



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ANSIEDAD RASGO-ESTADO EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

VIANNEY PEÑA JAIMES

No. De. Cta. 1528971

DIRECTORA DE TESIS:

PhD. DRA.EN. PSIC. LETICIA CARREÑO SAUCEDO

TEJUPILCO, MÉXICO. ABRIL DE 2023

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO.....	14
CAPÍTULO 1. LA ANSIEDAD.....	14
1.1 Concepto de Ansiedad.....	14
1.2 Etiología	16
1.3 Factores generadores de Ansiedad.	20
1.4 Neurobiología de la Ansiedad	21
1.5 Tipos y niveles de Ansiedad.....	25
1.6 Manifestaciones de la Ansiedad.....	27
CAPÍTULO 2. LA FAMILIA Y EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN.....	29
2.1 Aspectos conceptuales de la Familia.....	29
2.2 Estabilidad Familiar.....	31
2.3 Impacto de la Hospitalización y fuentes de Ansiedad en los Familiares.	32
2.3.1 Impacto de la Hospitalización en cuidadores Hombres.....	37
2.3.2 Impacto de la Hospitalización en cuidadores Mujeres	38
2.4 Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la Familia.....	39
2.5 Las enfermedades Psicósomáticas.....	44
2.6 Percepción de los familiares respecto al enfermo.....	47
2.7 Importancia de la Familia durante la estancia del paciente en el Hospital. ...	48
2.8 Clasificación según el DSM-V	50
2.9 Criterios Diagnósticos de la Ansiedad Generalizada	51
2.10 Tratamiento.....	52
MÉTODO.....	57
Objetivo general	57
Objetivos específicos	57
Planteamiento del Problema	57
Tipo de Enfoque.....	58
Tipo de Estudio	59

Variable	59
Población	59
Instrumento	60
Diseño de la Investigación	61
Captura de la Información.....	61
Procesamiento de la Información.....	62
RESULTADOS	64
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES.....	76
SUGERENCIAS	78
REFERENCIAS.....	79
ANEXOS	85

PRESENTACIÓN

La ansiedad, es una emoción negativa que afecta día a día a un sinnúmero de personas y quienes tienden a presentarla en algún momento de su vida la viven como una anticipación cargada de malos presagios y en forma de temores que afecta terriblemente su estabilidad. Los familiares de pacientes en hospitalización pueden llegar a ser un blanco perfecto para la ansiedad, esto debido a que factores tanto económicos como personales se ven involucrados durante el periodo de espera, provocando tensiones y emociones negativas a la persona.

Se presenta una investigación acerca de la Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco, en donde se abordaron temas que sustentan este estudio, el marco teórico está conformado por dos capítulos; el primer capítulo aborda el concepto de ansiedad, la etiología y factores generadores de ansiedad, así mismo, contiene la neurobiología, tipos y niveles de ansiedad, además de la clasificación de acuerdo con el DSM-V.

En el capítulo 2 se enfatiza en la ansiedad y la familia del paciente hospitalizado abordando aspectos conceptuales de la familia, así como, el impacto de la hospitalización en los familiares, se da a conocer la percepción de la familia respecto al enfermo y la importancia de la familia durante la estancia del enfermo en el hospital.

En la metodología, se tiene como objetivo general de la investigación identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco.

Lo anterior queda reflejado en los resultados obtenidos, los cuales se presentan en porcentajes y frecuencias mismos que indican cómo se sienten las personas en el momento y generalmente; concluyendo que los familiares presentan ansiedad en niveles medio y alto, predominando en algunos casos el nivel alto de ansiedad.

Las sugerencias en el tratamiento ante los niveles encontrados de ansiedad dependerán mucho de las condiciones de cada familiar, ya que puede ir de simples recomendaciones para mejorar el estilo de vida hasta la medicación por especialistas en casos más graves.

RESUMEN

La Investigación de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de pacientes hospitalizados, tuvo como objetivo identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco. La investigación se realizó en la sala de espera del Hospital General de Tejupilco; se consideraron a todos los familiares mayores de 18 años, fueran hombres o mujeres pero que tuvieran algún parentesco con el hospitalizado, así mismo que tuvieran más de 12 horas en espera. Se tomaron en cuenta de manera intencional a 30 familiares. Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), de los autores Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio y Díaz-Guerrero, maneja tres niveles de ansiedad: bajo, medio y alto. Esta investigación fue de tipo transversal, ya que los datos se recolectaron en una sola ocasión a través de la aplicación del IDARE, mismo que permitió describir y analizar los niveles de ansiedad de la persona. Los resultados obtenidos, indican que en la escala Ansiedad-Rasgo el 36.7% de los familiares con pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco se encuentran con un nivel medio y el 63.3% en el nivel alto. En la escala Ansiedad-Estado (cómo se siente ahora mismo) el 70% de los familiares de los pacientes hospitalizados se encuentran en un nivel de ansiedad medio y un 30% presentan un nivel alto de ansiedad. En conclusión, los familiares de los pacientes que se encuentran hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco presentan ansiedad de un nivel que va del medio al alto.

Palabras clave: ansiedad, rasgo, estado, familiar, hospitalizado.

ABSTRACT

The Trait-State Anxiety Investigation in the relatives of hospitalized patients, aimed to identify the level of Trait-State Anxiety in the relatives of hospitalized patients at the General Hospital of Tejupilco. The investigation was carried out in the waiting room of the Tejupilco General Hospital; All relatives over 18 years of age were considered, whether they were men or women but who were related to the hospitalized person, as well as those who had been waiting for more than 12 hours. 30 relatives were intentionally taken into account. The Trait-State Anxiety Inventory (IDARE) was used, by the authors Spielberger, Martínez-Urrutia, González-Reigosa, Natalicio and Díaz-Guerrero, it manages three levels of anxiety: low, medium and high. This research was cross-sectional, since the data was collected on a single occasion through the application of the IDARE, which allowed the person's anxiety levels to be described and analyzed. The results obtained indicate that on the Anxiety-Trait scale, 36.7% of relatives with patients hospitalized at the General Hospital of Tejupilco have a medium level and 63.3% have a high level. On the Anxiety-State scale (how do you feel right now), 70% of the relatives of hospitalized patients have a medium level of anxiety and 30% have a high level of anxiety. In conclusion, the relatives of the patients who are hospitalized in the General Hospital of Tejupilco present anxiety of a level that goes from medium to high.

Keywords: anxiety, trait, state, family, hospitalized.

INTRODUCCIÓN

Puede llegar a considerarse que el tema de la ansiedad es reciente y que apenas se conocía como un trastorno antes del siglo XIX, sin embargo, puede que no sea del todo cierto que la ansiedad sea una construcción relativamente reciente; ya que se han encontrado indicios de que la ansiedad fue identificada claramente como un efecto negativo distinto y como un trastorno separado por los filósofos y médicos grecorromanos en los escritos filosóficos estoicos latinos, como los tratados de Cicerón y Séneca (Marc, 2015).

Es posible que Cicerón hiciera una primitiva distinción (que posteriormente se atribuiría a los trabajos de Cattell y Spielberger) entre dos maneras diferentes de manifestarse lo que hoy entendemos como ansiedad: una ansiedad estado, que denomina los momentos puntuales e intensos en los que se experimenta este tipo de emoción; y una ansiedad rasgo, que hace referencia a la propensión de cada persona a vivir con ansiedad, de forma más estable.

Desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad, hace su aparición el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en sus diferentes versiones, publicado por la Asociación de Psiquiatría Americana, en el que se establecen criterios diagnósticos para los trastornos relacionados con la ansiedad.

Desde el manual diagnóstico de 1980 hasta el actual, el DSM-V, no ha habido grandes cambios en cuanto a los trastornos de ansiedad, dado que la perspectiva es similar: estructurar los trastornos por categorías basándose principalmente en los síntomas y, ocasionalmente y de forma secundaria, por los posibles factores que los generan o causan (González, 2007, p. 32).

Pese a ello, la investigación continúa para generar una clasificación que no se base únicamente en criterios objetivos de los síntomas predominantes, y poder en un futuro establecer una clasificación en la que se tengan en cuenta desde factores genéticos hasta el papel que juegan los factores ambientales y sociales; una clasificación biopsicosocial que combine aproximaciones diferentes.

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, entre otros) y motor (acciones como la evitación huida y escape) (Morocho, 2018, p. 12).

Es así, que retomando lo que dice Rojas (2014) “la ansiedad se considera una emoción negativa que se vive como amenaza, como anticipación cargada de malos presagios, de tonos difusos, desdibujados y poco claros” (p. 15).

Los temores vienen de todas partes y de ninguna, no se puede luchar contra la ansiedad de forma racional, es persistente y provoca reacciones físicas y psicológicas que se escapan de esa persona y que no son fáciles de manejar.

En consecuencia, el panorama estadístico de la ansiedad en México y América Latina sitúa en aproximadamente 450 millones de personas son aquejadas algún tipo de trastorno mental en todo el mundo, por lo que el trastorno de ansiedad es el trastorno mental más común en los Estados Unidos y México. Lo anterior puede repercutir en algún momento de sus vidas, por lo que se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de trastorno de ansiedad, sumado a esto que uno de cada ocho norteamericanos entre los 18 y los 54 años padece algún tipo de trastorno de ansiedad; este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas (Virues, 2005, p.21).

Por su parte, Anaya (2010) refiere que la ansiedad es “la sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes caracterizados por el predominio de la tensión física” (p. 18).

Se manifiesta por cualquier amenaza percibida sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria.

De acuerdo con el concepto de ansiedad, los familiares del paciente hospitalizado esperan que su ser querido se recupere pronto o esté fuera de peligro de muerte, ante tal situación la ansiedad es la agrupación de sensaciones molestas o impresiones subjetivas y objetivas que pudieran manifestar los familiares del paciente tales como: incomodidad, intranquilidad, caminar de un lado a otro, ganas

de huir o luchar, buscar seguridad o información acerca del estado de salud de su ser querido.

