

# “NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOBRECARGA EN CUIDADORES PRIMARIOS CON PERSONAS DE CUIDADO HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS RESTRINGIDOS: ESTUDIO PILOTO”

Mejorados Barrios Leonel (1), Huidobro García Cristina Ivonne (2), Mejía Mejía Yadira (3), Orozco Gómez Claudia (4)

1 [Licenciado en Enfermería, Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua] | [leonelmb234@gmail.com]

2 [Maestra en enfermería, Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua] | [cristinahuidobro88@gmail.com]

3 [Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua] | [clau\_oro24@hotmail.com]

4 [Doctora en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua] | [ymejia@uach.mx]

## Resumen

**Introducción:** Los trastornos mentales son conjunto de situaciones estresantes que pueden resultar de cuidar a un familiar, demandando responsabilidades y funciones adquiridas por el cuidador principal, puede estar condicionado por situaciones externas o factores de predicción, se acepta que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante pudiendo desencadenar los trastornos. **Objetivo:** Identificar niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga que presentan cuidadores primarios con familiar hospitalizado en servicios de acceso restringido para una detección temprana de los trastornos mentales. **Metodología:** diseño descriptivo transversal, muestra con población a conveniencia cautiva en salas de espera completando 30 cuidadores primarios. **Resultados:** el 60 % de los participantes son mujeres, edad promedio de 31.8 años, 50% de los participantes presentó nivel de ansiedad leve, 23.3% tuvo depresión moderada y 13.3% mostró sobre carga leve. **Discusión:** la ansiedad, depresión y sobre carga son trastornos que puede afectar tanto la salud física, como la emocional. **Conclusión:** Los trastornos antes mencionados se presentan en el cuidador primario, cada uno en diferente nivel, no es percibido por enfermería debido a la baja relación de enfermería–paciente–familia haciéndolo evolucionar a una patología más severa, motivo suficiente para enfermería que cree un programa preventivo para su detección.

## Abstract

**Introduction:** Mental disorders are a set of stressful situations that may result from caring for a family member, demanding responsibilities and functions acquired by the main caregiver, may be conditioned by external situations or predictive factors, it is accepted that caring for a sick person is a stressful activity can trigger disorders. **Objective:** To identify levels of anxiety, depression and overload presented by primary caregivers with a family member hospitalized in restricted access services for an early detection of mental disorders. **Methodology:** cross-sectional descriptive design, shows a population with captive convenience in waiting rooms completing 30 primary caregivers. **Results:** 60% of participants are women, average age of 31.8 years, 50% of participants presented mild anxiety level, 23.3% He had moderate depression and 13.3% showed mild burden. **Discussion:** anxiety, depression and overload are disorders that can affect both physical and emotional health. **Conclusion:** The aforementioned disorders occur in the primary caregiver, each one at a different level, is not perceived by nursing due to the low ratio of nursing-patient-family making it evolve to a more severe pathology, sufficient reason for nursing to create a preventive program for detection.

## Palabras Clave

Ansiedad; depresión; familia; sobrecarga; relación; enfermería.

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS, los trastornos mentales de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, aunque hay variaciones culturales en su incidencia. En numerosas ocasiones, provocan una discapacidad importante, sufrimiento y limitaciones en las actividades de la vida diaria a las personas que las padecen. La depresión ocupa el cuarto lugar dentro de las patologías más prevalentes en la actualidad ya que afecta alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo y se calcula que en el año 2020 se situará en el segundo lugar, detrás de las patologías coronarias. Algunos estudios demuestran que los trastornos de ansiedad, se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más comunes [1].

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad las múltiples interacciones existentes entre ellos. Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos [2]. Entre las circunstancias personales o sociales que incrementan el riesgo de la depresión se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y personas en baja laboral por enfermedad presentan depresiones con mayor frecuencia [3].

El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión. Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persistentes durante la edad adulta. Así, se ha demostrado que los familiares de primer grado de pacientes con un trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general. Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión. Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de la depresión y probablemente, este rasgo de personalidad deriva a una mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas enfermedades endocrinas, tales como la diabetes, hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, etc. Parecen aumentar el riesgo de depresión.

