar, en cubrir todas y cada una de sus necesidades, entendiendo que es un ser holístico y sin dejar de lado su necesidad de sentirse acogido y comprendido.

Para establecer una buena relación terapéutica es necesario que el paciente y la enfermera trabajen como un equipo y establezcan juntos los objetivos en los que se va a trabajar.

Según Carl Rogers define relación de ayuda como “aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos”.

Algunos de los requisitos fundamentales para que se lleve a cabo una correcta relación de ayuda son: autoconocimiento, empatía, respeto, observación, escucha activa y conciencia de las propias habilidades.

Se han descrito diferentes modelos de relación de ayuda:

- Autoritario: el profesional sanitario se centra en encontrar el problema del paciente e intentar solventarlo utilizando los recursos de uno mismo, sin utilizar los del paciente.
- Democrático: ante el problema del paciente el profesional adopta una actitud facilitadora y en todo momento implica al paciente en la resolución del mismo.
- Paternalista: el profesional toma la responsabilidad de la situación y sobreprotege al paciente.
- Empático: el profesional sanitario adopta una actitud facilitadora y de ayuda hacia el paciente.

Los beneficios de una correcta relación terapéutica son tanto para el paciente como para la enfermera. Es obvio que el paciente recibe ayuda del personal sanitario, pero la enfermera también se enriquece del paciente desarrollando un buen crecimiento personal y laboral. Además permite el establecimiento de una relación de confianza entre ambos.

El resultado de una relación de ayuda no efectiva, es la generación de nuevos problemas y la aparición de sentimientos negativos (confusión, incompreensión, sensación de abandono...) (25).

## **4.4 Estrategias de enfermería para disminuir la ansiedad y aumentar la satisfacción del paciente.**

### **4.4.1 Comunicación.**

La comunicación es el resultado de una interacción entre el emisor y el receptor donde es necesaria una comprensión mutua. En enfermería es imprescindible que ésta sea efectiva, por ello no sólo tiene importancia el lenguaje verbal y las habilidades técnicas, sino que hay que dársela también al lenguaje no verbal, la escucha activa y a la creación de una relación interpersonal enfermera-paciente, de este modo se podrán reconocer las necesidades reales de cada paciente y así establecer unos cuidados de calidad ayudándole a enfrentar y superar el proceso de enfermedad (24, 25).

La comunicación positiva se encarga de los aspectos psicológicos, se realiza de manera tranquilizadora, explicativa y empática (25).

Puede haber situaciones en las que surjan limitaciones en la comunicación como, por ejemplo, donde el paciente se encuentre imposibilitado para hablar, por ello es importante

recordar que el lenguaje no verbal otorga también información acerca del paciente y de cómo se siente (expresión facial, expresión corporal...) (26).

Para mejorar la atención a los acompañantes es importante que exista una buena comunicación con los mismos, proporcionar información regularmente sobre el paciente y proporcionarles también seguridad a ellos, además de darles información sobre las instrucciones al alta (6).

Para que exista una buena comunicación se debe facilitar la escucha activa, algo que adquiere una importancia crucial en el proceso de la comunicación, esto facilita el entendimiento, la expresión libre del paciente y la correcta interpretación de lo que quiere decir. Para ello es necesario que se cumplan una serie de requisitos: proporcionar un entorno agradable, centrarse en el interlocutor, utilizar un correcto lenguaje no verbal que refleje la captación de la información que éste transmite, emplear pausas de silencio, formulación de preguntas abiertas (5).

El profesional sanitario puede ayudar a que exista una comunicación efectiva dando una información completa y continuada al paciente, evitando errores frecuentes como utilizar un lenguaje demasiado técnico, no dejar que se exprese, dar información que no ha pedido..., se hará saber al paciente en todo momento que la información que a él refiere será estrictamente confidencial, esto facilitará su sinceridad (3).

Una correcta comunicación es fundamental para afrontar las situaciones y poder dar respuesta a las mismas, de lo contrario, podría darse un afrontamiento ineficaz y ser causa de fracaso terapéutico (25).

#### **4.4.2 Educación para la salud.**

La enfermería dispone de una serie de estrategias para reducir o aliviar este estado, entre ellas destaca la educación para la salud (EPS), basada en el apoyo y la enseñanza al paciente para fomentar su salud. Además, hay otras tácticas fundamentales de enfermería para reducir este estrés generado como la escucha activa y la empatía. De este modo se puede propiciar al paciente todo tipo de información y asesoramiento que requiera y así ayude a aminorar el proceso de ansiedad que sufre. Para ello la enfermera debe aclarar todas las dudas que le surjan y las creencias erróneas, enseñándole técnicas de autocuidado y fomentando la seguridad del paciente (17).

Existen evidencias de que la preparación educativa por parte de la enfermería reduce de manera positiva la ansiedad y el miedo en estos pacientes y mejora su proceso asistencias (17).