Por otro lado, existe también el hecho de que la presencia de ansiedad varía mucho en las personas, se observa que esta puede ser constante a través del tiempo en algunos, y ser únicamente pasajera en otros, lo que llevaría a una nueva dimensión en la revisión de esta variabilidad en su aparición. Autores como Cattell y Spielberger revisan estas distintas manifestaciones relativamente independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo (González, 2007).

Lorenzo (2003) refiere que la ansiedad-estado, es una condición o estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; tal estado puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo; mientras que la ansiedad como rasgo, son las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la ansiedad-estado.

En el campo de estudio sobre la ansiedad en familiares con pacientes hospitalizados en México nos encontramos con pocos estudios referentes al tema y en muchos de los casos las investigaciones y resultados no son suficientes o en su caso son realizados fuera del país.

Algo muy importante es que fuera de México, se han realizado investigaciones que han aportado gran información, por ejemplo Tipe (2016) presentó un trabajo de investigación titulado “ Nivel de ansiedad del familiar del adulto crítico hospitalizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Carlos Tupia Garcia Godos de Essalud, Ayacucho”, tuvo el objetivo de determinar el nivel de ansiedad del familiar del paciente adulto hospitalizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital mencionado; siendo su población 40 familiares y dentro de los hallazgos más significativos determinaron que el 62,5% presenta nivel medio de ansiedad, el 11 22,5% nivel alto y el 13% presenta un bajo nivel de ansiedad. Concluyendo que hay un porcentaje considerable de familiares con alto nivel de ansiedad y es mayor en

familiares entre 20 y 35 años, de sexo femenino y en condición de padres o esposos/as.

Por otra parte, Morocho (2018) realizó su trabajo de investigación “Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital general Isidro Ayora de la ciudad de Loja, Ecuador”. Se trata de un estudio descriptivo y transversal, donde los objetivos fueron: determinar el nivel de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos; participaron 51 familiares de pacientes hospitalizados, se utilizó el inventario IDARE.

Concluyendo que 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 %.

Dentro del territorio mexicano Esquivel (2007), realizó un estudio en Coahuila, México, titulado “La ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados” donde se aplicaron dos encuestas a los acompañantes de los enfermos (familiares o no) de un hospital de tercer nivel, el muestreo fue no probabilístico. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión, mediante los cuestionarios HAADS y Beck, en los familiares o acompañantes de los enfermos hospitalizados.

Como resultado de dicho estudio, Esquivel concluye que la ansiedad de nivel moderado se presentó en el 18,3% de familiares seguido del nivel leve (18,3%) y severo (12,7%).

Rojas (2013) realizó un estudio sobre los “Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva”. El propósito de este trabajo fue conocer las diferencias en los niveles de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en los padres y las madres con un hijo en terapia intensiva. Se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-

Estado a 50 parejas de padres que tenían un hijo en terapia intensiva de un hospital de pediatría.

Según los percentiles que Rojas obtuvo para este tipo de muestras, la ansiedad en las madres fue de intensidad leve (rasgo) a moderada (estado) y en los padres, de moderada (rasgo) a severa (estado); esto indica que los padres son quienes presentan en ese momento un estado de ansiedad severo a diferencia de las madres quienes sus niveles de ansiedad al momento de la aplicación son moderados, pero de manera general ambos presentan un nivel moderado de ansiedad.

Considerando los datos anteriores, surge la inquietud de realizar una investigación sobre la Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de los pacientes hospitalizados, esto con el propósito de identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado de los familiares que esperan por un paciente hospitalizado en el Hospital General de Tejupilco.

Se ha elegido esta población debido a que existen pocos estudios que revelen la realidad por la que están pasando estas personas en cuanto a sus niveles de ansiedad, lo cual resulta bastante viable al disponer de los recursos y materiales necesarios para obtener la información.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. LA ANSIEDAD

El mundo actual implica una época de grandes cambios, con ritmos de vida enormemente acelerado, mayor demanda de competencia y especialización; esto puede generar ansiedad en la mayoría de las personas, pero en especial pueden verse afectadas aquellas que están más vulnerables a factores estresantes diarios como los familiares que tiene un paciente dentro de un hospital.

1.1 Concepto de Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el individuo ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas para sí mismo o para otros que considere importante en su vida, es así que, al reaccionar de manera no adaptativa la ansiedad puede llegar a ser nociva en caso de que llegue a presentarse de manera excesiva y frecuente.

El concepto de ansiedad en su uso de manera cotidiana puede referirse a un estado de ánimo transitorio en el cual existe tensión, miedo, un deseo intenso o anhelo, estrés ante la demanda y un estado de sufrimiento.

Algunos autores conceptualizan la ansiedad bajo las mismas características y consideraciones personales muy poco diferibles:

Virues (2005) refiere que el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, congoja o aflicción, de esta manera se considera “la ansiedad como una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno” (p. 47).

Según Chalifour (1994) la ansiedad “se caracteriza porque es una opresión difusa; difiere del miedo en cuanto a que no es específica, vaga y sin objetivo” (p. 18). Se asocia a un sentimiento de incertidumbre y esperanza; constituye una amenaza para el corazón o la esencia de la personalidad.

En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente difuso, pudiendo llegar a al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no denominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marcks, 1986, p. 55).

Por otra parte, Reyes (1993) menciona que en la semiología psiquiátrica la ansiedad se conceptualiza como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad:

- Ansiedad como sentimiento, es una sensación normal de tensión provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
- Ansiedad como síntoma (ej. "siento como si me van a dar una mala noticia" o "como un mal presentimiento", "nerviosismo", "ansias", "temor a no ser que", etc.) forma parte de cualquier enfermedad psiquiátrica y constituye el componente psicológico esencial de los trastornos de ansiedad.
- Ansiedad como síndrome, es el conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías. El síndrome ansioso puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; hipertiroidismo, hipoglicemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o bien ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.
- La ansiedad como enfermedad, es cuando el cuadro clínico ansioso está claramente definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento. Es por lo tanto un trastorno primario (ej. trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por fobia social, entre otros).

1.2 Etiología

Aunque la ansiedad puede definirse de diversas maneras de acuerdo a las características de esta, también las causas pueden ser variadas; es así que, puede ser originada a causa de factores tanto biológicos como psíquicos.

Como lo menciona Virues (2005) la ansiedad a menudo no tiene un solo origen, sino que combina varias cosas; por ejemplo, biológicamente actúa desencadenando ansiedad de dos maneras fundamentales:

- La ansiedad aparece como un síntoma más de una enfermedad, lo cual es relativamente frecuente en las de marcada gravedad: cánceres de distinto tipo, enfermedades vasculares serias, adicción a la heroína, sida. En unas, lo que está en primer plano es el dolor crónico que no cede o la posible amenaza de aparición de un síndrome de abstinencia, que pone a ese paciente al borde de una situación límite.
- La ansiedad como crisis añadida, que aflora de modo súbito, inesperado, sin previo aviso. Suele ser la elaboración psicológica que se produce tras un padecimiento.

En cuanto a lo psíquico, se refiere a lo que desde Freud se conoce con el nombre de psicodinámico: la articulación de los diferentes momentos biográficos, que se conexionan entre sí y pueden hacer emerger la ansiedad cuando se analiza o recorre la propia vida.

De acuerdo con Rojas (2014) se pueden distinguir tres esferas dentro del perímetro de los factores psíquicos que generan ansiedad:

- Traumas biográficos:

Durante su desarrollo el sujeto puede enfrentarse o tener ciertos traumas, el hombre sano los supera y los acepta por bueno el que se produjeran, ya que, por lo general, sirven para la maduración de la personalidad. Sin embargo, el neurótico queda atrapado en ellos, no sabe salir de esas mallas tejidas de sinsabores.

- Factores predisponentes:

Contienen a aquellos elementos que, de forma sumativa, van a ir colocando al sujeto en situaciones ansiosas, en las que se juntan además otros sentimientos diversos, como la frustración, la agresividad y el trabajo no gratificante.

Además, se incluyen situaciones ambiguas y contradictorias, problemas afectivos no resueltos, personalidad sin hacer (que no ha tenido un modelo de identidad y que, por tanto, no se ha encontrado a sí misma), problemas económicos, situaciones de salud personales y familiares, entre otros.

- Factores desencadenantes:

Se consideran aquellos factores y elementos que van moviendo la biografía hacia la ansiedad supone un vaivén fluctuante que termina desatando oleadas de temores difusos dando origen a la ansiedad.

Recalcando que en la situación en que se lleva a cabo la investigación pudiesen estar presentes los factores predisponentes al ser los familiares quienes sufren la espera por el paciente y no eligen estar en esa situación en que carecen muchas veces del cuidado personal e higiene necesaria, eso sin mencionar la alimentación y la falta de descanso.

En todo caso, si existen factores desencadenantes para la ansiedad en personas que están en estas situaciones, es decir, la falta de economía, la espera, el cuidado de la familia no enferma en el hogar y la gravedad del paciente por supuesto que son desencadenantes de la ansiedad en familiares que esperan por un paciente hospitalizado en cualquier lugar.

Es así que, cada vez más personas sufren un ataque de ansiedad por primera vez, sin ni siquiera percatarse de lo que está pasando, las personas tienden a pensar que algo grave le está pasando al sentir esas sensaciones tan desagradables, hasta al punto de creer que va a tener un ataque al corazón y que se va a morir; o bien que se está volviendo loco o incluso que va a perder el control o desmayarse.

Por esta razón, es importante mantener la calma y ser consciente de que, aunque la sensación sea muy desagradable, no es peligrosa, ya que físicamente el organismo está funcionando correctamente.