En los últimos 20 años se ha producido una drástica proliferación de teorías psicológicas sobre la etiología de la depresión. Gran parte del aval empírico que apoya los actuales modelos psicológicos de la depresión proviene de estudios realizados con sujetos subclínicamente deprimidos –sujetos con un estado anímico depresivo intenso pero no hospitalizados– que son así clasificados en función de la puntuación obtenida en una determinada escala o inventario de depresión [4]. Esta estrategia metodológica supone la asunción implícita de la llamada *hipótesis de la continuidad* de la depresión. Esta hipótesis plantea que la depresión es un continuo y, por tanto, cualquier persona podría ser situada en un punto determinado del mismo [5].

En cambio los trastornos de ansiedad como tal son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos como ambientales y psico-sociales [6]. Entre los factores biológicos se han encontrado alteraciones en los sistemas neurobiológicos, así como anomalías estructurales en el sistema límbico, una de las regiones más afectadas del cerebro. Además, se han observado ciertas alteraciones físicas y una mayor frecuencia de uso y/o retirada de medicinas, alcohol, drogas, sedantes y otras sustancias. Por último, existe cierta predisposición genética en la aparición de estos trastornos. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados factores estresantes ambientales, una mayor hipersensibilidad y una respuesta aprendida [7].

En la sociedad actual, caracterizada por un ambiente más globalizado y cambiante, donde las demandas sociales son cada vez mayores, los términos de estrés y ansiedad no son desconocidos para nadie. Así, el concepto de ansiedad está muy extendido en la sociedad, estableciéndose como un término de uso casi cotidiano. Desde la perspectiva psicológica se cuenta con varios cuestionarios que permiten medir este trastorno; entre ellos, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) destaca como uno de los primeros instrumentos validados en España y como uno de los más utilizados por investigadores y por diversos profesionales de la salud mental [8].

Como factores psicosociales de riesgo para estos trastornos se encuentran las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos. Como factores predisponentes, se ha observado la influencia de las características de la personalidad. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad; además, es muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo (OMS, 2004) Estudios de los últimos veinte años permiten afirmar que los cuidadores familiares están expuestos a situaciones de estrés que incrementan el riesgo de padecer problemas físicos y emocionales, especialmente ansiedad y depresión [9].

Por su parte la sobrecarga se concibe como el grado en que la persona cuidadora percibe que el cuidado influye en diferentes aspectos de su salud, su vida social, personal y económica. Además, también puede definirse como el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien. Se ha descrito que el síndrome de sobrecarga del cuidador surge luego de que una persona adquiere funciones de cuidar a otra y éste puede estar condicionado por situaciones externas o factores de predicción. También se acepta el hecho de que cuidar a una persona enferma es una actividad estresante [10].

La estancia de un ser querido en la unidad de cuidados intensivos es para la familia una experiencia estresante, traumática y desagradable que se relaciona con enfrentarse a una situación de salud cercana a la muerte, el sufrimiento, la ruptura de roles y el desconocimiento. En este contexto, intervenciones realizadas para que la familia entienda lo que está pasando y lo que debe hacer fomentan la sensación de tranquilidad, confort, seguridad; favorece la adaptación y previene resultados psicológicos adversos. [11].

La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza. La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales a una situación estresante. se indagó en la literatura sobre sentimientos y emociones y se encontró que la familia no es, la mayoría de las veces, objeto de investigación en su relación con la salud o en la situación intrahospitalaria. [12]. La Organización Mundial de la Salud (2004) promueve la importancia de que las familias reciban apoyo por parte de los servicios de cuidados paliativos, identificando no solo al paciente sino a la familia como unidad de cuidado. Con la idea de prevenir ingresos hospitalarios no planeados debido a crisis en el cuidador primario, es importante prevenir el riesgo de morbilidad física y psicológica durante el cuidado y las fases del duelo.

Para la familia es importante el manejo de la comunicación del profesional de salud sobre su paciente. No solo porque cuando él estuvo en casa el grupo familiar fue el principal agente proveedor de cuidados, conoce al paciente, sabe de sus necesidades, gustos, y puede aportar esa información, sino porque el grupo vive un proceso similar y paralelo al del paciente, que manifiesta a través de su propia comunicación, a veces no de forma adecuada, por lo cual limita el apoyo que puede brindar en ese momento [13].