#### **4.4.3 Humanización.**

El servicio de urgencias es, con frecuencia, un servicio despersonalizado. Esto es debido a la excesiva carga de trabajo, a la existencia de largos tiempos de espera para atender a los pacientes, a que existan recursos inadecuados, a las condiciones de trabajo de los personales sanitarios, a las infraestructuras... Por ello pueden darse situaciones en las que el paciente tenga sensación de abandono, sienta carencias y se muestre apático, por la percepción de un trato deshumanizado (27,28).

Para los pacientes, una de las principales causas de preocupación tiene que ver con la información y la amabilidad. Los usuarios que acuden al servicio de urgencias en busca de atención sanitaria, suelen encontrarse además, con algunas barreras desagradables como son los excesivos tiempos de espera, la falta de información y, en multitud de ocasiones, no poder recibir compañía de sus allegados (27).

Las principales causas de insatisfacción en este servicio suelen ser los tiempos excesivos que tienen que esperar para ser atendidos y para la obtención de los resultados, y la poca información que reciben, siendo en un alto porcentaje, proporcionada con un lenguaje identificado como poco claro para el paciente (29).

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE) se define humanizar como "Hacer humano, familiar y afable a alguien o algo".

Se debe entender la humanización como el procedimiento por el que, a través de ciertas acciones, se debe conseguir llegar al objetivo principal de mejora del nivel de salud del paciente, prestando siempre una atención integral y de calidad (28).

Es de trascendencia tener presente las expectativas del paciente, ser conocedor de la situación que él y su entorno están viviendo y conocer la valoración que el paciente tiene de su propio estado de salud (30).

A veces es complicado determinar el grado de satisfacción de los usuarios ya que dependen de múltiples variables, como son la resolución de los problemas que le hayan surgido, de las expectativas con las que haya acudido, de la cordialidad y cortesía con la que se les recibe, etc. Para ello es conveniente detectar cuáles son las necesidades que tienen para poder, en la medida posible, satisfacerlas (30).

El acompañamiento del paciente y la presencia de los familiares/acompañantes es una posible medida de mejora para la humanización del servicio, haciendo que se les otorgue un ambiente más humano y reduciendo así su miedo, estrés y ansiedad (28).

## **5. Justificación**

El estrés, el miedo y la ansiedad son sentimientos que pueden afectar a las personas y a su salud de manera negativa si no son tratados de la manera adecuada y en el tiempo adecuado.

El servicio de urgencias hospitalarias es un servicio donde, por su excesiva carga de trabajo, la constante saturación del sistema sanitario y la gravedad del paciente, existe un alto grado de deshumanización y despersonalización hacia los usuarios, centrándose únicamente en resolver la patología médica por la que el paciente ha acudido al servicio.

Éste es un servicio donde predominan la tecnología y la eficacia práctica, haciendo que aspectos tan importantes como la esfera psicológica y emocional del paciente y sus familiares/acompañantes queden en el olvido, pudiendo dar pie a que éste tenga sentimientos de abandono, y una mala percepción sobre la calidad y la asistencia del servicio.

Es mucha la bibliografía que trata sobre los sentimientos de estrés, ansiedad y miedo que siente un paciente ante situaciones de este tipo, por tanto, es necesario abordar este tema ya que influye de manera muy directa en la mejora de la salud, la calidad de vida y en la recuperación del paciente.

Tras realizar la búsqueda bibliográfica se puede determinar que existen variables que pueden influir en este estado de disconfort que sienten los pacientes y acompañantes, y por ello se va a realizar un estudio con algunas de estas variables para concretar la incidencia de las mismas.

El presente estudio está destinado a analizar y determinar cuáles son las causas más frecuentes que generan estos sentimientos, su prevalencia y las variables personales que pueden influir en ellos. Los resultados obtenidos podrán ser útiles para reconocer cuáles son factores principales que afectan aumentando el estrés y la ansiedad en pacientes y acompañantes, conocer cuáles son los factores personales más influyentes y, en un futuro, que el equipo de enfermería pueda adoptar la actitud necesaria para colaborar en su reducción y mejorar el estado de salud de los usuarios del sistema.

## **6. Objetivos**

### **6.1 Objetivo general**

Determinar el grado de ansiedad y estrés que sufren los pacientes y los familiares que acuden al servicio de urgencias hospitalarias.

### **6.2 Objetivos específicos**

Analizar cuáles son las variables sociodemográficas que más influyen en los pacientes y familiares que sufren estrés y ansiedad en el servicio de urgencias hospitalarias.

Analizar cuáles son los factores ambientales que influyen en la ansiedad y el estrés sobre los usuarios que acuden al servicio de urgencias.

Conocer si existe relación entre la disminución del estrés y la ansiedad y la posibilidad de que los pacientes permanezcan acompañados de sus familiares.

Observar la percepción que tienen los usuarios que acuden al servicio de urgencias hospitalarias sobre la implicación de los profesionales de enfermería en la reducción del estrés y la ansiedad.

## **7. Metodología**

### **7.1 Diseño del estudio**

Se ha optado por el diseño de un estudio observacional, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, que se realizará al haber estudiado los datos recopilados de los usuarios que acudan al servicio de urgencias del HCSC durante el tercer trimestre del año 2018.