Una vez que el ataque de ansiedad llegue a su fin, la persona se sentirá perfectamente, por lo que controlar las emociones es la clave para resolver este problema y de esta forma manejar la ansiedad cuando se produzca el ataque ansioso.

De acuerdo con Burns (2006) existen muchas teorías sobre las causas de la ansiedad, pero las siguientes cinco toman relevancia en el tema de la ansiedad:

- Teorías Conductistas:

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente.

Según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza.

- Teorías Cognitivistas:

Considera a la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas, el individuo etiqueta de forma mental la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, se puede tener una sensación física molesta en un momento determinado, la mayoría de las personas no concederán ningún significado a esta experiencia; no obstante, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

- Teoría Intrapersonal:

Echenique, Fierro y Ospina (2009) mencionan que la teoría Intrapersonal o Intrapsíquica de la conducta relacionada con la ansiedad de la persona desarrolla mecanismos de defensa para proteger el yo de la ansiedad que surge del conflicto interno.

Freud consideró que la motivación primordial de la conducta humana era la ansiedad, es decir, una experiencia de tensión o pánico que parece no tener finalidad u objeto. El objeto de la ansiedad es inconsciente y está relacionado con la pérdida de la autoimagen.

Dado que la ansiedad es una experiencia muy desagradable, las personas tienen diversos mecanismos innatos para defenderse contra ella, los mecanismos de defensa son las facultades que el Yo, pone en juego para protegerse contra la ansiedad, estos mecanismos actúan más allá de la conciencia. La ansiedad es la respuesta al material inconsistente que amenaza con salir a la conciencia.

La teoría intrapersonal ve los trastornos de ansiedad como una reacción al futuro peligro anticipado basado en las experiencias pasadas tales como la separación, la pérdida de amor o la culpa. El peligro puede ser interno o externo.

- Teoría Interpersonal:

Según Alba (2004) las personas con trastornos de ansiedad se vuelven ansiosas cuando se sienten o temen la desaprobación de las personas allegadas. Pueden sentirse atrapados en circunstancias desagradables, pero creen que son incapaces de dejar la situación. Como temen el abandono de los demás son incapaces de comportarse de forma asertiva durante el conflicto, la ansiedad experimentada durante el conflicto interpersonal se desplaza al entorno inmediato, lo que les permite negar los problemas interpersonales.

- Teoría del Aprendizaje:

Cómo menciona Alba (2004) los temores pueden ser aprendidos indirectamente de las personas allegadas, es decir, si un niño observa a un padre que experimenta ansiedad en ciertas situaciones, el niño puede aprender que la ansiedad es la respuesta. Las personas que padecen una alta ansiedad peculiar, tienden a ver más peligroso el mundo comparado con las que la tienen baja y responden a la percepción de la amenaza con un mayor incremento en sus estados de ansiedad. Un niño puede aprender los miedos parentales a través de la información dada por el padre. Así, un padre puede hablar de los peligros de salir al exterior cuando esta oscuro, y el niño puede desarrollar agorafobia durante la noche.

1.3 Factores generadores de Ansiedad.

Echenique, Fierro y Ospina (2009) mencionan que las situaciones que pueden generar ansiedad se encuentran día a día y durante cada etapa del desarrollo humano, es así que, un mismo agente puede alterar de diferente forma a cada individuo, por lo que este necesitará readaptarse constantemente a las diversas situaciones angustiosas.

Por lo tanto, la reacción de determinada persona a una situación específica parece depender enormemente de la manera en que ésta interpreta o percibe la situación; el peligro potencial objetivamente asociado con ella no es lo único que cuenta. De esta manera pueden identificarse diferentes factores que pueden ser causa de ansiedad, como lo son:

- Factores biológicos (predisposición genética):

Una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social. Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno.

- Factores psicosociales:

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales.

Los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

- Factores traumáticos:

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, entre otros; estos acontecimientos suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

- Factores psicodinámicos:

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo.

La ansiedad como señal de alarma provoca que el "yo" adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo-compulsivos.

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia.

1.4 Neurobiología de la Ansiedad

Gómez (2007) desde la neurobiología plantea que existe una anatomía de las emociones, que hay regiones del cerebro que tienen una función crucial en su

experimentación. Se plantea, además, que todo proceso cognitivo y emocional comprende todo el cerebro (p. 23).

Considerando lo anterior, las emociones estarían localizadas en el sistema límbico, una región que comprende varias estructuras profundas del cerebro como el cíngulo, la amígdala, el hipotálamo, el hipocampo, y otras, estructuras todas ellas con conexiones con el tallo cerebral-médula oblongata. El tallo cerebral-médula oblongata da salida al nervio Vago, nervio que inerva casi todos los órganos del tórax y del abdomen, entre ellos el corazón y el intestino. Para una mejor comprensión sobre las bases neurobiológicas de la ansiedad se describen las estructuras anatómicas y mecanismos químicos involucrados en la ansiedad.

Estructuras neuroanatómicas de la ansiedad:

1. Amígdala
2. Locus Ceruleus
3. Tálamo
4. Hipotálamo
5. Substancia Gris Periacueductal
6. Hipocampo
7. Corteza Orbito-Frontal

1. Amígdala:

La amígdala es una estructura importante para la ansiedad, las lesiones en la amígdala del hombre producen un efecto calmante, y la estimulación eléctrica de la amígdala en pacientes bajo los efectos de anestesia local provoca sentimientos de miedo y confusión (Sanders y Shekhar, 1995, p. 11).

Es una estructura localizada en el lóbulo temporal para coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad; envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens (implicado en el condicionamiento de recompensa), núcleos de la estría terminalis (vía importante del factor liberador de corticotropina asociado al condicionamiento), hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (importante para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa) (Sanders y Shekhar, 1995, p. 64).

Como se puede deducir, las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculo esqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo.

Por lo anterior, se puede decir que la amígdala sería también un centro regulador, evaluando los informes exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de alarma.

2. Locus Ceruleus:

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiacepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador.

Así mismo, recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo. La información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigantocelularis y el núcleo prepositus hipoglosa. La información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica (proyecciones glutamatérgicas).

De la misma forma, el locus ceruleus envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad. Por todo esto se convierte en un centro importantísimo de respuesta ante cambios del medio interno y externo.

Es importante recalcar que el locus ceruleus se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos.

3. Tálamo:

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico.

4. Hipotálamo:

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés.

5. Substancia Gris Periacueductal:

Parece estar ligada a la respuesta al miedo. Un peligro inminente, es transmitida desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la substancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor (el animal rondando) provoca un comportamiento de "congelamiento" por la vía de la substancia gris periacueductal ventrolateral (Goddard y Charney, 1997, p. 48).

6. Hipocampo:

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla.

7. Corteza Orbitofrontal:

Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas.

1.5 Tipos y niveles de Ansiedad

De acuerdo con Castillo (2012) la ansiedad se clasifica en dos tipos: la ansiedad normal o positiva y la ansiedad patológica:

1. La ansiedad normal o positiva:

Este tipo de ansiedad es adaptativa y permite a la persona responder al estímulo de forma adecuada. Se presenta ante estímulos reales o potenciales (no imaginarios o inexistentes). La reacción es proporcional cualitativa y cuantitativamente en tiempo, duración e intensidad.

Rojas (2014) menciona que la ansiedad positiva es aquel estado de ánimo presidido por el interés, la curiosidad, el afán de conocer y ahondar en tantas cosas atractivas y sugerentes como tiene la vida. Tanto es así que existe una expresión coloquial muy frecuente: se dice de alguien que «tiene muchas inquietudes» cuando en su personalidad se manifiesta ese deseo de enriquecerse interiormente. (p. 14)

2. La ansiedad patológica:

La ansiedad se considera patológica cuando el estímulo supera la capacidad de adaptación de respuesta del organismo y aparece una respuesta no adaptativa,

intensa y desproporcionada, que interfiere con el funcionamiento cotidiano y disminuye el rendimiento. Se acompaña de una sensación desagradable y desmotivadora, síntomas físicos y psicológicos, y persiste más allá de los motivos que la han desencadenado.

El límite entre la ansiedad normal y la ansiedad patológica no es fácil de definir y puede variar entre los individuos en función de los rasgos de personalidad o, sobre todo, en función de lo que se ha descrito como un "estilo cognitivo propenso a la ansiedad".

Los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales señalan que la ansiedad debe considerarse patológica cuando "la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad".

Además de clasificarse la ansiedad por tipo, también puede clasificarse en tres diferentes niveles dependiendo de la gravedad de los síntomas: ansiedad baja, ansiedad, media o moderada y ansiedad alta.

- Ansiedad baja:

El cuerpo se mantiene en alerta por lo que pueda pasar, pero consigue descansar en el sueño y levantarse con la energía necesaria para enfrentarse a un nuevo día, permitiendo que un poco de ansiedad lo mantenga activo y dispuesto, sin tener afectaciones en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve.

- Ansiedad media:

La ansiedad da cabida al nerviosismo y pesimismo, haciendo que la persona se sienta en ocasiones sin ganas de seguir adelante; hace acto de presencia la preocupación por diferentes situaciones. Además, se empieza a notar que el ritmo de tu corazón es irregular, sobre todo en los momentos de más preocupación, presentar síntomas de cansancio, irritabilidad y problemas para concentrarse y conciliar el sueño.

- Ansiedad alta:

La preocupación ha dado paso a la angustia, surge el miedo, dudas y el sentimiento de impotencia ante la adversidad, se paraliza el cuerpo ante cualquier iniciativa, cualquier decisión, no hay concentración, porque los pensamientos están inmersos en un baile de desastres. Así mismo, los síntomas físicos se hacen evidentes en forma de tensión muscular, dolor de cabeza, nerviosismo, agitación, taquicardia o molestias estomacales.