El profesional de enfermería es un pilar importante de apoyo emocional al paciente y familia dentro de la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos(UCI) asumiendo nuevos retos que le impone la atención al enfermo familia y comunidad. Por lo que debe de ofrecer al familiar información sencilla, clara y exacta sobre el enfermo, actuar con precisión, rapidez y decisión;

manteniendo la calma, especialmente en casos de emergencia, transmitiendo seguridad y confianza tanto al paciente, como su familia siendo la comunicación un proceso fundamental en los procesos vitales ya que con ello influye a la calidad de la atención al paciente y familia frente a una crisis situacional [14].

La familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere cuidados, atención e información oportuna. Por lo tanto, vale la pena conocer las manifestaciones de la experiencia vivida por estos familiares como planteamiento de un problema, identificar niveles de ansiedad, depresión y sobre carga, buscar soluciones y estrategias de apoyo. El familiar se convierte en pieza fundamental del cuidado de la persona hospitalizada, la familia del paciente crítico hospitalizado en una UCI requiere de cuidado, atención e información oportuna [15].

## JUSTIFICACION

En México existen muy pocos estudios sobre características emocionales y trastornos mentales sobre las personas que voluntariamente o involuntariamente adquieren el rol de cuidadores primarios. La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales a una situación estresante [16]. El profesional de enfermería es un pilar importante de apoyo emocional al paciente y familia dentro de la hospitalización en UCI asumiendo nuevos retos que le impone la atención al enfermo familia y comunidad. Por lo que debe de ofrecer al familiar información sencilla, clara y exacta sobre el enfermo, actuar con precisión, rapidez y decisión; manteniendo la calma, especialmente en casos de emergencia, transmitiendo seguridad y confianza tanto al paciente, como su familia siendo la comunicación un proceso fundamental en los procesos vitales ya que con ello influye a la calidad de la atención al paciente y familia frente a una crisis situacional [17].

La enfermedad grave y la hospitalización en una unidad de cuidado intensivo (UCI) originan una importante percepción de amenaza: el dolor, la incomodidad, la interrupción súbita de las actividades de la vida diaria y las preocupaciones de un futuro incierto pueden llegar a generar mucho estrés e incertidumbre en el paciente y su familia. La investigación centrada en la familia de los pacientes hospitalizados en la UCI ha aumentado sustancialmente en los últimos quince años en la promoción del cuidado centrado en la familia. En la revisión de literatura muestra que las necesidades de los familiares en la UCI se agrupan en las siguientes categorías: la necesidad de conocer sobre la condición del paciente; el progreso y el pronóstico; la necesidad de sentir esperanza, de obtener información diaria en términos comprensibles, de ser llamado e informado en casa sobre los cambios, y la necesidad de seguridad en el personal: sentir que se preocupan por el paciente y les proporcionan el mejor cuidado y tratamiento posible [18].

Es necesaria la investigación de este suceso ya que al identificar la presencia y los niveles de ansiedad y estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados en áreas restringidas podremos saber cuál es su sentir e incluso canalizarlos con otras áreas profesionales, donde puedan ser tratados para que puedan disminuir o eliminar sus niveles de ansiedad y estrés esto para prevenir y disminuir la aparición de nuevas patologías que pueden estar relacionadas con estos trastornos emocionales o estados de ánimo. La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo transversal.

### Población muestra y muestro

La población estudiada fueron personas que se encontraban en las salas de espera de los diversos servicios de acceso restringido. La muestra corresponde a 30 cuidadores primarios seleccionados los criterios por conveniencia en una población cautiva de un hospital de tercer nivel en la zona urbana de la ciudad de Chihuahua, Chih. Los criterios de inclusión que se implementaron para los participantes fueron estar entre los 18 a 90 años de edad, no contar con problemas de comunicación verbal, de cualquier sexo, contar con un familiar hospitalizado en las áreas antes mencionadas; las personas que no cumplieran con estos requisitos o no quisieron participar fueron excluidas en el momento.

### Instrumentos de medición

El instrumento que se utilizó para valorar a los sujetos fue una encuesta que consta de dos escalas, la escala de Golberg que mide niveles de ansiedad y depresión y la escala de Zarit que mide niveles de sobrecarga aplicadas por el entrevistador en los cuales se les solicitaba su información demográfica y cuestiones de interés para el estudio. La escala de Zarit es la más utilizada a nivel internacional; además, se ha validado en diversos idiomas incluido el español. Ésta es una prueba que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes.

