



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANISTA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

“Diferencias en la sintomatología ansiosa en pacientes con una dificultad traumatólogica u ortopédica y en sus cuidadores que participaron en las 5tas Jornadas Médicas Gratuitas Rainbow, 2015”.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Rivera Mendoza Zoe Lisbeth.

DIRECTOR: Bustamante Granda Byron Fernando, Mgtr.

LOJA – ECUADOR

2016



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Byron Fernando Bustamante Granda.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **“Diferencias en la sintomatología ansiosa en pacientes con una dificultad traumatológica u ortopédica y en sus cuidadores que participaron en las 5tas Jornadas Médicas Gratuitas Rainbow, 2015”**. Realizado por **Rivera Mendoza Zoe Lisbeth**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 22 de marzo de 2016

f: _____

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo **Rivera Mendoza Zoe Lisbeth**, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: “Diferencias en la sintomatología ansiosa en pacientes con una dificultad traumatológica u ortopédica y en sus cuidadores que participaron en las 5tas Jornadas Medicas Gratuitas Rainbow, 2015”, de la titulación de Psicología, siendo Byron Fernando Bustamante Granda director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 de Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f: _____

Autor: Rivera Mendoza Zoe Lisbeth

Cédula: 1105134397

DEDICATORIA

Con infinito amor a mis padres: Pedro y Fany, por ser mi pilar fundamental en todo lo que soy, los protagonistas principales de mi vida, mi educación, tanto académica, como personal, manteniéndome firme con su incondicional apoyo través del tiempo.

A mis hermanos: Jeison y Jair, por estar conmigo en mis alegrías y tristezas, y ser ese apoyo en cada momento, los quiero mucho. Nuestra vida gira en familia.

A mis docentes, por ser parte de mi formación académica, preparándose día a día con nuevos conocimientos.

Este trabajo de fin de titulación ha sido posible gracias a ellos.

Zoe Lisbeth Rivera M.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios y la Virgen María, por la vida, por mi familia, y por esa fuerza intrínseca que me brinda para continuar en este viaje llamado vida.

Con mucho cariño, gracias a mis padres: Pedro y Fany, por ser las personas ideales, precisas que Dios puso en mi vida, para que sean mi motivo de lucha continua para llegar a cabo esta etapa y no abandonarme nunca.

De una manera especial agradezco a todos(as) las personas que de una u otra manera contribuyeron en mi formación académica. A mi director de tesis Mgtr. Byron Bustamante, por su paciencia y enseñanza que depositó en mi trabajo de fin de titulación.

Muy agradecida con todas y todos las personas que forman parte de mi círculo de familiares y amigos (as).

Zoe Lisbeth Rivera M.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| CARÁTULA..... | i |
| APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN..... | ii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS..... | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTOS | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | vi |
| ÍNDICE DE TABLA..... | viii |
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| CAPÍTULO I: MARCO TEORICO | 6 |
| 1.1. Vivir con enfermedades traumatológicas y ortopédicas..... | 7 |
| 1.1.1. Conceptualización de las enfermedades “Traumatológicas “y “Ortopédicas”. | 7 |
| 1.1.2. Epidemiología..... | 10 |
| 1.1.3. Impacto en la vida de las personas que viven con una enfermedad traumatológica y ortopédica. | 11 |
| 1.1.3.1 Impacto de vida en el paciente..... | 13 |
| 1.1.3.2 Impacto de vida en el cuidador..... | 15 |
| 1.2. Ansiedad..... | 18 |
| 1.2.1. Conceptualización..... | 18 |
| 1.2.2. Síntomas de ansiedad medidos por el El Symptom Checklist 90 [SCL-90R].... | 20 |
| CAPÍTULO II: METODOLOGÍA | 23 |
| 2.1. Diseño:..... | 24 |
| 2.2. Objetivos:..... | 24 |
| 2.2.1. General:..... | 24 |
| 2.2.2. Específicos:..... | 24 |
| 2.3. Población:..... | 24 |
| 2.4 Variables de estudio: | 25 |
| 2.5 Instrumentos: | 28 |
| 2.5.1 Inventario de síntomas Scl-90-R:..... | 29 |
| 2.5.2 Ficha socioeconómica | 30 |
| 2.6 Procedimiento de recolección: | 30 |
| 2.7 Procedimiento de análisis: | 31 |
| 2.7.1 El análisis de la varianza (ANOVA):..... | 32 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.7.2 | Las Prueba T: | 32 |
| 2.7.3 | Correlación: | 32 |
| | CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS..... | 33 |
| 3.1 | OBJETIVO 1. Identificar la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes y sus cuidadores. | 34 |
| 3.2 | OBJETIVO 2.- Determinar los grupos de riesgo de ansiedad, a través del análisis de sus variables independientes (sexo, rol, nivel educativo, edad) de la muestra investigada..... | 41 |
| | DISCUSIÓN | 44 |
| | CONCLUSIONES | 46 |
| | RECOMENDACIONES | 47 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 61 |
| | ANEXOS | 70 |
| 1. | Anexo | 71 |
| 2. | Anexo | 74 |

ÍNDICE DE TABLA.

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Tipos de enfermedades traumatológicas y ortopédicas según el CIE-10. | 8 |
| Tabla 2. Intervención en la Angustia psicológica. | 14 |
| Tabla 3. Trastornos relacionados con la ansiedad según el DSM-5. | 18 |
| Tabla 4. Dimensiones Sintomáticas que valora el SCL-90-R:..... | 20 |
| Tabla 5. Distribución de la muestra de la población..... | 25 |
| Tabla 6. Variables Dependientes..... | 25 |
| Tabla 7. Variables Independientes: | 27 |
| Tabla 8. Fases del Proceso de recolección de datos:..... | 30 |
| Tabla 9. Síntoma nerviosismo. | 34 |
| Tabla 10. Síntoma de temblores corporales | 35 |
| Tabla 11. Síntoma miedo sin razón. | 35 |
| Tabla 12. Síntoma tener miedos..... | 36 |
| Tabla 13. Síntoma Taquicardia ansiosa..... | 36 |
| Tabla 14. Síntoma Agitación nerviosa. | 37 |
| Tabla 15. Síntoma ataque de pánico o miedo | 37 |
| Tabla 16. Síntoma inquietud motriz ansiosa. | 38 |
| Tabla 17. Síntoma preocupación..... | 38 |
| Tabla 18. Síntoma imágenes y pensamientos atemorizantes. | 39 |
| Tabla 19. Niveles de sintomatología ansiosa en pacientes y cuidadores..... | 40 |
| Tabla 20. Niveles de sintomatología ansiosa en pacientes..... | 40 |
| Tabla 21. Niveles de sintomatología ansiosa en cuidadores..... | 40 |
| Tabla 22. Prueba T para muestras independientes: Sexo y sintomatología ansiosa en pacientes y cuidadores. | 41 |
| Tabla 23. Prueba T para muestras independientes: Sexo y sintomatología ansiosa en pacientes. | 41 |
| Tabla 24. Prueba T para muestras independientes: Sexo y sintomatología ansiosa en cuidadores..... | 41 |
| Tabla 25. Prueba T para muestras independientes: Rol y sintomatología ansiosa (paciente o cuidador)..... | 42 |
| Tabla 26. Medias de la sintomatología ansiosa según el nivel educativo..... | 42 |
| Tabla 27. Correlación: Edad en años cumplidos y la sintomatología ansiosa. | 43 |
| Tabla 28. Distribución de la muestra según la edad. | 43 |

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la sintomatología ansiosa en los pacientes y sus cuidadores; quienes padecen de una dificultad traumatológica u ortopédica y que acuden a las 5tas Jornadas Médicas Gratuitas Rainbow 2015, para ello se evaluó la presencia a una muestra de 102 (74 pacientes y 28 cuidadores) mediante la escala de ansiedad del SCL-90-R y una ficha socioeconómica.

El diseño de la investigación es de tipo transversal, correlacional, de tipo cuantitativo, en el que se comparó dos grupos (pacientes y cuidadores) en base a una variable dependiente y las variable independiente.

Los resultados indican que la prevalencia de ansiedad es del 36,3 %, la ansiedad se presenta más en la condición de paciente (43.66%) que en la condición de cuidador (21.42%). No se encontraron diferencias significativas relacionadas al nivel educativo y la edad, mientras que en relación al sexo se encontró que las pacientes mujeres presentan significativamente más ansiedad que sus pares varones.

En conclusión la condición de pacientes es más ansiógena en comparación con la de cuidador.

Palabras Clave: Ansiedad, pacientes, cuidadores, traumatología, ortopedia, sexo.

ABSTRACT

The objective of the Investigation was to determine the anxiety symptomatology in patients and caregivers; who suffer an orthopedic disease and attend the 5th's journeys free medical days Rainbow 2015, for this we evaluated the presence in a sample of 102 (74 patients and 28 caregivers) by an anxiety scale from SCL-90-R and a socioeconomic file.

The design of the investigation is a transversal type, correlational, of a quantitative type, in which two groups were compared (patients and caregivers) based on a dependent variable and the independent variable.

The result indicate that the prevalence of anxiety is 36.3% anxiety occurs more in the condition of the patients (21.42%). We didn't find significant differences related to the educational level and the age, while in relation to sex it was found that female patients had significantly more anxiety than their male peers.

In conclusion, the condition of patients is more anxiogenic compared with caretaker.

Keywords: anxiety, patients, caregivers, traumatology, orthopedics, sex.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se centra en determinar la sintomatología ansiosa en los pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos y sus cuidadores que participaron en las 5tas Jornadas Médicas Gratuitas Rainbow 2015, en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Los problemas traumatológicos u ortopédicos son lesiones del esqueleto que afectan directamente al tejido óseo. Según el CIE-10, se ha clasificado en 8 tipos de enfermedades entre ellas: (1) deformidades congénitas de la cadera, (2) deformidades congénitas de los pies, (3) otras deformidades osteomusculares congénitas, (4) sindactilia, (5) defectos por reducción del miembro superior, (6) defectos por reducción del miembro inferior, (7) defectos por reducción no específico y (8) otras anomalías congénitas de los miembros (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1995).

La prevalencia de discapacidad relacionada a problemas traumatológicos u ortopédicos, es alta, al respecto en la zona 7 (Loja, Zamora y el Oro), la discapacidad física representan el 44,19% de todas las discapacidades registradas en el CONADIS, mientras que en la provincia de Loja es de 40,23%, y en el cantón Loja es de 41,58%. (Ministerio de Salud Pública [MSP]; CONADIS, 2015).

Los problemas traumatológicos u ortopédicos no solo afectan al paciente sino a las personas que viven con él. Al vivir con enfermedades traumatológicas u ortopédicas, tanto el paciente como el cuidador (hombre o mujer) puede sufrir una serie de complicaciones en diferentes esferas: social, físicas y psicológicas, representando un costo en la calidad de vida de ambos grupos. Los problemas traumatológicos u ortopédicos provocan cambios en los roles de vida, entre los que se puede citar: pérdida de empleo, dificultades matrimoniales y en otras relaciones sociales; haciéndoles más vulnerables a situaciones de dolor, angustia y otros problemas relacionados con su salud mental (Michaels, Michaels, Smith, Moon, Peterson, & Long, 2000; Fonseca, Penna, & Soares, 2008; Maclean, & Pallister, 2011.; Mitchell, 2011; Heather, Horodyski, Vincent, Brisbane, & Sadasivan, 2015).

La ansiedad está asociada con los problemas traumatológicos y ortopédicos, los pacientes y cuidadores reaccionan frente a las situaciones de su entorno y las alteraciones fisiológicas (nerviosismo, alteraciones motoras, sentimientos de aprensión y temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo) situaciones amenazantes que desencadenan ansiedad de tipo moderada, de riesgo o severa , considerando que entre más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia. (i.e. Heather, Horodyski, Vincent, Brisbane, & Sadasivan, 2015). En esta investigación se utilizó el Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R), que es un instrumento de autoevaluación aplicado ampliamente para una gama de trastornos mentales que evalúa la carga síntoma subjetivo en pacientes con trastornos mentales.

Es muy importante conocer cómo reaccionan los pacientes y los cuidadores en el ámbito psicológico, biológico y social al padecer o ser dependientes de una dificultad traumatológica u ortopédica, como afecta la ansiedad en su vida, ya sea a largo o corto plazo, ya que estos síntomas pueden desencadenar a otros problemas y cuánto impacto podría tener en la salud mental esta condición. Los efectos o consecuencias que tienen los pacientes y cuidadores al padecer de problemas traumatológicos u ortopédicos repercuten directamente en su calidad de vida y por ello se ha visto necesario determinar cuál de los dos grupos presenta mayor nivel de la sintomatología ansiosa.

El diseño utilizado en la investigación es de tipo transversal, correlacional, de tipo cuantitativo, en el que se compara dos grupos (pacientes y cuidadores) en base a una variable dependiente (Nivel de ansiedad), considerando las variables independiente de sexo, nivel educativo, edad en años cumplidos y el rol. El proceso de evaluación de “Salud mental”, se realizó durante la etapa de selección de participantes en las Jornadas Rainbow, evaluando 102 personas (28 fueron cuidadores y 74 fueron pacientes) que voluntariamente aceptaron participar y contestar el cuestionario “SCL 90 R” (Casullo & Perez, 2004).

El informe consta de dos partes, el CAPÍTULO I que contiene el marco teórico en el que se explica lo que la literatura dice sobre “Vivir con enfermedades traumatológicas y ortopédicas”, que son estas enfermedades su epidemiología, así como el impacto que estas enfermedades tienen en los pacientes y sus cuidadores. Luego se explica lo que es la ansiedad y sus síntomas. El CAPÍTULO II, se encuentran los apartados de metodología que fueron utilizados en la población con problemas traumatológicos u ortopédicos. Y el CAPÍTULO III, abarca los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones que se desprenden de este estudio.

Los objetivos de la investigación se cumplieron a cabalidad, aunque al ser un estudio transversal con una muestra que estaría sesgada por situaciones socioeconómicas, es necesario tomar sus conclusiones con cautela pues en una población más amplia podrían cambiar los datos, sin embargo esta investigación no deja de ser válida para el contexto de la región sur del Ecuador, especialmente para las poblaciones de escasos recursos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Vivir con enfermedades traumatológicas y ortopédicas.