Los individuos que con frecuencia están sometidos a altos niveles de ansiedad suelen sufrir dolores de cabeza, disminución de las defensas del organismo, úlceras, problemas de corazón, etc. También se produce un cambio en algunas conductas que se consideran saludables y aparecen otras como fumar, beber, drogas, entre otros.

1.6 Manifestaciones de la Ansiedad

La respuesta a la ansiedad puede ser una respuesta multidimensional en la que se involucran tres sistemas distintos: cognitivo (los pensamientos), fisiológico (respuestas orgánicas como sudoraciones o aceleración del ritmo cardíaco) y motor (conductas realizadas por el sujeto).

Considerando lo que dice Piedra (2012) respecto a la forma en cómo se manifiesta la ansiedad, se enfatiza en la creación de una perspectiva global de la forma en la que el sujeto responde ante la ansiedad y, aunque todos poseen un organismo distinto, así como una forma única de comprender la realidad o de reaccionar ante determinada circunstancia se observa cierta constancia en las respuestas.

Respuestas fisiológicas:

- Aceleración del ritmo cardíaco Incremento de la presión sanguínea.
- Aumento de la tensión muscular
- Aceleración de la frecuencia respiratoria
- Sudoración

- Sequedad en la boca

Respuestas psicológicas:

- Preocupación
- Anticipación
- Hipervigilancia
- Temor Inseguridad
- Sensación de pérdida de control

Respuestas motoras:

- Confrontación
- Distanciamiento
- Autocontrol
- Búsqueda de apoyo social

Es así que, la ansiedad puede incrementarse con un sentimiento de vergüenza afectando los procesos del pensamiento y del aprendizaje; además, tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones (Piedra, 2012).

Por lo tanto, siempre que se sospeche de un trastorno de ansiedad deben descartarse otras enfermedades médicas como las alteraciones de la tiroides, de la glicemia (azúcar en la sangre), del oído, del cerebro, del corazón y de la respiración, principalmente. De esta forma, se diagnosticará ansiedad generalizada cuando predominen una ansiedad o preocupación excesivas, persistentes y relacionadas con situaciones que se viven cotidianamente (Piedra, 2012).

CAPÍTULO 2. LA FAMILIA Y EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

Vila (1984) menciona que la aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

En consecuencia, para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (Vila, 1984).

Tobal (1999) alude a que los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico y la historia familiar.

En caso de enfermedad aguda-grave se puede observar que el grado de desajuste es muy grande, dada la necesidad de cambios homeostáticos en breves lapsos, generalmente de corta duración, ya sea por la rehabilitación del enfermo o por su muerte, en cuyo caso la familia se enfrentará al duelo que, en muchos casos será merecedor de apoyo terapéutico especializado (Tobal, 1999, p. 15).

2.1 Aspectos conceptuales de la Familia

Durante mucho tiempo, la familia fue y es considerada como una institución fundamental donde las personas se desarrollan como entes socioculturales, por lo que es de gran interés realizar un análisis sobre su conceptualización, pues su estructura y conformación ha cambiado y es vital que se reformule el concepto de

familia para darla a conocer no como una institución estática sino cambiante y por lo tanto con diferentes necesidades a satisfacer.

Como menciona Bautista, Arias y Carreño (2016) las familias son “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio” (p.35).

El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. En una familia, los miembros interactúan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de las del grupo de su entorno (padres, hijos, entre otros).

Así mismo, Cibanal (2006) concibe a la familia “como un sistema, un conjunto de reglas o principios sobre una materia, relacionados entre sí, que contribuyen a un fin determinado” (p. 17).

Destacan la interacción y el orden a una finalidad. La familia es un sistema abierto, pues intercambia con su entorno energía e información por lo que tiende hacia una evolución constante y un orden estructural.

Cabe resaltar que la familia implica en el ingreso y estancia hospitalaria del paciente, porque la pérdida de salud de uno de sus miembros afecta al resto, quedando la estructura familiar mermada y desestructurada por la enfermedad de uno de sus integrantes.

Por ello la familia intenta restablecer y reordenar su estructura a la nueva situación de enfermedad, involucrándose todos sus miembros de alguna manera, en la enfermedad que están padeciendo.

Por su parte, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2012), menciona que la familia “es el ámbito primordial de desarrollo de cualquier ser humano pues constituye la base en la construcción de la identidad, autoestima y esquemas de convivencia social elementales” (p. 12).

Como núcleo de la sociedad, la familia es una institución fundamental para la educación y el fomento de los valores humanos esenciales que se transmiten de generación en generación.

Del mismo modo se expresa que la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, tanto en periodos de dependencia (enfermedad) como en periodos de independencia e interdependencia, así mismo, menciona que las personas que disponen de un sistema de apoyo familiar efectivo soportan mejor las crisis de la vida (Boykoff, 1986, p. 34).

2.2 Estabilidad Familiar

Es importante destacar que la aportación de los cuidadores al cuidado se caracteriza por no ser institucional, no remunerada y no tiene límites de tiempo, es por ello que cuando la enfermedad se prolonga también lo hace el cuidado proporcionado por el cuidador, de forma que en varios estudios se ha señalado que éste puede experimentar repercusiones a nivel físico, emocional y social (Vargas, 2014).

La enfermedad afecta tanto al paciente como a su cuidador principal, que puede experimentar sobrecarga del cuidado y amenazar su bienestar físico y mental, disminuyendo las posibilidades de cuidarse a sí mismo. Ante esta situación, la calidad de vida de los cuidadores, que es definida como "la percepción que tiene el individuo sobre su estado de salud", un concepto multidimensional que a efectos de este estudio su medición fue a través de las dimensiones estado físico, emocional, social y las modificaciones del entorno. Ya que en estas áreas es en donde se ha identificado que repercute el cuidado (Cepeda, 2012).

Por otro lado, se ha encontrado que el cuidado afecta las relaciones familiares y sociales del cuidador por el aislamiento social que representa la hospitalización, encontrando en ocasiones limitadas las relaciones entre los familiares. Cuando se restringen las horas de visita al paciente, el cuidador es el vínculo de comunicación

entre éste, el resto de familiares y con el personal de salud (Covarrubias y Cepeda, 2012, p. 8).

La enfermedad de un miembro de la familia tiene un impacto en todos los familiares. Si el enfermo es quién lo mantiene, hay una preocupación natural sobre la pérdida de la capacidad para conservar la responsabilidad financiera de la familia; es posible que tanto el paciente como la familia se preocupen por saber el tiempo en que no podrá trabajar y sobre la vigencia de la incapacidad.

2.3 Impacto de la Hospitalización y fuentes de Ansiedad en los Familiares.

Ortega (2004) refiere que la hospitalización de la persona enferma puede generar en el familiar, ansiedad, angustia, estrés, producto de situaciones como pérdida del contacto con el ser querido, sentimientos negativos de aprehensión o temor sobre el área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos, las condiciones de la persona hospitalizada y la incertidumbre sobre lo que puede pasar.

En dichas unidades se conjugan varios aspectos que conforman una atmósfera psicológica especial y poco usual, frecuentemente constituye una experiencia nueva, única, a veces atemorizante y cobra especial relevancia la capacidad de adaptación a este nuevo estado y sistema de vida para el cual no se está preparado los diferentes procedimientos y normas institucionales que la rigen, la restricción a la participación del familiar en la atención del paciente, constituyen situaciones conexas que generan estrés en los familiares.

La enfermedad puede considerarse como una crisis, debido a la capacidad que tiene para desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún miembro, el nacimiento del primer hijo, entre otros; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de enfermedad y la dinámica del grupo familiar en torno a ella (Sierra, 2003).

La familia desempeña un contexto importante en la vida del paciente, es en su seno donde los miembros se proporcionan recursos físicos y emocionales para mantener

la salud, constituyendo un sistema de apoyo en épocas de crisis como es afrontar una enfermedad y hospitalización.

Se ha demostrado que ofrecer atención a la familia aumenta la resistencia, adaptación y ajuste de los mismos ante factores que causan estrés en la vida, por cuanto, cuando un miembro de la familia se enferma, el resto de los miembros se ven afectados (Sierra, 2003).

Acosta (2011), menciona que la familia “se considera un núcleo donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes” (p. 17).

Es así que, los cuidadores familiares son insustituibles y realizan una actividad que, en líneas generales, el sistema sanitario es incapaz de satisfacer porque corresponde a los afectos y las emociones; y si, en alguna medida, las instituciones sanitarias se propusiesen proporcionar estos cuidados su coste prácticamente sería inabordable.

Cabe resaltar que la atención no solo se centra en el paciente enfermo y discapacitado, sino también en el "cuidador" y su entorno familiar, que de igual forma sufre la enfermedad, según el grado de adaptación que tenga del problema.

El cuidador es un "paciente oculto" que precisa de un diagnóstico precoz de su patología y una intervención inmediata antes de que el deterioro sea difícilmente reversible, para lo cual los programas de atención domiciliaria deben tener como objetivo contemplar la atención al paciente inmovilizado y también la valoración del familiar (Acosta, 2011).

Además, es cada vez más necesario "cuidar al cuidador", estableciendo procedimientos, técnicas y habilidades en comunicación para dicho fin, que les lleven al autocuidado o que les ayuden a mejorar los cuidados que prestan.

La labor de cuidador puede convertirse en una práctica frecuente, porque tiene la responsabilidad de acompañar a la institución de salud para la evaluación del paciente, de modificar los estilos de vida (alimentación o actividad física) y de administrar los medicamentos, y ello deteriora su calidad de vida.

De acuerdo con Ortega (2004) la familia tiene cierta capacidad para la resolución de conflictos, por lo que “la capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en la familia” (p. 9).

La atención integral del sujeto y su familia es algo más que el alivio de los síntomas biológicos y psicológicos; conlleva, además, el conceder la supremacía del cuidado del paciente, así como entender la enfermedad en su contexto general; es decir entender la enfermedad en forma individual ligada a una persona, a una familia, a un entorno cultural y basada en una historia personal y familiar previa, y en una evolución futura de los seres allegados a aquel que se muere (Ortega, 2004).