Se ha seleccionado que el presente estudio tenga carácter observacional de tipo descriptivo para determinar cuál es el valor de las variables de la población partiendo de los datos recogidos de una muestra representativa.

### **7.2 Sujetos de estudio**

Población diana: personas que acudan a los servicios de urgencias de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Población accesible: pacientes y familiares/acompañantes que acudan al servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos (HCSC).

Finalmente la población elegible es el conjunto de pacientes y acompañantes comprendidos entre las edades de 21 y 65 años que acudan al área de urgencias del HCSC.

En referencia al tamaño de la muestra se emplea la siguiente técnica para prever el tamaño estimado en proporción a una población infinita: se sopesa un intervalo de confianza en un 95% correspondiente a un valor de  $\alpha=0,05$  y a un correspondiente valor de  $Z\alpha=1,96$ . Por tanto se estima una proporción del 5% adquiriendo un valor de  $p=0,05$  y una amplitud o precisión del 3%, alcanzando un resultado de tamaño muestral de 203 sujetos. Este valor cambia a un tamaño muestral de 239 sujetos para una muestra que está ajustada a las pérdidas con un 15% como porcentaje de proporción esperada de pérdidas.

El estudio se llevará a cabo en el tercer trimestre del año 2018, en el servicio de urgencias del HCSC, situado en el distrito de Moncloa, en la Comunidad de Madrid.

La selección de la muestra se realizará al azar, entre los participantes que acudan al servicio de urgencias y que manifiesten su deseo voluntario de participar en el estudio y que, además cumplan los criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión para participar en este estudio serán:

- Personas que acudan al servicio de urgencias del HCSC.
- Personas que acepten voluntariamente participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- Tener una edad comprendida entre 21-65 años.
- Sujetos que reciban el alta domiciliaria tras precisar atención en el servicio de urgencias del HCSC.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes que se encuentran en situación crítica.
- Cuestionarios mal cumplimentados.
- Pacientes que presenten cualquier patología que dificulte la comprensión.

### **7.3 Variables**

Observando estudios previos utilizados en labor de investigación sobre este tema, se ha llegado a la conclusión de que hay variables que influyen sobre el grado de ansiedad, estrés y miedo, como pueden ser la edad y el sexo.

Estos resultados han servido como referencia para conocer si en España, concretamente en el HCSC pueden ser reflejados de igual manera, o por el contrario, no son extrapolables.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva se han decidido emplear como variables aquellos factores que influyen en el grado de ansiedad y estrés que sufren los pacientes y sus acompañantes en este servicio.

Los instrumentos de medida son: el cuestionario anónimo de elaboración propia "Cuestionario de variables sociodemográficas", que atiende a los objetivos del estudio, que recoge 9 ítems, el cuestionario "Cuestionario a rellenar por el paciente" de elaboración propia, valora mediante escala Likert 15 ítems, el cuestionario "Cuestionario a rellenar por el acompañante" de elaboración propia, valora mediante escala Likert 10 ítems, además de la escala validada "Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo", que consta de dos cuestionarios de 20 ítems cada uno, dada su relación con el presente estudio.

Las variables incluidas en el estudio son:

Edad: variable de tipo cuantitativa discreta, medida en grupos de edad, con cuatro opciones de respuesta: de veintiún a treinta y cinco años/de treinta y seis a cuarenta y cinco años/de cuarenta y seis a cincuenta y cinco años/de cincuenta y seis a sesenta y cinco años.

Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Variable necesaria para conocer en qué grupo o grupos de edad sufren más estrés y ansiedad los usuarios del servicio de urgencias.

Género: variable de tipo cualitativa nominal dicotómica, con dos opciones de respuesta: hombre/mujer. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Es una variable necesaria para determinar si hay diferencias en el estudio sobre el género.

Nacionalidad: variable de tipo cualitativa policotómica nominal, con dos opciones de respuesta: española/extranjera. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Variable utilizada para conocer si hay diferencia entre si la persona encuestada es de nacionalidad española o no.

Hijos: variable de tipo cuantitativa discreta, con dos opciones de respuesta: sí/no. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Variable empleada para conocer si es un factor influyente, es decir, si hay diferencia en el sufrimiento del estrés en personas que tienen hijos o no.

Ideología religiosa: variable de tipo cualitativa policotómica nominal. Con tres opciones de respuesta: creyente/ateo/agnóstico. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Variable utilizada para conocer si creer o no creer en alguna religión influye en la manera de afrontar la ansiedad o el estrés.

Nivel de estudios: variable de tipo cualitativa policotómica ordinal. Con seis opciones de respuesta: no tiene estudios/educación secundaria obligatoria/formación profesional/estudios universitarios no sanitarios/estudios universitarios sanitarios/otros estudios, recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Esta variable se utiliza para conocer si el grado de estudios influye en la percepción de estrés y ansiedad, y además se especifica si los estudios son sanitarios para conocer si puede influir también este tipo de variable.