1.1.1. Conceptualización de las enfermedades “Traumatológicas “y “Ortopédicas”.

“La palabra “ortopedia”, proviene de dos raíces griegas: ortos= recto y paídos=niño, y “traumatología”, también: trauma = herida y logos= tratado” (Silberman & Varaona, 2010, p. 1). Encargándose de la prevención y tratamiento del movimiento de la parte lesionada del esqueleto.

Silberman & Varaona (2010) afirman: “la ortopedia es la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades del aparato locomotor, mientras que la traumatología se ocupa de las lesiones provocadas por noxas física” (p.1). Entendiéndose por noxas físicas: daño, perjuicio (Real Academia Española [RAE], 2014, p. 1550).

La ortopedia y la traumatología son especialidades médicas diferentes que tienen el aparato locomotor como común denominador: las afecciones que podrían pertenecer a ambas, son las fracturas patológicas, es decir, aquellas lesiones del esqueleto que asientan sobre tejido óseo de estructura anormal (Silberman & Varaona, 2010a, p. 1).

Otros conceptos importantes a comprender son los de fractura y dolor: “La fractura se define como una solución de continuidad en un hueso producida bruscamente, ya sea por una violencia exterior o por una contracción muscular intensa” (Silberman & Varaona, 2010b, p. 248). Y el dolor del aparato locomotor según la International Association for the Study of Pain [IASP]. “Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” (Delgado, 2012, p.3).

En la tabla 1, se enumeran las enfermedades ortopédicas y traumatológicas, según la clasificación internacional de enfermedades [CIE-10]. El objetivo de la tabla no es explicar en extenso, que es cada una de ellas, sino el evidenciar la gran cantidad de afecciones que se incluyen en estos dos conceptos. Según el CIE-10, se ha clasificado en 8 tipos de enfermedades ortopédicas y traumatológicas, en las cuales se incluyen 95 enfermedades. En esta investigación sin embargo no se tendrán pacientes tan diversos, pues la mayoría de ellos presentaron los siguientes diagnósticos: rotura de ligamentos, rotura del ligamento cruzado, rotura del tendón de Aquiles, pie plano congénita, cadera inestable, luxación de

cadera, deformidad congénita de: Antebrazo, clavícula; genu valgum, esguince (torcedura), espolón calcáneo, fractura de clavícula, pie equinovaro, enfermedad de Ollier, pseudoartrosis congénita de la clavícula, sindactilia, síndrome de Apert, dislocación acromioclavicular, malformación de las rodillas.

En la tabla 1. Se muestra las enfermedades relacionadas con la traumatología y ortopedia, según el sistema de clasificación de enfermedades de la Organización mundial de la salud [OMS].

Tabla 1. Tipos de enfermedades traumatológicas y ortopédicas según el CIE-10.

| | | |
|---|--|---|
| Q65 Deformidades congénitas de la cadera | Q65.0 Luxación congénita de cadera, unilateral | |
| | Q65.1 Luxación congénita de la cadera, bilateral | |
| | Q65.2 Luxación congénita de la cadera, no específica | |
| | Q65.3 Subluxación congénita de la cadera, unilateral | |
| | Q65.4 Subluxación congénita de la cadera, bilateral | |
| | Q65.5 Subluxación congénita de la cadera, no específica | |
| | Q65.6 Cadera inestable | Cadera: Luxable, Subluxable |
| | Q65.8 Otras deformidades congénitas de la cadera | Anteversión del cuello del femur Coxa congénita: Valga, vara. |
| Q66 Deformidades congénitas de los pies | Q66.0 Talipes equinovarus | |
| | Q66.1 Talipes calcaneovarus | |
| | Q66.2 Metatarsus varus | |
| | Q66.3 Otras deformidades varus congénitas de los pies | Hallus varus congénito |
| | Q66.4 Talipes calcaneovalgus | |
| | Q66.5 Pie plano congénito | Pie plano: Congénito Espádico (evertido) Rígido |
| | Q66.6 Otras deformaciones valgus congénitas de los pies | Metatarso valgus. |
| | Q66.7 Pie cavus | |
| Q68 Otras deformidades osteomusculares congénitas | Q68.0 Deformidades congénitas del músculo esternocleidomastoideo | Contractura del músculo esternocleidomastoideo Torticolis (esternomastoideo) congénita Tumor esternomastoideo (congénito) |
| | Q68.1 Deformidades congénitas de la mano | Dedo deforme congénito Mano en pala (congenita) |
| | Q68.2 Deformidades congénitas de la rodilla | Genu recurvatum congénita Luxación congénita de la rodilla |
| | Q68.3 Corvatura congénita del fémur | |
| | Q68.4 Corvatura congénita de la tibia y del peroné | |
| | Q68.5 Corvatura congénita de los huesos largos del miembro inferior, sin otra especificación | |
| | Q68.6 Otras deformidades congénitas osteomusculares, específicas | Deformidad congénita de: Antebrazo Clavícula Codo Escapula Luxación congénita del: Codo |
| Q70 Sindactilia | Q70.0 Fusión de los dedos de la mano | |
| | Q70.1 Membrana interdigital de la mano | |
| | Q70.2 Fusión de los dedos del pie | |
| | Q70.3 Membrana interdigital del pie | |

Tabla 1.
Continuación...

| | | |
|--|---|--|
| | Q70.4Polisindactalia | |
| | Q70.9Sindactilia, no especifica. | |
| Q71 Defectos por reducción del miembro superior | Q71.0Ausencia congénita completa del (de los) miembros superiores | |
| | Q71.1Ausencia congénita del brazo y del antebrazo, con presencia de la mano. | |
| | Q71.2Ausencia congénita del antebrazo, y de la mano. | |
| | Q71.3Ausencia congénita de la mano y el de los dedos. | |
| | Q71.4Defecto por reducción longitudinal del radio | |
| | Q71.5Defecto por reducción longitudinal del cubito. | |
| | Q71.6Mano en pinza de langosta | |
| | Q71.7Otros defectos por reducción de (de los) miembros superiores. | |
| | Q71.4Defecto por reducción del miembro superior, no especificado. | |
| | Q72 Defectos por reducción del miembro inferior | Q72.0Ausencia congénita completa del (de los) miembros inferiores |
| Q72.1Ausencia congénita del muslo y de la pierna, con presencia del pie. | | |
| Q72.2Ausencia congénita de la pierna y del pie. | | |
| Q72.3Ausencia congénita del pie y de los dedos, del pie. | | |
| Q72.4 Defecto por reducción longitudinal del femur. | | |
| Q72.5 Defecto por reducción longitudinal de la tibia. | | |
| Q72.6 Defecto por reducción longitudinal del peroné. | | |
| Q72.7 Pie hendido. | | |
| Q72.8 Otros defectos por reducción de (de los) miembros inferiores | | |
| Q72.9 Defecto por reducción del miembro inferior, no especificado. | | |
| Q73 Defectos por reducción no específico | Q73.0 Ausencia completa del (de los) miembros no especificados. | |
| | Q73.1 Focomelia, miembros no especificados | |
| | Q73.8Otros defectos por reducción de miembros no especificados. | |
| Q74 Otras anomalías congénitas de los miembros | Q74.0 Otras malformaciones congénitas de (de los) miembros superiores, incluida la cintura escapular. | Deformidad de: Madelung Sprengel Distosis cleidocraneal Huesos del carpo supernumerarios Macroactilia (dedos de la mano) Pulgar trifalángico Seudoartrosis congénita de la clavícula Sinostosis radiocubital |
| | Q74.1Malformaciones congénitas de la rodilla | Ausencia de la rotula Luxación de la rotula Genu: Valgum, Varum, Ròtula rudimentaria. |
| | Q74.2 Artogriposis múltiple congénita | |
| | Q74.3Otras malformaciones congénitas específicas del (de los) miembros. | |
| | Q74.4Malformaciones congénitas específicas del (de los) miembros, no específicos. | |

Fuente: (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1995, pp. 785,790).

Elaboración: Rivera (2015).

Es necesario conocer la epidemiología de las enfermedades ortopédicas y traumatológicas, con el fin de determinar la dimensión social de estas problemáticas y la importancia de investigarlas.

1.1.2. Epidemiología.

La presencia de los problemas traumatológicos y ortopédicos ha sido muy estudiada en todo el mundo. Cada día, 16.000 personas mueren a causa de traumatismo a nivel global, representando el 16% de la carga de morbilidad en el mundo y de ello el 90% se concentra en países de medianos y bajos ingresos (Rosales Mayor, 2011). Para el año 2004 las lesiones representaron el 12% de la carga mundial de la enfermedad y se prevé que aumente a 20% en el año 2020 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003; Beveridge, 2004).

La carga de mortalidad relacionada a problemas traumatológicos en los países de bajo y mediano desarrollo, como el Ecuador, es de 85%. Se estima que el 10% de todas las muertes en los países en desarrollo y el 20% de las muertes entre los jóvenes adultos pueden prevenirse con la intervención quirúrgica, sin embargo existe poca eficiencia en los sistemas sanitarios que se podría relacionar por la falta de personal capacitado y equipamiento (Beveridge, 2004. World Health Organization [WHO], 2006).

En relación a la población que es más propensa a sufrir de problemas traumatológicos y ortopédicos, están las personas de países de ingresos bajo y mediano con un total de 70% al 90%. La mayoría de personas adultas padecen de fracturas en el fémur, tibia, antebrazo, húmero y las producidas por accidente de tránsito, frecuentemente abiertas. El 60% de los niños acuden a los hospitales por causa de traumatismo, las causas principales son las caídas, y atropello de autos especialmente en los varones. (Miralles, 2008; Beveridge, 2004).

En un estudio epidemiológico realizado en México, se analizó 23,585 casos de pacientes con problemas que afectan al sistema músculo esquelético y se determinó que: 33.2% padeció de fracturas y luxaciones, el 20.2% de artropatías, el 18.5% de dorsopatías, el 8.1% de lesiones de tejidos blandos y el 6.2% de malformaciones congénitas (Instituto Nacional de Rehabilitación, 2014).

En el Ecuador y más específicamente en la zona 7 (Loja, Zamora y el Oro), del total de personas con discapacidades por causas físicas representan el 44,19%, en la provincia de Loja es de 40,23%, y en el cantón Loja es de 41,58% (Ministerio de Salud Pública [MSP]; Consejo nacional de Discapacidades [CONADIS], 2015). Por lo tanto, las dificultades ortopédicas y traumatológicas es una de la principales causa de discapacidad en todos los

segmentos poblacionales, este hecho justifica la importancia de estudiar el impacto que tienen estas enfermedades en la calidad de vida y salud mental de estos pacientes y sus cuidadores.

Por su magnitud y consecuencias para la salud de la población, el trauma es el problema de salud que genera más muertes, discapacidades y pérdida potencial de años de vida y de trabajo, por lo tanto se la debe definir como un problema de salud pública. Es una enfermedad epidémica y endémica, o sea que ataca en un mismo punto a muchos individuos a la vez, y además es la enfermedad que reina en los países en vías de desarrollo (Román, Neira, & Tisminetzky, 2002, p. 21).

1.1.3. Impacto en la vida de las personas que viven con una enfermedad traumatológica y ortopédica.

Vivir con enfermedades traumatológicas u ortopédicas, implica que la persona puede sufrir una serie de complicaciones, tanto físicas, psicológicas y sociales y también el estar a cargo de un paciente con estas enfermedades, puede tener un costo en la calidad de vida de los cuidadores. Se entenderá por calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud [OMS] a: "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultivo y de valor en las que viven y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones", citado en: (Bampi L. N., 2008, pp. 68,69). En los siguientes párrafos se abordará las principales implicaciones tanto en los pacientes como en sus cuidadores.

Las personas que han vivido o viven una enfermedad traumatológica u ortopédica, están familiarizados con el dolor, sea este de tipo agudo o crónico. El dolor como experiencia multidimensional según Melzack & Casey, (1968), se encuentra modulada por tres factores:

- a) *Dimensión sensorial- discriminativa: hace referencia a la transmisión de la estimulación nociva (térmica, mecánica, etc.) que activa los nociceptores y que explica la intensidad del dolor y su localización en el organismo.*
- b) *Dimensión afectivo- motivacional: hace referencia a la caracterización que la persona hace del dolor cuando la adjetiva como desagradable o nocivo. Estas cualidades que se pueden asociar con estados de ANSIEDAD en el sujeto y respuestas de escape y/o evitación.*
- c) *Dimensión cognitivo-evaluativa: hace referencia al papel que variables como la atención, las creencias y los pensamientos tienen sobre el dolor y que pueden*

afectar, además a las dimensiones sensorial-discriminativa y afectivo-motivacional (Melzack & Casey, 1968; citados en Amigo Vazquez, Fernandez Rodriguez, & Perez Alvarez, 2009, p. 65).

Algunos estudios relacionados con el dolor y la enfermedad y factores sociodemográficos, encontraron que: el tener mayor angustia psicológica predice mayores tasas de deserción del tratamiento (Tsushima, Stoddard, & Tsushima, 1991), además mientras más joven sea la persona (Evans & Blanchard 1988) y si es mujer (Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988) predicen un exitoso tratamiento, por otro lado a mayor intensidad de dolor, algunos estudios revelan que hay un abandono del tratamiento (Polatin, et al.;1989; Dean & Gralewski, 2004). Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, la voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad, incluso en la respuesta al tratamiento (Begoña, León & Ángeles,2008; Phillips & First, 2009; Wisner & Dolan-Sewell, 2009).

El dolor es una de las principales consecuencias que padecen las personas al sufrir de enfermedades traumatológicas u ortopédicas, provocando en ellas un profundo impacto en su esfera social, esto significa responder negativamente a los cambios de la vida. Algunos factores fisiológicos- psicológicos también juegan un papel en la ansiedad en pacientes con dolor crónico. El miedo al dolor o el miedo a una nueva lesión pueden conducir a la evitación de las actividades, lo que conduce a la pérdida de condición, lo que lleva a mantenimiento del dolor (Asmundson, Norton, & Norton, 1999; Dean & Gralewski, 2004, p. 24).