De la misma manera que una enfermedad produce determinada sintomatología en el individuo que la padece, también puede ocasionarla en la familia de éste, debido a los cambios y alteraciones que introduce en el funcionamiento del conjunto familiar.

Ortega (2004) refiere que los principales signos y síntomas que con mayor frecuencia pueden encontrarse en una familia que vive con la presencia de una enfermedad grave o terminal son:

- Aislamiento y abandono:

Durante el proceso de enfermedad, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo.

Por otra parte, la reorganización disfuncional de la familia para atender al paciente genera que el cuidado y atención que generalmente se daba al resto de los miembros (hijos, pareja) se vea afectado, favoreciendo la aparición de nuevos

signos y síntomas tales como el mal rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, entre otros.

- Conflicto de roles y límites:

Cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades de rigidez, o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas; se presentarán serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, lo que podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el poder en los diferentes subsistemas, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, entre otros..

- Conflictos de pareja:

En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento.

Esto ocurre con mucha frecuencia cuando el enfermo es uno de los hijos y generalmente coincide con la existencia de conflictos anteriores.

- Problemas económicos:

Como se ha mencionado, las familias con un enfermo entran en una situación de desgaste económico cada vez más serio, aunque al principio de la enfermedad pareciera no ser tan intenso, ya que a pesar de los pocos recursos con los que la familia cuenta, no escatima esfuerzos en conseguirlos.

Sin embargo, al paso del tiempo, tienen cada vez más dificultad para mantener los gastos ocasionados por la enfermedad; incluso es motivo en muchos de los casos de abandono de tratamiento acaso llegara a pensar en él mismo antes que en el enfermo.

- Negación, cólera y miedo:

Tanto el paciente como la familia atraviesan por diferentes etapas que son: la negación, ira, negociación, depresión y aceptación, sin que necesariamente éste sea el orden de aparición de cada uno de los estados mencionados, y sin que cada uno de éstos sean resuelto con la muerte, ya que hay familias que quedan atrapadas en alguna de estas etapas aun cuando el paciente se ha marchado.

La negación es un síntoma que aparece desde el inicio de la enfermedad a partir del diagnóstico. Tanto la familia como el enfermo dudan que eso le haya podido pasar a él.

Luego de no tener una respuesta satisfactoria, la familia busca otras opciones que van desde la medicina alternativa hasta la brujería, lo que implica el retraso en el manejo del paciente con el consiguiente desgaste emocional, físico y económico.

La ira se ve representada en diferentes formas, tanto por parte del paciente hacia la familia como a la inversa. La familia en esta etapa culpa al enfermo por lo que hizo o dejó de hacer, tornándose hostil, incluso con el personal médico y favoreciendo situaciones de tipo legal.

Por lo que resulta una trampa responder a las agresiones de la familia en esta etapa que puede ser pasajera y que será resuelta en muchos de los casos de manera natural. En la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes.

La continua tensión emocional por este motivo no permite que la familia funcione de manera natural; la angustia de no estar presente en el momento de la muerte, de no proveer los cuidados pertinentes, de que el enfermo descubra que va a morir, o que la condición económica de la familia es intolerable, genera mucho estrés especialmente para el cuidador.

- Ambivalencia afectiva:

Se trata de la presencia simultánea de sentimientos encontrados en los miembros de la familia, mientras que por un lado desean que el paciente mejore y viva más tiempo, por el otro desean que ya todo termine con la muerte del enfermo “que ya deje de sufrir”. Se trata de un síntoma que es sistemáticamente abolido por la familia por ser moralmente inaceptable.

Sin embargo, la represión del síntoma y todo el estrés crónico pueden generar reacciones emocionales intensas, tales como crisis de ansiedad, culpa y depresión; o bien llevar a la elaboración de un duelo patológico.

2.3.1 Impacto de la Hospitalización en cuidadores hombres

Las relaciones sociales y las actividades de ocio y desarrollo personal se ven deterioradas, al asumir el cuidado, sobre todo si se alarga en el tiempo. También afecta de alguna manera al ámbito laboral, nos referimos no solo a pedir permisos de trabajo, sino el llevar arrastrado el cansancio del cuidado que se suma a las horas de trabajo.

La prestación de las tareas de cuidados conlleva una reducción de la participación en el ámbito laboral. Esto se traduce en una mayor exclusión laboral y una pérdida de las oportunidades laborales para las personas cuidadoras, con los consiguientes impactos económicos (disminución de los ingresos), así como en el desarrollo profesional, la autoestima y el apoyo social. Aunque los hombres destinan un volumen similar de tiempo a las tareas de cuidado que las mujeres, éstos pierden menos horas en la esfera privada. Este hecho puede estar relacionado con el menor tiempo destinado al trabajo doméstico de los hombres cuidadores con respecto a las mujeres cuidadora (Masanet y Parra 2009, p. 26).

Por otro lado, los hombres se ven más afectados por la reducción del tiempo destinado a la esfera laboral que las mujeres.

2.3.2 Impacto de la Hospitalización en cuidadores Mujeres

Se ha investigado sobre quién recae la realización del cuidado familiar, llegando a la conclusión de que es realizado por las mujeres (cónyuge o personal femenino más cercano) y personas de edad avanzada (mayores de 65 años), siendo las personas que se dedican únicamente a las tareas del hogar las que asumen este cuidado. El cuidado es realizado principalmente por las mujeres sin trabajo remunerado, reduciendo su vida social y personal y llevando mayor carga de trabajo total (Masanet y Parra 2009, p. 27).

Las mujeres asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales, se responsabilizan de las tareas más pesadas y demandantes y dedican más tiempo a cuidar. El coste que asumen las mujeres en sus vidas por el hecho de ser cuidadoras es elevado en términos de salud, calidad de vida, acceso al empleo y desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad del propio tiempo y repercusiones económicas. Las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clases sociales menos privilegiadas configuran el gran colectivo de cuidadoras en nuestro país (García, Rodríguez y Eguiguren 2004, p. 38).

Los cuidadores pueden tener considerablemente más necesidades psicosociales no atendidas que los mismos pacientes, como pueden ser sentimientos de tristeza, vergüenza, culpa, soledad, inseguridad, cólera, frustración y resentimiento.

La práctica del cuidado está muy unida a la naturaleza y a la condición femenina. Incluye elementos de reciprocidad, obligación y responsabilidad, y es un trabajo a menudo desvalorizado y, en general, muy poco reconocido. El cuidado informal se caracteriza por algunos rasgos esenciales: se realiza a otros o para otros; no es institucional; no está remunerado; se da gracias a la relación de parentesco, entre otros (Quero, 2003, p. 14).

El tiempo dedicado al cuidado es mayor en los hogares con menos ingresos en el caso de las mujeres, cuyo tiempo destinado a las tareas de cuidado va aumentando conforme disminuyen los ingresos del hogar al que pertenecen.

De este modo, el impacto negativo del cuidado es mayor en las mujeres en términos de reducción de vida social y personal, y mayor carga del trabajo total, esto es, la suma del trabajo remunerado y no remunerado. Dentro del colectivo de mujeres cuidadoras, las que pertenecen a hogares con menores ingresos son las más afectadas por el cuidado en su vida diaria. En los hogares con menos ingresos aumenta el tiempo de dedicación al trabajo no remunerado y se reduce de forma más drástica la esfera privada (Masanet y Parra 2009, p. 28).

Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado: son las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de niveles inferiores de clase social las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales en nuestro medio. Este hecho agrava la desigualdad de la carga que supone cuidar entre las propias cuidadoras, ya que las que cuentan con un empleo y buenas condiciones laborales, o las que tienen mayores ingresos que les permiten disponer de ayuda contratada, tienen un mejor acceso a los recursos de apoyo para cuidar que las que no están en esta situación. Las mujeres cuidadoras asumen con mayor frecuencia los cuidados de atención personal e instrumentales y están más implicadas en las tareas de acompañamiento y vigilancia, es decir, asumen los cuidados más pesados, cotidianos y que exigen una mayor dedicación. La tensión emocional y los posibles problemas de salud asociados aparecen cuando se percibe un nivel muy elevado de demandas y escasos recursos para controlar esa situación.

Recientemente, se ha sugerido que la combinación de estrés mantenido, demandas de cuidado físicas y una mayor vulnerabilidad biológica en cuidadores mayores puede incrementar su riesgo de problemas físicos de salud y, por tanto, un mayor riesgo de mortalidad (García, Rodríguez y Navarro, 2004, p. 40).

2.4 Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la Familia

Navarro (2004) afirma que la hospitalización representa una experiencia única e inesperada tanto para las personas enfermas como para los familiares que apoyan el cuidado, lo que conlleva a alteraciones en la vida diaria de los cuidadores por la dinámica propia del hospital, la comunicación con los familiares en algunas

ocasiones se torna insuficiente, de tal forma que la relación que lleva el receptor del cuidado es únicamente a través de la persona cuidadora, volviéndose éste el apoyo principal.

El hospital se convierte en un nuevo entorno para el paciente hospitalizado, que por el estado de salud o dependencia requiere de un acompañante. En algunas instituciones reciben el nombre de "familiar acompañante", y en este estudio se denominará "cuidador", definido como "persona, familiar, cónyuge, amigo o vecino que proporciona apoyo y cuidado al paciente hospitalizado".