Situación laboral: variable de tipo cualitativa policotómica nominal. Con tres opciones de respuesta: trabaja/no trabaja/estudia. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Es una variable utilizada para conocer si la situación laboral es influyente o no en el grado de ansiedad de los participantes.

Situación en la que acude al servicio de urgencias: variable de tipo cualitativa dicotómica. Con dos opciones de respuesta: paciente/acompañante. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Esta variable es tanto para conocer si influye de la misma forma la situación en la que acude al servicio como para hacer distinciones a la hora de la realización del estudio.

Motivo de ingreso: es una variable de tipo cualitativa policotómica nominal. Con siete opciones de respuesta: patología cardiaca/patología digestiva/patología vascular/patología neurológica/patología urinaria/patología ginecológica u obstétrica/otra patología. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Esta variable se emplea para determinar si existe diferencia en el grado de estrés sentido con la patología que está sufriendo el usuario.

Experiencias previas en el servicio urgencias: es una variable de tipo cualitativa dicotómica. Con dos opciones de respuesta: sí/no. Recogida mediante el cuestionario de variables sociodemográficas. Esta variable está incluida para conocer si influye el haber acudido antes al servicio o no, y si el hecho de haber establecido ya algún contacto previo con el servicio afecta al grado de ansiedad que sienten.

Con el fin de recoger datos para poder realizar el estudio, se utilizará un cuestionario de elaboración propia donde se recogerán datos sociodemográficos (edad, género, ideología religiosa, nacionalidad, número de hijos, nivel de estudios, situación laboral), junto con otras variables que tienen relación con la atención recibida en el servicio de urgencias (situación en la que acude al servicio de urgencias, motivo de ingreso, experiencias previas).

La escala a cumplimentar por los pacientes hace referencia a una escala tipo Likert consta de 15 preguntas que se responderán con “totalmente de acuerdo” “parcialmente de acuerdo” “ni de acuerdo ni en desacuerdo” “parcialmente en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo, es un cuestionario de variables cualitativas policotómicas ordinales donde, al evaluar los resultados, se podrá deducir cómo ha sido la atención percibida por los pacientes sobre el trato del personal de enfermería, también se podrá valorar qué elementos son importantes para reducir el estrés y la ansiedad que sufren los pacientes.

La escala Likert a cumplimentar por los acompañantes consta de 10 preguntas que se podrán responder con “totalmente de acuerdo” “parcialmente de acuerdo” “ni de acuerdo ni en desacuerdo” “parcialmente en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo, es un cuestionario de variables cualitativas policotómicas ordinales donde, al evaluar los resultados, se podrá deducir cómo ha sido la atención percibida por los acompañantes sobre el trato del personal de enfermería.

Para evaluar el nivel o grado de ansiedad o estrés que ha sufrido el paciente se utilizará la escala validada STAI. El inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) es un instrumento creado y utilizado para evaluar en dos dimensiones; ansiedad estado y ansiedad rasgo. Consta de dos cuestionarios con 20 ítems cada uno.

Las preguntas de los cuestionarios que se van a utilizar en este estudio tienen la principal función de conocer el grado de ansiedad y estrés que sufren los pacientes y familiares que acuden a los servicios de urgencias, y conocer la importancia que el personal de enfermería ha dado a su situación.

## **7.4 Procedimiento de recogida de datos**

Previa solicitud y autorización del Comité de ética del Hospital Clínico San Carlos, se solicita la colaboración de la supervisión del servicio de urgencias para realizar la investigación propuesta.

Los participantes se seleccionarán entre los usuarios que se encuentren dentro de los criterios de inclusión establecidos en el estudio. A estos candidatos se les entregará en el triaje una hoja con la documentación informativa del estudio, el consentimiento informado (CI) y la escala validada STAI, explicando el motivo del estudio, el objetivo del mismo y las indicaciones de cómo participar en él (Anexo 1, Anexo 2, Anexo 6). La documentación cumplimentada será recogida por el personal de enfermería del servicio en el momento del alta hospitalaria.

Una vez hayan recibido la información y firmado el consentimiento informado, podrán iniciar los cuestionarios.

La duración prevista de la lectura de la hoja informativa, del consentimiento informado y de la cumplimentación de las escalas validadas STAI, será de aproximadamente 20 minutos.

Los enfermeros del servicio se encargarán de recoger los consentimientos de los pacientes y entregarlos en la supervisión de la unidad.

Se hará hincapié en recordar a los participantes la privacidad con la que se van a tratar los datos y la información obtenida en el estudio acorde a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) (31).

En el momento del alta, los enfermeros del servicio darán un cuestionario a aquellas personas que hayan aceptado participar en el estudio (Anexo 3, Anexo 4 y Anexo 5).

La duración estimada de la realización de estos últimos cuestionarios será de aproximadamente 20-30 minutos.