Algunas de las características de la personalidad como la alexitimia y la ansiedad del individuo están asociadas con la percepción del dolor agudo o crónico, somatizando el malestar psicológico (Wood, Maclean, & Pallister, 2011). La alexitimia es la “dificultad de la persona para expresar sus sentimientos y emociones” (Consuegra, N, 2010, p. 12). Los pacientes con este tipo de enfermedades, además experimentan ansiedad y dolor asociado a los procesos quirúrgicos, por ejemplo Burke, Días, Lynn, & Bradley (1991) & O'Sullivan & Colville (1993) estudiaron pacientes que fueron sometidos a la cirugía ortopédica de la mano, y sus consecuencias psicológicas se asociaron a la necesidad de movimiento precoz que es vital para asegurar una recuperación funcional, además el malestar psicológico se asoció a dificultades de tipo económicas y familiares. Los niños al momento de ingresar a una sala de emergencia en el pre-operatorio, presentan dolor y ansiedad; cuando hay ansiedad el dolor aumenta significativamente y desempeñan un papel crítico en la

recuperación de los procedimientos quirúrgicos (Bakshi, 2015; Barber, 1982; Benedetti y Murphy, 1985; Chaves, 1993; Maur Sternbach, 1986; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983).

A parte del dolor, las personas presentan dificultades en su movilidad y el grado de afectación motriz está relacionado con la forma en cómo viven la discapacidad, por ejemplo en el caso de las personas con parálisis cerebral Bermejo (2012) sostiene que:

La acción nociva de las fuerzas musculares en desequilibrio, así como el mantenimiento de posiciones viciosas y asimétricas durante bastante tiempo, produce un acortamiento adaptativo de los tejidos blandos. El aumento de tono les lleva a adoptar posturas anormales. La excitación, el miedo o la ansiedad les pueden hacer variar el tono y las posturas (p. 10).

1.1.3.1 Impacto de vida en el paciente

Los pacientes que han pasado por procesos de intervención, no siempre se recuperan en forma exitosa, especialmente en la parte mental. Así por ejemplo quienes no han tenido una recuperación total o permanecen con discapacidad, se ven afectadas en su calidad de vida a largo plazo, especialmente en lo laboral, económico, el dolor persiste, existe aislamiento social y tensión en las relaciones personales. Además se ha determinado que los factores psicológicos predictivos, de una mala calidad de vida son: padecer depresión, ansiedad o estrés postraumático, estos padecimientos también se asocian a dependencia a largo plazo de medicamentos para calmar el dolor causado (Perez. 2009; Hearther K. 2015). Autores como Roman, Neira y Tisminetsky (2002), además aportan que las lesiones y el trauma posterior a estas, influyen en la calidad de vida de los sujetos, desde consecuencias extremas como una muerte o discapacidad física o mental, hasta consecuencias socioeconómicas y de adaptación, además sugiere a las ciudades adoptar políticas que minimicen los impactos en la calidad de vida de las personas con lesiones o discapacidades psicomotrices y además facilitar su inserción laboral y social.

Los Pacientes con trastornos de ansiedad asociado al dolor crónico son muy frecuentes según varios estudios (Polatin et al., 1998; Fishbain et al., 1986). Aunque en algunos estudios la prevalencia de los trastornos de ansiedad y el dolor crónico en pacientes variaron desde 16,5 hasta 28,8%, que es un nivel cercano al de la población en general, cuando los trastornos de ansiedad actuales se distinguen de los trastornos de ansiedad de por vida, las tasas de prevalencia actuales fueron significativamente mayores en los pacientes con dolor crónico (Burton et al., 1997); también se encontró que la presencia de un trastorno de ansiedad afecta negativamente a la reincorporación al trabajo un año

después de la rehabilitación (Dean & Gralewski, 2004, p. 23). Finalmente más del 50% de los sobrevivientes a un evento traumatológico, tienen trastornos psicológicos que puede durar décadas después del tratamiento de la lesión física (Heather, Horodyski, Vincent, Brisbane, & Sadasivan, 2015).

Por lo tanto se requieren que los profesionales de atención sanitaria tengan conocimientos sobre la prevalencia de depresión, ansiedad y otros trastornos en los pacientes con lesiones traumatológicas y enfermedades ortopédica, con el fin de orientar mejor los procesos de atención sanitaria y social tanto para los pacientes como a sus familiares. Los centros de trauma que no reconocen, evalúan y tratan las consecuencias en la salud mental relacionadas con las lesiones, no están asistiendo plenamente a sus pacientes para recuperar su nivel de funcionamiento óptimo (Michaels, Michaels, Smith, Moon, Peterson, & Long, 2000).

Las lesiones graves, de los miembros superiores e inferiores en los pacientes, se asocia con una considerable angustia psicológica. La presencia de la angustia se asocia con una reducción de la calidad de vida está relacionada con la salud, la falta de satisfacción con la atención médica y la reducción de la supervivencia (Mitchell, 2011, p. 23) Por lo tanto, uno de los principales cuidados, es la rehabilitación física que se centra principalmente en abordar los déficit funcionales y los factores psicológicos después de la lesión. Las estrategias de intervención en la angustia relacionada al trauma físico, se resumen en la tabla 2. Los problemas psicológicos persisten o se agravan especialmente en los pacientes que no han logrado una buena recuperación, estos pacientes suelen además de ansiedad presentar otros síntomas de trastorno de estrés postraumático y depresión; se ha demostrado además que el apoyo social adecuado ejerce un efecto beneficioso para la salud (Neuling, J. & Winefield, T. 1988; Michaels, Michaels, Smith, Moon, Peterson, & Long, 2000; McCarthy, MacKenzie, Edwin, Bosse, Castillo, & Starr, 2014; Heather K. Vincent P. F., 2015).

Tabla 2. Intervención en la Angustia psicológica.

| |
|---|
| A corto plazo: Enfoques cuidado personal |
| Habilidades de afrontamiento |
| Atención plena |
| Visita de pares |
| Recursos educativos |
| A largo plazo: Facilitar grupos de apoyo y la creación de redes de apoyo social. |
| Estrategias que conectan el sobreviviente de una red de personas con experiencias o lesiones similares. |

Fuente: Heather, Horodyski, Vincent, Brisbane, & Sadasivan (2015).

Elaboración: Rivera (2015).

Por otro lado, una de las consecuencias relacionadas con los accidentes, son las amputaciones, al respecto Peris (2003), explica que cuanto mayor sea el riesgo quirúrgico o imprevisto sea el accidente, mayor será el efecto traumático y cuanto más importante sea para el sujeto la parte del miembro amputada, más probabilidades de que aparezca desasosiego, también su estudio justifica que para un mejor ajuste, es necesario intervención psicológica pre-quirúrgica, también la recuperación o los efectos mentales estarían asociados al estado psicológico antes y después de la operación quirúrgica, sobretodo la ansiedad y la depresión son a menudo, respuestas asociadas a la amputación. Otros factores que predicen una peor adaptación a la amputación son: el no haber tenido conocimiento (verbal o visual) sobre sus lesiones iniciales, no disponer de tiempo para procesar emocionalmente la pérdida de un miembro, tener personalidad ansiosa o con tendencia a somatizar los conflictos emocionales (López., et al.1993), y la edad presenta una influencia diferente con el transcurso del tiempo, por ejemplo: los pacientes jóvenes presentan inicialmente mayor depresión que los mayores, aunque son los mayores a la larga los que tienen más dificultades para adaptarse (Frank., et al.1984), y en relación al sexo las mujeres exteriorizan mayores índices de ansiedad que los hombres (Badner., et al.1990).

1.1.3.2 Impacto de vida en el cuidador

Los cambios en la calidad de vida, no solo se relacionan con los pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos, sino también en su entorno familiar, y de manera especial en sus cuidadores (Amendola, Oliveira, & Alvarenga, 2008); la función de cuidador es comúnmente ejercida por un miembro de la familia (Hinrichsen & Niederehe, 1994).

Se entiende por cuidador a la persona que trabaja en la prevención, protección y recuperación de la salud de los demás, formal o informalmente, como la atención que se proporciona a las personas que están permanente o temporal, siendo incapaz de realizar su autocuidado (Machado, Alvarez, Teixeira, Branco, & de Figueiredo, 2015). Wilson (1989) define cuidador principal como el apoyo informal proveniente de un individuo del sistema de atención individual, ya sea familiar o amigo, y tiene las siguientes características: 1) se encarga de las tareas principales, con las responsabilidades que lo rodea; 2) es percibido por los demás miembros de la familia como responsable de cuidar de los enfermos; 3) no se paga económicamente para el trabajo de atención; 4) lleva a cabo estas actividades por lo menos seis semanas a tres meses.

Generalmente los cuidadores experimentan cambios que generan insatisfacciones en su calidad de vida (Brito., 2009). La enfermedad de un miembro es un factor de perturbación

que provoca cambios en los roles y en la estructura de la familia, lo que obliga a desarrollar una nueva dinámica, que incluye el acto de cuidar. Usualmente el familiar cuidador, suele ser una mujer en proceso de envejecimiento o fragilidad, con lo cual se vuelve más vulnerable para padecer problemas que afecten su funcionalidad (Leal, 2000; Malerbi 2002; Karsch, 2003; De Oliveira Saraiva, et al., 2007).

El cuidado de un familiar con una enfermedad crónica y, en particular, la atención que proporciona a un niño con discapacidad grave se reconocen como un factor de riesgo para la disminución de la salud física y psicológica, con efectos en términos de bienestar y la carga de los cuidadores. La carga es una construcción compleja abarca dimensiones físicas, psicosociales, financieros que, en el marco de este trabajo, se consideran relacionadas con el cuidado que da actividades. En una perspectiva de salud pública, los cuidadores necesitan apoyo emocional y financiero del sector público, por lo tanto, los impactos de la carga sobre la sociedad conlleva consecuencias prácticas sobre la gestión de la salud y la política de bienestar (Giovannetti., 2012, p. 2).

Cuando se cuida una persona con dependencia relacionada a dificultades en su psicomotricidad (i.e. Paraplejia) Machado, Alvarez, Teixeira, Branco, & de Figueiredo (2015) determinaron que “la tarea de cuidar a un familiar dependiente expone invariablemente al individuo a una serie de situaciones adversas e implica cambios en el estilo de vida” (p.1797), como por ejemplo la percepción de aislamiento, fuerte limitación en su convivencia social (Oliveira Gonçalves, L. 2002). En los últimos años, se considera que la salud de los cuidadores se ve fuertemente comprometida por el hecho de prestar cuidados (Fernández et al., 2011; López et al., 2009; Palomino et al., 2008; Rogero-García, 2010). Sus consecuencias disfunciones son a nivel neurocognitivo, alteraciones en la vitalidad, el dolor corporal, la salud mental y en general, en el estado de salud global del cuidador en comparación con la población general (Fernández et al., 2011; Savage y Bailey, 2004.; Moya-Albiol, 2012, p. 25).

Es decir el hecho de cuidar de una persona con problemas de salud, afectaría su calidad de vida, provocando: pérdida de empleo que a su vez puede dar lugar a un considerable impacto financiero; relación matrimonial; cuidado personal y las relaciones sociales. (Bocchi, 2004.; Machado & Freitas ,2007) dividen la carga que experimentan los cuidadores en dos: (1) subjetiva que es el estrés físico y mental sufrido por el cuidador y (2) objetiva los problemas sociales derivados del acto de cuidar.

Entre las principales afecciones que viven los cuidadores se encuentran: mayor presencia de cansancio, dolor de espalda, cefalea, algias musculares, alteraciones del sueño, apatía e irritabilidad, fatiga, alteraciones del sueño, dolor de cabeza, pérdida de peso, presión arterial alta, insatisfacción en la sociedad, exclusión social, aislamiento emocional y social, erosión en las relaciones, pérdida de la perspectiva de la vida, aumento de uso de psicotrópicos, incrementando el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión (Fernández-Hermida, Fernández-Sandonis y Fernández-Menéndez, 1990; Schulz, O'Brien, Bookwala y Fleissner, 1995.; De Oliveira Gonçalves, L. 2002.; Floriani, 2004.,; Felicio et al, 2005.; López, J., & López, M. C ,2007.; López et al., 2009.; Méndez et al., 2010, Moya-Albiol, 2012). El cambio en calidad de vida del cuidador, repercute en la calidad de atención y preocupación constante hacia el paciente, por lo tanto en su recuperación (Silveira, Caldas & Carneiro, 2006; A'Campo, Spliethoff-Kamminga, 2010).

Garrido & Menezes (2004) señalaron que el cuidador que no recibe un apoyo formal, para satisfacer las necesidades del paciente, es probable que se convierta también un paciente (Braccialli, Sankako, & Araújo, 2012, pp. 114,116). Algunos cuidadores son capaces de tratar más adecuadamente las adversidades de la atención, mientras que muchos reaccionan de forma inadecuada, por lo general cuando el estrés se superpone, generando sobrecarga y para ello es necesario la división de las responsabilidades, la aceptación de los demás y transmitir el apoyo técnico disminuye la carga que asumen los cuidadores, lo que permite su retorno a las actividades y conductas anteriores a la enfermedad, como el trabajo, el ocio y el autocuidado (Martins et al., 2003; Lavinsky; Vieira, 2004; Fonseca, Penna, & Soares, 2008, p. 728; Brito., 2009, pp. 604,605).

En este estudio, se analizará tanto a pacientes y cuidadores, para comprender los efectos que su condición específica, ha generado en sus vidas y su salud mental, específicamente en la sintomatología ansiógena, de igual manera se comparará la sintomatología entre los pacientes y los cuidadores, teniendo en consideración que también el hecho de cuidar de un enfermo presenta efectos en la salud mental, los cuidadores suelen encontrarse ansiosos o angustiados por no poder realizar las actividades cotidianas de sus propias vidas, y además su ansiedad se puede ver aumentada en relación al nivel de dependencia o gravedad de las lesiones de sus pacientes. En adelante se dará una explicación de lo que es la ansiedad, para poder comprender los resultados de esta investigación.

