



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

**“ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTOR:

Israel Fernando Morocho Cabezas

DIRECTORA:

Lic. Bertila Mariya Tandazo Agila, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2018

CERTIFICACIÓN

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación titulado: “**ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA**”, de autoría del Sr. Israel Fernando Morocho Cabezas, estudiante de la Carrera de Enfermería, el mismo que cumple con los requisitos reglamentarios. Por consiguiente autorizo su presentación y sustentación.

Loja, 01 de junio del 2018

Atentamente,



.....
.....
Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Israel Fernando Morocho Cabezas, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autor: Israel Fernando Morocho Cabezas

Firma: 

Cédula: 1103762249

Fecha: 01 de junio del 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Israel Fernando Morocho Cabezas, declaro ser autor de la tesis titulada **“ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”**, como requisito para optar el grado de Licenciado en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja al 01 día del mes de junio del dos mil dieciocho, firma el autor.

Firma:.....

Autor: Israel Fernando Morocho Cabezas

Cedula: 1103762249

Dirección: Loja, San Cayetano Bajo

Correo Electrónico: israfull69@hotmail.com

Celular: 0984058406 / 0988459071

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

Tribunal de grado

Presidente: Lic. Rosa Amelia Rojas Flores, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Dolores Magdalena Villacís Cobos, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Carmen Noemy Davila Chamba, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios, que me permitió culminar mi carrera universitaria y a comprender que el perfeccionamiento se logra a través de la superación personal, con humildad y sacrificio; a la persistencia y dedicación de mis padres: Ángel Morocho y Carmen Cabezas, y en especial a mi hijo Stefano quienes han sido el motor principal para mi superación personal y profesional.

A todas las personas que estuvieron de una u otra forma cerca de mí apoyándome y brindándome su colaboración y comprensión.

Israel Morocho Cabezas

AGRADECIMIENTO

Culminado el presente trabajo de investigación dejo constancia de mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de La Salud Humana, Carrera de Enfermería; a sus dignas autoridades y docentes, que desinteresadamente impartieron sus conocimientos que sirvieron de guía en mi formación profesional, de manera especial a Mg. Bertila Maruja Tandazo Agila Directora de Tesis, quien jugó un papel indispensable en el mismo ya que con su confianza, paciencia y sobre todo conocimientos supo asesorarme para el desarrollo y culminación del trabajo.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, y como no agradecer a mis padres: quienes me brindaron su apoyo incondicional y simplemente porque sin ellos no hubiera sido posible acariciar la ilusión de cumplir mis sueños.

Israel Morocho Cabezas

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| CARÁTULA | i |
| CERTIFICACIÓN..... | ii |
| AUTORÍA | iii |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN | iv |
| DEDICATORIA..... | v |
| ÍNDICE..... | vii |
| 1. TÍTULO | 1 |
| 2. RESUMEN..... | 2 |
| SUMMARY | 3 |
| 3. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 4. REVISIÓN DE LITERATURA..... | 7 |
| 4.1 Concepto de ansiedad | 7 |
| 4.2 Neurobiología de la ansiedad..... | 8 |
| 4.3 Trastornos de la ansiedad..... | 9 |
| 4.3.1 Trastorno por separación..... | 9 |
| 4.3.2 Mutismo selectivo | 9 |
| 4.3.3 Fobia específica | 10 |
| 4.3.4 Trastorno Social..... | 10 |
| 4.3.5 Trastorno de Angustia | 10 |
| 4.3.6 Agorafobia..... | 10 |
| 4.3.7 Trastorno generalizado | 11 |
| 4.3.8 Trastorno inducido por sustancias/medicación..... | 11 |
| 4.3.9 Trastorno debido a otra enfermedad médica | 11 |
| 4.3.10 Otros Trastornos especificados..... | 11 |
| 4.3.11 Trastorno no especificado..... | 11 |
| 4.4 Consecuencias de la ansiedad en la salud | 12 |
| 4.4.1 Debilita el sistema inmune | 12 |
| 4.4.2 Daños en el sistema digestivo y excretor..... | 12 |
| 4.4.3 Pérdida de memoria a corto plazo | 12 |
| 4.4.4 Reacciones físicas variadas | 13 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4.4.5 | Ataques al corazón..... | 13 |
| 4.4.6 | Insomnio | 14 |
| 4.4.7 | Depresión..... | 14 |
| 4.5 | ¿Qué pasa en nuestro cuerpo?..... | 14 |
| 4.5.1 | Garganta..... | 14 |
| 4.5.2 | Hígado | 15 |
| 4.5.3 | Piel..... | 15 |
| 4.5.4 | Bazo | 15 |
| 4.5.5 | Músculos..... | 15 |
| 4.5.6 | Corazón..... | 15 |
| 4.5.7 | Pulmones | 15 |
| 4.5.8 | Cerebro | 15 |
| 4.5.9 | Sistema Inmunitario..... | 16 |
| 4.5.10 | Estómago. | 16 |
| 4.5.11 | Metabolismo | 16 |
| 4.6 | La ansiedad y el sistema nervioso..... | 16 |
| 4.7 | Frecuencia de la enfermedad | 17 |
| 4.8 | Causas de la ansiedad | 18 |
| 4.8.1 | Causas de predisposición a largo plazo | 18 |
| 4.8.2 | Causas de circunstancias recientes | 18 |
| 4.8.3 | Causas de mantenimiento | 18 |
| 4.8.4 | Causas neurobiológicas | 19 |
| 4.9 | Tratamiento para la ansiedad | 19 |
| 4.9.1 | Cuidados físicos básicos..... | 19 |
| 4.9.2 | Tratamiento farmacológico de la ansiedad..... | 20 |
| 4.10 | Terapia Cognitivo-Conductual..... | 22 |
| 4.10.1 | ¿Por qué la terapia cognitivo- conductual es eficaz?..... | 23 |
| 4.10.2 | Hechos y estadísticas | 24 |
| 4.10.3 | Estadísticas mundiales | 24 |
| 4.11 | La ansiedad y la familia del paciente hospitalizado en una UCI. | 25 |
| 5. | MATERIALES Y MÉTODOS | 27 |
| 5.1 | Tipo de estudio..... | 27 |
| 5.2 | Área de estudio | 27 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.3 | Universo..... | 27 |
| 5.4 | Análisis de los datos | 29 |
| 5.5 | Fuentes de información primaria y secundaria | 29 |
| 5.6 | Consideraciones éticas | 29 |
| 6. | RESULTADOS | 30 |
| 7. | DISCUSIÓN..... | 34 |
| 8. | CONCLUSIONES | 36 |
| 9. | RECOMENDACIONES | 37 |
| 10. | BIBLIOGRAFÍA | 38 |
| 11. | ANEXOS | 41 |

1. TÍTULO

“ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”

2. RESUMEN

La ansiedad-estado es definida como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo”. La ansiedad-rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes. Se trata de un estudio descriptivo y transversal. Participaron 51 familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja (30 mujeres y 21 varones) mayores de edad. La puntuación obtenida según las directrices del INVENTARIO IDARE demostró que existe un nivel alto de ansiedad-estado con el 50.98% de participantes del sexo femenino, y un nivel de ansiedad alto en las personas de sexo masculino con un 25.49%, y además evidenciar que existe un nivel medio de ansiedad-rasgo en personas del sexo femenino con 29.41%; y del sexo masculino también existe un nivel medio de ansiedad-rasgo con un 25.49%. Se cumplió con los objetivos que fueron: determinar el nivel de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. En cuanto al nivel de Ansiedad-Estado, se observó que en ambos sexos predomina el nivel Alto de ansiedad con un 50.98% femenino y 25.49% masculino, en lo que se refiere al nivel de Ansiedad-Rasgo, se demostró que existe un nivel de ansiedad Medio tanto para las personas del sexo femenino con 29.41% y para las personas con sexo masculino con un 25.49%. El mayor número de participantes fueron del sexo femenino con 58.82%, en lo referente a la familiaridad de los pacientes que están internados en UCI, la mayoría son hermanas e hijos

Palabras Clave: Ansiedad, familiares, hospitalización, UCI, Pacientes.

SUMMARY

The anxiety-state is defined as "a condition or transient emotional state of the human organism, which is characterized by feelings of subjective tension and perceived apprehension consciously, and by an increase in the activity of the autonomic nervous system." The trait-anxiety "refers to the relatively stable individual differences in the propensity to anxiety that is, to the differences among people in the tendency of responding to perceived situations as threatening. It is a study which is descriptive and transversal. 51 relative members of hospitalized patients participated in the Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Isidro Ayora (30 women and 21 men) of legal age. The score obtained according to the IDARE INVENTORY guidelines showed that there is a high level of anxiety-state with 50.98% of female participants, and a high level of anxiety in male people with a 25.49%, and also evidence that there is a medium level of anxiety-trait in women with 29.41%; and of the male sex there is also a medium level of anxiety-trait with 25.49%. The objectives were reached: to determine the level of anxiety-trait and anxiety-state in relatives of patients hospitalized in the Unidad de Cuidados Intensivos. Regarding the Anxiety-State level, it was observed that in both sexes the high level of anxiety predominates with 50.98% in female participants and 25.49% in male people, in which refers to the Anxiety-Trait level, it was shown that there is a average level of anxiety since anxiety for women with 29.41% and for male people with 25.49%. The major number of participants was women with 58.82%, regarding the relativeness of patients who are hospitalized in UCI, the most are sisters and children.

Keywords: Anxiety, relatives, hospitalization, ICU, patients.

3. INTRODUCCIÓN

La O. M. S. define a la ansiedad como una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de una enfermedad, un resultado negativo o incierto; cuando en la familia uno de los hijos tiene una enfermedad crónica es frecuente que los padres presenten alteraciones en su estado anímico, como la ansiedad, que se incrementa al enfrentar una situación crítica, con el internamiento de ese hijo en una unidad de cuidados intensivos.

La ansiedad-estado es definida como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo”. En los padres y madres con un niño enfermo, la ansiedad-estado surge al enfrentarse a una situación crítica debido al delicado estado de salud de su hijo. La ansiedad-rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado (Rojas-Carrasco, 2013).

En el año 2012 se realizó un estudio en el que el 71,4 % de los pacientes pediátricos presentaron ansiedad preoperatoria. Los niños entre 5 a 7 años tienen significativamente más riesgo de sufrirla. En el grupo de los padres el 55,2 % mostró ansiedad leve y el 9,2 % ansiedad moderada. El familiar que se encuentra con mayor frecuencia en compañía del paciente pediátrico por lo general es la madre (Rangel Ávila, 2012).

En el año 2015 participaron 34 familiares de los cuales el 11,8 % (4) fueron hombres y 88,2 % (30) mujeres y como edad promedio 29 años, las puntuaciones de ansiedad-estado

y ansiedad rasgo indican que al no conocer algún albergue se presenta una diferencia significativa en el nivel de ansiedad estado de los familiares, es decir que la ansiedad como factor sociodemográfico afecta también a los familiares (Cach–Castañeda, 2015).

En un estudio efectuado en el año 2014 en el que participaron 44 familiares de pacientes, se determinó que el 65% de los familiares afirmaron que la enfermedad que padecían sus parientes podía causarles la muerte. Ellos percibían que cada día que pasaba su familiar se iba descompensando sin una mejoría total y al momento de brindar información, el profesional de enfermería no detallaba el estado del paciente utilizando un lenguaje técnico poco comprensivo. El 70% de los familiares presentaban un estado de incertidumbre y ansiedad. Los familiares consideraban que no estaban bien informados del estado de su pariente, lo cual los llevaba a pensar que la enfermedad podría acabar en cualquier momento con la vida de su ser querido. Ellos percibían en un 100% el deterioro en el funcionamiento en relación con la discapacidad que presentan los pacientes que se encuentran en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Anderson Díaz Pérez, 2014).

Así mismo, otros autores, encontraron que la necesidad de seguridad está relacionada con la información, ya que la falta de información adecuada a familiares conduce a la incertidumbre que normalmente les causan ansiedad y temor, por lo que es más difícil hacer frente a esta situación. (Camila Cardenas, 2014)

Con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados, se consideró como escenario de investigación el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja y por consiguiente la Unidad de Cuidados Intensivos de esta institución, en donde se desarrolló éste estudio con la participación del grupo de familiares de los pacientes hospitalizados en dicha área, y, midiendo como variables la Ansiedad-Rasgo y la Ansiedad-Estado. Cabe mencionar que este estudio se realizó durante el periodo

Septiembre 2017- Abril 2018. Para la realización de esta investigación se propuso la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de ansiedad de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI?