## 7.5 Fases del estudio, cronograma

El estudio va a constar principalmente de tres fases:

El estudio de inicia con la fase conceptual, consiste en la selección del tema que del que se quiere hacer el estudio, la selección de los términos más relevantes, junto con la búsqueda bibliográfica. Donde se emplean para la búsqueda términos imprescindibles para la creación de este estudio, como son la ansiedad, el estrés, el servicio de urgencias, etc.

Para realizar el estudio se ha realizado una revisión bibliográfica de documentación extraída de las siguientes bases de datos de carácter científico: Pubmed, Cuiden, Dialnet, Medline, Cinhal, Google Academic.

A continuación se muestra una tabla-resumen de la estrategia de búsqueda bibliográfica que se ha utilizado:

Bases de datos de carácter científico	Libros (formato papel)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pubmed</li><li>- Cuiden</li><li>- Dialnet</li><li>- Medline</li><li>- Cinhal</li><li>- Google Academic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Biblioteca de la Universidad Pontificia de Comillas</li></ul>

Las publicaciones que se han incluido en la bibliografía se han seleccionado entre los resultados que se obtuvieron al utilizar los siguientes filtros de búsqueda:

- Palabras claves.
- Publicado en los últimos 10 años.

- Idiomas: inglés y español.

Las palabras claves incluidas en este trabajo se muestran en la siguiente tabla de elaboración propia:

Término de búsqueda	MeSH	DeCS	
		Inglés	Español
Enfermería	Nursing/Nurse's role	Nursing/Nurse's role	Enfermería
Ansiedad	Anxiety	Anxiety	Ansiedad
Estrés psicológico	Stress Psychological	Stress, Psychological	Estrés psicológico
Urgencias	Emergency Medical Services	Emergency Medical Services	Servicios médicos de urgencia
Emergencia	Emergency Service Hospital	Emergencias	Urgencias médicas
Miedo	Fear	Fear	Miedo
Cuidados de enfermería	Nursing Care	Nursing Care	Atención de enfermería
Urgencias	Emergencias	Emergencias	Urgencias médicas
Dolor	Pain	Pain	Dolor
Dolor agudo	Acute Pain	Acute Pain	Dolor agudo
Enfermera	Nurse-Patient Relations	Nurse-Patient Relations	Relaciones Enfermero-Paciente

Posterior a la búsqueda bibliográfica se procede a la lectura crítica y al análisis de la documentación extraída en las bases de datos de carácter científico.

Una vez analizada información y finalizado el estado de la cuestión del estudio, se plantea el diseño de la investigación, se realiza la selección de los objetivos que se pretenden lograr, tanto el general como los específicos y se decide cuál es la mejor manera de cumplirlos.

Dado por concluido este proceso, se da pie al comienzo de la siguiente fase.

Fase metodológica, el tipo de estudio seleccionado es de tipo observacional, descriptivo y tiene un carácter transversal. El cual se va a realizar a los pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos en el tercer trimestre del año 2018.

Ya bajo autorización del comité ético del hospital, se procede a la elaboración y recogida de los formularios oportunos.

Fase empírica, se realiza la entrega del documento informativo y del consentimiento informado (anexo 1, anexo 2), junto con el primer cuestionario (anexo 6) a los participantes que hayan aceptado participar en el estudio dejando así constancia con la firma del CI.

En el momento del alta los pacientes que deseen participar en el estudio deberán cumplimentar el resto de los cuestionarios (anexo 3, anexo 4, anexo 5).

ACTIVIDADES Y TAREAS	CRONOGRAMA							
	MESES SEPTIEMBRE 2017 A ABRIL 2018							
	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
Selección del tema y del tutor	X							
Búsqueda bibliográfica	X	X	X	X				
Análisis de la bibliografía		X	X	X	X			
Justificación del estudio					X	X		
Entrega del estado de la cuestión, justificación y bibliografía						X		
Formulación de objetivos y diseño del estudio						X	X	
Entrega del borrador							X	
Recogida de los datos obtenidos, redacción de conclusiones y finalización del estudio								X
Entrega definitiva de TFG								X

## 7.6 Análisis de datos

Para realizar el estudio de los resultados obtenidos se creará una base de datos que comprenderá todas las variables recogidas, utilizando el programa estadístico SPSS® 21.0.

Se realiza un análisis descriptivo de las variables del estudio, empleando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y media con desviación estándar o mediana para las variables cuantitativas.

La asociación entre las variables se realiza a través del uso de test estadísticos no paramétricos (Test Chi-Cuadrado y Regresión Lineal) en función de si la variable es cualitativa o cuantitativa además de su distribución.

## **8. Aspectos éticos**

Para llevar a cabo el presente proyecto de investigación y su posterior recogida de datos a través de los cuestionarios formulados, se solicitará la autorización al Comité Ético CEIC Hospital Clínico San Carlos, así como de la dirección de enfermería del hospital.

Todos los candidatos a la participación del estudio recibirán información explícita del estudio que se va a realizar. Para la inclusión del mismo deberán ratificar su aceptación mediante el consentimiento informado (Anexo 2), además se les proporcionará información acerca del tratamiento de los datos del estudio y se les recordará que los datos serán tratados con máximo rigor y confidencialidad acorde a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, por ello, además, no aparecerá en los documentos ningún tipo información de carácter personal.