1.2. Ansiedad.

1.2.1. Conceptualización.

La ansiedad es una reacción compleja frente a situaciones o estímulos potencialmente peligrosos. Es una señal de alarma que pone en marcha una serie de respuestas para afrontar esta situación. La ansiedad es una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos desagradables y alteraciones fisiológicas que se manifiestan con un elevado nerviosismo e incluso alteraciones motoras (Czernik, G., et al.2005.; Calle & Moreno Carrillo, 2015, p. 69). Existen trastornos relacionados con la ansiedad (**Ver tabla 3**).

El **rasgo de ansiedad** es una característica de personalidad que se tiende a reaccionar de forma ansiosa, independientemente. Al contrario, el **estado de ansiedad**: es un fluctuante, las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas al desarrollo de estados de ansiedad, por los estímulos ansiógenos del entorno (Czernik, G., et al.2005.; Ascencio Huerta, 2007, p. 82).

Spielberger (1966) conceptualiza el estado de ansiedad como: un **estado emocional** transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; en aquellas situaciones que fueran percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, que suscitaría estados de ansiedad, citado en (Ascencio Huerta, 2007, p. 82).

Tabla 3. Trastornos relacionados con la ansiedad según el DSM-5.

| Código de referencia | Clasificación |
|-----------------------------|---|
| 309.21 (F93.0) | Trastornos de ansiedad por separación |
| 313.23 (F94.0) | Mutismo selectivo |
| 300.29 (____) | Fobia específica: |
| (F40.218) | Animal |
| (F40.228) | Entorno natural |
| (____) | Sangre-inyección-herida |
| (F40.230) | Miedo a la sangre |
| (F40.231) | Miedo a las inyecciones y transfusiones |
| (F40.232) | Miedo a otra atención médica |
| (F40.233) | Miedo a una lesión |

Sigue tabla 3...

Tabla 3. Continuación...

| | | |
|--------|-----------|---|
| | (F40.248) | Situacional |
| | (F40.298) | Otra |
| 300.23 | (F40.10) | Trastornos de ansiedad social (fobia social) |
| 300.01 | (F41.0) | Trastornos de pánico |
| _____ | (_____) | Especificador de ataque de pánico |
| 300.22 | (F40.00) | Agorafobia |
| 300.02 | (F41.1) | Trastornos de ansiedad generalizada |
| | | Trastornos de ansiedad inducido por sustancias/ medicamentos |
| 293.84 | (F06.4) | Trastornos de ansiedad debido a otra infección medica |
| 300.09 | (F41.8) | Otro trastorno de ansiedad especifica |
| 300.00 | (F41.9) | Otro trastorno de ansiedad NO especifica |

Fuente: Manual de Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales (Asociacion Americana de Psiquiatria (APA), 2014).

Elaboración: Rivera (2015).

Según el DSM 5, “Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas” (Asociación Americana de Psiquiatria (APA), 2014, p. 189). Por otro lado Talari (2000): define a la ansiedad como “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, alarma, que hace que el sujeto se sienta molesto. La ansiedad es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, ya sea externo o interno” (p. 236).

“Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos del desarrollo apropiados” (Asociacion Americana de Psiquiatria (APA), 2014, p. 189).

En el ámbito hospitalario, es importante comprender que el estado de ansiedad inicial de cada enfermo, varía según las circunstancias individuales y se corresponde con el nivel de ansiedad rasgo que él aporta (Gaitan, Perez, & Polo, 2008, p. 10). Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia, el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía, que se relaciona con las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir y principalmente a la anestesia (Carapia, Mejía, Nacif, & Hernández, 2011, p. 1).

La ansiedad en los niños que van a cirugía se caracteriza por sentimientos de aprehensión, tensión, nerviosismo y preocupación que se manifiesta en diferentes formas. Los niños extremadamente ansiosos durante la inducción anestésica, tiene mayor riesgo de desarrollar cambios negativos en el postoperatorio, que se pueden manifestar con pesadillas, ansiedad en la separación de los padres y agresión a la autoridad. Estudios muestran que estas alteraciones se pueden dar en un 60% y prolongar hasta por dos semanas. Aproximadamente 67% de los niños presentan un comportamiento negativo un día después de la cirugía, 45% continúa dos días después y en un 23% persiste por dos semanas. Son identificados como predictores de estos cambios, variables como la edad, el temperamento, la ansiedad de los padres y los niños en el preoperatorio y durante la inducción anestésica (Torres T, 2004, p. 1).

1.2.2. Síntomas de ansiedad medidos por el El Symptom Checklist 90 [SCL-90R].

El Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R), “es un instrumento de autoevaluación aplicado ampliamente para una amplia gama de trastornos mentales que evalúa la carga síntoma subjetivo en pacientes con trastornos mentales” (Prinz, Nutzinger, Schulz, Petermann, Braukhaus, & Andreas, 2013, p. 1).

El SCL-90-R, desde su creación se ha venido modificando y ha sido adaptado en versiones distintas. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico”, de acuerdo a la versión adaptada por Universidad de Buenos Aires, como se resumen en la tabla 4 (Casullo, M., & Pérez, M. 2004).

Tabla 4. Dimensiones Sintomáticas que valora el SCL-90-R:

| | |
|----|----------------------------------|
| 1) | Somatizaciones (SOM) |
| 2) | Obsesiones y compulsiones (OBS) |
| 3) | Sensitividad interpersonal (SI) |
| 4) | Depresión (DEP) |
| 5) | Ansiedad (ANS) |
| 6) | Hostilidad (HOS) |
| 7) | Ansiedad fóbica (FOB) |
| 8) | Ideación paranoide (PAR) |
| 9) | Psicoticismo (PSIC) |

Fuente: (Derogatis, L. R., 1975.; Casullo, M., & Pérez, M. 2004).

Elaboración: Rivera (2015).

El SCL-90-R, en el ítems de la ansiedad (ANS): "Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos" (Casullo, M., & Pérez, M. 2004). Los siguientes son los síntomas que se evalúan en este cuestionario: (1) **Nerviosismo**: "Denominación genérica vulgar, que expresa excitación del sistema psíquico y psicomotor hasta el límite de lo patológico" (Friedrich, 1994, p. 517). (2) **Temblores en mi cuerpo**: movimiento oscilante repetido, continuado, de las extremidades; puede ser pasivo o intencional (Friedrich, 1994). (3) **Asustarme de repente sin razón alguna y** (4) **Sentir que algo malo me va a pasar.** : Sentimiento vital de amenaza, tiene una cierta analogía con angustia, pero, en el miedo, el temor se refiere a un objeto preciso. Además, el miedo guarda relación con la naturaleza y magnitud de la amenaza (Mower 1960, N. Miller 1949) citado en (Friedrich, 1994, p. 492). (5) **Mi corazón late muy fuerte, se acelera**: El efecto agudo de las emociones intensas se ha vinculado con inestabilización eléctrica del corazón por sobre-activación adrenérgica, pero también se ha sugerido el efecto disparador de la emoción en relación con el mecanismo de aterogénesis. En un estudio de Mittleman *et al* sobre el efecto inmediato de las grandes emociones, se estableció un riesgo de desarrollar infarto de miocardio de más del doble en las dos horas posteriores a un episodio de ira o ansiedad extrema. Resultó interesante que el uso crónico de aspirina, pareció mitigar este efecto favorecedor del infarto. El *Normative Aging Study* antes mencionado, encontró una relación directa entre niveles de ansiedad y alteración del control autónomo del corazón que se manifestó como disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca. (Greca, 2007, pp. 3,4). (6) **Tener ataques de mucho miedo o de pánico**: V. Crisis de angustia (Consuegra, 2010, p. 29). (7) La **crisis de angustia** (ataques de pánico) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a «volverse loco» o perder el control (Galve, 2008, p. 58). (8) **Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo**: la concepción de la alucinación como una percepción sin objeto reposa sobre dos ideas implícitas. La primera afirma que la experiencia perceptiva esta de algún modo conectada causalmente con el mundo, mientras que en la experiencia alucinatoria la conexión causal falla. La segunda afirma que la experiencia alucinatoria es fenoménica o cualitativamente indistinguible de la experiencia perceptiva (Gonzales, 2004, p. 61). (9) **Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme**: "hipercinesia o hiperquinesia", esto es, movimientos aumentados o exceso de movimiento, anomalía del funcionamiento muscular en el sentido de exceso (Rosan, 2000, p. 1). (10) **Sentirme muy nervioso/a, agitado/a**: es un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo (Sarudiansky, 2012, p. 257).

Como se ha evidenciado, es necesario conocer los niveles de ansiedad que padecen los pacientes y los cuidadores con enfermedades ortopédicas y traumatológicas, con el fin de determinar cuánto impacto podría tener en la salud mental esta condición. Estos efectos o consecuencias repercuten directamente en su calidad de vida y es necesario determinar cuál de los dos grupos presenta niveles de la sintomatología ansiosa más alta. En esta investigación, analizaremos los efectos sobre la ansiedad relacionada con el rol, sexo, nivel educativo y la edad.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Diseño:

El diseño de la investigación es de tipo transversal, correlacional, de tipo cuantitativo, en el que se van a comparar dos grupos (pacientes y cuidadores) en base a una variable dependiente (Nivel de ansiedad).

2.2. Objetivos:

2.2.1. General:

- Determinar la sintomatología ansiosa en pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos y sus cuidadores, que participaron en las 5tas Jornadas Médicas Gratuitas Rainbow 2015, en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja.

2.2.2. Específicos:

- Identificar la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes y sus cuidadores.
- Determinar los grupos de riesgo de ansiedad, a través del análisis de sus variables independientes (sexo, rol, nivel educativo, edad) de la muestra investigada.

2.3. Población:

La población de esta investigación fueron pacientes con problemas traumatológicos y ortopédicos y sus cuidadores quienes voluntariamente acudieron al llamado publicitario de las "5tas Jornadas Rainbow-UTPL 2015", por lo tanto no hay un muestreo aleatorio, sino que los participantes fueron reclutados según como fueron presentándose y tenían la libertad de permanecer o no en la investigación. En total se presentaron a la etapa inicial de las "5tas Jornadas Rainbow-UTPL 2015", se inscribieron 151 personas, de ellas fue posible culminar el proceso de recolección de datos en 102 participante. A la muestra de 102 participantes (pacientes y cuidadores) se les aplicó el cuestionario de SCL-90R. y la ficha socioeconómica de la cual se seleccionó cuatro variables independientes: sexo, rol, nivel educativo y edad para la investigación, la cual se le llamo muestra final. De estos 102 participantes, 28 fueron cuidadores y 74 fueron pacientes (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la muestra de la población.

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| Paciente | 74 | 72,5 |
| Cuidador | 28 | 27,5 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

2.4 Variables de estudio:

En este estudio, las variables dependientes, serán los 10 ítems que se relacionan con la sintomatología ansiosa, y el puntaje final de la escala de ansiedad del SCL 90 R, así como su puntaje equivalente (**Ver Tabla 6**).

Tabla 6. Variables Dependientes.

| | Concepto | ¿Cómo se mide? | ¿Cómo esta codificada? |
|-----------------------------|--|---|--|
| Síntomas de ansiedad | Síntomas, cognitivos y comportamentales, asociados clínicamente con una manifestación exacerbada de ansiedad (nerviosismo, temblores, miedos, inquietud, palpitaciones). Se incluyen algunos correlatos somáticos de la ansiedad. | Las puntuaciones de las preguntas, dadas por las preguntas son: 0= nada 1 = Muy poco. 2 = Poco 3 = Bastante, 4 = Mucho Se suma, total y se divide por el número total de ítems a nivel general... | (2) Nerviosismo. (17) Temblores en mi cuerpo. (23) Asustarme de repente sin razón alguna. (33) Tener miedos. (39) Mi corazón late muy fuerte, se acelera. (57) Sentirme muy nervioso/a, agitado/a (72) Tener ataques de mucho miedo o de pánico. (78) Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme. (80) Sentir que algo malo me va a pasar. |

Tabla 6. Continuación...

| | | | |
|--------------------------|--|---|--|
| | | | (86) Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo. |
| Nivel de ansiedad | <p>Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.</p> | <p>Las puntuaciones de las 11 preguntas que encierra el síntoma de la ansiedad son de:</p> <p>0 = Nada.</p> <p>1 = Muy poco.</p> <p>2 = Poco</p> <p>3 = Bastante</p> <p>4 = Mucho</p> <p>1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas de los ítems de la Ansiedad y dividir ese total por el número de ítems respondidos.</p> <p>2) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).</p> <p>3) Se considera indicativa de una persona EN</p> | <p>El resultado de la suma de cada ítems en base a la puntuaciones significa:</p> <p>Promedio normal:</p> <p>Mujeres: < 1,09</p> <p>Varones: < 0,56</p> <p>Se han encontrado diferencias significativas según género.</p> <p>Mujeres:</p> <p>1.- 0- 35= 0,01 (No padece ansiedad)</p> <p>2.- 35- 50= 1,10 (No padece ansiedad/ nivel muy poco)</p> <p>3.- 50- 65= 2,20 (Padece de ansiedad/ nivel poco).</p> <p>4.- 65- 80= 3,40 (Padece ansiedad/ Nivel bastante).</p> <p>5.- 80 > = ≥3,4 (Padece ansiedad/ Nivel mucho)</p> <p>Varones:</p> <p>1. 0 - 35= 0,01 (No padece ansiedad)</p> <p>2. 35 - 50= 0,55 (No padece ansiedad/ nivel muy poco)</p> |

Tabla 6. Continuación...

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.</p> <p>4) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.</p> | <p>3. 50- 65= 1,35 (Padece de ansiedad/ nivel poco).</p> <p>4. 65- 80= 2,15 (Padece ansiedad/ Nivel bastante).</p> <p>5. 80 > = \geq2,15 (Padece ansiedad/ Nivel mucho)</p> |
|--|--|--|---|

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

En este estudio, las variables independientes son: rol, edad, sexo y nivel educativo de la ficha socioeconómica de las "5tas jornadas Rainbow-UTPL 2015" (Ver **Tabla 7**).