Cuando una enfermedad llega a casa, no solo afecta a la persona que la sufre; toda la familia se ve enfrentada a lidiar con el nuevo huésped. Todos sus miembros necesitan ajustarse a los efectos de la enfermedad. Algunos cambios que pueden surgir son:

- La necesidad de que familiares cercanos se trasladen a vivir cerca del paciente, o viceversa. En algunas situaciones, las familias deben ser capaces de negarse ciertas comodidades temporales para velar por los intereses de la persona enferma.
- En algunos matrimonios es normal que, ante estas situaciones, las parejas sufran cierta pérdida de apetito sexual, debido a la ansiedad o al cansancio. Sin embargo, es importante que no dejen la intimidad sexual pues esto los llevará a fortalecer la unión en medio de la dificultad.
- La familia tendrá que reestructurar sus finanzas, reducir los gastos que no sean prioridad, y destinar recursos económicos en el tratamiento y búsqueda de ayuda profesional.

La ausencia en el hogar de alguno de los padres, o de ambos, provoca que el resto de los miembros de la casa, como los hijos o los hermanos, deban ajustarse a esta realidad. Será importante no olvidarse de los otros miembros de la casa mientras se enfrenta la enfermedad y esforzarse por pasar tiempo de calidad en familia.

Además del procesamiento de la enfermedad por la familia y del tipo de respuesta que ésta genere, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de la enfermedad y Ortega (2004) indica que son las siguientes:

1. Etapa del ciclo vital:

Debe investigarse el momento del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles.

El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de una familia y del miembro al que le ocurra; de tal suerte que no es lo mismo una enfermedad como la diabetes en el esposo económicamente activo en la etapa de independencia de los hijos, que una enfermedad vascular cerebral en el cónyuge en etapa de nido vacío.

De igual forma, no es lo mismo que aparezca la enfermedad en una familia que no ha enfrentado crisis familiares y que no ha puesto a prueba su capacidad para resolver conflictos, a que ocurra en una muy “golpeada” por éstas, cuyo desenlace puede ser muy prometedor o realmente catastrófico.

2. Flexibilidad o rigidez de roles familiares:

La enfermedad crónica, y más aún la terminal, supone una profunda crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser.

En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos.

En el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchas de las veces no se concede.

El rol de cuidador que generalmente se asigna a una mujer en nuestra cultura (madre, hermana mayor) genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio.

El paciente enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores.

De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la aparición de la enfermedad.

3. Cultura familiar:

Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de una enfermedad.

Es importante la interpretación que la familia hace de este proceso, ya que eso permite no sólo gozar de la confianza del grupo, sino además considerar sus costumbres y creencias para abordar la enfermedad de la manera más adecuada; en el momento que el paciente y su familia perciban rechazo a la interpretación que hacen de la enfermedad simplemente se retirarán.

4. Nivel socioeconómico:

No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la

crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos.

La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, entre otros.

Si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante o ama de casa (si ese fuera el caso).

En muchas ocasiones cuando se atiende a los pacientes poco nos detenemos a pensar sobre su situación económica, se prescriben medicamentos de elevados costos sin importar que el paciente pueda o no comprarlos; se solicitan estudios en muchos casos innecesarios; se visualiza que el paciente diabético no mejora, no lleva una dieta específica o simplemente no baja de peso y no se busca qué hay en el fondo de ese paciente difícil de controlar; quizá simplemente no tenga dinero y esté más preocupado por los problemas en casa que por su salud.

5. Comunicación familiar:

En general, en la cultura de Latinoamérica existe una fuerte tendencia por ocultar al enfermo que va a morir, convirtiendo el asunto en algo prohibido o negado, conocido como “pacto de silencio” o “conspiración de silencio”.

La conspiración de silencio consiste en una supuesta protección que familiares, amigos e incluso el médico y otros profesionales de la salud, tratan de proteger al paciente enfermo que va a morir, ocultándole la verdad, no dando opciones para hablar del tema, preguntar, aclarar, explicar, entre otros.

El complot generado alrededor del enfermo dificulta su convivencia con el grupo familiar, incluso con el médico, ya que percibe que hay información que no se le quiere dar y eso hace que disminuya su confianza, incluso en el propio médico. El hecho de que el paciente sospeche lo que va a ocurrir sin que pueda

confirmarlo, lo sumerge en una gran soledad, miedo e indecisión para despedirse de sus familiares.

En el paciente, la ansiedad y depresión causadas por la incertidumbre del complot familiar trae consigo más problemas que beneficios, no sólo para él, sino también para la familia y el médico.

2.5 Las enfermedades psicosomáticas

Aunque la ansiedad puede ser inofensiva en niveles bajos, si la ansiedad se vuelve elevada siendo esta sostenida y persistente puede servir como puerta de entrada a diferentes enfermedades psicosomáticas como pueden ser la gastritis, la úlcera de estómago, la opresión precordial, los dolores musculares y muchas más.

En el caso de los familiares que tiene un paciente en estado de hospitalización, puede que los niveles de ansiedad y las circunstancias a las que están expuestos los lleven a padecer el síndrome del cuidador.

Según Ortega (2004) el síndrome del cuidador se caracteriza “por problemas osteoarticulares y dolor mecánico crónico, alteraciones del ritmo del sueño, cefalea y astenia” (p. 10).

En la esfera psíquica destacan la ansiedad y la depresión, producidas como si se tratara de una verdadera transferencia depresiva por parte del enfermo. Así mismo, en las alteraciones psicofísicas se añaden problemas como el aislamiento social, los problemas familiares desatados a partir de que el cuidador sólo se ocupa del enfermo (cambio de roles, abandono de otros miembros) e incluso problemas económicos.

Por otra parte, el cuidador comienza a dejar de preocuparse por su arreglo personal, esto debido a que el tomarse un tiempo para su cuidado personal le puede generar un sentimiento de culpa por pensar primero en el mismo antes que en el enfermo. En general, se identifica al cuidador familiar con la figura femenina ya que son las

mujeres quienes soportan mayores cargas y tienen más asumido el cuidado de la salud como una responsabilidad exclusivamente suya (Ortega, 2004).

El proceso de cuidar, aunque pueda resultar una vivencia gratificante para los familiares que cuidan de sus enfermos, debido a que les brinda la satisfacción de ser útiles y ayudar a seres próximos de la familia, puede también llegar a ser una etapa de labor solitaria e ingrata. Por lo tanto, tener un familiar en hospitalización es una experiencia duradera que exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica cuidar problemas de salud, la alteración de las relaciones familiares, las alteraciones laborales y económicas, los problemas relacionados con la insuficiente formación para realizar el cuidado.

En definitiva, el cuidado de un familiar se convierte en una suma de goces y padecimientos, pudiendo ser causa de estrés y agotamiento y llegando a provocar enfermedades físicas o psicológicas. Los familiares van asimilando los padecimientos psicosomáticos como algo inherente a su existencia incluso a menudo quedando aprisionados al lado del paciente, experimentando un padecimiento subjetivo mayor que el del propio enfermo.

López (2011) refiere que el estado de salud, la actuación y la situación emocional de las familiares que cuidan o esperan por un paciente en hospitalización influyen directamente en el curso de la enfermedad del paciente al que cuidan, limitando la eficacia de los cuidados y contraponiendo muy a menudo a las expectativas de su familiar. Los rasgos significativos del síndrome del cuidador ante el impacto de la enfermedad en familiares son estrés, deterioro de la calidad de vida, disminución de las expectativas de desarrollo personal y profesional, aumento de los problemas de salud, mayor consumo de medicamentos, abandono del autocuidado, entre otros, es en definitiva un conjunto de alteraciones que repercuten en todas las esferas de la vida.

Tirado, López y Capilla (2011) mencionan que “la calidad de vida del cuidador se ve afectada y deteriorada en relación a las necesidades básicas de los cuidadores” (p.81).

Es por ello que se consideran las siguientes necesidades que los familiares que fungen como cuidadores pueden estar omitiendo al tener en hospitalización a un ser próximo:

- Necesidad de actividades recreativas: Disminución del tiempo libre y necesidad de modificar sus actividades de ocio.
- Necesidad de descanso y sueño: Está más cansado, duerme menos, él descansa menos se despierta a menudo.
- Necesidad de movimiento: Tiene dolor de espalda, práctica menos actividad física, toma analgésicos para el dolor y presentan edemas en las piernas o los pies.
- Necesidad de seguridad, evitar peligros: Sentirse ansioso y/o irritado siendo mayoría las mujeres.
- Necesidad de comunicación: Tiene menos relaciones sociales, se siente deprimido, refieren dificultad a la hora de expresar sus sentimientos y tiene alteraciones en su vida sexual
- Necesidad de autorrealización: Han visto alterada su vida familiar, ha visto reducida su economía y ha descuidado su trabajo fuera del hogar
- Necesidad de higiene y protección de la piel: Se dedica menos tiempo al cuidado personal.
- Necesidad de alimentarse e hidratarse: Ha perdido o aumentado peso, come a destiempo y tiene malas digestiones.
- Necesidad de respirar: Refiere sensación de falta de aire.
- Necesidad de adquirir conocimientos: Necesita conocimientos y/o habilidades para cuidar.

- Necesidad de eliminación: Presenta alteraciones en el ritmo intestinal.

2.6 Percepción de los familiares respecto al enfermo.

En consideración con los miembros de la familia se ven envueltos en una extrema cohesión interna en la que todas y cada una de las actividades que éstos realizan están dadas en función del enfermo, es como si todos giraran alrededor de él, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia (Fernández, 2004, p. 61).

Es así, que la familia en la mayoría de los casos “se ingresa” con el paciente en la habitación del hospital, acompaña al enfermo asimilando y aceptando el diagnóstico y evolución de la enfermedad. Ambos son un apoyo mutuo para afrontar los problemas e ir adaptándose a la nueva situación de vida.

Yepes, Arango, Jaramillo, Mora y Posada (2018) hacen énfasis en que la familia “posee un vínculo afectivo con el enfermo” (p. 18). Lo que lo compromete a responsabilizarse por su cuidado y a cambiar sus conductas para hacerse cargo de todo lo concerniente a la cotidianidad de quien padece la enfermedad.