4. REVISIÓN DE LITERATURA

Los trastornos de ansiedad (TA), en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo. La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. La ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuesta:

- a) Subjetivo-cognitivo. Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- b) Fisiológico-somático. Activación del sistema nervioso autónomo
- c) Motor-conductual. Escape y evitación. (Wendy Navas, 2012)

4.1 Concepto de ansiedad

La ansiedad viene de un vocablo latino que significa “preocupación por lo desconocido” y también está relacionada con la palabra griega que significa “comprimir o estrangular”. La ansiedad es una reacción frente a la vida en el mundo, forma parte de nuestro mundo tanto como el comer. Es imposible no tener algún grado de ansiedad, nuestro objetivo no es luchar continuamente contra el miedo sino vivir felizmente a su lado aprendiendo a reducirlo a proporciones manejables (Trickett, 2009).

La ansiedad es una enfermedad, resultado de un trastorno neurótico, ocasionado generalmente por experiencias desagradables y que se manifiesta a través de cambios del estado de ánimo que ponen al individuo en una reacción de alerta frente a situaciones de

peligro, que no tienen fundamento real aparente, a diferencia del miedo que es una reacción de defensa ante un peligro tangible y claro. (Torres Vanesa, 2013)

Por su parte (Anaya, 2010), dice que a la ansiedad la podemos definir como la sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes caracterizados por el predominio de la tensión física. Se manifiesta por cualquier amenaza percibida sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. Científicamente la ansiedad es conceptualizada como respuesta de pelea o huida. Se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (ideas, pensamientos), fisiológico (síntomas físicos como sudoración, mareo aumento del ritmo cardiaco, etc.) y motor (acciones como la evitación huida y escape).

4.2 Neurobiología de la ansiedad

La anatomía funcional de la ansiedad implica a circuitos de la amígdala con conexiones recíprocas a la corteza prefrontal y el hipotálamo. Así, las experiencias positivas, dependen de un predominio de la corteza prefrontal medial (frontal orbitaria) izquierda sobre la amígdala, mientras que las experiencias traumáticas implican un predominio funcional de la amígdala que se amplifica por medio del hipocampo, a través de circuitos de memoria explícita que posibilitan evocar una y otra vez la memoria emocional traumática de la experiencia.

La amígdala como cerebro emocional, da un significado emocional a todos los diferentes estímulos que llegan, antes de que lleguen a la corteza.

Hasta aquí se ha visto los acontecimientos emocionales en el cerebro. Pero hay que recordar las manifestaciones objetivas de la ansiedad, como taquicardia, sudoración, palpitaciones, que indican respuesta autonómica aumentada.

¿Cómo ocurren tales manifestaciones? encontramos que la amígdala está estrechamente unida al hipocampo. Esta unión significa conexión entre los procesos mentales y los procesos vegetativos. No solamente aumenta el tono autonómico, sino también las concentraciones de cortisol siendo el neurotransmisor común a estos fenómenos el CRF.

La hipersecreción crónica de la hormona corticoide cortisol como consecuencia de la secreción aumentada de CRF aumenta la presión arterial, puede llevar a diabetes, aterosclerosis, supresión de la inmunidad, atrofia muscular y resorción ósea aumentada. (Florián, 2012)

4.3 Trastornos de la ansiedad

Hay varios tipos de trastornos de ansiedad según el DSM-5; cada uno tiene características particulares (Tortella-Feliu, 2014).

4.3.1 Trastorno por separación. Miedo o ansiedad intenso y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

4.3.2 Mutismo selectivo. Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

4.3.3 Fobia específica. Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.

4.3.4 Trastorno Social. Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

4.3.5 Trastorno de Angustia. Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

4.3.6 Agorafobia. Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

4.3.7 Trastorno generalizado. Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.

4.3.8 Trastorno inducido por sustancias/medicación. El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

4.3.9 Trastorno debido a otra enfermedad médica. El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.

4.3.10 Otros Trastornos especificados. Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún trastorno que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.

Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.

4.3.11 Trastorno no especificado. Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún trastorno que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.

No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información.

4.4 Consecuencias de la ansiedad en la salud

4.4.1 Debilita el sistema inmune. La ansiedad puede desencadenar la respuesta de lucha o huida, liberando químicos y hormonas como la adrenalina en el organismo. A corto plazo, eso aumentará el pulso y la tasa cardíaca para que el cerebro pueda obtener más oxígeno. Ahora se estará más preparado para responder a una situación intensa y el cuerpo volverá al funcionamiento normal cuando la situación haya pasado.

Sin embargo, si la persona se siente ansiosa o estresada repetidamente, o si dura demasiado tiempo, el cuerpo no recibe la señal para volver al funcionamiento normal. Eso puede debilitar el sistema inmune, dejándolo vulnerable a las infecciones virales.

4.4.2 Daños en el sistema digestivo y excretor. El sistema digestivo y excretor también sufre. De acuerdo a la Harvard Medical School, podría haber una conexión entre trastornos de ansiedad y el desarrollo del síndrome del intestino irritable. Este síndrome puede provocar vómitos, náuseas o diarreas. En esta clase de síndromes estomacales, los nervios que regulan la digestión son hipersensibles a la estimulación.

Debido a que estas condiciones no producen lesiones como úlceras o tumores no se considera que amenazan a la vida, aunque sus síntomas (dolor abdominal, náuseas, diarrea, vómitos) pueden ser crónicos y difíciles de tolerar.

4.4.3 Pérdida de memoria a corto plazo. Aunque parezcan que no están relacionados, la pérdida de memoria es un síntoma muy real de la ansiedad. La principal causa de la pérdida de memoria es una hormona llamada cortisol.

Numerosos estudios han confirmado que esta hormona contribuye a la pérdida de memoria, especialmente la memoria a corto plazo, ya que actúa como una toxina para las

células cerebrales. Cuanto más trates con la ansiedad, más cortisol tendrás en tu sistema, y más probabilidades tendrás de continuar con la pérdida de memoria en el futuro.

4.4.4 Reacciones físicas variadas. La preocupación crónica y el estrés emocional pueden desencadenar varios problemas de salud. El problema ocurre cuando se da la preocupación o ansiedad excesivas. La respuesta de lucha provoca que el sistema nervioso simpático libere hormonas del estrés como el cortisol. Estas hormonas pueden aumentar los niveles de azúcar en la sangre y los triglicéridos (grasas). Estas hormonas también pueden provocar reacciones físicas como:

- Mareos
- Fatiga
- Dolores de cabeza
- Boca seca
- Incapacidad de concentrarse
- Ritmo cardíaco acelerado
- Tensión muscular
- Transpiración
- Respiración rápida
- Irritabilidad
- Temblores y espasmos
- Nauseas

4.4.5 Ataques al corazón. Los trastornos de ansiedad también se han relacionado con el desarrollo de problemas del corazón y con eventos coronarios en personas que ya tienen problemas del corazón. Las mujeres con los niveles más altos de ansiedad tenían un 59 %

más de probabilidades de tener un ataque al corazón y 31 % más de probabilidades de morir de uno, que las mujeres con los niveles más bajos de ansiedad. Por otra parte, un historial de ataques de pánico puede triplicar el riesgo de un stroke o ataque cerebral.

4.4.6 Insomnio. La experiencia de ansiedad frecuente o intensa puede interferir también con el sueño y producir insomnio. Estar constantemente en guardia, tenso o preocupado puede interferir con la habilidad para relajarse y quedarse dormido. Por otra parte, se puede ser más sensible a los sonidos mientras se duerme.

4.4.7 Depresión. Si las preocupaciones excesivas o la ansiedad se dejan sin tratar, pueden guiar a la depresión o, incluso, a pensamientos suicidas. Es común encontrar personas que buscan combatir la ansiedad a la vez que un tratamiento para la depresión.

Afortunadamente, la ansiedad se puede tratar bien con terapia cognitiva-conductual y otras técnicas conocidas y practicadas por profesionales de la salud mental. Recibir ayuda puede marcar una gran diferencia y el tratamiento no tiene que ser para toda la vida, aunque sí los efectos positivos que tiene (Martín, 2015).

4.5 ¿Qué pasa en nuestro cuerpo?

Los síntomas clásicos son manos sudorosas, aumenta la velocidad de las palpaciones del corazón y se produce un estado generalizado de alerta, respiración agitada y en algunos casos mareos y temblores. Pero además, la ansiedad puede afectar gravemente a nuestro cuerpo:

4.5.1 Garganta. La voz se vuelve ronca, pero también se produce tensión y rigidez, que resecan la garganta y dificultan el tragar.

4.5.2 Hígado. El sistema suprarrenal producirá en exceso cortisol, que a su vez, causara que el hígado genere más glucosa, generalmente se puede absorber esa cantidad extra de azúcar, pero para quienes tienen riesgo de sufrir diabetes es grave.

4.5.3 Piel. Como respuestas al estrés se produce un cambio de flujo sanguíneo y aparece sudor frío y las mejillas se enrojecen. Además el sistema nervioso simpático envía más sangre a los músculos, acelerando el envejecimiento de la piel, eccemas, aumenta la transpiración y la histamina, dando paso a inflamaciones entre otras reacciones.

4.5.4 Bazo. Para distribuir más oxígeno al cuerpo y enfrentar la ansiedad el bazo libera glóbulos rojos y blancos adicionales y se incrementa el flujo sanguíneo entre un 300 y 400 % durante este proceso.

4.5.5 Músculos. El cuerpo se tensa creando presión en los grupos musculares grandes. Pero también, si la ansiedad es crónica la tensión provoca dolores de cabeza, rigidez en los hombros, dolor de cuello incluso se corre el riesgo de trastornos osteomusculares crónicos.

4.5.6 Corazón. Aumenta la probabilidad de sufrir problemas cardiovasculares dado el aumento constante del ritmo cardíaco, la elevada presión sanguínea y la sobreproducción de cortisol. Como consecuencia, puede ser causante de hipertensión, arritmia, derrames y ataques al corazón.

4.5.7 Pulmones. Existe evidencia que hay una relación entre la ansiedad y el asma ya que las personas con asma tienen más probabilidades de experimentar ataques de pánico.

4.5.8 Cerebro. Se afectan las áreas del cerebro que influyen en la memoria a largo y corto plazo y en la elaboración de sustancias químicas que pueden dar lugar a un desequilibrio. Además, puede activar de forma constante el sistema nervioso, que a su vez

puede afectar a otro sistema del cuerpo generando reacciones físicas como fatiga y desgaste, entre otras.

4.5.9 Sistema Inmunitario. Es el que más sufre debilitando sus funciones dando paso a gripes y ser más susceptible a infecciones e inflamaciones.

4.5.10 Estómago. La digestión se desregula pudiendo tener efecto a largo plazo problemas en los intestinos y en la absorción de nutrientes, produciendo ardores, hinchazón, colitis y a veces, pérdida del control de esfínteres.

4.5.11 Metabolismo. Se desequilibra y puede causar sobrepeso y obesidad. Esto por la liberación constante de cortisol en el flujo sanguíneo que hace reducir la sensibilidad a la insulina además de generar úlceras (Vargas, 2014).

4.6 La ansiedad y el sistema nervioso

Cuando alguna señal de peligro es percibida o anticipada, el cerebro envía mensajes a una parte de sus nervios llamado sistema nervioso autónomo (SNA). El SNA como su nombre lo indica funciona de forma autónoma sin la intervención de nuestra voluntad. Tiene dos ramas llamadas Sistema Nervioso Simpático y Sistema Nervioso Parasimpático, que son las encargadas del control de los niveles de energía del cuerpo y de la preparación para la acción.

Para decirlo de manera sencilla el Simpático activa la respuesta de lucha/huida que libera energía y predispone a la acción, mientras el parasimpático es el sistema restaurador que devuelve el cuerpo a su estado normal.

Un punto importante es que el Simpático tiende a ser un sistema de todo o nada. Esto es, que cuando está activado, todas sus partes responden. En otras palabras se

experimentan los síntomas o ninguno. Es raro que ocurran cambios en una sola parte del cuerpo. Esto podría explicar porque la mayoría de los ataques de pánico involucran muchos síntomas y no solo uno o dos.

Uno de los mayores efectos del Simpático es que libera dos sustancias químicas llamadas adrenalina y noradrenalina. Cuando la actividad de estas sustancias comienza, en general continúa y aumenta durante un lapso. Sin embargo es muy importante destacar que la actividad del simpático tiene un límite. Cuando el cuerpo ya tiene suficiente de la reacción de reacción de lucha/huida se activa el parasimpático para llevar al cuerpo a un estado de relajación.

En otras palabras la ansiedad no puede continuar eternamente, u hacer un aspiral de continuo aumento hasta niveles que causen daño. El parasimpático es un sistema protector interno que impide que el simpático pueda seguir su curso sin control (Cascardo, 2016).

4.7 Frecuencia de la enfermedad

Los trastornos por ansiedad son, en conjunto, la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Entre ellos destaca el trastorno fóbico; alrededor de un siete por ciento de mujeres y un 4,3 por ciento de hombres padecen fobias específicas (a algún animal, a un objeto, a la oscuridad, etc.), mientras que las llamadas fobias sociales (la aptitud de una persona para relacionarse de un modo afable con los demás) se hallan en un 13 por ciento de la población.