Tabla 7. Variables Independientes:

| | | |
|--------------|--|---|
| Rol. | Es la función que los pacientes y cuidadores desempeñan en sus actividades cotidianas. | <p>Pacientes: Posibles beneficiarios de las intervenciones quirúrgicas.</p> <p>Cuidadores: Cuidador principal del postulante, en este caso de los postulantes que por diversas situaciones como edad, condición cognitiva, no podían contestar el test SCL 90 R, con independencia.</p> |
| Edad. | Es el tiempo transcurrido que parte desde el nacimiento hasta la actualidad. | A partir de 7 años |
| Sexo. | Son las características biológicas que determinan a un individuo (hombre y mujer). | Hombre y mujer. |

Sigue tabla 7...

Tabla 7. Continuación...

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| <p>Nivel educativo.</p> | <p>Se refiere a los grados de aprendizaje que tiene una persona a lo largo de una formación establecida dentro de un centro educativo, medida en años lectivos aprobados.</p> | <p>Primario completo</p> <p>Primario incompleto</p> <p>Secundario completo</p> <p>Secundario incompleto</p> <p>Terciario universitario completo</p> <p>Terciario universitario incompleto.</p> |
|--------------------------------|---|--|

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

2.5 Instrumentos:

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) es un inventario de síntomas de autoinforme de 90 ítems desarrollado por Leonard R. Derogatis a mediados de la década de 1970 para medir los síntomas psicológicos y los trastornos psicológicos (Derogatis, L. R., 1975 & Derogatis, L. R., & Unger, R., 2010).

El SCL 90-R, es una esencial herramienta de estudio, que permite explorar un entorno de atención primaria, sobre todo para la enfermedad crónica grave, que es la capacidad de afrontamiento del paciente y la integridad psicológica de dura prueba, los síntomas de la ansiedad y la depresión puede llegar a ser características indistinguibles de una enfermedad clínica médica (Derogatis, Savitz, & Maruish, 2000, p. 848). El SCL-90 R, dispone de tres niveles diferentes de información: tres índices globales, nueve dimensiones sintomáticas primarias de salud mental (somatización (SOM), trastorno obsesivo-compulsivo (OBS), Sensibilidad Interpersonal (INT), depresión (DEP), ansiedad (ANX), Hostilidad (HOS), fóbica Ansiedad (PhoB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSY) y las medidas globales: Índice Global de Severidad (GSI), Socorro Síntoma positiva Index (SDI) y el Total de Síntomas Positivos (PST), citado en (Casullo, M., & Pérez, M.,2004).

2.5.1 Inventario de síntomas Sci-90-R:

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como en el diagnóstico clínico. Las escalas sintomáticas son calificadas sobre una base de escala de 0-4 puntos (5 niveles), (véase en la **tabla 6**).

La adaptación se ha realizado con muestra de población general no clínica y muestras clínicas. Los valores de sesgo y curtosis en las variables del SCL-90 son menores en las muestras clínicas.

Los datos de fiabilidad de las nueve dimensiones sintomáticas se asemejan a la descrita por Derogatis, con valores entre 0,81 y 0,90. Los coeficientes de consistencia interna indican que los ítems de cada dimensión son altamente homogéneos y los coeficientes de fiabilidad y estabilidad temporal van de 0,78 a 0,90 con una semana de intervalo en la aplicación.

En los estudios de Derogatis se encuentra la consistencia factorial en las nueve dimensiones sintomáticas, una buena validez convergente en pacientes clínicos con el MMPI y con otros instrumentos clínicos similares. La validez de criterio se ha demostrado por la alta sensibilidad al cambio en pacientes clínicos.

Este inventario está determinado para la población que ha completado su escolaridad primaria (13 a 65 años de edad).

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO/ MUCHO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

Nota: A los valores perdidos se los reemplazo por 999, porque dentro de la codificación del cuestionario SCL-90R, los datos que son > 50, son considerados 0.

2.5.2 Ficha socioeconómica

Fue diseñada para recolectar datos del pacientes y la familia, no tiene restricciones de edad, y se elaboró por el equipo del programa Rainbow 2015. De esta ficha se tomaron los datos socio-económicos de los participantes que a su vez funcionaron como variables independientes del estudio (revisar tabla 6)

2.6 Procedimiento de recolección:

El proceso de recolección de datos se dio en el marco de las “5tas Jornadas Médicas Gratuitas Rainbow 2015” en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja, está jornada la promueve la Fundación Arco Iris (Rainbow) es una organización sin fines de lucro creada en junio de 2009, que ha proporcionado actividades significativas para más de 120.000 personas de escasos recursos. Generalmente se benefician los niños y jóvenes de sectores prioritarios, personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas, personas con bajos ingresos y personas mayores que viven solas.

El proceso de recolección de datos constaron de tres etapas: selección de instrumentos de investigación, capacitación de recolectores de datos y aplicación de instrumentos, a su vez la aplicación de instrumentos se dividió en dos fases: (1) Aplicación de ficha socioeconómica y (2) Aplicación de test SCL 90 R, **(Ver tabla 8)**,

Tabla 8. Fases del Proceso de recolección de datos:

| | |
|---|------------------------------------|
| 1 | Aplicación de ficha socioeconómica |
| 2 | Aplicación de test SCL 90 R. |

Fuente y elaboración: Rivera (2015).

La ficha socioeconómica **(Ver anexo 1)**, fue seleccionada por el programa de las 5tas Jornadas Médicas Gratuitas Rainbow 2015, para las personas de recursos económicos bajos, en donde se detalló el diagnóstico por el cual acudía al programa, situación económica, condición laboral, ocupación y situación familiar. Durante el proceso de

inducción al Hospital [UTPL] para la participación del programa, se realizó una capacitación acerca del manejo y la aplicación de la ficha sociodemográfica. A partir del 13 de abril hasta el 20 de mayo se inició con el proceso de inscripción de los participantes: pacientes y cuidadores, considerando a los representantes o familiares como “cuidadores”, en un horario de 8am- 4pm de lunes a viernes en la secretaria del Hospital [UTPL].

La aplicación del SCL 90 R (**ver anexo 2**), se realizó la capacitación adecuada sobre la utilización y aplicación del cuestionario SCL-90 R, que incluía las 9 dimensiones sintomáticas primarias y los mismos índices generales o globales. (véase **tabla 6**). El cuestionario fue aplicado en los consultorios disponibles y en la sala de atención, el tiempo máximo de aplicación por persona fue de 15 min.

Una vez finalizado el proceso de inscripción, se realizó la intervención de los médicos de la UTPL, especializados en Traumatología para la evaluación y preselección de los pacientes aptos para la operación Rainbow. Los días del 21 al 25 de junio 2015, se llevaron a cabo las 5tas Jornadas Médicas Gratuitas de Ortopedia y Traumatología, organizada por Fundación Operation Rainbow de San Francisco-California, con la Universidad Técnica Particular de Loja, en las instalaciones del Hospital UTPL, con médicos provenientes de Canadá y otros países, en este transcurso de tiempo se logró culminar con la aplicación del Inventario de síntomas SCL-90-R a 102 personas que voluntariamente aceptaron participar y contestar del cuestionario, para luego continuar con el análisis de datos.

2.7 Procedimiento de análisis:

Después de recolectar la información a través de la ficha socioeconómica y el cuestionario SCL-90R, conformado por noventa (90) ítems, de cuales se analizó los diez (10) ítems que encierran el síntoma de la ansiedad, es decir, las respuestas consistieron en una serie de alternativas, entre las cuales el evaluado escogió la que creyó conveniente; se procedió a subir los datos a la matriz de Microsoft Excel, luego se depuro la matriz y finalmente se trasladó la información al programa del IBM SPSS 22.0, utilizando la estadística descriptiva, con el fin de interpretar y analizar cada uno de los ítems del síntoma de la ansiedad, para dar cumplimiento al primer objetivo.

Posteriormente se procedió a describir las cuatro (4) variables independientes: sexo, estado civil, nivel educativo y rol del paciente o cuidador, en forma gráfica representativa, el análisis de la frecuencia de los porcentajes válidos de los resultados obtenidos; para ello se emplearon diagramas de barras, histogramas.

2.7.1 El análisis de la varianza (ANOVA):

El análisis de las varianzas es una técnica estadística utilizada para analizar los experimentos en que intervienen varios grupos. El análisis de la varianza o ANOVA, se la emplea con los diseños de grupos independientes como con los de medidas repetidas. También se usa cuando en el mismo experimento son investigados por uno o más factores (variables). Básicamente, esta técnica permite comparar los medios de los distintos grupos en una sola evaluación global, con la cual evita el aumento de la probabilidad de cometer un error de tipo I al realizar las pruebas T. (Pagano, 2006,a , pp. 357,376).

2.7.2 Las Prueba T:

Es una distribución de probabilidad de los valores T que se pueden presentar si se consideran todas las posibles muestras de tamaño fijo N, extraído de la población de la hipótesis nula, sirve para diferenciar las medias entre dos grupos. (Pagano, 2006,b, p. 295).

2.7.3 Correlación:

Se centra en la dirección y el grado de la relación. La dirección de la realización se refiere a si esta es positiva o negativa. El grado de la relación se refiere a su magnitud y fuerza. El grado de la relación puede variar entre inexistente y perfecto. Cuando la relación es perfecta, la correlación es máxima y podemos predecir con exactitud una variable a partir de otra. En esta situación, cuando X cambia también Y presenta cambio. Además, el mismo valor de X siempre conduce a Y. En forma alternativa, el mismo valor de Y siempre conduce al mismo valor de X. Todos los puntos están sobre la línea recta se la relación es lineal. Cuando la relación de las variables no ayuda en nada a predecir el valor de la otra. Las relaciones imperfectas tienen niveles intermedios de correlación y de predicción es aproximada. Es este caso, el mismo valor de X no siempre conduce al mismo valor de Y. Sin embargo, en promedio, Y cambia de manera sistemática con X, y podemos lograr una predicción mejor de Y si conocemos el valor de X que si no lo conocemos. (Pagano, 2006, c, p. 111).

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS

En este apartado se mostrarán los resultados organizados por los dos objetivos específicos, se describirán los porcentajes de presencia de los diez síntomas evaluados en relación a la sintomatología ansiosa, a nivel general, tanto de los pacientes y cuidadores, luego se describirán la cantidad de personas según sus niveles de ansiedad y finalmente el análisis de la sintomatología ansiosa según sexo, rol, nivel educativo y edad.

3.1 OBJETIVO 1. Identificar la sintomatología ansiosa que presentan los pacientes y sus cuidadores.

En la parte inferior de cada tabla se presentara un breve análisis del resultado unificado en dos grupos: (1) nivel nada y muy poco (No padece de la sintomatología ansiosa), y (2) poco, bastante y mucho (Padece de la sintomatología ansiosa), con el fin de orientar la discusión y destacar la relevancia de lo que se ha encontrado. Se analizaran los porcentajes de cada síntoma evaluado según el cuestionario del SCL90-R (véase **tabla 6**), como indicador de presencia del síntoma en la muestra en general.

Tabla 9. Síntoma nerviosismo.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 38 | 37,3 |
| Muy poco | 18 | 17,6 |
| Poco | 26 | 25,5 |
| Bastante | 17 | 16,7 |
| Mucho | 3 | 2,9 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De acuerdo a los resultados del síntoma del nerviosismo de la **tabla 9**, el 54.9% no padecen del síntoma, y el 45.1% padecen el síntoma a nivel poco, bastante y mucho. Esto indica que 4 de cada 10 pacientes y cuidadores no presentan síntomas de nerviosismo. Y una cuarta parte de la población global, presentan un nivel regular en este parámetro. Y uno de cada cinco presenta al menos muy frecuentemente el síntoma.

Tabla 10. Síntoma de temblores corporales

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 80 | 78,4 |
| Muy poco | 4 | 3,9 |
| Poco | 9 | 8,8 |
| Bastante | 8 | 7,8 |
| Mucho | 1 | 1,0 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados del síntoma temblores corporales de la **tabla 10**, indican que el 82.3% no padecen de ansiedad, y el 17.7 padecen del síntoma a nivel poco, bastante y mucho. Es decir, 4 de cada 5 pacientes y cuidadores no presentan síntomas y el 1 restante de pacientes y cuidadores al menos presenta el síntoma de una forma regular o nivel poco.

Tabla 11. Síntoma miedo sin razón.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 67 | 65,7 |
| Muy poco | 13 | 12,7 |
| Poco | 17 | 16,7 |
| Bastante | 3 | 2,9 |
| Mucho | 2 | 2,0 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De acuerdo a los resultados del síntoma miedo sin razón de la **tabla 11**, el 78.4% de los pacientes y cuidadores no presentan el síntoma, y el 21.6% la padecen a nivel poco, bastante y mucho. Es decir, dos tercios de la población, no presentan de síntomas de miedo sin razón, mientras 2 de cada 10 personas, están dentro de la escala regular/ poco. Y 1 de cada 10 personas se encuentran en la medida de muy poco.

Tabla 12. Síntoma tener miedos.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 52 | 51 |
| Muy poco | 16 | 15,7 |
| Poco | 23 | 22,5 |
| Bastante | 8 | 7,8 |
| Mucho | 3 | 2,9 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados del síntoma tener miedos de la **tabla 12**, el 66.7% de los pacientes y cuidadores no presentan el síntoma, y el 33.3% la padecen a nivel poco, bastante y mucho. Es decir, la mitad de población no presentan síntomas de tener miedo, y 3 de cada 5 pacientes presentan en nivel poco, bastante y mucho.

Tabla 13. Síntoma Taquicardia ansiosa.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 62 | 60,8 |
| Muy poco | 13 | 12,7 |
| Poco | 13 | 12,7 |
| Bastante | 11 | 10,8 |
| Mucho | 3 | 2,9 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados del síntoma taquicardia ansiosa de la **tabla 13**, el 73.5% de los pacientes y cuidadores no padecen del síntoma, y el 26.5% lo padecen nivel poco, bastante y mucho. Siendo 6 de cada 10 personas que no padecen y las 4 restantes presentan un nivel poco, bastante y mucho.

Tabla 14. Síntoma Agitación nerviosa.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 58 | 56,9 |
| Muy poco | 12 | 11,8 |
| Poco | 16 | 15,7 |
| Bastante | 11 | 10,8 |
| Mucho | 5 | 4,9 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados del síntoma Agitación nerviosa (Sentirme muy nervioso/a, agitado/a) de la **tabla 14**, el 68.7% de los pacientes y cuidadores evaluados no padecen del síntoma, y el 31.3% lo padecen a nivel poco, bastante y mucho.