Por lo tanto, cabe señalar que el cuidar a otro en una situación de enfermedad implica de alguna forma dejar de vivir la vida propia, hacer que los intereses, los tiempos y la energía se concentren exclusivamente en las necesidades de la persona enferma, lo que puede explicar la ambivalencia de sentimientos, el amor y el compromiso al lado del cansancio y la sensación de infortunio y soledad.

Así mismo, cuidar a un enfermo trae consigo una sobrecarga de responsabilidades y estrés, lo que se manifiesta en alteraciones del estado de salud, en los ámbitos de lo físico, lo mental, lo familiar, lo social, lo laboral. Cuando el enfermo es hospitalizado, el cuidador se inserta en la institución, quedando hospitalizado con el paciente, todo ello con consecuencias positivas, como la percepción de apoyo, y negativas como lo es el abandono de otros roles que le demandan atención.

2.7 Importancia de la Familia durante la estancia del paciente en el Hospital.

La presencia de la familia durante la estancia del enfermo en el hospital es muy importante, esto debido a que esta brinda apoyo emocional, creando sentimientos de tranquilidad y seguridad hacia el paciente, así mismo es un vínculo de comunicación entre los familiares y los profesionales sanitarios encargados de los cuidados primordiales en la salud del familiar hospitalizado.

Por lo tanto, la familia es en sí un punto clave en el proceso de recuperación del enfermo, ya que ésta asume una parte del cuidado del paciente tornándose fundamental para la salud de las personas y como un apoyo para enfrentarse al proceso de hospitalización. Así mismo, el proceso de hospitalización que exige una adaptación del familiar al existir un cambio en el entorno, viviendo el ingreso hospitalario como una situación de estrés, ansiedad y vulnerabilidad (Covarrubias y Cepeda, 2012, p. 28).

Aunado a lo anterior, es importante mencionar que los familiares del paciente hospitalizado deben poseer características específicas como lo son la responsabilidad, la disciplina, la paciencia, la adaptabilidad a los cambios, al tiempo que brinda acompañamiento y apoyo emocional al paciente, pues es su respaldo en el proceso de la enfermedad.

Sin embargo, el paciente no es totalmente dependiente de su familia, pero si necesita de una persona que sea su apoyo en el momento de enfrentarse a la nueva condición de salud; por lo tanto, habrá un familiar que asume el rol de cuidador supervisor, en el cual el principal objetivo será mantener el buen estado de salud de la persona cuidada, según las condiciones o posibilidades del medio que los rodea (Achury, 2011, p. 20).

La familia presenta ciertos tipos de respuesta como efecto de la enfermedad y como consecuencia de los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo. Esencialmente se puede mencionar que existen dos patrones de respuesta:

- La tendencia centrípeta:

Se expresa a través de una extrema cohesión interna de los miembros de la familia. Todas y cada una de las actividades que éstos realizan están dadas en función del enfermo, es como si todos giraran alrededor de él, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.

- La tendencia centrífuga:

Se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad. En estos casos el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad. La falta de colaboración en estas familias, y la enorme carga emocional que suele traer consigo el cuidado del paciente enfermo puede tener consecuencias graves para el miembro cuidador.

Estudios anteriores han demostrado que, los pacientes que cuentan con el apoyo de un familiar tienen una mejor disposición en el momento de asumir el tratamiento, por ello el familiar encargado de acompañarlo en su enfermedad también requiere cuidado, ya que se dedica a cuidar la salud del paciente y deja de lado la propia.

Venegas (2006) hace mención de la importancia de que el familiar encargado de los cuidados del enfermo también sea cuidado, esto con el fin de mejorar la capacidad de afrontamiento, de tal manera que satisfagan las necesidades del paciente, respondan a la problemática familiar, mantengan su propia salud y fomenten una buena relación con la persona cuidada.

2.8 Clasificación según el DSM-V

De acuerdo con la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, también conocido como DSM-5, se establece una clasificación de los trastornos de ansiedad:

- Trastorno de Ansiedad por Separación: es un trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación de miedo o ansiedad excesiva e inapropiada en relación a su separación de aquellas personas hacia las cuales siente apego.
- Mutismo Selectivo: trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación constante de dificultades al hablar en situaciones sociales específicas, a pesar de poder hacerlo en otras situaciones de manera adecuada.
- Fobia Específica: trastorno de ansiedad caracterizada por la presencia de miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica: Miedo a volar, a las alturas, ver sangre, entre otros.
- Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social): trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las cuales el individuo es expuesto al posible examen por parte de otras personas: mantener una conversación, ser observado mientras come o bebe, dar una charla delante de varias personas, entre otros.
- Trastorno de Pánico: trastorno de ansiedad caracterizado por la manifestación imprevista y recurrente de miedo o malestar intenso, el cual alcanza su máxima expresión en minutos y caracterizada entre otros criterios, por cuatro o más de los siguientes síntomas: Palpitación acelerada del corazón, sudoración, temblor, dificultades para respirar, sensación de ahogo, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o

sensación de calor, hormigueo o entumecimiento, desrealización o despersonalización, miedo de “volverse loco”, miedo a morir.

- Agorafobia: trastorno de ansiedad caracterizado por la ansiedad intensa que surge en lugares o situaciones donde sería difícil escapar.
- Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva que ha sido inducido por intoxicación o abstinencia de sustancias o medicamentos
- Trastorno de Ansiedad debido a otra afección médica: trastorno mental que se caracteriza por la presencia de ataques de pánico o ansiedad excesiva como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- Otro Trastorno de Ansiedad no especificado: trastorno mental caracterizado por la presencia de los signos característicos de un trastorno de ansiedad que causa malestar clínicamente significativo en áreas importantes de funcionamiento (social, académico, laboral) pero no cumplen los criterios de otros trastornos de ansiedad.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada: trastorno mental caracterizado por ansiedad y preocupación excesiva en relación a la posible ocurrencia o antelación de una serie de acontecimientos o actividades.

2.9 Criterios Diagnósticos de la Ansiedad Generalizada

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-5 la define como un trastorno de ansiedad caracterizado por ansiedad y preocupación excesiva acerca de una serie de acontecimientos o actividades y determina ciertos criterios específicos para considerar que un patrón de conductas deba enmarcarse como Trastorno de Ansiedad Generalizada.

A.- Esta sintomatología debe manifestarse durante más días de los que han estado ausentes, causando malestar clínicamente significativo en distintas áreas de funcionamiento (social, laboral, académico) durante un período mínimo de seis meses.

B.- Al sujeto le es difícil controlar la preocupación.

C.- Esta ansiedad o preocupación están relacionadas a tres o más de los siguientes síntomas (En niños sólo se requiere un solo ítem):

- Nervios de punta o sensación de encontrarse atrapado.
- Fatigarse con facilidad.
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (Insatisfactorio, dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo).

D.- Esta alteración no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia ni se explica mejor por otro trastorno mental.

2.10 Tratamiento

De acuerdo con Sawchuk (2017) el tratamiento para la ansiedad dependerá mucho del nivel en que se encuentre el sujeto, ya que puede ir de simples recomendaciones para mejorar el estilo de vida hasta la medicación en casos más graves (p. 17).

Es por ello, que a continuación se presentan algunas de las alternativas para el tratamiento de la ansiedad:

- Terapia:

También conocida como “terapia conversacional” o “terapia psicológica”, la psicoterapia consiste en el trabajo con un terapeuta para disminuir los síntomas de

ansiedad, a través de la terapia cognitiva conductual se pretende enseñar habilidades específicas a la persona para controlar directamente las preocupaciones y ayudar a retomar gradualmente las actividades que evita debido a la ansiedad. A través de este proceso, los síntomas mejoran de forma más efectiva siendo un tratamiento a corto plazo (Sawchuk, 2017, p. 22).

Así mismo, el autor menciona que dentro de la terapia cognitivo conductual existe una forma para el manejo de la ansiedad que es la exposición (desensibilización) a la situación temida, aunque existen otras alternativas como son la relajación, la tensión muscular en algunos casos, la respiración, etc. Sin embargo, el proceso de exposición o desensibilización consiste en que la persona se exponga al estímulo temido sin que dé las conductas de evitación, huida o lucha. Cuando se hace así de forma sistemática, se da la habituación, junto con la extinción de las conductas de evitación, entonces la ansiedad disminuye y se afrontan las situaciones con tranquilidad creciente.

Aunque hay distintas visiones sobre el mecanismo que funciona en el proceso de exposición o desensibilización, la teoría más aceptada es que se da un fenómeno de habituación por el que se acostumbra la persona a la ansiedad y deja de sentir las sensaciones asociadas a ella, al no dar respuestas de evitación.

Otra alternativa más es la extinción de la ansiedad como conducta de preparación para evitar las acciones, es decir, no realizarlas; es así que, la desensibilización y la exposición están basadas en el contra condicionamiento, que consiste en lograr que aparezca una nueva respuesta en lugar de la ansiedad en las situaciones temidas.

En la terapia cognitivo conductual se distinguen diversas formas de hacer la exposición:

- Exposición en la imaginación, es decir, imaginando las situaciones que producen ansiedad y se deben mantener en la mente de manera constante hasta que se produzca un cambio en la sensación. Este tipo de exposición se hace de forma

paulatina, empezando por aquellas situaciones que producen poca ansiedad, y se unen las imágenes a la relajación. Cuando se hace de tal manera que es posible llegar a imaginar la situación mientras se está relajado y se asocian las imágenes y pensamientos a sentimientos de relajación, en lugar de a la ansiedad; se conoce como desensibilización sistemática (Sawchuk, 2017, p. 24).