Cuenta con un total de 22 reactivos que son de 30 tipo escala respuesta, que se responden en escala de cinco puntos: nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, muchas veces = 3, casi siempre = 4, el resultado clasifica al cuidador en: ausencia de sobrecarga (menor 46 puntos.), sobrecarga ligera o leve (47 a 55 puntos) o sobrecarga intensa (más de 56 puntos). Se considera que la sobrecarga ligera representa un factor de riesgo para generar sobrecarga intensa. Esta última se asocia con mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social y mortalidad del cuidador; utilizado este instrumento consta de una consistencia interna, que varía entre 0.89 y 0.91 con el alfa de Cronbach [19].

La escala de Goldberg, que consta de una escala A que mide los niveles de ansiedad y una escala B, que mide los niveles de la depresión. De carácter auto administrado y auto perceptivo. La escala A y la escala B, se valorarán de forma independiente. Cada pregunta que se responda afirmativamente, se puntuará con un punto y si la respuesta es negativa, se puntuará con cero puntos. Si el paciente tiene una calificación superior o igual a 4 puntos en la escala A, se considera que hay una probable ansiedad. Por otra parte, si tiene una puntuación superior o igual a 2 en la escala B, se considera que puede haber una posible depresión. La escala de Goldberg fue validada en España por Montón et al en 1993. Este test presenta una sensibilidad 83% y una especificidad 82% [20].

### Procedimiento para recolección de datos

Previa la aprobación de la institución de salud en la que se efectuó el estudio se acudió a aplicar el cuestionario, para lo cual se dio una breve explicación al entrevistado y en caso de no comprender alguna pregunta esta se repetía; se le informó al participante que todos los datos ahí recabados serían para uso académico y estrictamente confidencial, a lo cual nos dieron su autorización firmando el consentimiento informado ya que solo se les pidió información general, para su realización fueron llevados a un aula dentro de la misma institución un poco más tranquila y silenciosa; al final de la aplicación se agradeció a cada uno de los participantes .

## Consideraciones éticas

El estudio se realizó en base a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, título segundo de los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos capítulo I (artículos 13, 14, 16, 17, 20 y 21) y capítulo V de la investigación en grupos subordinados como menciona (artículo 57) (de la Salud, 2014).

## Análisis estadístico

Los datos obtenidos se procesaron mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0 para ser analizados. Se realizaron medias de tendencia central, como lo son la media, mediana y moda para variables numéricas; frecuencias y proporciones se emplearon en la variables demográficas como lo son: sexo, parentesco con la persona hospitalizada, nivel educativo, servicio en el que está hospitalizado su familiar y si presenta alguna alteración de su estado emocional y para la clasificación de depresión, ansiedad y sobrecarga.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se encontró que de 30 participantes que el 60%(18) de los participantes son mujeres, referente a las edades de los participantes se obtuvo una media de 31.8 años (DE=9.41), mediana 29 años y moda 25 años; el 50%(15) presentó un nivel de ansiedad leve, el 26.7%(8) ansiedad moderada, y solo el 3.3%(1) presentó un nivel de ansiedad severa. Siguiendo con estos trastornos emocionales en el caso de la depresión el 23.3%(7) presentó un nivel de depresión leve, el 23.3%(7) presentó un nivel de depresión moderada y solo el 3.3%(1) presentó un nivel de depresión severo. En el caso de la sobrecarga sólo el 13.3%(4) de los participantes presentan sobrecarga ligera, y sólo el 3.3%(1) de los participantes presentan sobre carga severa. Según estos datos obtenidos podemos contrastar que la mayoría de cuidadores primarios son mujeres, se da este fenómeno ya que las mujeres son las que voluntariamente toman este papel, por lo cual habría que generar algún programa preventivo enfocado hacia las mujeres, de acuerdo con otro estudio similar que cuenta casi con el mismo nombre sólo que se aplicó a cuidadores primarios de pacientes terminales de Olga Isabel Alfaro , se está de acuerdo en que los cuidadores expresan sentir cambios en su vida cotidiana, laboral, económica y social. En ambos estudios se logra detectar la presencia de dichos trastornos en diferentes niveles y proporciones.