## **9. Limitaciones del estudio**

Al ser un estudio observacional es imposible establecer relaciones causales,

Ante la posibilidad de que existan errores o dificultades en la cumplimentación de los cuestionarios, se comprobará que estén completos todos los datos y se ofrecerá ayuda a los usuarios que la requieran a la hora de rellenar los formularios.

Un sesgo que puede surgir es relacionado a los aspectos individuales de los participantes del estudio, por ejemplo la falta de sinceridad, incomodidad que pudieran sentir al contestar las preguntas de los cuestionarios, miedo que sientan a que existan consecuencias.

## **10. Líneas de futuro**

El presente estudio da pie a futuras investigaciones, como por ejemplo:

Visión que tiene el personal de enfermería acerca del tema tratado en el TFG: se podrá realizar una misma modalidad de estudio para comprobar cuál es la percepción que tiene el personal de enfermería sobre el estrés y la ansiedad que sufren los pacientes y familiares que acuden a este servicio.

Extracción de conclusiones y estudio comparativo entre el primer estudio realizado a pacientes y familiares, y el segundo realizado al personal de enfermería del hospital.

Realización de un nuevo estudio sobre cuáles son las variables que influyen en el personal de enfermería para que exista una falta de calidad en la asistencia prestada en este servicio, por ejemplo, la falta de tiempo, el estrés al que son sometidos, etc.

Creación de un futuro proyecto educativo para el personal sanitario: donde podrían incluirse técnicas para la optimización del tiempo, mejoraras en la relación y enfermero/paciente/acompañante, técnicas de comunicación, etc.



## 11. Bibliografía

- (1) Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones. 2010:5-10.
- (2) González Benito U. Competencias y técnicas de enfermería en los servicios de urgencias. 3ciencias 2016 Oct:10-15.
- (3) Echarte Pazos JL, Iglesias Lepine ML. Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias 2007;19(4):201-210.
- (4) Rising KL, Hudgins A, Reigle M, Hollander JE, Carr BG. "I'm Just a Patient": Fear and Uncertainty as Drivers of Emergency Department Use in Patients With Chronic Disease. Ann Emerg Med 2016 Nov;68(5):536-543.
- (5) Gallar M. Promoción de la Salud y Apoyo Psicológico al Paciente. 4ª Edición ed.: S.A. EDICIONES PARANINFO; 2006.
- (6) Ekwall A, Gerdtz M, Manias E. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. Journal of clinical nursing 2009 Dec;18(24):3489-3497.
- (7) NANDA International, Herdman TH, Herdman TH. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
- (8) Santos Boya, T. Calvo Arenillas, J.I. Ansiedad del paciente hospitalizado en una Unidad de Observación de Urgencias de un hospital comarcal. Metas de enfermería 2016 Nov;19(9):27-31.
- (9) Ekwall A, Gerdtz M, Manias E. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. Journal of clinical nursing 2013 Nov;39(6):534-538.
- (10) İşlekdemir B, Kaya N. Effect of family presence on pain and anxiety during invasive nursing procedures in an emergency department: A randomized controlled experimental study. International emergency nursing 2016 Jan;24:39.
- (11) Burgos Fonseca, P., Gutiérrez Sepúlveda, A. Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2014.
- (12) Rubiño Diaz JA, Lladó Salamanca S, Pérez Galmes CA, Socías Moya M. Percepción de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor en el servicio de urgencias. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2016;23(5):229-237.
- (13) Pendón Nieto ME, Martín Rol D, Moreno Romero JG, Mateos Rodríguez T, Hidalgo Espejo ME. &nbsp; Abordaje del temor en un paciente con dolor agudo intenso en el Servicio de Urgencias: un caso clínico. Ética de los Cuidados 2015 ene-jun;8(15).
- (14) Berzewski H. Angst und Panik im Notarztdienst - Richtig diagnostizieren und handeln. AINS - Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie 2011 Apr;46(4):240-245.

(15) Wagley LK, Newton SE. Emergency Nurses' Use of Psychosocial Nursing Interventions for Management of ED Patient Fear and Anxiety. *Journal of Emergency Nursing* 2010;36(5):415-419.

(16) Ali S, McGrath T, Drendel AL. An Evidence Based Approach to Minimizing Acute Procedural. *Pediatric Emergency Care* 2016 Jan;36(1):36-42.

(17) Vessuri H. Estrategias de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Buenos Aires: CLACSO; 2010.

(18) Craven P, MD, Cinar O, MD, Madsen T, MD. Patient anxiety may influence the efficacy of ED pain management. *American Journal of Emergency Medicine* 2013;31(2):313-318.

(19) Pérez Aznar, C. Macías Bou, B. Maganto Sancho, A. Ganzo Pión, M. Protocolo del manejo del dolor en Urgencias. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada acreditado* 2015;11(90):5408-5411.