Tabla 15. Síntoma ataque de pánico o miedo

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 84 | 82,4 |
| Muy poco | 9 | 8,8 |
| Poco | 4 | 3,9 |
| Bastante | 3 | 2,9 |
| Mucho | 2 | 2,0 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De acuerdo a los resultados de la **tabla 15** del síntoma ataque de pánico o miedo (Tener ataques de mucho miedo o de pánico), el 91.2% de los pacientes y cuidadores no padecen del síntoma, y el 8.8% lo padecen a nivel poco, bastante y mucho. Siendo 8 de cada 10 pacientes y cuidadores quienes no padecen de ansiedad.

Tabla 16. Síntoma inquietud motriz ansiosa.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 60 | 58,8 |
| Muy poco | 19 | 18,6 |
| Poco | 12 | 11,8 |
| Bastante | 10 | 9,8 |
| Mucho | 1 | 1,0 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados del síntoma inquietud motriz ansiosa (Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme) de la **tabla 16**, el 77,4% pertenecen a los pacientes y cuidadores que no padecen de este síntoma, y el 22.6% restante padecen de este síntoma nivel poco, bastante y mucho, Es decir, 6 de cada 10 pacientes y cuidadores no tienen ansiedad, y solo 2 de 5 participante padece de la sintomatología.

Tabla 17. Síntoma preocupación.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 69 | 67,6 |
| Muy poco | 15 | 14,7 |
| Poco | 9 | 8,8 |
| Bastante | 7 | 6,9 |
| Mucho | 2 | 2,0 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados del síntoma de preocupación (Sentir que algo malo me va a pasar) de la **tabla 17**, el 83,3% de los pacientes y cuidadores no padecen del síntoma, mientras que el 16,7% lo padecen a nivel poco, bastante y mucho. Es decir, 7 de cada 10 personas no lo presentan. Y un tercio de la población está distribuida entre poco, regular y mucho. Siendo únicamente 2 participantes en la escala extremadamente.

Tabla 18. Síntoma imágenes y pensamientos atemorizantes.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------|------------|-------------------|
| Nada | 76 | 74,5 |
| Muy poco | 8 | 7,8 |
| Poco | 11 | 10,8 |
| Bastante | 4 | 3,9 |
| Mucho | 3 | 2,9 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados del síntoma imágenes y pensamientos atemorizantes (Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo) de la **tabla 18**, el 82,3 % no padecen del síntoma, mientras que el 17,7% lo padecen a nivel poco, bastante y mucho. Es decir, 7 de 10 participantes (cuidador y paciente), no presentan síntoma de imágenes y pensamientos atemorizantes, y 2 de cada 10 personas presentan un nivel poco o regular, mucho y extremadamente.

Los valores de la **tabla 19**, son la suma de los 10 ítems de la sintomatología ansiosa del cuestionario SCL-90R de acuerdo a sus parámetros de calificación (**tabla 6**). Y el análisis de los resultados están agrupado en dos grupos: (1) No padece ansiedad y No padece ansiedad/Nivel muy bajo (**No padece de la sintomatología ansiosa**), y (2) Padece ansiedad / Nivel poco, Padece ansiedad / nivel bastante y mucho (**Padece de la sintomatología ansiosa**), con el fin de orientar la discusión y destacar la relevancia de lo que se ha encontrado.

Tabla 19. Niveles de sintomatología ansiosa en pacientes y cuidadores.

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|--------------------------------------|------------|-------------------|
| 1. No padece ansiedad | 14 | 13,7 |
| 2. No padece ansiedad/Nivel muy bajo | 51 | 50,0 |
| 3. Padece ansiedad / Nivel poco | 30 | 29,4 |
| 4. Padece ansiedad / nivel bastante | 6 | 5,9 |
| 5. Padece ansiedad / Nivel mucho | 1 | 1,0 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De acuerdo a los resultados de la **tabla 19**, una vez evaluado los 102 participantes, se determina que dos tercios de la población no padecen de la sintomatología ansiosa dando el 63,7%, y el resto de la población padece de la sintomatología ansiosa en nivel poco, de bastante y mucho (36,3%). De las cuales 3 de 5 personas no padecen ansiedad, y las 2 restantes la padecen.

Tabla 20. Niveles de sintomatología ansiosa en pacientes

| | Porcentaje válido |
|--------------------|-------------------|
| Padece de ansiedad | 43,66 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De los 74 pacientes evaluados en los parámetros del SCL-90R (**tabla 6**), el 43,66% presentan sintomatología ansiosa (**tabla 20**).

Tabla 21. Niveles de sintomatología ansiosa en cuidadores

| | Porcentaje válido |
|--------------------|-------------------|
| Padece de ansiedad | 21,42% |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De los 28 cuidadores evaluados mediante el instrumento SCL-90 R (**tabla 6**), el 21,42% padece de la sintomatología ansiosa. (**tabla 21**).

3.2 OBJETIVO 2.- Determinar los grupos de riesgo de ansiedad, a través del análisis de sus variables independientes (sexo, rol, nivel educativo, edad) de la muestra investigada.

Tabla 22. Prueba T para muestras independientes: Sexo y sintomatología ansiosa en pacientes y cuidadores.

| Promedio de puntajes directos de sintomatología ansiosa. | | N | Porcentaje Válido. | Media | Desviación típ. |
|--|--------|----|--------------------|-------|-----------------|
| | Hombre | 37 | 36,3% | ,5189 | ,54916 |
| | Mujer | 65 | 63,7% | ,8631 | ,70480 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los resultados de sintomatología ansiosa de la **Tabla 22**, en relación al sexo entre pacientes y cuidadores revelan que los hombres presentan una media de sintomatología ansiosa más baja en relación a las mujeres. $T = -2,559$; $p = 0,012$.

Tabla 23. Prueba T para muestras independientes: Sexo y sintomatología ansiosa en pacientes.

| Promedio de puntajes directos de Sintomatología ansiosa. | | N | Media | Desviación típ. |
|--|--------|----|-------|-----------------|
| | Hombre | 28 | ,5821 | ,58566 |
| | Mujer | 46 | ,9652 | ,76397 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los puntajes directos de la sintomatología ansiosa de la **Tabla 23**, en relación al sexo en pacientes revelan que los hombres tienen un valor menor que las mujeres y esta relación es significativa $T = -2,275$; $P = 0,026$.

Tabla 24. Prueba T para muestras independientes: Sexo y sintomatología ansiosa en cuidadores.

| Promedio de puntajes directos de Sintomatología ansiosa. | | N | Media | Desviación típ. |
|--|--------|----|-------|-----------------|
| | Hombre | 9 | ,3222 | ,37676 |
| | Mujer | 19 | ,6158 | ,46459 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los puntajes de la sintomatología ansiosa de la **Tabla 24**, en relación al sexo del cuidador revelan hombres tienen un valor menor que las mujeres sin embargo esta diferencia no es significativa. $T=-1,651$; $P= 0,111$.

Tabla 25. Prueba T para muestras independientes: Rol y sintomatología ansiosa (paciente o cuidador).

| Promedio de puntajes directos de la sintomatología ansiosa. | N | Porcentaje Válido. | Media | Desviación típ. |
|---|----|--------------------|-------|-----------------|
| Paciente | 74 | 72,5% | ,8203 | ,72225 |
| Cuidador | 28 | 27,5% | ,5214 | ,45327 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

Los de la sintomatología ansiosa de la **Tabla 25**, en relación al rol que desempeñan, es mayor en los pacientes en comparación de los cuidadores, y esta diferencia es significativa. $T= 2,039$; $P=0,044$.

Tabla 26. Medias de la sintomatología ansiosa según el nivel educativo.

| Nivel educativo | N | Porcentaje válido | Media |
|-----------------------|----|-------------------|-------|
| Terciario completo | 14 | 14.1 | 0,49 |
| Terciario incompleto | 12 | 12.1 | 0,76 |
| Secundaria completa | 34 | 34.3 | 0,71 |
| Secundaria incompleta | 14 | 14.1 | 0,69 |
| Primaria completo | 19 | 19 | 0,92 |
| Primaria incompleta | 6 | 6 | 1,22 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

En cuanto a los puntajes de la sintomatología ansiosa de la **Tabla 26**, en relación al nivel educativo, la ansiedad es mayor en las personas con niveles educativos menores a estudios primarios, sin embargo la relación con nivel educativo y la ansiedad no es significativa, $F= 1,281$; $P= 0,279$.

Tabla 27. Correlación: Edad en años cumplidos y la sintomatología ansiosa.

| | | Promedio de puntajes directos de la sintomatología ansiosa. |
|-------------------------------|------------------------|---|
| Edad en años cumplidos todos. | Correlación de Pearson | -,054 |
| | Sig. (bilateral) | ,592 |
| Edad en años pacientes | Correlación de Pearson | -,073 |
| | Sig. (bilateral) | 0,536 |
| Edad en años cuidadores | Correlación de Pearson | -,120 |
| | Sig. (bilateral) | 0,567 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De acuerdo a los resultados de la **Tabla 27**, las correlaciones entre pacientes y cuidadores y la edad en años cumplidos presenta una correlación negativa ($R=-,054$; $P=0,592$) demostrando que la edad de años cumplidos no influye en los niveles de la sintomatología ansiosa, resultados similares no significativos se muestran en los grupos de solo pacientes ($R=-,073$; $P=0,536$) y solo cuidadores ($R=-,120$; $P=0,567$).

Tabla 28. Distribución de la muestra según la edad.

| EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS | | |
|------------------------|----------|----------|
| N | Válidos | 99 |
| | Perdidos | 3 |
| Media | | 37,3131 |
| Desv. típ. | | 19,59573 |
| Percentiles | 25 | 23,0000 |
| | 50 | 35,0000 |
| | 75 | 50,0000 |

Fuente y Elaboración: Rivera (2015).

De acuerdo a los resultados de la **Tabla 28**, el promedio de edad de los participantes está en los 37 años, 1 de cada cuatro son menores de 23 y uno de cada cuatro son adultos mayores a 50 años, la distribución de edad de los participantes y cuidadores es cercana a la curva normal, incluso existen postulantes menores de un año. La edad más común de los participantes es de 34 años (moda). El 2% de la población es menor a 7 años, cuyo cuestionario fue aplicado a sus cuidadores o familiares. Los participantes de mayor edad son de 84 años, que representan a un 2%.

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito determinar si existe una tendencia de sintomatología ansiosa en los pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos y sus cuidadores, que participaron en las "5tas Jornadas Médicas Rainbow (Arco Iris) Gratuitas 2015", en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja.

De los datos obtenidos de los pacientes y sus cuidadores con problemas traumatológicos u ortopédicos en la investigación realizada, se concluye que los principales grupos de riesgo de la sintomatología ansiosa es en pacientes, y en relación al sexo, en mujeres.

De acuerdo al análisis de la sintomatología ansiosa en relación a los 10 ítems evaluados con el SCL-90R, el síntoma más frecuentes de los pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos y sus cuidadores es el nerviosismo con un 45.1%, (este promedio equivale aproximadamente a la respuesta ("nivel poco, bastante y mucho"). En comparación con un estudio realizado en Estudiantes Universitarios Chilenos, por Sánchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009) determinan que el síntoma con menor puntuación es el ítem 2 "Nerviosismo" con un promedio $M= 1.94$, (este promedio equivale aproximadamente a la primera y tercera alternativa de respuesta ("Nada" y "muy poco"). Los resultados de los niveles de la sintomatología ansiosa con problemas traumatológicos u ortopédicos, en relación al síntoma del nerviosismo son mayores a la muestra comparada.

Una vez evaluado mediante el SCL-90-R. Derogatis a los 102 pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos y sus cuidadores (pacientes 74 y cuidadores 28), se determina que el 36,3% de la población total padece de la sintomatología ansiosa, en nivel poco (29,4%), bastante (5,9%) y mucho (1,0%). A diferencia de la investigación de Rodríguez Vega B., (2002) el 66,74% de los pacientes oncológicos y cuidadores, padecen del síntoma de ansiedad, resultados obtenidos mediante la Escala de Ansiedad Hospitalaria [HADSA]. Por otro lado, si comparamos los resultados del estudio realizados por Mitchell (2011), la prevalencia típica total del síntoma de la angustia o síntoma ansioso se ha estimado un 47,8%, puntaje presente en pacientes que padecen de problemas, en este caso, oncológicos. Y en otros estudios, en donde utilizan entrevistas psiquiátricas estandarizadas y criterios diagnósticos en poblaciones oncológicas identificaron un 10% de ansiedad total, resultado más estrecho que otras investigaciones (Vázquez, O. G., Castillo, E. R., García, A. M., Ponce, J. L. A., Avitia, M. Á. Á., & Aguilar, S. A., 2015). No existen resultados de los niveles de la sintomatología ansiosa en pacientes con problemas

traumatológicos u ortopédicos, sin embargo, los resultados de los niveles de sintomatología ansiosa en pacientes con problemas oncológicos son mayores a la muestra comparada.

La muestra de la investigación en pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos fue tomada en el proceso pre-operatorio (no ambulatorio), haciendo referencia que el 43,66% de pacientes presentaron sintomatología ansiosa, en comparación de la investigación de Gaitan, Perez, & Polo, M.(2008) que solo el 26% de pacientes padecieron del síntoma de ansiedad, que al comparar con los resultados de la investigación estudiada, la puntuación es menor a la muestra presentada por problemas traumatológicos u ortopédicos.