La ansiedad generalizada se da en un porcentaje del 3 al 5 por ciento de los adultos (en algún momento durante el año). Las mujeres tienen el doble de probabilidades de presentarla. El trastorno de pánico es menos frecuente y se diagnostica a algo menos de un 1 por ciento de la población. Las mujeres son de dos a tres veces más propensas.

El trastorno obsesivo-compulsivo afecta a cerca del 2,3 por ciento de los adultos y sucede con aproximadamente igual frecuencia en mujeres que en hombres. El estrés post-traumático afecta, por lo menos, al uno por ciento de la población alguna vez durante su vida, aunque en las personas con mayor riesgo, como los veteranos de guerra, tiene una mayor incidencia (Fernández, 2015).

4.8 Causas de la ansiedad

Las causas de las dificultades de ansiedad varían no solo según el nivel al que se producen, sino también según el periodo de tipo en que se producen. A continuación se describen algunas de las causas típicas que se inician en diversos momentos de la vida.

4.8.1 Causas de predisposición a largo plazo. Se trata de condiciones que, desde el nacimiento o desde la infancia, predisponen a desarrollar posteriormente ansiedad. Incluyen herencia, causas disfuncionales de los padres o traumas o abusos infantiles (por ejemplo, descuido parental, rechazo, exceso de críticas, exceso de castigos, exceso de precaución, alcoholismo y abusos sexuales).

4.8.2 Causas de circunstancias recientes. Se trata de acontecimientos que desencadenan la aparición de, por ejemplo, ataques de pánico o agorafobia. Incluyen un nivel más elevado de estrés en el último par de meses (o una acumulación de estrés a lo largo de un periodo de tiempo más prolongado), el fallecimiento de una persona importante para el interesado, un cambio significativo (por ejemplo, un traslado, un nuevo empleo, el matrimonio), enfermedad o consumo de drogas (especialmente cocaína, anfetaminas o marihuana).

4.8.3 Causas de mantenimiento. Se trata de factores de conducta, actitud y estilo de vida de la persona que permite que la ansiedad siga existiendo una vez que ha iniciado su

curso. Las causas y mantenimiento son muy diversas e incluyen tensión muscular, sensaciones de miedo (pensamientos tipo “y si...”), creencias erróneas sobre uno mismo, los demás o la vida, evitar continuamente el miedo o las situaciones que lo producen, falta de movimiento o ejercicio, consumo de cafeína, azúcar o comida basura, falta de cuidado personal, estilo de vida y entorno excesivamente complicados, permitirse la “costumbre” de preocuparse y falta de confianza y autoestima (sentirse una víctima en lugar de con fuerzas para “responsabilizarse de la ansiedad”).

4.8.4 Causas neurobiológicas. Se trata de afecciones del cerebro que afectan inmediatamente el curso y la intensidad de la experiencia de ansiedad. Entre ellas de destacan:

- Deficiencias o desequilibrios de determinados neurotransmisores, particularmente serotonina, norepinefrina y GABA.
- Reacción excesiva a determinadas estructuras cerebrales, especialmente la amígdala y el *locus ceruleus*.
- Inhibición insuficiente o reacción excesiva de los centros cerebrales superiores como la corteza frontal o temporal (Bourne, 2012).

4.9 Tratamiento para la ansiedad

Sobre el tratamiento para la ansiedad (Castro, 2015), analiza este tema en los siguientes apartados.

4.9.1 Cuidados físicos básicos. Además de controlar estos factores externos que puedan estar precipitando o causando la ansiedad buscaremos el modo de dar al cuerpo los

cuidados necesarios para que no sufra sobrecargas evitables de forma asequible con cierto orden, ¿qué cuidados son estos?:

- Mantener una alimentación sana, regulada y ordenada, mejor cinco comidas bien hechas, que ayudarán a que el metabolismo y los niveles de glucosa no tengan variaciones bruscas o se tenga que poner en marcha procesos que exigen gastos innecesarios, que copiosas comidas en la hora del almuerzo y la cena.
- Respetar el horario de sueño, aunque el cuerpo se queje, mantener una rutina y una higiene que favorezca la regulación del ciclo sueño-vigilia y el descanso nocturno.
- Hacer algo de ejercicio físico regularmente, mejor si es un ejercicio sereno y gustoso, (nadar, correr, tenis, bici y otros) sin grandes agotamientos. O realizar ejercicios de relajación.

4.9.2 Tratamiento farmacológico de la ansiedad. Normalmente la ansiedad se trata con fármacos específicos que están indicados y aprobados para las distintas formas de ansiedad. Los fármacos empleados son de diversas familias químicas y aquí los agruparemos de la siguiente forma: benzodiacepinas, inhibidores selectivos y otros.

4.9.2.1 Benzodiacepinas. Estos medicamentos tienen propiedades ansiolíticas relajantes, reducen el nivel de activación, inductores del sueño y también son anticonvulsivantes. Proporcionan un alivio temporal cuando la ansiedad limita la capacidad de la persona para enfrentarse a la vida diaria. Promueven la relajación física (y mental) reduciendo la actividad nerviosa del SNC.

El tratamiento se inicia con dosis bajas que se incrementan cada 3-5 días hasta alcanzar efectos terapéuticos. La presencia de sedación que aparece al iniciarse el

tratamiento va disminuyendo progresivamente con la continuidad del mismo, es decir con el desarrollo de la tolerancia.

Los benzodiacepinas mantienen su eficacia en tratamiento a medio largo plazo 2-6 meses. No se deben tomar con alcohol ya que se potencian sus efectos secundarios indeseables. Puede producir somnolencia y afectan a los reflejos y a la capacidad de reacción, por lo que se debe extremar las precauciones al conducir o manejar maquinaria peligrosa.

No se debe abandonar el tratamiento antes de tiempo sin conocimiento del médico y la retirada debe hacerse de forma paulatina.

4.9.2.2 *Inhibidores selectivos.* Estos fármacos también son prescritos en ocasiones para los trastornos de ansiedad. Con el tiempo han ido evolucionando y cada vez son más selectivos y con menos efectos secundarios.

Pueden actuar sobre la recaptación de la serotonina como la Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram o Sertralina y sobre la recaptación tanto de la serotonina como de la noradrenalina como hacen la Velafaxina y la Duloxetina. Es bueno incorporarlos de forma progresiva de acuerdo con las indicaciones del médico y mantenerlo durante tiempo suficiente que será de meses y no dejarlos si no lo indica expresamente el médico. El tratamiento causa su máximo efecto pasado unas semanas. Se recomienda mantener el tratamiento durante 8 meses o 1 año, si se suspende precozmente las recaídas son muy frecuentes.

4.9.2.3 *Otros.* Entre los fármacos que han resultado útiles para el tratamiento de la ansiedad se encuentran:

Antidepresivos tricíclicos como la Amitriptilina, Imipramina y Clomipramina, son muy efectivos pero también tienen efectos secundarios como sedación, sequedad de la boca, estreñimiento, problemas gástricos, aumento de peso, temblor e hipotensión ortostática. Inhiben la recaptación de serotonina, noradrenalina y también de dopamina en menor grado.

- Propanolol; es un fármaco betabloqueante que bloquea los síntomas de ansiedad somáticos, pero no los cognitivos. Se suele utilizar de forma esporádica para momentos puntuales como exámenes, hablar en público o similares, aunque también puede usarse de forma habitual.
- Buspirona; actúa sobre los receptores de la serotonina y tiene como beneficio que no presenta un perfil adictivo.
- Pregabalina; es un fármaco análogo del Ácido Gamma Amino Butírico, también sin perfil adictivo, sin dependencia ni tolerancia.

4.10 Terapia Cognitivo-Conductual.

La APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) ha reconocido la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad como tratamientos con evidencia empírica para la intervención en TAG. La terapia cognitivo-conductual (TCC), que habitualmente se refiere a una combinación de varios componentes cognitivos y conductuales, no ha demostrado ser superior a la terapia de conducta por sí sola, a la terapia cognitiva y a la relajación muscular progresiva o relajación aplicada, pero sí ha demostrado ser más eficaz a todas ellas en los resultados que se mantienen en el

seguimiento. A su vez la TCC se ha mostrado superior al uso de psicofármacos (Fernandez-Marcos, 2014).

En la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla fundación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos no logran reconocer el modo de que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por que quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal como se evidencia en el siguiente diagrama:

Situación provocadora---Pensamiento/Valoración ansiosa---Sentimiento de ansiedad.

Los individuos suelen asumir que las situaciones y las condiciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad. Considere por ejemplo como se siente en el periodo previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que le examen sea difícil y usted duda de su nivel de preparación. Si espera que el examen sea relativamente fácil o está bastante seguro de su preparación, su ansiedad será baja. Este ejemplo no determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa la situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos. (David A. Clark, 2012)

4.10.1 ¿Por qué la terapia cognitivo- conductual es eficaz?. En primer lugar, porque el terapeuta ayuda al paciente a aprender nuevas formas de pensar acerca de las situaciones u objetos que le provocan la ansiedad. A una persona le puede dar miedo hablar en público,

porque puede pensar que la gente lo está juzgando como incompetente, aunque no sea así. En segundo lugar, la CBT funciona haciendo que el paciente poco a poco comience a enfrentar las situaciones u objetos que le causan la ansiedad. Así, la persona puede empezar a desarrollar un sentido de control sobre la situación y saber que los resultados temidos no suceden (Monserrath, 2013).

4.10.2 Hechos y estadísticas

- Los trastornos de ansiedad son la enfermedad mental más común en los EE. UU. Y afectan a 40 millones de adultos en los Estados Unidos de 18 años o más, o al 18.1% de la población cada año.
- Los trastornos de ansiedad son altamente tratables, sin embargo, solo el 36.9% de los que sufren reciben tratamiento.
- Las personas con un trastorno de ansiedad tienen de tres a cinco veces más probabilidades de ir al médico y seis veces más probabilidades de ser hospitalizados por trastornos psiquiátricos que aquellos que no padecen trastornos de ansiedad.
- Los trastornos de ansiedad se desarrollan a partir de un conjunto complejo de factores de riesgo, incluida la genética, la química cerebral, la personalidad y los acontecimientos de la vida.

4.10.3 Estadísticas mundiales. La depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Casi el 75% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento en los países en desarrollo, y casi 1 millón de personas se quitan la vida cada año. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 13 sufre ansiedad en todo el mundo. La OMS informa que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más

comunes en todo el mundo con fobia específica, el trastorno depresivo mayor y la fobia social son los trastornos de ansiedad más comunes (Instituto, 2016).

4.11 La ansiedad y la familia del paciente hospitalizado en una UCI.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) suelen ser en general, lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales. La calidad técnica de los cuidados médicos y de enfermería es alta, pero centrados principalmente en los síntomas y signos de la enfermedad y dejando de lado la vivencia que el paciente tiene de su propia enfermedad y del nuevo entorno que le rodea. En la UCI se reflejan con facilidad todos los tópicos que se achacan a la medicina moderna: deshumanización, tecnificación, pérdida de la relación médico-paciente, etc.

Los familiares de los pacientes ingresados en una UCI se enfrentan con una situación inesperada y difícil. Súbitamente un ser querido se encuentra gravemente enfermo y surge de inmediato la incertidumbre de si sobrevivirá o si quedará con secuelas importantes. Esta situación desestructura todo su entorno y les obliga a adaptarse a la nueva realidad, anteponiendo ante todo el tratamiento y cuidado del paciente y dejando a un lado sus propias necesidades.

Son ellos los que reciben las noticias de la evolución del enfermo y los que en muchos casos tienen la responsabilidad de tomar decisiones con respecto a su salud. De ahí la importancia de una información fluida, clara y comprensible en las situaciones críticas (Alonso-Ovies, 2014).

Es ampliamente conocido que, tanto para el paciente como para la familia, el ingreso en la UCI es una experiencia estresante, el paciente puede verse rodeado de cables, monitores, respiradores, así como de estímulos y ruidos irreconocibles que le pueden

originar una situación de miedo e incertidumbre, Por otro lado, el ingreso en cuidados intensivos lleva a la familia a experimentar shock, incredulidad y ansiedad. Esto se debe a la incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, así como a la separación física de su familiar en situación crítica. Esta situación puede causar en el resto de la familia una experiencia de desorganización y crisis familiar (Pardavila Belio, 2012).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

La ansiedad de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, es un tipo de estudio con método cualicuantitativo, por la aplicación del inventario IDARE.

5.2 Área de estudio

El estudio se efectuó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

5.3 Universo

La población estudiada correspondió a los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Se consideró a todos los familiares de los pacientes hospitalizados en un total 51 personas, es decir el 100%, en el periodo comprendido entre el 06 de octubre del 2017 hasta el 07 de Enero del 2018, siendo el único requisito de inclusión que sea mayor de edad.