(20) Kapoor S, White J, Thorn BE, Block P. Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Pain: The Significant Role of Pain Catastrophizing and State Anxiety. *Pain medicine* 2016 Jun;17(6):1-10.

(21) Sepúlveda-Sánchez JM, Canca-Sánchez JC, Rivas-Ruiz F, Martín-García M, Pérez-González MJ, Timonet-Andreu EM. Gestión enfermera del dolor en pacientes hospitalizados con patologías médicas no oncológicas. *Enfermería Clínica* 2016 Mar;26(2):137-141.

(22) Patel R, Biros MH, Moore J, Miner JR, Choo E. Gender Differences in Patient-described Pain, Stress, and Anxiety Among Patients Undergoing Treatment for Painful Conditions in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine* 2014 Dec;21(12):1478-1484.

(23) Campo Martínez, MC., Cotrina Gamboa, MJ. Relacion de ayuda al familiar del paciente en situacion critica. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería* 2011 Oct;10(4):103-109.

(24) Sánchez López, JM. Díaz Agea, JL. La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente. *Evidentia* 2013 oct-dic;10(44).

(25) Díaz Cortés MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2011;2(1):55-61.

(26) Rocha Oliveira T, Simões F, Mara S. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. 4th ed.: Oxford University Press; 2009.

(27) Lopera Betancur MA, Garcia Henao ML, Madrigal Ramirez MC, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigacion y Educacion en Enfermería* 2010 Mar 1;28(1):64.

(28) Duarte V. Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 2014;26:481-483.

(29) Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urra JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gaceta Sanitaria 2011;26(2):159-165.

(30) Rojas-Martínez W, Barajas-Lizarazo M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. Ciencia y Cuidado 2012 Jun 1;;9(1):13-23.

(31) Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298 1999 Dic 14,;I. Disposiciones generales.

## **12. Anexos**

## **Anexo 1 – Documento informativo.**

Documento informativo al participante del Estudio de Investigación: **“Estrés y ansiedad en pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias hospitalarias”**

### ***¿Cuál es el objetivo de este estudio?***

Se solicita su participación en el presente estudio, cuyo principal objetivo es conocer cuál es el grado de ansiedad o estrés que sufren los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos.

Es posible que con la participación en este estudio no reciba beneficio directo, sin embargo, los resultados obtenidos en el estudio servirán para conocer cómo se sienten los usuarios que acuden a este servicio con el fin de poder mejorar la asistencia sanitaria que reciben.

### ***¿Cómo puedo participar en el estudio y en qué consiste el estudio?***

Acorde a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, para poder ser partícipe en el presente estudio será necesaria la lectura y firma del consentimiento informado.

El estudio consistirá en la cumplimentación de cuatro formularios:

- Un cuestionario compuesto por 9 preguntas con variables sociodemográficas y personales.
- También le serán entregadas dos escalas con 20 ítems cada una.
- Finalmente, en el momento del alta, la enfermera/o le entregará un último cuestionario donde tendrá que evaluar de forma objetiva cómo ha sido su estancia en el servicio de urgencias, este último documento constará de 10 o 15 preguntas según sea usted paciente o acompañante.

En cada cuestionario vendrán incluidas unas breves instrucciones para su correcta cumplimentación.

### ***¿Hay algo más que debería conocer?***

Informarle también, que la participación en el estudio es totalmente voluntaria y los datos que en él se recojan, serán tratados con el máximo rigor y confidencialidad.

En cualquier momento del proceso puede decidir no participar en el estudio, procediendo a la destrucción de los documentos ya cumplimentados.

Puede preguntar sus dudas a nuestro equipo de investigación y al personal de enfermería

del servicio. Estaremos encantados de resolvérselas.

Le agradecemos de antemano su colaboración. Atentamente, un saludo.

Cristina Muñoz Baños.

## Anexo 2 – Consentimiento informado.

### HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepta mediante la firma de este consentimiento informado el uso de sus datos para esta investigación.

Yo, Sr/Sra \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, y con fecha de inclusión en el estudio a día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, acepto participar en el estudio de investigación “Estrés y ansiedad en pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias hospitalarias” que se lleva a cabo en el Hospital Clínico San Carlos.

De modo que afirmo que:

- ✓ Me ha sido entregada la hoja informativa del estudio.
- ✓ He leído la hoja de información que se me ha entregado y he podido realizar las preguntas oportunas sobre el estudio.
- ✓ He comprendido que la participación es voluntaria y que, en cualquier momento, puedo retirarme del estudio sin repercusión alguna.