Por otro lado, si comparamos los resultados de la investigación estudiada en los 28 cuidadores de los pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos, se concluye que 21,42% presentan sintomatología ansiosa, en relación a los cuidadores de los niños en estado vegetativo y de mínimo estado de conciencia, resultados obtenidos mediante el Spielberger State-Trait Anxiety Inventory-Y [STAI-Y], los cuidadores principalmente las madres (85,7%), casados (82,9%), y las amas de casa (51,4%), presentaron un 57,2% de síntomas depresivos, problemas de salud mental, y alto nivel de estado y ansiedad rasgo (Giovannetti,, 2012). Existen también otros resultados en cuidadores de pacientes oncológicos evaluados por la escala de ansiedad y depresión hospitalaria [HADS], que revelan un 19,27% de síntomas de ansiedad, esto implica que al pasar todo el día con el paciente genera mayor frecuencia de sintomatología tanto depresiva como ansiosa (Rodríguez ,B., 2002). Por lo tanto, existen resultados de sintomatología ansiosa en los cuidadores con problemas traumatológicos u ortopédicos, sin embargo, los resultados del síntoma de ansiedad en los cuidadores de los niños en estado vegetativo y en los cuidadores dependientes de problemas oncológicos, está dentro de la media en comparación a la muestra investigada.

Cabe considerar que dentro de la investigación realizada en relación a la variable de la edad, los pacientes con problemas traumatológicos u ortopédicos y sus cuidadores, presentan una edad media de 34 años entre una población de niños, niñas, jóvenes, adultos, adultos mayores, existiendo una correlación negativa de (-,073) y un valor de significancia de (0,536), es decir, la edad no influye en la sintomatología ansiosa en este caso. Sin embargo, en la investigación de los pacientes con problemas oncológicos después del diagnóstico, las tasas de prevalencia del síntoma de ansiedad sí dependía de la edad, porque influía en relación a los tipos de cáncer, es decir, 25,7% lo padecían los más

jóvenes, representando una media de 18,9%, y el 11,8% representaban el grupo de adultos mayores. Los pacientes con cánceres gastrointestinales, hematológicas y neuroendocrinos eran más de dos veces más propensos a reportar niveles clínicos de síntomas de ansiedad que sus colegas mayores (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012, p. 347). Es evidente que en los casos de pacientes con problemas oncológicos después de un diagnóstico, revelan que los pacientes menores de 50 años y más de 50% mujeres padecen de ansiedad (subclínicas o clínicas) (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012).

Mientras que en la investigación de pacientes tanto hombres como mujeres en estado pre-operatorio de 29 a 39 años (34%) y 18-29 (24.3%) evidencian menores niveles de síntoma de ansiedad (Gaitan, Perez, & Polo ,M., 2008). Por lo tanto, el promedio de edad más frecuente en los pacientes y cuidadores con problemas traumatológicos u ortopédicos son similares en los pacientes con problemas oncológicos, sin embargo, la edad de años cumplidos no influye en los niveles de la sintomatología ansiosa de los pacientes.

Por otra parte, en la investigación de los pacientes y cuidadores que padecen de problemas traumatológicos u ortopédicos en relación al sexo, se ha verificado que el 36,3% de los participantes son hombres y el 63,7% son mujeres. Los pacientes (hombres: media= 0,582 y mujer: media= 0,965) y los cuidadores (hombres: media= 0,322 y mujer: media= 0,615) , siendo las mujeres las que presentan mayor nivel de ansiedad en comparación a los hombres. De la misma manera sucede en el estudio de los pacientes con problemas oncológicos después del diagnóstico, las mujeres mostraron mayores tasas de ansiedad y depresión, considerando los tipos de cáncer, es la prevalencia del síntoma de ansiedad, es decir son mucho más propensas del síntoma que los hombres (24,0% frente a 12,9%) (Linden, Vodermaier, MacKenzie, & Greig, 2012, p. 347). En base a las evidencias anteriores, los pacientes oncológicos y sus cuidadores, evaluados mediante la escala de la Ansiedad y Depresión Hospitalaria [HADS], las puntuaciones superiores eran más frecuentes en mujeres (Rodríguez Vega B., 2002, p. 31). De la misma manera sucede en el estudio de los pacientes en estado pre-operatorios, el sexo predominante son las mujeres (70%) y es en las que se detectó mayor nivel del síntoma de ansiedad preoperatoria (Gaitan, Perez, & Polo Mas, 2008). La búsqueda de evidencias es muy amplia, en este caso las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. Es decir, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año (Alonso et al., 2004; Carrasco-Galán & Espinar-

Fellmann, 2008; Begoña., León., Ángeles.,2008). Por lo tanto, en relación a los pacientes y cuidadores que padecen de problemas traumatológicos u ortopédicos, la mayoría de los participantes son mujeres, y que a su vez presentan un mayor nivel del síntoma de ansiedad que los hombres, así como lo confirma la teoría y los estudios realizados en pacientes con problemas oncológicos y en relación a la edad.

CONCLUSIONES

Se concluye que los síntomas más frecuentes dentro de la sintomatología ansiosa tanto en pacientes y cuidadores que acudieron a las 5tas jornadas médicas gratuitas de ortopedia y traumatología en la ciudad de Loja son: Nerviosismo 45.1%, tener miedos 33.2% y agitación nerviosa 31.4% de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, considerando los niveles poco, bastante y mucho.

Tanto pacientes y cuidadores/as en relación al rol y al sexo, las mujeres presentan mayor ansiedad que los hombres, sin embargo, no hay diferencias significativa de riesgo.

La edad y el nivel educativo no influyen en la sintomatología ansiosa, tanto los niños, jóvenes, adultos y adultos mayores al padecer de una enfermedad traumológica u ortopédica sentirán o presenciaron los mismos síntomas, en diferente grado.

RECOMENDACIONES

Es necesario realizar nuevos estudios en relación a la sintomatología ansiosa, centrándose en la intervención preoperatorio y postoperatorio para unos mejores resultados.

Dadas las condiciones, son muchos los síntomas que se asocian a la sintomatología ansiosas, uno de ellos el dolor (factor ansiógeno) que puede ser psicológico o fisiológico, por ello es importante que se realice estudios más profundos, considerando estos u otros síntomas asociados, que impiden una calidad vida satisfactoria a los pacientes y sus cuidadores.

De acuerdo a la investigación, es necesario hacer estudios en función del género, porque tanto las mujeres en calidad de pacientes o cuidadoras presentan problemas de índole traumatológico u ortopédico, y son mucho más propensas a padecer de la sintomatología ansiosa de acuerdo a los resultados de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- A'campo, L. E., Spliethoff-Kamminga, N. G. A., Macht, M., Roos, R. A. C., & edupark Consortium. (2010). Caregiver education in Parkinson's disease: formative evaluation of a standardized program in seven European countries. *Quality of Life Research*. 19 (1), 55-64.
- Abuin, L. D. (2012). Cuestionario SCL-90-R. En L. R. Derogatis, *LSB-50: listado de síntomas breve. Manual*. España: TEA.14.
- Amendola, F.,Oliveira, M., & Alvarenga, M. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Rev. Texto e Contexto*, Florianópolis.17, (2).
- Amigo Vazquez, I., Fernandez Rodriguez, C., & Perez Alvarez, M. (2009). *Manual de Psicología de la Salud*. (3era Piramide S.A ed.). Navalcarnero, Madrid, Espana: Rigorma Grafic, S.L.
- Ascencio Huerta, L. (2007). Trastorno de ansiedad y enfermedades medicas concomitantes. Experiencia clinica. . *Revista Hospital Jua Mex*. 74 (2), 81-92.
- Asmundson, G., Norton, P. & Norton, G. (1999). Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*. 19, 97-119.
- Asociacion Americana de Psiquiatria [APA]. (2014). *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Arlington: Medica Panamerica.
- Badner, N. H., Nielson, W. R., Munk, S., Kwiatkowska, C., & Gelb, A. W. (1990). Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 37(4), 444-447.
- Bakshi, K. M. (2015). Humane Surgical Positioning During Minor Limb Surgeries Under Local Anesthesia in Young Children . *Journal of Orthopedic Trauma*. 29, 280-282.
- Bampi, L. N., Guilhem, D., & Lima, D. D. (2008). Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o Whoqol-bref. *Scielo Revista Brasileira de Epidemiologia*. 11 (1), 67-77.
- Barber, J. (1982). Incorporating hipnosis in the management of chronic pain. Psychological approaches to the management of pain. New York: Brunner/ Mazel. 50-59.
- Begoña., R. R., León., A. D., & Ángeles., A. R. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM). *Intervención Psicosocial*. 17 (2), 109-124.
- Benedetti, C. & Murphy. T.M. (1985). Nonpharmaeological methods of acute pain control. In G. Smilh. & B.C. Covino (Eds.). Acute pain. 267-269.

- Bermejo., F. (2012). Ayudas para la marcha en la parálisis cerebral infantil. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*. 6-9 .
- Beveridge, M., & Howard, A. (2004). The burden of orthopaedic disease in developing countries. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 86(8), 1819-1822.
- Bocchi, S. C. M. (2004). Vivenciando a sobrecarga ao viraser um cuidador familiar de pessoa com AVC: análise do conhecimento. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*.12 (1), 115-121.
- Braccialli, L. M., Sankako, A. N., & Araújo, R. C. (2012). Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. *Scielo Rev. bras. educ. espec*.18 (1), 113-126.
- Brito, D. C. (2009). Cuidando de quem cuida: estudo de caso sobre o cuidador principal de um portador de insuficiência renal crônica. *Psicol estud*. 14 (3), 603-607.
- Burke, F. D., Dias, J. J., Lunn, P. G., & Bradley, M. (1991). Providing care for hand disorders: Trauma an delective. The Derby Hand Unit experience. *Journal of Hmd Surgery*. 16,13-18
- Burton, K., Polatin, P, & Gatchel, R. (1997). Psychosocial factors and the rehabilitation of patients with chronic work related upper extremity disorders. *Journal o f Occupational Rehabilitation*. 139-153.
- Calle, M. A., & Moreno Carrillo, P. (2015). Ansiedad en el postoperatorio de CMA Postoperative anxiety in Day Surgery. *Cirurgia Mayor ambulatoria*. 20 (2), 73.
- Carapia, A., Mejía, G., Nacif, L., & Hernández, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. 260-263.
- Casullo, M., & Pérez, M. (2004). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. *Derogatis*. Obtenido de: <http://sites.google.com/site/archivosmitsugeri/InvSintomasSCL-90R2004.pdf>.
- Chaves, J.F. (1993). Hypnosis in pain management. In J.W. Rhue. S.J. Lyn& 1. Kirsch (Eds.). *Handbook of clinical hypnosis*. Washington. DC: American Psychological .Association.
- Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades-CONADIS. (2015). *Personas con discapacidad*. Obtenido de registro nacional de discapacidades ministerio de salud pública del ecuador - agosto 2015. Obtenido de: http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/estadistica_conadis.pdf
- Consuegra, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogota, Colombia: Ecoe.
- Czernik, G. E., Giménez, N. L., Almirón, L. M., & Larroza, G. O. (2005). Ansiedad Rasgo-Estado en una Escuela de Formación Profesional de la ciudad de Resistencia (Chaco).

- De Oliveira Gonçalves, L. (2002). *Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI* (Doctoral dissertation, Universidade Federal de Santa Catarina).
- De Oliveira Saraiva, K. R., Santos, Z., Landim, F. L. P., De Pádua Lima, H., & de Sena, V. L. (2007). O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 63-70.
- Dean, M., & Gralewski, C. (2004). Factors predictive of completion of a multidisciplinary chronic pain treatment program.
- Delgado Martínez, A. D. (2012). *Cirurgia Ortopédica y Traumatología* (2da. ed.). Madrid, Espana: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom checklist-90-revised. *Corsini encyclopedia of psychology*.
- Derogatis, L. R., Savitz, K. L., & Maruish, M. E. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. . *Handbook of psychological assessment in primary care settings*. 297-334.
- Derogatis, L.R. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual. Madrid: *Tea Ediciones*.
- Evans, D. & Blanchard, E. (1998). Prediction of early termination from the self regulatory treatment of chronic headache. *Bio feedback self regulation*. 13, 245-256.
- Felício, D.N., et al. (2005). Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *Rev Bras Promoção Saúde*. 18, (2), 64-69.
- Fernández de Larrinoa Palacios, P., Martínez Rodríguez, S., Ortiz Marqués, N., Carrasco Zabaleta, M., Solabarrieta Eizaguirre, J., & Gómez Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 23 (3), 388-393.
- Fernández-Hermida, J.R., Fernández-Sandonis, J., & Fernández-Menéndez, M. (1990). Factores que influyen en la tolerancia familiar hacia los pacientes ancianos demenciados. *Psicothema*. 2, 25-35.
- Fishbain,. D., Goldberg, M. Meagher, B., Steele, R. & Rosomoff, H. (1986). Male and female chronic pain patients categorized by DSM-DI psychiatric diagnostic criteria. *Pain*. 26, 181-97.
- Floriani, A. (2004). Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Cancerologia*, Rio de Janeiro. 50, (4), 341-345.

- Fonseca, N., Penna, A., & Soares, M. (2008). Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 18 (4), 727-743.
- Franco, A.(2012). Ayudas para la marcha en la parálisis cerebral infantil/Help for the March in the Child Cerebral Palsy. *Revista Internacional de Ciencias Podológicas*. 6 (1), 9.
- Frank, R. G., Kashani, J. H., Kashani, S. R., Wonderlich, S. A., Umlauf, R. L., & Ashkanazi, G. S. (1984). Psychological response to amputation as a function of age and time since amputation. *The British Journal of Psychiatry*. 144(5), 493-497.
- Friedrich, D. (1994). *Diccionario de Psicología* (Septima ed.). Barcelona, España: HERDER S.A.
- Gaitan, T., Perez, M., & Polo, M. (2008). Educacion preoperatoria y nivel de ansiedad .
- Galve, J.(2008). Guía clínica naturista de la ansiedad y crisis de pánico. *Medicina naturista*. 2 (3), 57-64.
- Giovannetti, A.(2012). Children in Vegetative State and Minimally Conscious State: Patients' Condition and Caregivers' Burden. *The Scientific World Journal*.
- Gitman, L.(2003). *Principios de administración financiera*. México: Pearson Educación.
- Gomez, M.(2013). *Asistencia Inicial al Traumatismo Pediátrico*. Madrid, España: Médica Panamericana S.A.
- Gonzales, J. C. (2004). El argumento de la alucinacion revisitado. *Revista Latina de Análisis del Comportamiento*. , 12, 55-73.
- Greca, A. (2007). Fisiología de la emoción. *Clínica-Unr. Org*. 7,1-4.
- Heather, V., Horodyski, M., Vincent, K., Brisbane, S., & Sadasivan, K. (2015). Psychological Distress After Orthopedic Trauma: Prevalence in Patients and Implications for Rehabilitation. 7,(9), 978–989.
- Hinrichsen, G. & Niederehe, G. (1994). Dementia Management Strategies and Adjustment of Family Members of older patients. *The Gerontologist*. 34(1), 95- 102.
- Instituto Nacional de Rehabilitación. (2014). Instituto nacional de rehabilitación. *Centro colaborador de la ops/oms para la investigación y rehabilitación médica*. 148. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=827&Itemid
- Jarne, A.(2000). Manual de psicopatología clínica. *Grupo Planeta (GBS)* , 8.
- Kabat Zinn, J., & Chapman Waldrop, A. (1989). Compliance with an outpatient stress reduction program; Rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine*. 11, 333-352.