La información se registró en Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) (IDARE) de Spielberger (2008), debido a que la conceptualización de la ansiedad en el presente estudio corresponde a la propuesta formulada por el autor, que divide su valoración en dos variedades: como rasgo y como estado.

En el caso de la ansiedad como rasgo, corresponde a la presencia de la ansiedad como componente estable en la personalidad, generando una tendencia en el sujeto a experimentar ansiedad en mayor medida que quienes no lo posean. La ansiedad como estado tiene una presencia temporal, y se debe más a una respuesta emocional en el individuo como consecuencia de estimulación ambiental.

Cada una de las partes del Inventario se compone de 20 ítems, frases aseverativas que describen un sentimiento o característica. Se facilitaron cuatro opciones de respuesta descritas en una actitud específica, a las cuales se les asignó puntajes que van de 0 a 3: nada (0), algo (1), bastante (2) y mucho (3). El sujeto al que se le aplicó eligió la que describa mejor su situación. Al final se calculó el resultado y se obtuvo un puntaje, que correspondió a una de tres posibles categorías; en el caso de la ansiedad como estado: bajo nivel de ansiedad, medio nivel de ansiedad o alto nivel de ansiedad.

Dentro del Inventario existieron preguntas específicas que indicaban la presencia o ausencia de ansiedad de la siguiente manera:

Ansiedad Estado:

Presencia de ansiedad corresponden a las siguientes preguntas: 3-4-6-7-9-12-13-14-17-18.

Ausencia de ansiedad corresponden las siguientes preguntas: 1-2-5-8-10-11-15-16-19-20.

Ansiedad Rasgo:

Presencia de ansiedad corresponden las siguientes preguntas: 22-23-24-25-28-29-31-32-34-35-37-38-40.

Ausencia de ansiedad corresponden las siguientes preguntas: 21-26-27-30-33-36-39.

5.4 Análisis de los datos

Una vez obtenidos los datos, mediante la aplicación del Inventario IDARE a los familiares de los pacientes, se procedió al análisis y se los representó a través de gráficos y cuadros estadísticos de frecuencia absoluta y relativa, se evidenció el nivel de ansiedad de las personas participantes.

5.5 Fuentes de información primaria y secundaria

La información primaria se obtuvo directamente de las respuestas brindadas por los participantes en el cuestionario IDARE.

La información secundaria consistió en la revisión bibliográfica de artículos de revistas científicas, libros de consulta, diccionarios de psicología, enciclopedias, etc.

5.6 Consideraciones éticas

Se explicó detalladamente el motivo de la aplicación del inventario, los objetivos del estudio y se solicitó su consentimiento para que puedan participar en la Investigación de tal forma que la información obtenida fue confiable con el fin de evitar errores en los resultados.

6. RESULTADOS

Tabla No. 1

Edad y sexo de la población participante

| Edad en años | Sexo de los participantes | | | | Total | |
|-----------------|---------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | F | % | f | % | f | % |
| 18 - 29 | 11 | 21.57 | 7 | 13.72 | 18 | 35.3 |
| 30 - 44 | 11 | 21.57 | 4 | 7.84 | 15 | 29.4 |
| 45 - 59 | 7 | 13.72 | 9 | 17.65 | 16 | 31.3 |
| 60 y mas | 1 | 1.96 | 1 | 1.96 | 2 | 3.92 |
| TOTAL | 30 | 58.82 | 21 | 41.18 | 51 | 100 |

Autor: Israel Fernando Morocho Cabezas

Fuente: Inventario aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI del HGIAL 2018.

En la presente tabla se puede evidenciar que la población participante la gran mayoría son personas de sexo femenino que corresponde al 58.82%, siendo la mayor parte las edades que comprenden entre 18 a 29 y de 30 a 44 con un 21.57% cada uno; y en el sexo masculino se destacan las edades entre 45 a 59 años con 17.65% y 18 a 29 con 13.72%.

Tabla No. 2

Familiaridad y sexo de la población participante con los pacientes

| Familiaridad | Sexo de los participantes | | | | Total | |
|--------------|---------------------------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | f | % | f | % | f | % |
| Hermano/a | 6 | 20 | 4 | 19 | 10 | 19 |
| Padre/madre | 5 | 17 | 3 | 14 | 8 | 16 |
| Tíos/tías | 1 | 3 | 3 | 14 | 4 | 8 |
| Primos/as | 3 | 10 | 2 | 10 | 5 | 10 |
| Sobrinos/as | 4 | 13 | 1 | 5 | 5 | 10 |
| Cuñados/as | 1 | 3 | 2 | 10 | 3 | 6 |
| Esposo/a | 4 | 13 | | 0 | 4 | 8 |
| Hijo/a | 5 | 17 | 6 | 28 | 11 | 21 |
| Abuelo/a | 1 | 3 | | | 1 | 2 |
| TOTAL | 30 | 58.82 | 21 | 41.18 | 51 | 100 |

Autor: Israel Fernando Morocho Cabezas

Fuente: Inventario aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI del HGIAL 2018.

En la tabla N° 2 se observa en cuanto a la familiaridad de los participantes que existe mayor cantidad de personas del sexo femenino que son hermanas del paciente con un 20%, y del sexo masculino en un 28% que son hijos del paciente.

Tabla No. 3*Nivel de ansiedad- estado de los familiares respecto del sexo*

| Nivel de ansiedad - estado | Sexo | | | | TOTAL | |
|----------------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | f | % |
| | f | % | f | % | | |
| Alto | 26 | 50.98 | 13 | 25.49 | 39 | 76.47 |
| Medio | 4 | 7.84 | 6 | 11.76 | 10 | 19.61 |
| Bajo | 0 | 0 | 2 | 3.92 | 2 | 3.92 |
| TOTAL | 30 | 58.82 | 21 | 41.18 | 51 | 100 |

Autor: Israel Fernando Morocho Cabezas

Fuente: Inventario aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI del HGIAL 2018.

En la tabla N° 3 se puede evidenciar que existe un nivel alto de ansiedad-estado con el 50.98% de participantes del sexo femenino, y un nivel de ansiedad alto en las personas de sexo masculino con un 25.49%, esto quiere decir que prevalece el nivel de ansiedad-estado alto en el sexo femenino sobre el masculino.

Tabla No. 4*Nivel de ansiedad- rasgo de los familiares respecto del sexo*

| | Sexo | | | | TOTAL | |
|---------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|------------|
| | Femenino | | Masculino | | f | % |
| Nivel de ansiedad - rasgo | f | % | f | % | | |
| Alto | 10 | 19.61 | 0 | 0 | 10 | 19.61 |
| Medio | 15 | 29.41 | 13 | 25.49 | 28 | 54.90 |
| Bajo | 5 | 9.80 | 8 | 15.68 | 13 | 25.49 |
| TOTAL | 30 | 58.82 | 21 | 41.18 | 51 | 100 |

Autor: Israel Fernando Morocho Cabezas

Fuente: Inventario aplicado a familiares de pacientes hospitalizados en UCI del HGIAL 2018.

En la tabla N° 4 se puede evidenciar que existe un nivel medio de ansiedad-rasgo en personas del sexo femenino con 29.41%; y del sexo masculino también existe un nivel medio de ansiedad-rasgo con un 25.49%, lo que demuestra que prevalece el sexo femenino sobre el masculino.

7. DISCUSIÓN

En la presente investigación se evidenciaron los niveles de ansiedad-estado como ansiedad-rasgo en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, de ambos sexos, con una muestra de 51 personas, demostrándose que las mujeres poseen en estas circunstancias un nivel alto de ansiedad-estado, de igual forma en el sexo masculino que están en el mismo nivel, así mismo se evidencia un nivel de estado-rasgo medio en personas de sexo femenino, y también del sexo masculino, es decir, que en ambos estados los participantes se encuentran en un mismo nivel. También se observa que de acuerdo a la familiaridad existieron de forma prevalente hermanas de los pacientes y más hijos varones familiares de los mismos, por lo que se observó un primer grado de consanguinidad más preocupados por sus familiares internados, así mismo se determinó que las personas jóvenes comprendidas entre los 24 a 29 años fueron los que más estuvieron pendientes de las necesidades de sus familiares.

Según Rangel Ávila, F. Haro, J. M. y García Méndez N. (2012) en su estudio demuestran un porcentaje de 55,2% padres con ansiedad leve o baja, lo que contrasta con este estudio ya que según los datos se obtuvo un 87% de padres que alcanzaron un nivel de ansiedad alta en personas de sexo femenino y el 13% de sexo masculino. En este resultado las mujeres superan significativamente a los padres debido a diversos factores sociales: a las mujeres se les permite reconocer y expresar sus sentimientos más que a los hombres y son ellas quienes generalmente se hacen cargo y están pendiente de los hijos enfermos.

En un estudio realizado en el 2017 se indica que fueron las madres en un 46,67% de un total de 60 madres quienes presentaron un nivel de ansiedad-estado alto lo cual se asemeja a éste estudio. (Zúñiga, 2017).

Según un estudio realizado en el año 2012, indica que quienes sufrieron un nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado alto fueron los padres, lo que se contrapone a este estudio ya que de acuerdo a la familiaridad fueron los hermanos a quienes se les atribuyó un nivel de ansiedad alto. (Martínez, 2012)

8. CONCLUSIONES

- En cuanto al nivel de Ansiedad-Estado, se observó que en ambos sexos predomina el nivel Alto de ansiedad con un 50.98% femenino y 25.49% masculino, en lo que se refiere al nivel de Ansiedad-Rasgo, se demostró que existe un nivel de ansiedad Medio tanto para las personas del sexo femenino con 29.41% y para las personas con sexo masculino con un 25.49%.
- En la presente investigación, el mayor número de participantes fueron del sexo femenino con 58.82%.
- Se pudo constatar que referente a la familiaridad de los pacientes que están internados en UCI, la mayoría son hermanas e hijos.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los directivos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja que a partir de esta investigación, se tenga en cuenta realizar nuevos estudios con diferentes enfoques, de tal manera que se obtenga amplia información científica.
- A los Directivos del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja para que realicen intervenciones y así mejorar el ambiente hospitalario y comunicacional entre personal de salud y familiares de los pacientes internados en UCI con el fin de disminuir los niveles de ansiedad.
- A la Universidad Nacional de Loja, Carrera de Enfermería se recomienda que incentive a los y las estudiantes para seguir con este tipo de investigaciones, que permitan disponer de mayor información científica que fundamente estrategias de intervención para minimizar esta problemática.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Ovies, J. A. (2014). Espectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*.
- Anaya, N. C. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogota: ECOE EDICIONES.
- Anderson Díaz Pérez, Z. B. (2014). Cuidado y comunicacion por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos . *Revista Cultural del Cuidado*.
- Bourne, E. (2012). Haga Frente a la Ansiedad. En E. Bourne, *Haga Frente a la Ansiedad*. Barcelona, España: Editorial Amat.
- Cach–Castañeda, D. T.–G.–M.–A.–U. (2015). Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. *Enfermería Universitaria*.
- Camila Cardenas, D. L. (2014). NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL. SINCELEJO.
- Cascardo, P. E. (2016). *Ansiedad, Estrés, Pánico y Fobias (100 preguntas, 101 respuestas)*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones B Argentina S.A.
- Castro, M. R. (2015). *La Ansiedad: Estrategias Prácticas para manejarla paso a paso*. Madrid, Las Rosas: bibliotecaOnline SL.
- David A. Clark, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York: DESCLÉE DE BROUWER, S.A. .
- Fernández, C. (10 de Diciembre de 2015). *cuidateplus*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html>

- Fernandez-Marcos, A. C.-E. (2014). Un caso de ansiedad generalizado o un problema de asertividad: el análisis funcional como herramienta clave para fijar el plan de tratamiento. *Casos Clinicos en Salud Mental*, 3.
- Florián, A. M. (22 de Aabril de 2012). *Que hay de interesante en Medicina*. Obtenido de <https://alejandromeloflorian.wordpress.com/2012/04/22/neurobiologia-de-depresion-y-ansiedad/>
- Instituto, N. d. (2016). *ANXIETY AND DEPRESSION ASSOCIATION OF AMERICA*. Obtenido de <https://adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics#>
- Martín, A. R. (2015). *lifeder.com*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/consecuencias-de-la-ansiedad/>
- Martínez, A. I. (2012). Estres Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Electronica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 29.
- MD, A. M. (22 de Abril de 2012). *Que hay de interesante en Medicina* . Obtenido de <https://alejandromeloflorian.wordpress.com/2012/04/22/neurobiologia-de-depresion-y-ansiedad/>
- Monserrath, V. L. (01 de septiembre de 2013). *La Nacion*. Obtenido de <https://www.nacion.com/ciencia/aplicaciones-cientificas/los-trastornos-de-ansiedad-se-curan/YJAPF4A5NZGANMROG7MHXP5X2M/story/>
- Pardavila Belio, C. V. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*.
- Rangel Ávila, J. H. (2012). La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*.
- Rojas-Carrasco, K. E. (2013). Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 606.
- Torres Vanesa, C. M. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 1.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad del DSM-5. *Revista iberoamericana de Psicomatica*, 63,64,65.