---

Firma del participante

Firma del investigador

## Anexo 3 – Cuestionario de variables sociodemográficas.

### CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Marque con una X la opción en la que se encuentre:

1. Indique su edad:
  - De 21 a 35 años.
  - De 36 a 45 años.
  - De 46 a 55 años.
  - De 56 a 65 años.
2. Indique su género:
  - Masculino
  - Femenino
3. Nacionalidad:
  - Española.
  - Extranjera.
4. Indique si tiene hijos:
  - Sí.
  - No.
5. Religión (ideología religiosa):
  - Creyente.
  - Ateo.
  - Agnóstico.
6. Indique su nivel de estudios:
  - No tiene estudios.
  - Educación Secundaria Obligatoria.
  - Formación profesional.
  - Estudios universitarios no sanitarios.
  - Estudios universitarios sanitarios (Enfermería, Medicina, Fisioterapia, Podología, Farmacia, Nutrición, Psicología, Odontología, etc.).
  - Otro: Situación laboral:
    - Trabaja.
    - No trabaja.
    - Estudia.
7. Situación en la que acude al servicio de urgencias:
  - Paciente.
  - Acompañante.
8. Motivo de ingreso en urgencias:
  - Patología cardiaca.
  - Patología digestiva.
  - Patología vascular.
  - Patología neurológica.
  - Patología urinaria.
  - Patología ginecológica u obstétrica.
  - Otra patología:
9. Ha tenido experiencias previas en el servicio de urgencias:
  - Sí.

- No.

#### **Anexo 4 – Cuestionario a rellenar por el paciente.**

Debe marcar con una X la casilla

	<i><b>Muy de acuerdo</b></i>	<i><b>Parcialmente de acuerdo</b></i>	<i><b>Parcialmente en desacuerdo</b></i>	<i><b>Totalmente en desacuerdo</b></i>
Ha sido atendido con brevedad.				
El lenguaje que ha utilizado el personal de enfermería ha sido fácilmente entendible.				
Cree que a la hora de mantener una comunicación con el personal de enfermería había mucho ruido en la sala.				
Cuando le ha surgido alguna duda el personal sanitario la ha resuelto de manera adecuada (lenguaje claro, velocidad, volumen...).				
Le han permitido estar acompañado durante la asistencia.				
Le han explicado qué tiene que hacer cuando se vaya de alta.				
Le han explicado los procedimientos de las técnicas que le iban a realizar (Por ejemplo toma de constantes, realización de analíticas u otras pruebas, administración de medicación, etc.).				

Le han explicado los resultados de las pruebas que le han realizado.				
Considera que estar acompañado le ha ayudado a disminuir su nerviosismo.				
Ha sentido miedo, estrés o ansiedad durante su ingreso.				
Ha sentido sensación de desinterés o abandono.				
Considera que ha habido una buena comunicación entre el personal de enfermería y usted				
Es importante que el personal de enfermería le explique las técnicas que se le van a realizar.				
Se ha sentido comprendido durante su ingreso en el servicio de urgencias.				
Se siente satisfecho con la atención recibida.				

### Anexo 5 – Cuestionario a rellenar por el acompañante.

	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>Parcialmente de acuerdo</i>	<i>Parcialmente en desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>
Le han permitido hacer compañía al enfermo				
Han resuelto todas las dudas que se le han planteado				
Satisfacción con la atención recibida				
Considera que ha habido una buena comunicación entre el personal de enfermería y usted				
Ha sido informado de lo que le está sucediendo al enfermo y por qué motivo le están realizando las técnicas (analíticas, pruebas...)				
Han sido los miembros del equipo de enfermería atentos con usted				
Se ha sentido solo y aislado mientras se encontraba en la sala de espera				
Ha recibido un buen trato por parte del personal de enfermería				
Se ha sentido comprendido durante su estancia en el servicio de urgencias				

Ha sido informado progresivamente de la situación del enfermo				
---	--	--	--	--

## Anexo 6 – Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

### INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

(Spielberg, Gorshuch y Lushene)

#### Ansiedad-Estado

Instrucciones: a continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3

<b>18. Me siento aturdido y sobreexcitado</b>	0	1	2	3
<b>19. Me siento alegre</b>	0	1	2	3
<b>20. En este momento me siento bien</b>	0	1	2	3

### **Ansiedad-Rasgo**

Instrucciones: a continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
<b>1. Me siento bien</b>	0	1	2	3
<b>2. Me canso rápidamente</b>	0	1	2	3
<b>3. Siento ganas de llorar</b>	0	1	2	3
<b>4. Me gustaría ser feliz como otros</b>	0	1	2	3
<b>5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto</b>	0	1	2	3
<b>6. Me siento descansado</b>	0	1	2	3
<b>7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada</b>	0	1	2	3
<b>8. Veo que las dificultades se me amontonan y no puedo con ellas</b>	0	1	2	3
<b>9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia</b>	0	1	2	3
<b>10. Soy feliz</b>	0	1	2	3
<b>11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente</b>	0	1	2	3
<b>12. Me falta confianza en mí mismo</b>	0	1	2	3
<b>13. Me siento seguro</b>	0	1	2	3
<b>14. No suelo afrontar las crisis o dificultades</b>	0	1	2	3
<b>15. Me siento triste (melancólico)</b>	0	1	2	3
<b>16. Estoy satisfecho</b>	0	1	2	3
<b>17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia</b>	0	1	2	3
<b>18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo</b>	0	1	2	3

**olvidarlos**

<b>19. Soy una persona estable</b>	0	1	2	3
<b>20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado</b>	0	1	2	3