## CONCLUSIÓN

Se demostró la existencia de un porcentaje significativo de cuidadores primarios con paciente hospitalizado en servicios de acceso restringido los cuales puede presentar una crisis situacional al tener un trastorno de ansiedad, depresión o sobre carga encima no es percibido por el personal de enfermería debido a la baja relación del personal-paciente-cuidador por lo cual podemos deducir que estamos descuidando esa interacción y nos estamos yendo en una dirección negativa relacionada a la falta de un trato más cercano y no brindar un apoyo más cálido, sin detectar ese tipo de trastornos pudiendo estos evolucionar a una patología mucho más grave.

## AGRADECIMIENTOS

A través de estas líneas quiero expresar mi agradecimiento de la manera más atenta y sincera primero que nada al apoyo brindado por el Consejo Nacional de Ciencia Y Tecnología (CONACYT) ya que sin él no podría estar cursando por esta experiencia, a mis docentes y coautoras de este documento ya que son ellas quienes me han guiado, compartido su conocimiento y me han tenido demasiada paciencia asimismo su apoyo para que yo pueda generar este tipo de proyectos, a la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH) por permitirme la utilización de sus aulas y recursos tanto materiales como financieros para poder estar en un evento de tal magnitud y calidad, además de impulsar futuros maestros en enfermería estimulando así el crecimiento y empoderamiento de la profesión de enfermería; sin dejar fuera a la honorable

Universidad de Guanajuato Campus Celaya–Salvatierra por la ardua labor de organización e invitación a todos los profesionales de enfermería y por ultimo pero no menos importante a mis padres y familia por ser mis fuerzas, mi motivación, las palabras de aliento, mi motor y con todos ellos contribuyen a mi desarrollo profesional.

## REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. 2004.
- [2] O. M. S. (1992). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento. *Meditor. Madrid*.
- [3] Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451
- [4] Tennen, H., Hall, J. A., & Affleck, G. (1995). Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 870
- [5] Beck, A. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. Intl Universities Pr Inc, Hardcover-1975-09.
- [6] López-Ibor, Aliño JJ, Valdés Miyar, M (dir.), DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, Barcelona: Editorial Masson 2002.66-79.
- [7] Cia Puyuelo, A. C. (2013). *Ansiedad y Depresión: Consulta de enfermería de Atención Primaria*
- [8] Spielberger, C. D., & Cubero, N. S. (1988). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Tea.
- [9] Méndez, L., Roldán, O. I. G., Acevedo, D. C. A., & Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista chilena de Neuropsicología*, 5(2), 137-145.
- [10] Prieto-Miranda, S. E., Arias-Ponce, N., Villanueva-Muñoz, E. Y., & Jiménez-Bernardino, C. A. (2015). Caregiver burden syndrome in relatives of geriatric patients in a secondary hospital. *Medicina Interna de México*, 31(6), 660-668.
- [11] Bernal-Ruiz, D., & Horta-Buitrago, S. (2014). Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enfermería universitaria*, 11(4), 154-163
- [12] Ruiz, J. R., Torres, C. M., & Escalante, M. T. U. (2004). Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Investigación y educación en enfermería*, 22(2), 50-61.
- [13] Achury, D. M., & Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería universitaria*, 13(1), 55-60.
- [14] Franco Canales, R. E. (2004). Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.*
- [15] Torres, I. E. F., Prieto, A. M., & Massa, E. R. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo/Uncertainty in Family Caregivers of Patients Hospitalized in Intensive Care Units/Incerteza nos cuidadores familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1).44-45.
- [16] Escalante, M. T. U., Torres, C. M., & Ruiz, J. R. (2004). Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Investigación y educación en enfermería*, 22(2), 50-61.
- [17] Franco Canales, R. E. (2004). Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M., Abril 2003.
- [18] Massa, E. R., Torres, I. E. F., & Prieto, A. M. P. M. (2018). Incertidumbre en cuidadores familiares de pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 20(1)
- [19] Vásquez Cubillos, L. F. (2012). *Prevalencia de sobrecarga del cuidador, factores asociados y su asociación con la función familiar, en los cuidadores de los pacientes atendidos en el proceso interdisciplinario de rehabilitación (PIR) de la Clínica Universidad de la Sabana* (Bachelor's thesis, Universidad de La Sabana).
- [20] Carbonell, M. M., Díaz, R. P., & Marín, A. R. (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 15(1), 177-192.