- Trickett, S. (2009). Supera la Ansiedad y la Depresión. En S. Trickett, *Supera la Ansiedad y la Depresión*. Hispano Europea.
- Vargas, F. V. (24 de junio de 2014). *emol*. Obtenido de emol:
www.emol.com/noticias/Tendencias/2014/06/24/740514/Conoce-el-impacto-de-la-ansiedad-en-cada-organo-del-cuerpo.html
- Wendy Navas, M. J. (2012). TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX*, 498.
- Zúñiga, D. M. (26 de Octubre de 2017). Intervención de Enfermería y nivel de Ansiedad en madres con hijos hospitalizados en UCI neonatal. *Intervención de Enfermería y nivel de Ansiedad en madres con hijos hospitalizados en UCI neonatal*. Bogotá , Cundinamarca, Colombia.
- Brevis Urrutia, I. y Silva Garrido, P. (2011). Creencias, sentimientos e incertidumbre. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 26(1), 27-34. Recuperado de:
<http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>
- Centro de Apoyo. (2010). *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Recuperado de
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- Ministerio de Salud Pública, Ecuador (MSP). (2013). *Plan nacional del buen vivir*. Quito, Ecuador: Autor.
- Ramón, L. M. (2013). *Plan de estudios ajustado 2013*. Loja, Ecuador: UNL.

11. ANEXOS

ANEXO 1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

INVENTARIO ANSIEDAD-ESTADO

Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja.

Instrucciones: algunas expresiones que la gente emplea para describir el estado de ansiedad se exponen abajo. Lea cada frase y marque con una X lo que considere usted siente.

No. _____

1. Datos generales:

Sexo: M () F ()

Edad: Parentesco:.....

2. Estado de Ansiedad actual

| N° | VIVENCIAS | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | FRECIENTE MENTE | CASI SIEMPRE |
|----|---|------------|---------------|-----------------|--------------|
| 1 | Me siento calmado | | | | |
| 2 | Me siento seguro | | | | |
| 3 | Estoy tenso | | | | |
| 4 | Estoy contrariado | | | | |
| 5 | Me siento a gusto | | | | |
| 6 | Me siento alterado | | | | |
| 7 | Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo | | | | |
| 8 | Me siento descansado | | | | |
| 9 | Me siento ansioso | | | | |
| 10 | Me siento cómodo | | | | |
| 11 | Me siento con confianza en mí mismo | | | | |
| 12 | Me siento nervioso | | | | |
| 13 | Estoy agitado | | | | |
| 14 | Me siento a punto de explotar | | | | |
| 15 | Me siento relajado | | | | |
| 16 | Me siento satisfecho | | | | |
| 17 | Estoy preocupado | | | | |
| 18 | Me siento muy preocupado y aturdido | | | | |
| 19 | Me siento alegre | | | | |
| 20 | Me siento bien | | | | |

3. Estado de Ansiedad Habitual

Instrucciones: algunas expresiones que la gente emplea para describir el rasgo de ansiedad se exponen abajo. La cada frase y marque la que indique cómo se siente generalmente, habitualmente.

| N° | VIVENCIAS | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
|----|---|------------|---------------|----------------|--------------|
| 21 | Me siento mal | | | | |
| 22 | Me canso rápidamente | | | | |
| 23 | Siento ganas de llorar | | | | |
| 24 | Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser | | | | |
| 25 | Pierdo oportunidades por no poder decidirme | | | | |
| 26 | Me siento descansado | | | | |
| 27 | Soy una persona tranquila, serena y sosegada | | | | |
| 28 | Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | | | | |
| 29 | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | | | | |
| 30 | Soy feliz | | | | |
| 31 | Tomo las cosas muy a pecho | | | | |
| 32 | Me falta confianza en mí mismo | | | | |
| 33 | Me siento seguro | | | | |
| 34 | Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y a las dificultades | | | | |
| 35 | Me siento melancólico | | | | |
| 36 | Me siento satisfecho | | | | |
| 37 | Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente | | | | |
| 38 | Me afecta tanto los desengaños que no me los puedo sacar de la cabeza | | | | |
| 39 | Soy una persona estable | | | | |
| 40 | Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y altero | | | | |

ANEXO 2.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. _____

Proyecto: Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja.

Yo, **Israel Morocho**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por medio del presente me dirijo respetuosamente a usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy comedidamente su consentimiento para realizar el desarrollo del siguiente cuestionario sobre el tema “Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos”, lo cual implica su participación.

Su decisión en la participación de este estudio es completamente voluntaria. Si usted no desea, tiene derecho a negarse.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Cédula:

.....

Firma de el/ la participante.

Gracias por su colaboración.

ANEXO 3.

SOLICITUD DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ministerio
de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Gestión Asistencial



Memorando Nro. MSP-DPSL-HIAL-D-A-2017-3071-M

Loja, 07 de diciembre de 2017

PARA: Sra. Mgs. Ana Teresa de Jesus Soto
Responsable de Admisiones

ASUNTO: Oficio UNL solicitando recolección de datos al Sr. Isarel Fernando Morocho Cabezas

De mi consideración:

Se autoriza lo solicitado en comunicación adjunta.

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HIAL-UAU-2017-0896-E

Adjunto Oficio N°498-DCE-FSH-UNL de la Lic Maria del Cisne Agurto Directora solicitando recolección de datos al Sr. Israel Fernando Morocho Cabezas

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Carlos Ivan Orellana Ochoa

DIRECTOR ASISTENCIAL DEL HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA"

**HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"**

COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Referencias:

- MSP-CZ7-HIAL-UAU-2017-0896-E

Ancos:

- oficio_unl_solicitando_al_sr_israel_fernando_morocho_recoleccion_de_datos.pdf

Copia:

Sr. Mauro Manuel Robles Galan
Responsable de Atención al Usuario

ANEXO 4.

CERTIFICADO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CERTIFICADO

Yo, **Lic. Diego Arturo Vera Cabrera** con C.I: **1104349186**, responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja,

CERTIFICO:

Que el Sr. **IRE. Israel Fernando Morocho Cabezas** con C.I: **1103762249**, estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja ha realizado la aplicación de sus encuestas en este servicio, con la finalidad de continuar con su proyecto de tesis titulado: **ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUADA DE LOJA**, durante el periodo Noviembre-Diciembre del 2017.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad y para los fines que crea conveniente el interesado.



.....

Lic. Diego Arturo Vera Cabrera

1104349186

RESPONSABLE U.C.I.



ANEXO 5.

CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DE RESÚMEN



LILIA ALEXANDRA CONTENTO TENEZACA PORTADORA DE CEDULA DE CIUDADANÍA 1104024037, GERENTE GENERAL DE LA ACADEMIA DE CAPACITACION Y NIVELACION "GUILLERMO CONTENTO", a petición verbal de parte interesada

CERTIFICA:

Que nuestra Institución realizo la debida traducción del Resumen de tesis del Sr. **ISRAEL FERNANDO MOROCHO CABEZAS**, con CI: **1103762249**, correspondiente al Tema: **"ANSIEDAD EN FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA"**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la parte interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.

Para constancia firma:

Lilia Contento T.
GERENTE PROPIETARIA

Loja, 31 de mayo del 2018

ANEXO 6.**PROYECTO DE TESIS****a. TEMA**

Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la Ciudad de Loja.

b. PROBLEMÁTICA

Cuando en la familia uno de los hijos tiene una enfermedad crónica es frecuente que los padres presenten alteraciones en su estado anímico, como la ansiedad, que se incrementa al enfrentar una situación crítica, con el internamiento de ese hijo en una unidad de cuidados intensivos.

La ansiedad-estado es definida como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo”. En los padres y madres con un niño enfermo, la ansiedad-estado surge al enfrentarse a una situación crítica debido al delicado estado de salud de su hijo. La ansiedad-rasgo “se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado (Rojas-Carrasco, 2013).

En el año 2012 se realizó un estudio en el que el 71,4 % de los pacientes pediátricos presentaron ansiedad preoperatoria. Los niños entre 5 a 7 años tienen significativamente más riesgo de sufrirla. En el grupo de los padres el 55,2 % mostró ansiedad leve y el 9,2 % ansiedad moderada. El familiar que se encuentra con mayor frecuencia en compañía del paciente pediátrico por lo general es la madre (Rangel, Haro y García, 2012).

En el año 2015 participaron 34 familiares de los cuales el 11,8 % (4) fueron hombres y 88,2 % (30) mujeres y como edad promedio 29 años, las puntuaciones de ansiedad estado y ansiedad rasgo indican que al no conocer algún albergue se presenta una diferencia significativa en el nivel de ansiedad estado de los familiares, es decir que la ansiedad como factor sociodemográfico afecta también a los familiares (Cach-Castañeda et al, 2015).

Así mismo, Oliveira y otros autores, mencionados por Cárdenas et al. (2012), encontraron que la necesidad de seguridad está relacionada con la información, ya que la falta de información adecuada a familiares conduce a la incertidumbre que normalmente les causan ansiedad y temor, por lo que es más difícil hacer frente a esta situación.

Es así que para determinar los niveles de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados, se considerará como escenario de investigación el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja y por consiguiente la Unidad de Cuidados Intensivos de esta institución, en donde se desarrollará este estudio con la participación del grupo de los familiares de los pacientes hospitalizados en dicha área, y midiendo como variables la Ansiedad-Rasgo y la Ansiedad-Estado. Cabe mencionar que este estudio se realizará durante el periodo septiembre 2017-febrero 2018. Para la realización de este trabajo de investigación se propone la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de ansiedad de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI?

c. JUSTIFICACIÓN

La asistencia al paciente hospitalizado y su familia es uno de los ámbitos que hoy requiere un esfuerzo por investigar. Conocer los factores relacionados con la ansiedad que viven los familiares en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), abre caminos para desarrollar modelos de intervención y Planes de Cuidados de Enfermería dirigidos a favorecer el afrontamiento y mejorar el bienestar familiar intrahospitalario. El objetivo principal de la investigación es el de determinar el nivel de ansiedad que presentan los familiares con pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

Las “Prioridades de investigación en salud 2013-2017” tienen como objetivo la optimización de recursos para realizar investigación e impactar positivamente en la calidad de la misma, logrando así los objetivos del Buen Vivir, por lo tanto, el tema a investigar se encuentre en el área N° 19 de Sistema Nacional de Salud, línea: Calidad de la atención, prestación y sistemas de apoyo y en las sublíneas: Ética en la atención sanitaria y Equidad en la distribución de servicios de salud (MSP, 2013).

Así mismo la Carrera de Enfermería tiene establecidos y consolidadas líneas de investigación dentro de los cuales se enmarca el presente estudio: línea ocho Promoción de la Salud y en el ámbito 1 Factores Protectores de la Salud (Ramón, 2013).

En referencia a la utilidad práctica, este trabajo permitirá comprender con mayor detalle a uno de los agentes de ansiedad presentes en el contexto de los familiares que se encuentran pendientes de los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos, mucho más por estar contextualizado a la ciudad de Loja y al Ecuador.

Con los resultados de este trabajo los principales beneficiados serán los estudiantes y profesionales interesados en este campo de la enfermería, ya que con la información obtenida se facilitará la creación de programas de intervenciones mejor fundamentadas y con ello más eficaces. Además de ofrecer un espacio para promover futuras investigaciones que permitan conocer sobre otras variables, ampliando el conocimiento científico.

Otros beneficiarios inmediatos serán los familiares de los pacientes, ya que, aun cuando no existen medidas de intervención, las hará posible. Los resultados permitirán

conocer una realidad concreta, generando la reflexión en las autoridades para adoptar las que se consideren más apropiadas, y la posibilidad en otras áreas de la salud humana, de considerar los resultados para sus intervenciones.

d. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar el nivel de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Objetivos específicos

- Señalar el nivel de ansiedad rasgo presente en los familiares de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos UCI.
- Establecer el nivel de ansiedad estado que habitualmente sienten los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

e. MARCO TEÓRICO

Los trastornos de ansiedad (TA), en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria. La falta de una pauta común de presentación, la somatización y asociación con enfermedades crónicas, así como la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada, hace que el manejo de estos pacientes resulte complejo. La ansiedad se convierte en patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada. La ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuesta:

- d) Subjetivo-cognitivo. Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- e) Fisiológico-somático. Activación del sistema nervioso autónomo
- f) Motor-conductual. Escape y evitación. (Wendy Navas, 2012)

Concepto de ansiedad

La ansiedad viene de un vocablo latino que significa “preocupación por lo desconocido” y también está relacionada con la palabra griega que significa “comprimir o estrangular”. La ansiedad es una reacción frente a la vida en el mundo, forma parte de nuestro mundo tanto como el comer. Es imposible no tener algún grado de ansiedad, nuestro objetivo no es luchar continuamente contra el miedo sino vivir felizmente a su lado aprendiendo a reducirlo a proporciones manejables (Trickett, 2009).