- Karsch, S. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores Dependent seniors: families and caregivers. *Cad. saúde pública*. 19(3), 861-866.
- Landazabal, M., Anabitarte, A., & Fernández, P. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de psicología clínica y de la salud Annuary of Clinical and Health Psychology*. (1), 53-63.
- Lavinsky, A., & Vieira, T. (2004). Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Sci Health Sci*. 26(1), 41-5.
- Leal, M. (2000). O Desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *Revista A Terceira Idade, São Paulo*. 11(20), 1-7.
- Linden, W., Vodermaier, A., MacKenzie, R., & Greig, D. (2012). Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age.I. *Journal of Affective Disorders*. 141 (2-3), 43 - 351.
- López Gil, M., Orueta, R., Gómez, S., Sánchez, A., Carmona de la Morena, J., & Alonso Moreno, F. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y salud. *Revista clínica de medicina familiar*. 2 (7), 332-334.
- López, J., & López, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. 19 (1), 72-80.
- López, S., Pastor, Maa., & Rodríguez, J. (1993). Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas. Pirámide, Madrid.
- Machado, A., Freitas. C., & Jorge, M., (2007). O Fazer do cuidador familiar: significados e crenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 60(5), 530-534.
- Machado, W., Alvarez, A., Teixeira, M., Branco, E., & De Figueiredo, N. (2015). Como cuidadores de parapléjicos lidam com sobrecarga de atividades no dia a dia/How caretakers of paraplegics deal with the overload of activities on a daily basis/Como cuidadores de parapléjicos manejan la sobrecarga de cuidados en sus actividades diárias. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*. 7 (1), 1796-1807.
- Maganto, C., & Cruz, S. (Ed.). Inventario de síntomas Revisado (SCL-90-R), ficha técnica. Disponible en: http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/44c.pdf
- Malerbi, F. (2002). Funcionamento familiar e saúde/doença. Em H.J. Guilhardi (Org.), Sobre comportamento e cognição. Santo André: Esetc.19 ,120-124.
- Martins, T., Ribeiro, J., & Garrett, C., (2003) Estudo de validação dos Questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 4, (1) ,131–148.
- Mauera,M., Burnetta,K., Ouellettea,E., Ironsona,G., & Dandesa,H. (2008). Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: Pain perception, postoperative recovery, and

- therapeutic comfort. *abstract content abstract content International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.155-161.
- McCarthy, M., MacKenzie, E., Edwin, D., Bosse, M., Castillo, R., & Starr, A. (2014). Leap study grp journal of bone and joint surgery-american. (D. d. Reports®, Ed.) *Psychological distress associated with severe lower-limb injury*. 85 (9),1689-1697.
- Mckechine, J. (2014). Anxiety and depression following traumatic limb amputation: A systematic review. *Injury*.1859-1866.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory and central control determinants of pain: A new conceptual model. *The skin senses, III*, Charles C. Thomas, Springfiel.
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre Acevedo, D., & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación en presenilina 1. *Revista chilena de neuropsicología*. 5 (2), 137-145.
- Michaels, A., Michaels, C., Smith, J., Moon, C., Peterson, C., & Long, W. (2000). Outcome from injury: General health, work status, and satisfaction 12 months after trauma. *Journal of trauma-injury infection and critical care*. 48 (5), 841-848.
- Ministerio de Salud Publica [MSP]; Conadis. (2015). *Ministerio de Salud Publica*. Disponible en:
<https://public.tableau.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/dicapacidadesecuador/Discapacidades>
- Miralles, R. (2008). *Cirugia Ortopedica y Traumatologia en zonas de menor desarrollo*. Obtenido de Entorno sanitario, Centre de Cooperacion al Desenvolupament, URV Solidaria. Disponible en:
http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/URV_Solidaria/COT/Contenido/Tema_2/2.3._patologies_mas_frecuentes.pdf
- Mitchell, A. J. (2011). Detecting and managing psychological distress in women with cancer: an update of recent evidence. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 13, 22–28.
- Moya Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*.1, 22-30.
- Neuling, S. J., & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Social science & medicine*. 27(4), 385-392.
- O'Sullivan M., & Colville, J. (1993). The economic impact of hand injuries. *Journal of Hand Surgery*. 18, 395–389.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003. *Forjemos el futuro*. Francia. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*. Washington, USA. 10, (1).
- Pagano, R. (2006). (Ed.) *Estadística para las ciencias del comportamiento*. México: Thomson.
- Palomino, G., González Pedraza Avilés, A., & Blanco Loyola, L.(2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de especialidades Médico Quirúrgicas*. 13 (4), 159-166.
- Pérez, R. (2009). Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico. *GerolInfo*. 4 (1), 1-22.
- Peris, J.(2003). Avances en Traumatología, Cirugía Ortopédica, Rehabilitación, Medicina Preventiva y Deportiva. *Asepeyo*. 6 (1), 1 .
- Phillips, K. & First, M. (2009). Agenda de investigación para el DSM-V. *Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier Masson. 3-6.
- Polatin, P., Gatchel, R., Barnes, D., Mayer, H., Arens, C., & Mayer, T. (1989). A psycho socio medical prediction model of response to treatment by chronically disabled workers with low-back pain. *Spine*. 14, 956-961.
- Polatin, P., Kinney, R., Gatchel, R., Lillo, E., & Mayer, T. (1998). Psychiatric illness and chronic low back pain. The mind and the spine-which goes first? *Spine*. 18, 66-71.
- Prinz, U., Nutzinger, D., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C., & Andreas, S. (2013). Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. *BMC Psychiatry* .
- Punch, G., & Gale, E. (1986). Predicting treatment completion in a behavioral therapy program for chronic temporomandibular pain. *Journal of Psychosomatic Research*. 30, 57-62.
- Rainbow foundation. (2009). *Rainbow foundation*. Obtenido en: <http://www.rainbowfoundation.org.hk/eng/index.html>
- Real Academia Española [RAE]. (2014). *Diccionario de la lengua Española*. Madrid, España: Planeta Colombiana. 3(2).
- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A., & Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *The European journal of psychiatry*. 16(1), 27-38.

- Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid.
- Román, E., Neira, A., & Tisminetzky, G. (2002). *Trauma: prioridades*. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana. S.A.
- Rosales, E., Miranda, J. J., Lema, C., López, L., Paca, A., Luna, D., & Piat, E. (2011). Recursos y capacidades de servicios de emergencia para atención de lesiones por traumas en Perú. *Cad. saúde pública*. 27(9), 1837-1846.
- Rosan, T. (2000). Agresividad e hiperquinesia en niños con ADHD. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Alcmeon*. 9 (2).
- Sanchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*
- Gemppe Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*. 26(1), 39-58., 18(3), 265-274.
- Sarudiansky, M. (2012). Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
- Savage, S. & Bailey, S. (2004) The impact of caring on caregivers' mental health: A review of the literature. *Australian Health Review*. 27, 111-117.
- Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving. *Gerontologist*. 35, 771-791.
- Silberman, F., & Varaona, O. (2010). *Ortopedia y Traumatología*. Buenos Aires, Argentina : Médica panamericana S.A.
- Silveira, T., Caldas, C., & Carneiro, T. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principias. *Cad. Saúde Pública*. 22(8), 1629-1638.
- Spiegel, D. (2008). *Topics in Global Public Health. Clinical Orthopedics and related research*. 466 (10), 2377-2384.
- Sternbach, R. (1986). Clinical aspects of pain. In R.A. Siernbach , *The psychology of pain*. New York: Raven. 223-2119.
- Torres, A. (2004). Ansiedad Preoperatoria en Niños / Anxiety Preoperatoria in Children. *Rev. colomb. Anestesiología*. 32 (1), 71-73.
- Tsushima, W., Stoddard, P., & Tsushima, V. (1991). Characteristics of treatment Dropouts among two samples of chronic headache patients. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 56, 199-204.

- Turk, D., & Rudy, T. (1990). Neglected factors in chronic pain treatment outcome studies determination of success. *Pain*. 43, 7-25.
- Turk, D., Meichenbium, D., & Genest, M. (1983). Pain and behavioral medicine: A cognitive behavioral perspective. New York: Guilford.
- Turk, D., Rudy, T., & Sorkin, B. (1993). Neglected topics in the treatment of chronic pain treatment outcome studies referral patterns, failure to enter treatment, and attrition. *Pain*. 53, 3-16.
- Vázquez, O. G., Castillo, E. R., García, A. M., Ponce, J. L. A., Avitia, M. Á. Á., & Aguilar, S. A. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de beck [BAI] en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 12 (1), 51.
- Vázquez, O., Castillo, R., García, M., Ponce, A., Avitia, Á., & Aguilar, A. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 12(1), 51-58.
- Vazquez, I., & Alvarez, C. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Navalmorcuero, Madrid, España: Rigormo Grafic, S.L .
- Wilson, H. (1989). Family caregiving for a relative with Alzheimer's dementia: Coping with Negative Choices. *Nursing Research*. 38(2), 94-98.
- Wisner, K. & Dolan Sewell, R. (2009). ¿Por qué tiene importancia el género?, Agenda de investigación para el DSM-V, *Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier Masson. 7-17.
- Wood, R., Maclean, L., & Pallister, I. (2011). Psychological factors contributing to perceptions pain intensity after acute orthopaedic. *Injury international journal of the care of the injured*. 42, 1214-1218.
- World Health Organization. (2006). Guía para la atención Traumatólogica básica. *Publicación científica y Técnica*. 618 , 94.

ANEXOS

1. Anexo

SCL-90-R.
Adaptación UBA, CONICET, 1999/2004.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo, 1998. CONICET.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

| Nada | Muy POCO | POCO | Bastante | MUCHO |
|------|----------|------|----------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. Anexo

FICHA SOCIO ECONÓMICA PARA ASIGNACIÓN DE OPERACIÓN RAINBOW

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE O APLICANTE

Apellidos y Nombres _____
Cédula de identidad _____ Nacionalidad _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Lugar de Nacimiento. _____
Dirección _____
Teléfonos de contacto _____
Nombre de una Referencia o Familiar _____
Teléfono de Referencia _____
Sexo M () F () Tiene alguna Discapacidad Si () No () Tipo _____ y _____%
Diagnóstico por el que acude el paciente _____
Nombre médico tratante _____ Teléfono Med. Tratante _____
Cómo se enteró del programa Rainbow _____

***En caso de ser menor de edad**

Nombre del Tutor Legal: _____

II. SITUACIÓN ECONÓMICA

2.1. DISPONE DE SEGURO MÉDICO: SI () NO () INDIQUE

Social () Campesino () Otro ()

Especifique _____

2.2. RECIBE BONO SOLIDARIO POR PARTE DEL GOBIERNO: SI () NO ()

2.3. UBICACIÓN VIVIENDA

Zona Urbana () Zona rural ()

2.4. La vivienda es: Alquilada () Propia () Familiar ()

2.5. Servicios básicos de los que dispone: Agua potable () Agua entubada ()

Luz () Teléfono () Cable () Internet ()

2.6 Número de pisos de la vivienda: UNO () DOS () TRES () MAS DE TRES ()

2.7 Número de habitaciones en la vivienda: UNO () DOS () TRES () MAS DE TRES ()

2.8 Material de construcción de la vivienda: Cemento () Madera () Ladrillo () Caña ()

III. ASPECTO ECONÓMICO (si es menor de edad aquí se describe la información del tutor legal)

3.1. CONDICIÓN LABORAL

Eventual () Estable () Desempleado () Independiente formal ()

Independiente informal () Otros ()

Especifique _____

3.2. OCUPACIÓN

Obrero () Empleado Privado () Empleado Público () Comerciante () Otros ()

Especifique _____

Profesión o Título académico _____

Cargo que ocupa en la Institución en la que trabaja _____

Nombre de la Institución donde trabaja _____

INGRESOS ECONÓMICOS MENSUALES: \$ _____

EGRESOS O GASTOS: \$ _____

Alimentación _____ Vivienda _____ Luz _____ Agua _____

Pensiones de Colegios _____ Vestimenta _____

Tiene Tarjetas de Crédito Si () No ()

Tiene Préstamos Si () No () con el IESS () Banco o Cop. de Crédito ()

Tiene auto propio Si () No () **Propiedades adicionales indique** _____

III. SITUACIÓN FAMILIAR

Estado Civil: Casado () Soltero () Viudo () Divorciado () Unión Libre ()

Nombre del Cónyuge _____ CI Cónyuge _____

Número de hijos: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () más de cinco ()

Edades de los hijos _____

Tipo de Familia: Nuclear () Monoparental () Ampliada ()

¿Familiares con que vive si es familia ampliada?

Nota: Adjuntar rol de pago y libreta de ahorros actualizada en el caso de que la persona que aplica este trabajando o de su tutor legal si es menor de edad.

OBSERVACIÓN _____

INSTRUCTIVO

Estimado Sr. (a).

Agradecemos su interés por esta labor que el Hospital UTPL se encuentra realizando gracias a la colaboración de la Fundación Operation Rainbow. De igual manera informamos a usted que una vez culminado el proceso de inscripción nos contactaremos con usted vía telefónica con el fin de generarle una cita para revisión de su caso clínico con traumatólogos del Hospital y hacer la preselección correspondiente para la revisión que harán los médicos de Operation Rainbow. Esperamos que usted sea uno de los beneficiados de esta gran labor social.

HOSPITAL UTPL “LA VIDA EN CADA DETALLE”