La ansiedad es una enfermedad, resultado de un trastorno neurótico, ocasionado generalmente por experiencias desagradables y que se manifiesta a través de cambios del estado de ánimo que ponen al individuo en una reacción de alerta frente a situaciones de peligro, que no tienen fundamento real aparente, a diferencia del miedo que es una reacción de defensa ante un peligro tangible y claro. (Torres Vanesa, 2013)

Por su parte (Anaya, 2010), dice que a la ansiedad la podemos definir como la sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes caracterizados por el predominio de la tensión física. Se manifiesta por cualquier amenaza percibida sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. Científicamente la ansiedad es conceptualizada como respuesta de pelea o huida. Se manifiesta a través de tres canales: cognitivo (ideas, pensamientos), fisiológico (síntomas físicos como

sudoración, mareo aumento del ritmo cardiaco, etc.) y motor (acciones como la evitación huida y escape).

Neurobiología de la ansiedad

La anatomía funcional de la ansiedad implica a circuitos de la amígdala con conexiones recíprocas a la corteza prefrontal y el hipotálamo. Así, las experiencias positivas, dependen de un predominio de la corteza prefrontal medial (frontal orbitaria) izquierda sobre la amígdala, mientras que las experiencias traumáticas implican un predominio funcional de la amígdala que se amplifica por medio del hipocampo, a través de circuitos de memoria explícita que posibilitan evocar una y otra vez la memoria emocional traumática de la experiencia.

La amígdala como cerebro emocional, da un significado emocional a todos los diferentes estímulos que llegan, antes de que lleguen a la corteza.

Hasta aquí se ha visto los acontecimientos emocionales en el cerebro. Pero hay que recordar las manifestaciones objetivas de la ansiedad, como taquicardia, sudoración, palpitaciones, que indican respuesta autonómica aumentada.

¿Cómo ocurren tales manifestaciones? encontramos que la amígdala está estrechamente unida al hipocampo. Esta unión significa conexión entre los procesos mentales y los procesos vegetativos. No solamente aumenta el tono autonómico, sino también las concentraciones de cortisol siendo el neurotransmisor común a estos fenómenos el CRF.

La hipersecreción crónica de la hormona corticoide cortisol como consecuencia de la secreción aumentada de CRF aumenta la presión arterial, puede llevar a diabetes, aterosclerosis, supresión de la inmunidad, atrofia muscular y resorción ósea aumentada. (Florián, 2012)

Trastornos de la ansiedad

Hay varios tipos de trastornos de ansiedad según el DSM-5; cada uno tiene características particulares (Tortella-Feliu, 2014).

Trastorno por separación. Miedo o ansiedad intenso y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

Mutismo selectivo. Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

Fobia específica. Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.

Trastorno Social. Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

Trastorno de Angustia. Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

Agorafobia. Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

Trastorno generalizado. Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.

Trastorno inducido por sustancias/medicación. El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

Trastorno debido a otra enfermedad médica. El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.

Otros Trastornos especificados. Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún trastorno que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.

Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos.

Trastorno no especificado. Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún trastorno que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos.

No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información.

Consecuencias de la ansiedad en la salud

Debilita el sistema inmune. La ansiedad puede desencadenar la respuesta de lucha o huida, liberando químicos y hormonas como la adrenalina en el organismo. A corto plazo, eso aumentará el pulso y la tasa cardíaca para que el cerebro pueda obtener más oxígeno. Ahora se estará más preparado para responder a una situación intensa y el cuerpo volverá al funcionamiento normal cuando la situación haya pasado.

Sin embargo, si la persona se siente ansiosa o estresada repetidamente, o si dura demasiado tiempo, el cuerpo no recibe la señal para volver al funcionamiento normal. Eso puede debilitar el sistema inmune, dejándolo vulnerable a las infecciones virales.

Daños en el sistema digestivo y excretor. El sistema digestivo y excretor también sufre. De acuerdo a la Harvard Medical School, podría haber una conexión entre trastornos de ansiedad y el desarrollo del síndrome del intestino irritable. Este síndrome puede provocar vómitos, náuseas o diarreas. En esta clase de síndromes estomacales, los nervios que regulan la digestión son hipersensibles a la estimulación.

Debido a que estas condiciones no producen lesiones como úlceras o tumores no se considera que amenazan a la vida, aunque sus síntomas (dolor abdominal, náuseas, diarrea, vómitos) pueden ser crónicos y difíciles de tolerar.

Pérdida de memoria a corto plazo. Aunque parezcan que no están relacionados, la pérdida de memoria es un síntoma muy real de la ansiedad. La principal causa de la pérdida de memoria es una hormona llamada cortisol.

Numerosos estudios han confirmado que esta hormona contribuye a la pérdida de memoria, especialmente la memoria a corto plazo, ya que actúa como una toxina para las células cerebrales. Cuanto más trates con la ansiedad, más cortisol tendrás en tu sistema, y más probabilidades tendrás de continuar con la pérdida de memoria en el futuro.

Reacciones físicas variadas. La preocupación crónica y el estrés emocional pueden desencadenar varios problemas de salud. El problema ocurre cuando se da la preocupación o ansiedad excesivas. La respuesta de lucha provoca que el sistema nervioso simpático libere hormonas del estrés como el cortisol. Estas hormonas pueden aumentar los niveles de azúcar en la sangre y los triglicéridos (grasas). Estas hormonas también pueden provocar reacciones físicas como:

- Mareos
- Fatiga
- Dolores de cabeza
- Boca seca
- Incapacidad de concentrarse

- Ritmo cardíaco acelerado
- Tensión muscular
- Transpiración
- Respiración rápida
- Irritabilidad
- Temblores y espasmos
- Nauseas

Ataques al corazón. Los trastornos de ansiedad también se han relacionado con el desarrollo de problemas del corazón y con eventos coronarios en personas que ya tienen problemas del corazón. Las mujeres con los niveles más altos de ansiedad tenían un 59 % más de probabilidades de tener un ataque al corazón y 31 % más de probabilidades de morir de uno, que las mujeres con los niveles más bajos de ansiedad. Por otra parte, un historial de ataques de pánico puede triplicar el riesgo de un stroke o ataque cerebral.

Insomnio. La experiencia de ansiedad frecuente o intensa puede interferir también con el sueño y producir insomnio. Estar constantemente en guardia, tenso o preocupado puede interferir con la habilidad para relajarse y quedarse dormido. Por otra parte, se puede ser más sensible a los sonidos mientras se duerme.

Depresión. Si las preocupaciones excesivas o la ansiedad se dejan sin tratar, pueden guiar a la depresión o, incluso, a pensamientos suicidas. Es común encontrar personas que buscan combatir la ansiedad a la vez que un tratamiento para la depresión.

Afortunadamente, la ansiedad se puede tratar bien con terapia cognitiva-conductual y otras técnicas conocidas y practicadas por profesionales de la salud mental. Recibir ayuda puede marcar una gran diferencia y el tratamiento no tiene que ser para toda la vida, aunque sí los efectos positivos que tiene (Martín, 2015).

¿Qué pasa en nuestro cuerpo?

Los síntomas clásicos son manos sudorosas, aumenta la velocidad de las palpitaciones del corazón y se produce un estado generalizado de alerta, respiración agitada y en algunos casos mareos y temblores. Pero además, la ansiedad puede afectar gravemente a nuestro cuerpo:

Garganta. La voz se vuelve ronca, pero también se produce tensión y rigidez, que resecan la garganta y dificultan el tragar.

Hígado. El sistema suprarrenal producirá en exceso cortisol, que a su vez, causara que el hígado genere más glucosa, generalmente se puede absorber esa cantidad extra de azúcar, pero para quienes tienen riesgo de sufrir diabetes es grave.

Piel. Como respuestas al estrés se produce un cambio de flujo sanguíneo y aparece sudor frío y las mejillas se enrojecen. Además el sistema nervioso simpático envía más sangre a los músculos, acelerando el envejecimiento de la piel, eccemas, aumenta la transpiración y la histamina, dando paso a inflamaciones entre otras reacciones.

Bazo. Para distribuir más oxígeno al cuerpo y enfrentar la ansiedad el bazo libera glóbulos rojos y blancos adicionales y se incrementa el flujo sanguíneo entre un 300 y 400 % durante este proceso.

Músculos. El cuerpo se tensa creando presión en los grupos musculares grandes. Pero también, si la ansiedad es crónica la tensión provoca dolores de cabeza, rigidez en los hombros, dolor de cuello incluso se corre el riesgo de trastornos osteomusculares crónicos.

Corazón. Aumenta la probabilidad de sufrir problemas cardiovasculares dado el aumento constante del ritmo cardíaco, la elevada presión sanguínea y la sobreproducción de cortisol. Como consecuencia, puede ser causante de hipertensión, arritmia, derrames y ataques al corazón.

Pulmones. Existe evidencia que hay una relación entre la ansiedad y el asma ya que las personas con asma tienen más probabilidades de experimentar ataques de pánico.

Cerebro. Se afectan las áreas del cerebro que influyen en la memoria a largo y corto plazo y en la elaboración de sustancias químicas que pueden dar lugar a un desequilibrio. Además, puede activar de forma constante el sistema nervioso, que a su vez puede afectar a otro sistema del cuerpo generando reacciones físicas como fatiga y desgaste, entre otras.

Sistema Inmunitario. Es el que más sufre debilitando sus funciones dando paso a gripes y ser más susceptible a infecciones e inflamaciones.

Estómago. La digestión se desregula pudiendo tener efecto a largo plazo problemas en los intestinos y en la absorción de nutrientes, produciendo ardores, hinchazón, colitis y a veces, pérdida del control de esfínteres.

Metabolismo. Se desequilibra y puede causar sobrepeso y obesidad. Esto por la liberación constante de cortisol en el flujo sanguíneo que hace reducir la sensibilidad a la insulina además de generar úlceras (Vargas, 2014).

La ansiedad y el sistema nervioso

Cuando alguna señal de peligro es percibida o anticipada, el cerebro envía mensajes a una parte de sus nervios llamado sistema nervioso autónomo (SNA). El SNA como su nombre lo indica funciona de forma autónoma sin la intervención de nuestra voluntad. Tiene dos ramas llamadas Sistema Nervioso Simpático y Sistema Nervioso Parasimpático, que son las encargadas del control de los niveles de energía del cuerpo y de la preparación para la acción.

Para decirlo de manera sencilla el Simpático activa la respuesta de lucha/huida que libera energía y predispone a la acción, mientras el parasimpático es el sistema restaurador que devuelve el cuerpo a su estado normal.

Un punto importante es que el Simpático tiende a ser un sistema de todo o nada. Esto es, que cuando está activado, todas sus partes responden. En otras palabras se experimentan los síntomas o ninguno. Es raro que ocurran cambios en una sola parte del cuerpo. Esto podría explicar porque la mayoría de los ataques de pánico involucran muchos síntomas y no solo uno o dos.

Uno de los mayores efectos del Simpático es que libera dos sustancias químicas llamadas adrenalina y noradrenalina. Cuando la actividad de estas sustancias comienza, en general continúa y aumenta durante un lapso. Sin embargo es muy importante destacar que la actividad del simpático tiene un límite. Cuando el cuerpo ya tiene suficiente de la reacción de reacción de lucha/huida se activa el parasimpático para llevar al cuerpo a un estado de relajación.

En otras palabras la ansiedad no puede continuar eternamente, u hacer un aspiral de continuo aumento hasta niveles que causen daño. El parasimpático es un sistema protector interno que impide que el simpático pueda seguir su curso sin control (Cascardo, 2016).

Frecuencia de la enfermedad

Los trastornos por ansiedad son, en conjunto, la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Entre ellos destaca el trastorno fóbico; alrededor de un siete por ciento de mujeres y un 4,3 por ciento de hombres padecen fobias específicas (a algún animal, a un objeto, a la oscuridad, etc.), mientras que las llamadas fobias sociales (la aptitud de una persona para relacionarse de un modo afable con los demás) se hallan en un 13 por ciento de la población.

La ansiedad generalizada se da en un porcentaje del 3 al 5 por ciento de los adultos (en algún momento durante el año). Las mujeres tienen el doble de probabilidades de presentarla. El trastorno de pánico es menos frecuente y se diagnostica a algo menos de un 1 por ciento de la población. Las mujeres son de dos a tres veces más propensas. El trastorno obsesivo-compulsivo afecta a cerca del 2,3 por ciento de los adultos y sucede con aproximadamente igual frecuencia en mujeres que en hombres. El estrés post-traumático afecta, por lo menos, al uno por ciento de la población alguna vez durante su vida, aunque en las personas con mayor riesgo, como los veteranos de guerra, tiene una mayor incidencia (Fernández, 2015).

Causas de la ansiedad

Las causas de las dificultades de ansiedad varían no solo según el nivel al que se producen, sino también según el periodo de tipo en que se producen. A continuación se describen algunas de las causas típicas que se inician en diversos momentos de la vida.

Causas de predisposición a largo plazo. Se trata de condiciones que, desde el nacimiento o desde la infancia, predisponen a desarrollar posteriormente ansiedad. Incluyen herencia, causas disfuncionales de los padres o traumas o abusos infantiles (por ejemplo, descuido parental, rechazo, exceso de críticas, exceso de castigos, exceso de precaución, alcoholismo y abusos sexuales).

Causas de circunstancias recientes. Se trata de acontecimientos que desencadenan la aparición de, por ejemplo, ataques de pánico o agorafobia. Incluyen un nivel más elevado de estrés en el último par de meses (o una acumulación de estrés a lo largo de un periodo de tiempo más prolongado), el fallecimiento de una persona importante para el interesado, un cambio significativo (por ejemplo, un traslado, un nuevo empleo, el matrimonio), enfermedad o consumo de drogas (especialmente cocaína, anfetaminas o marihuana).

Causas de mantenimiento. Se trata de factores de conducta, actitud y estilo de vida de la persona que permite que la ansiedad siga existiendo una vez que ha iniciado su curso. Las causas y mantenimiento son muy diversas e incluyen tensión muscular, sensaciones de miedo (pensamientos tipo “y si...”), creencias erróneas sobre uno mismo, los demás o la vida, evitar continuamente el miedo o las situaciones que lo producen, falta de movimiento o ejercicio, consumo de cafeína, azúcar o comida basura, falta de cuidado personal, estilo de vida y entorno excesivamente complicados, permitirse la “costumbre” de preocuparse y falta de confianza y autoestima (sentirse una víctima en lugar de con fuerzas para “responsabilizarse de la ansiedad”).

Causas neurobiológicas. Se trata de afecciones del cerebro que afectan inmediatamente el curso y la intensidad de la experiencia de ansiedad. Entre ellas se destacan:

- Deficiencias o desequilibrios de determinados neurotransmisores, particularmente serotonina, norepinefrina y GABA.
- Reacción excesiva a determinadas estructuras cerebrales, especialmente la amígdala y el *locus ceruleus*.
- Inhibición insuficiente o reacción excesiva de los centros cerebrales superiores como la corteza frontal o temporal (Bourne, 2012).

Tratamiento para la ansiedad

Sobre el tratamiento para la ansiedad (Castro, 2015), analiza este tema en los siguientes apartados.

Cuidados físicos básicos. Además de controlar estos factores externos que puedan estar precipitando o causando la ansiedad buscaremos el modo de dar al cuerpo los cuidados

necesarios para que no sufra sobrecargas evitables de forma asequible con cierto orden, ¿qué cuidados son estos?:

- Mantener una alimentación sana, regulada y ordenada, mejor cinco comidas bien hechas, que ayudarán a que el metabolismo y los niveles de glucosa no tengan variaciones bruscas o se tenga que poner en marcha procesos que exigen gastos innecesarios, que copiosas comidas en la hora del almuerzo y la cena.
- Respetar el horario de sueño, aunque el cuerpo se queje, mantener una rutina y una higiene que favorezca la regulación del ciclo sueño-vigilia y el descanso nocturno.
- Hacer algo de ejercicio físico regularmente, mejor si es un ejercicio sereno y gustoso, (nadar, correr, tenis, bici y otros) sin grandes agotamientos. O realizar ejercicios de relajación.

Tratamiento farmacológico de la ansiedad. Normalmente la ansiedad se trata con fármacos específicos que están indicados y aprobados para las distintas formas de ansiedad. Los fármacos empleados son de diversas familias químicas y aquí los agruparemos de la siguiente forma: benzodiazepinas, inhibidores selectivos y otros.

Benzodiazepinas. Estos medicamentos tienen propiedades ansiolíticas relajantes, reducen el nivel de activación, inductores del sueño y también son anticonvulsivantes. Proporcionan un alivio temporal cuando la ansiedad limita la capacidad de la persona para enfrentarse a la vida diaria. Promueven la relajación física (y mental) reduciendo la actividad nerviosa del SNC.

El tratamiento se inicia con dosis bajas que se incrementan cada 3-5 días hasta alcanzar efectos terapéuticos. La presencia de sedación que aparece al iniciarse el tratamiento va disminuyendo progresivamente con la continuidad del mismo, es decir con el desarrollo de la tolerancia.

Los benzodiazepinas mantienen su eficacia en tratamiento a medio largo plazo 2-6 meses. No se deben tomar con alcohol ya que se potencian sus efectos secundarios indeseables. Puede producir somnolencia y afectan a los reflejos y a la capacidad de reacción, por lo que se debe extremar las precauciones al conducir o manejar maquinaria peligrosa.

No se debe abandonar el tratamiento antes de tiempo sin conocimiento del médico y la retirada debe hacerse de forma paulatina.

Inhibidores selectivos. Estos fármacos también son prescritos en ocasiones para los trastornos de ansiedad. Con el tiempo han ido evolucionando y cada vez son más selectivos y con menos efectos secundarios.

Pueden actuar sobre la recaptación de la serotonina como la Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram o Sertralina y sobre la recaptación tanto de la serotonina como de la noradrenalina como hacen la Velafaxina y la Duloxetina. Es bueno incorporarlos de forma progresiva de acuerdo con las indicaciones del médico y mantenerlo durante tiempo suficiente que será de meses y no dejarlos si no lo indica expresamente el médico. El tratamiento causa su máximo efecto pasado unas semanas. Se recomienda mantener el tratamiento durante 8 meses o 1 año, si se suspende precozmente las recaídas son muy frecuentes.

Otros. Entre los fármacos que han resultado útiles para el tratamiento de la ansiedad se encuentran:

Antidepresivos tricíclicos como la Amitriptilina, Imipramina y Clomipramina, son muy efectivos pero también tienen efectos secundarios como sedación, sequedad de la boca, estreñimiento, problemas gástricos, aumento de peso, temblor e hipotensión ortostática. Inhiben la recaptación de serotonina, noradrenalina y también de dopamina en menor grado.

- Propanolol; es un fármaco betabloqueante que bloquea los síntomas de ansiedad somáticos, pero no los cognitivos. Se suele utilizar de forma esporádica para momentos puntuales como exámenes, hablar en público o similares, aunque también puede usarse de forma habitual.
- Buspirona; actúa sobre los receptores de la serotonina y tiene como beneficio que no presenta un perfil adictivo.
- Pregabalina; es un fármaco análogo del Ácido Gamma Amino Butírico, también sin perfil adictivo, sin dependencia ni tolerancia.

Terapia Cognitivo-Conductual.

La APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) ha reconocido la terapia cognitivo-conductual (TCC) y el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad como tratamientos con evidencia empírica para la intervención en TAG. La terapia cognitivo-conductual (TCC), que habitualmente se refiere a una combinación de varios componentes cognitivos y conductuales, no ha demostrado ser superior a la terapia de conducta por sí sola, a la terapia cognitiva y a la relajación muscular progresiva o relajación aplicada, pero sí ha demostrado ser más eficaz a todas ellas en los resultados que se mantienen en el seguimiento. A su vez la TCC se ha mostrado superior al uso de psicofármacos (Fernandez-Marcos, 2014).

En la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla fundación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos no logran reconocer el modo de que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por que quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal como se evidencia en el siguiente diagrama:

Situación provocadora---Pensamiento/Valoración ansiosa---Sentimiento de ansiedad.

Los individuos suelen asumir que las situaciones y las condiciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad. Considere por ejemplo como se siente en el periodo previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que le examen sea difícil y usted duda de su nivel de preparación. Si espera que el examen sea relativamente fácil o está bastante seguro de su preparación, su ansiedad será baja. Este ejemplo no determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa la situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos. (David A. Clark, 2012)

¿Por qué la terapia cognitivo- conductual es eficaz?. En primer lugar, porque el terapeuta ayuda al paciente a aprender nuevas formas de pensar acerca de las situaciones u

objetos que le provocan la ansiedad. A una persona le puede dar miedo hablar en público, porque puede pensar que la gente lo está juzgando como incompetente, aunque no sea así. En segundo lugar, la CBT funciona haciendo que el paciente poco a poco comience a enfrentar las situaciones u objetos que le causan la ansiedad. Así, la persona puede empezar a desarrollar un sentido de control sobre la situación y saber que los resultados temidos no suceden (Monserrath, 2013).

Hechos y estadísticas

- Los trastornos de ansiedad son la enfermedad mental más común en los EE. UU. Y afectan a 40 millones de adultos en los Estados Unidos de 18 años o más, o al 18.1% de la población cada año.
- Los trastornos de ansiedad son altamente tratables, sin embargo, solo el 36.9% de los que sufren reciben tratamiento.
- Las personas con un trastorno de ansiedad tienen de tres a cinco veces más probabilidades de ir al médico y seis veces más probabilidades de ser hospitalizados por trastornos psiquiátricos que aquellos que no padecen trastornos de ansiedad.
- Los trastornos de ansiedad se desarrollan a partir de un conjunto complejo de factores de riesgo, incluida la genética, la química cerebral, la personalidad y los acontecimientos de la vida.

Estadísticas mundiales. La depresión es la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Casi el 75% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento en los países en desarrollo, y casi 1 millón de personas se quitan la vida cada año. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 1 de cada 13 sufre ansiedad en todo el mundo. La OMS informa que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes en todo el mundo con fobia específica, el trastorno depresivo mayor y la fobia social son los trastornos de ansiedad más comunes (Instituto, 2016).

La ansiedad y la familia del paciente hospitalizado en una UCI.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) suelen ser en general, lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales. La calidad

técnica de los cuidados médicos y de enfermería es alta, pero centrados principalmente en los síntomas y signos de la enfermedad y dejando de lado la vivencia que el paciente tiene de su propia enfermedad y del nuevo entorno que le rodea. En la UCI se reflejan con facilidad todos los tópicos que se achacan a la medicina moderna: deshumanización, tecnificación, pérdida de la relación médico-paciente, etc.

Los familiares de los pacientes ingresados en una UCI se enfrentan con una situación inesperada y difícil. Súbitamente un ser querido se encuentra gravemente enfermo y surge de inmediato la incertidumbre de si sobrevivirá o si quedará con secuelas importantes. Esta situación desestructura todo su entorno y les obliga a adaptarse a la nueva realidad, anteponiendo ante todo el tratamiento y cuidado del paciente y dejando a un lado sus propias necesidades.

Son ellos los que reciben las noticias de la evolución del enfermo y los que en muchos casos tienen la responsabilidad de tomar decisiones con respecto a su salud. De ahí la importancia de una información fluida, clara y comprensible en las situaciones críticas (Alonso-Ovies, 2014).

Es ampliamente conocido que, tanto para el paciente como para la familia, el ingreso en la UCI es una experiencia estresante, el paciente puede verse rodeado de cables, monitores, respiradores, así como de estímulos y ruidos irreconocibles que le pueden originar una situación de miedo e incertidumbre, Por otro lado, el ingreso en cuidados intensivos lleva a la familia a experimentar shock, incredulidad y ansiedad. Esto se debe a la incertidumbre sobre el pronóstico de su ser querido, así como a la separación física de su familiar en situación crítica. Esta situación puede causar en el resto de la familia una experiencia de desorganización y crisis familiar (Pardavila Belio, 2012).

f. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

La ansiedad de familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, es un estudio que se enmarca dentro de la investigación científica, siendo su tipo de método descriptivo y transversal.

Área de estudio

El estudio se efectuará en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Universo

La población a ser estudiada corresponde a los familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Para el estudio se considerarán a todos los familiares y allegados, siendo el único requisito de inclusión que sea mayor de edad.

Instrumentos de investigación

Para la recolección de datos en esta investigación se aplicarán dos escalas, una para medir cada variable: Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado. La información se registrará en dos cuestionarios mediante entrevista pre elaborada.

Se utilizará el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger (2008), escala E, que mide la ansiedad como estado. Se empleará esta escala debido a que la conceptualización de la ansiedad en el presente estudio corresponde a la propuesta formulada por el mencionado autor, que divide su presencia en dos variedades: como rasgo y como estado.

En el caso de la ansiedad como rasgo, corresponde a la presencia de la ansiedad como componente estable en la personalidad, generando una tendencia en el sujeto a experimentar ansiedad en mayor medida que quienes no lo posean. La ansiedad como estado tiene una presencia temporal, y se debe más a una respuesta emocional en el individuo como consecuencia de estimulación ambiental.

El IDARE se compone de dos escalas, una que mide el rasgo (R) y otra el estado (E). En la aplicación se las puede usar las dos al mismo tiempo, o solo una de ellas, dependiendo de lo que se quiera medir.

Cada una de las escalas se compone de 20 ítems, frases aseverativas que describen un sentimiento o característica. Se dan cuatro opciones de respuesta descritas en una actitud específica, a las cuales se les asigna puntajes que van de 0 a 3: nada (0), algo (1), bastante (2) y mucho (3). El sujeto al que se le aplica debe elegir la que describa mejor su situación. Al final se calcula el resultado y se obtiene un puntaje, que corresponderá a una de tres posibles categorías; en el caso de la ansiedad como estado: bajo nivel de ansiedad, medio nivel de ansiedad o alto nivel de ansiedad.

Dentro del inventario existen preguntas específicas que indican la presencia o ausencia de ansiedad de la siguiente manera:

Ansiedad Estado:

Presencia de ansiedad corresponden a las siguientes preguntas: 3-4-6-7-9-12-13-14-17-18.

Ausencia de ansiedad corresponden las siguientes preguntas: 1-2-5-8-10-11-15-16-19-20.

Ansiedad Rasgo:

Presencia de ansiedad corresponden las siguientes preguntas: 22-23-24-25-28-29-31-32-34-35-37-38-40.

Ausencia de ansiedad corresponden las siguientes preguntas: 21-26-27-30-33-36-39.

Variables

Ansiedad-Rasgo

Ansiedad-Estado

Análisis de los datos

Una vez obtenidos los datos, que serán obtenidos mediante entrevista a los familiares de los pacientes, se procederá a un análisis cuantitativo y cualitativo, con los que, mediante gráficos y cuadros estadísticos de frecuencia absoluta y relativa, se evidenciará el nivel de ansiedad de las personas que respondieron al cuestionario IDARE.

Fuentes de información primaria y secundaria

La información primaria se obtendrá directamente de las respuestas brindadas por los participantes en el cuestionario IDARE.

La información secundaria consistirá en la revisión bibliográfica de tesis de grado, artículos de revistas científicas, libros de consulta, diccionarios de psicología, enciclopedias, etc.

Consideraciones éticas

La investigación será verdadera, objetiva, realista, respetando a los participantes, como ellos al investigador. En cada intervención, o al contacto con el participante, se explicará detalladamente el motivo de la entrevista, los objetivos del estudio, y se solicitará su consentimiento para que pueda responder con veracidad de tal forma que la información obtenida sea confiable y no se encuentren errores en los resultados.

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Proyecto: Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja

| Materiales y equipo | Valor |
|--|---------------|
| Impresiones. | 40,00 |
| Copias. | 40,00 |
| Transporte. | 25,00 |
| Internet. | 50,00 |
| Empastado | 20,00 |
| Lápiz, Esfero, Borrador, hojas, perfil | 30,00 |
| Varios. | 50,00 |
| Total | 255,00 |

Elaborado por: Israel Fernando Morocho Cabezas.

El financiamiento se cubrirá con fondos propios.

i. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Ovies, J. A. (2014). Espectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*.
- Anaya, N. C. (2010). *Diccionario de Psicología*. Bogota: ECOE EDICIONES.
- Anderson Díaz Pérez, Z. B. (2014). Cuidado y comunicacion por parte de enfermeros a familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos . *Revista Cultural del Cuidado*.
- Bourne, E. (2012). Haga Frente a la Ansiedad. En E. Bourne, *Haga Frente a la Ansiedad*. Barcelona, España: Editorial Amat.
- Cach–Castañeda, D. T.–G.-M.–A.–U. (2015). Factores sociodemográficos y hospitalarios relacionados con el nivel de ansiedad en familiares con pacientes pediátricos. *Enfermería Universitaria*.
- Camila Cardenas, D. L. (2014). NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL. SINCELEJO.
- Cascardo, P. E. (2016). *Ansiedad, Estrés, Pánico y Fobias (100 preguntas, 101 respuestas)*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones B Argentina S.A.
- Castro, M. R. (2015). *La Ansiedad: Estrategias Prácticas para manejarla paso a paso*. Madrid, Las Rosas: bibliotecaOnline SL.
- David A. Clark, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. New York: DESCLÉE DE BROUWER, S.A. .
- Fernández, C. (10 de Diciembre de 2015). *cuidateplus*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html>
- Fernandez-Marcos, A. C.-E. (2014). Un caso de ansiedad generalizado o un problema de asertividad: el análisis funcional como herramienta clave para fijar el plan de tratamiento. *Casos Clínicos en Salud Mental*, 3.

- Florián, A. M. (22 de Aabril de 2012). *Que hay de interesante en Medicina*. Obtenido de <https://alejandromeloflorian.wordpress.com/2012/04/22/neurobiologia-de-depresion-y-ansiedad/>
- Instituto, N. d. (2016). *ANXIETY AND DEPRESSION ASSOCIATION OF AMERICA*. Obtenido de <https://adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics#>
- Martín, A. R. (2015). *lifeder.com*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/consecuencias-de-la-ansiedad/>
- Martínez, A. I. (2012). Estres Ansiedad y Estilos de Afrontamiento de Padres con Hijos Internos en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Electronica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 29.
- MD, A. M. (22 de Abril de 2012). *Que hay de interesante en Medicina* . Obtenido de <https://alejandromeloflorian.wordpress.com/2012/04/22/neurobiologia-de-depresion-y-ansiedad/>
- Monserrath, V. L. (01 de septiembre de 2013). *La Nacion*. Obtenido de <https://www.nacion.com/ciencia/aplicaciones-cientificas/los-trastornos-de-ansiedad-se-curan/YJAPF4A5NZGANMROG7MHXP5X2M/story/>
- Pardavila Belio, C. V. (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*.
- Rangel Ávila, J. H. (2012). La ansiedad de los padres incrementa la ansiedad preoperatoria en el paciente pediátrico cuando este va a someterse a cirugía ambulatoria. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*.
- Rojas-Carrasco, K. E. (2013). Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 606.
- Torres Vanesa, C. M. (2013). Ansiedad. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 1.
- Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad del DSM-5. *Revista iberoamericana de Psicomatica*, 63,64,65.
- Trickett, S. (2009). Supera la Ansiedad y la Depresión. En S. Trickett, *Supera la Ansiedad y la Depresión*. Hispano Europea.

- Vargas, F. V. (24 de junio de 2014). *emol*. Obtenido de emol:
www.emol.com/noticias/Tendencias/2014/06/24/740514/Conoce-el-impacto-de-la-ansiedad-en-cada-organo-del-cuerpo.html
- Wendy Navas, M. J. (2012). TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX*, 498.
- Zúñiga, D. M. (26 de Octubre de 2017). Intervención de Enfermería y nivel de Ansiedad en madres con hijos hospitalizados en UCI neonatal. *Intervención de Enfermería y nivel de Ansiedad en madres con hijos hospitalizados en UCI neonatal*. Bogotá , Cundinamarca, Colombia.
- Brevis Urrutia, I. y Silva Garrido, P. (2011). Creencias, sentimientos e incertidumbre. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 26(1), 27-34. Recuperado de:
<http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2011-1/5.pdf>
- Centro de Apoyo. (2010). *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Recuperado de
<http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- Ministerio de Salud Pública, Ecuador (MSP). (2013). *Plan nacional del buen vivir*. Quito, Ecuador: Autor.
- Ramón, L. M. (2013). *Plan de estudios ajustado 2013*. Loja, Ecuador: UNL.

j. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 1: MATRIZ OPERACIONAL

Proyecto: Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja.

| Variable dependiente | Dimensión | Indicadores | Escala |
|--|---|---|---|
| Ansiedad: un modelo complejo y variable de conductas, desarrolladas por el ser humano ante situaciones de amenaza o de peligro a la propia integridad física o a la autoestima, ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre y la posibilidad de pérdida o | Conductas personales (rasgo) y situacionales (estado) | Ansiedad Rasgo 1. Me siento calmado. 2. Me siento seguro. 3. Estoy tenso. 4. Estoy contrariado. 5. Me siento cómodo (estoy a gusto). 6. Me siento alterado. 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras. 8. Me siento descansado. 9. Me siento angustiado. 10. Me siento confortable. 11. Tengo confianza en mí mismo. 12. Me siento nervioso. 13. Estoy desasosegado. 14. Me siento muy “atado” (como oprimido). 15. Estoy relajado. 16. Me siento satisfecho. 17. Estoy preocupado. 18. Me siento aturdido y sobreexcitado. 19. Me siento alegre. 20. En este momento me siento bien. | Casi nunca Algunas veces Frecuentemente Casi siempre |

| | | |
|--|---|--|
| <p>fracaso, en el que quedan incluidas tanto respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como estados emotivos y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego”</p> <p>González (2012)</p> | <p>Ansiedad Estado</p> <p>21. Me siento bien. 22. Me canso rápidamente. 23. Siento ganas de llorar. 24. Me gustaría ser tan feliz como otros. 25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto. 26. Me siento descansado. 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada. 28. Veo que las necesidades se amontonan y no puedo con ellas. 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia. 30. Soy feliz. 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente. 32. Me falta confianza en mí mismo. 33. Me siento seguro. 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades. 35. Me siento triste (melancólico). 36. Estoy satisfecho. 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia. 38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos. 39. Soy una persona estable. 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado.</p> | <p>Casi nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Frecuentemente</p> <p>Casi siempre</p> |
|--|---|--|

Elaborado por: Israel Morocho Cabezas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 2: ENTREVISTA ANSIEDAD-ESTADO

Proyecto: Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja.

Instrucciones: algunas expresiones que la gente emplea para describir el estado de ansiedad se exponen abajo. La cada frase y marque la que indique cómo se siente en estos momentos. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

No. _____

1. Datos generales:

Nombre: Sexo: M () F ()

Edad: Parentesco:.....

| N° | VIVENCIAS | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | FRECIENTE MENTE | CASI SIEMPRE |
|----|---|------------|---------------|-----------------|--------------|
| 1 | Me siento calmado | | | | |
| 2 | Me siento seguro | | | | |
| 3 | Estoy tenso | | | | |
| 4 | Estoy contrariado | | | | |
| 5 | Me siento a gusto | | | | |
| 6 | Me siento alterado | | | | |
| 7 | Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo | | | | |
| 8 | Me siento descansado | | | | |
| 9 | Me siento ansioso | | | | |
| 10 | Me siento cómodo | | | | |
| 11 | Me siento con confianza en mí mismo | | | | |
| 12 | Me siento nervioso | | | | |
| 13 | Estoy agitado | | | | |
| 14 | Me siento a punto de explotar | | | | |
| 15 | Me siento relajado | | | | |
| 16 | Me siento satisfecho | | | | |
| 17 | Estoy preocupado | | | | |
| 18 | Me siento muy preocupado y aturdido | | | | |
| 19 | Me siento alegre | | | | |
| 20 | Me siento bien | | | | |

3. Estado de Ansiedad Habitual

Instrucciones: algunas expresiones que la gente emplea para describir el rasgo de ansiedad se exponen abajo. La cada frase y marque la que indique cómo se siente generalmente, habitualmente.

| N° | VIVENCIAS | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
|----|---|------------|---------------|----------------|--------------|
| 21 | Me siento mal | | | | |
| 22 | Me canso rápidamente | | | | |
| 23 | Siento ganas de llorar | | | | |
| 24 | Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser | | | | |
| 25 | Pierdo oportunidades por no poder decidirme | | | | |
| 26 | Me siento descansado | | | | |
| 27 | Soy una persona tranquila, serena y sosegada | | | | |
| 28 | Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | | | | |
| 29 | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | | | | |
| 30 | Soy feliz | | | | |
| 31 | Tomo las cosas muy a pecho | | | | |
| 32 | Me falta confianza en mí mismo | | | | |
| 33 | Me siento seguro | | | | |
| 34 | Trato de sacarle el cuerpo a la crisis y a las dificultades | | | | |
| 35 | Me siento melancólico | | | | |
| 36 | Me siento satisfecho | | | | |
| 37 | Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente | | | | |
| 38 | Me afecta tanto los desengaños que no me los puedo sacar de la cabeza | | | | |
| 39 | Soy una persona estable | | | | |
| 40 | Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tenso y altero | | | | |



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

No. _____

Proyecto: Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital General “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja.

Yo, **Israel Morocho**, estudiante de la Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, por medio del presente me dirijo respetuosamente a usted para expresarle un cordial y afectuoso saludo, deseándole éxitos en su vida diaria y a la vez solicitarle muy comedidamente su consentimiento para realizar el desarrollo del siguiente cuestionario sobre el tema “Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos”, lo cual implica su participación.

Su decisión en la participación de este estudio es completamente voluntaria. Si usted no desea, tiene derecho a negarse.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Cédula:

.....
Firma de el/ la participante.

Gracias por su colaboración.