- La ansiedad como toda respuesta humana se puede contemplar desde los distintos ángulos que se consideran clásicamente en psicología, el cognitivo, el conductual y el emocional. Por ello, si se comienza estudiando las cogniciones, es decir, los pensamientos, se verá que se asocian a emociones y sensaciones y que ambos, pensamientos y emociones, tienen la misión de favorecer la emisión de las conductas.
- El componente cognitivo: Los pensamientos automáticos, en este proceso se deja a la persona en una frase, un sonido o una imagen que producen el mismo efecto que el pensamiento completo y cumple su función de prepararla a actuar; finalmente puede llegar a automatizarse del todo y no darse cuenta de que lo ha pensado, salvo por la sensación que aparece sin que haya sido consciente de ningún pensamiento.
- La Terapia de Aceptación y Compromiso:

García (2013) considera que “los pensamientos son como conductas asociadas a nuestro comportamiento cotidiano y señala con acierto que están también sujetos a las leyes del condicionamiento” (p. 32).

Por eso los pensamientos irracionales pueden mantenerse por sus contingencias de reforzamiento, es decir, porque nos sirven para evitar o están reforzados por nuestra conducta, y se mantienen por ello y no solo por su lógica interna.

Es así que, aparecen sensaciones físicas concretas, por ejemplo, presión en el pecho, tensión en manos o piernas, bola en el estómago, nudo en la garganta, etc. Se establece de esta forma una serie de sensaciones físicas que por una parte son reacciones ante la ansiedad, pero por otra son ansiógenas en sí mismas, por eso

puede ser muy importante desensibilizarlas. Así mismo, existen las sensaciones emocionales que dan una idea del estado general de la persona.

- Psicoterapia dinámica breve:

En ocasiones, como explican Bellack y Siegel (1983), el nivel de ansiedad será tan alto e intenso, que ameritará la intervención del psicólogo a través de una psicoterapia breve, intensiva y de urgencia que logre establecer las condiciones para poder implementar posteriormente, una psicoterapia de mayor duración, que permita afrontar y comprender no sólo los elementos que sustentan la angustia exógena o la angustia endógena con elementos preconscientes, sino profundizar al nivel inconsciente.

Como base de la psicoterapia dinámica breve, el psicoanalista Leopold Bellak establece un conjunto de criterios que el terapeuta debe considerar en casos de ansiedad y angustia intensa: establecer la causa inconsciente de la angustia endógena (temor a perder el control de los impulsos, reacciones ante el aniversario de algún acontecimiento significativo, ansiedad de separación, drogas o fármacos, entre otros), establecer la continuidad entre angustia inmediata-detonante e historia personal, significado inconsciente del acontecimiento externo, proveer estructura al paciente, interpretar la negación, alentar la expresión catártica de los afectos e ideación asociadas a la angustia.

- Medicamentos:

Por otro lado, Sawchuk (2017) hace mención del uso de varios tipos de medicamentos para tratar el trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, es importante conocer los beneficios, los riesgos y los posibles efectos secundarios antes de consumirlos y solo hacerlo bajo preinscripción médica.

- Buspirona: Se puede usar como medicamento en forma continua, al igual que la mayoría de los antidepresivos, suele tardar varias semanas en alcanzar su efectividad completa.

- Benzodiacepinas: para aliviar los síntomas de la ansiedad, por lo general, estos sedantes solo se usan para aliviar la ansiedad aguda a corto plazo; esto, debido a que pueden crear adicción, estos medicamentos no son una buena opción si se tienen o han tenido problemas con el alcohol o con el abuso de drogas.

Mientras que la mayoría de las personas con trastornos de ansiedad necesitan psicoterapia o medicamentos para controlar la ansiedad, los cambios en el estilo de vida también pueden marcar la diferencia. Por lo que es importante seguir las siguientes sugerencias:

- Permanecer activo físicamente: desarrollar una rutina para estar activo físicamente la mayoría de los días de la semana. El ejercicio es una herramienta muy potente para reducir el estrés. Puede mejorar el estado de ánimo y ayudar a estar saludable.
- Que dormir sea una prioridad: dormir lo suficiente como para estar descansado. Si no se está durmiendo bien, consultar con el médico.
- Usar técnicas de relajación: las técnicas de visualización, la meditación y el yoga son ejemplos de técnicas de relajación que pueden aliviar la ansiedad.
- Comer de manera saludable: comer sano, concentrarse en los vegetales, frutas, cereales integrales y pescado, puede estar relacionado con menor ansiedad (Sawchuk, 2017, p. 26).

MÉTODO

Objetivo general

Identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado según la relación de parentesco del familiar con el paciente hospitalizado.
- Determinar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de acuerdo al tiempo de hospitalización del paciente.
- Identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de acuerdo al sexo.

Planteamiento del Problema

En la sociedad en la que vivimos actualmente hablar de ansiedad resulta muy recurrente, debido a que hoy en día puede ser considerada una vivencia universal. Sin embargo, a pesar de que todo ser humano sufre en alguna ocasión algunos cuadros ansiosos se pone especial énfasis en aquellas personas en las que la ansiedad se prolonga en virtud del bienestar de otra en situación de hospitalización.

Según datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría del año 2016, en nuestro país el 28.6% de la población adulta padecerá algún trastorno mental en su vida, estando entre los más relevantes los de ansiedad con el 14.3 %; este hecho ha generado diversos cuestionamientos acerca del tema y a partir de ello surge este problema de investigación que tiene sus bases en el potencial efecto que tiene la ansiedad en los familiares de los pacientes hospitalizados.

Así mismo, Gudiño (2018) en entrevista con la tanatóloga y grafóloga, Gabriela Fernández Salazar dijo que de cada 10 personas 7.5 ya padecen ansiedad en

México; esto nos lleva a enfatizar que en el área de la salud, el ingreso de un paciente a un proceso de hospitalización altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece generando problemáticas como el descuido de las necesidades personales, mismas que llevan a la manifestación de comportamientos no saludables y niveles de ansiedad.

Además de las estadísticas sobre la ansiedad en México, lo que incentiva la realización de esta investigación es el poco desarrollo de estudios relacionados directamente con los niveles de ansiedad estado-rasgo presentes en los familiares de pacientes hospitalizados, además de la poca intervención a esta población tan vulnerable.

La investigación resulta bastante viable, ya que se dispone del recurso material y humano para la recolección de información, en este caso la investigadora aplicará el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE); este mide dos dimensiones de ansiedad: estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y rasgo (cómo se siente generalmente), además de que permite clasificar la ansiedad en baja, media y alta de acuerdo al puntaje obtenido.

Los alcances del estudio son meramente descriptivos (cuantitativos), pero da partida para estudios posteriores de corte cualitativo que fortalezcan la investigación, puesto que se le da mayor importancia a los hospitalizados y se deja de lado a aquellos que sufren su estado en las salas de espera o a la intemperie.

Considerando lo antes expuesto, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado que sufren los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco?

Tipo de Enfoque

La investigación para identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de los pacientes hospitalizados fue con un enfoque cuantitativo, empleando la recolección de los datos del nivel de ansiedad de los familiares, así como la

medición numérica del nivel bajo, medio y alto; a fin de realizar el análisis estadístico pertinente con el fin de probar la hipótesis en que el 100% de los familiares presentan ansiedad.

Tipo de Estudio

El tipo de estudio fue descriptivo, esto debido a que se recoge información que permite medir el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado que presentan los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco, asignando un valor numérico que permita el análisis de los resultados de manera estadística.

Variable

Variable 1: Ansiedad

- Definición conceptual

Según Rojas (2014), la ansiedad se considera una emoción negativa que se vive como amenaza, como anticipación cargada de malos presagios, de tonos difusos, desdibujados, poco claros; los temores vienen de todas partes y de ninguna, no se puede luchar contra la ansiedad de forma racional, es persistente y provoca reacciones físicas y psicológicas que se escapan de esa persona y que no son fáciles de manejar.

- Definición operacional

El instrumento que se utilizó para identificar los niveles de ansiedad rasgo-estado en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco, fue el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE), de los autores C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero.

Población

La población de esta investigación comprendió a todas las personas que se encontraban dentro de la sala de espera de Hospital General de Tejupilco, y a todas

aquellas que se hallaban registradas previamente como responsables de alguno de los pacientes hospitalizados, tenido al menos 12 horas en espera. Así mismo, se tomó un lapso de 3 días en el que la cantidad de instrumentos aplicados por día fue variable dependiendo esto del flujo de familiares en espera.

Para identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco, se consideró una muestra no probabilística de tipo intencional, es decir, la elección de los sujetos no dependía de la probabilidad, sino de las características y propósitos de la investigación.

La cantidad de sujetos que se consideraron en la investigación fueron 30 familiares en espera de pacientes que se encontraban hospitalizados. Los criterios de inclusión que se tomaron fueron familiares mayores de 18 años de edad, siendo hombres o mujeres, así como familiares que tuvieran algún parentesco con el paciente hospitalizado y familiares que hayan tenido al menos 12 horas en espera.

Instrumento

Para medir el nivel de ansiedad rasgo-estado en los familiares de pacientes hospitalizados se aplicó el Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE), de los autores C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz- Guerrero. La confiabilidad del IDARE es de 0.83 mediante el Alfa de Crombach y se evaluó la validez de constructo mediante el análisis factorial con rotación varimax por el método de componentes principales.

El objetivo del inventario es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente), cada una de ellas tiene 20 ítems, el IDARE-E (Inventario de Ansiedad – Estado) contiene 10 ítems positivos de ansiedad (3,4,6,7,9,12,13,14,17 y 18) y 10 ítems negativos (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20). En el IDARE-R (Inventario de Ansiedad – Rasgo) hay 13 ítems positivos (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40) y 7 negativos (21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39). La forma de

respuesta va de 1 a 4 en ambas subescalas (poco-1, un poco-2, bastante-3 y mucho-4).

Su puntuación se obtiene mediante las siguientes formulas: para Ansiedad estado: $(A-B) +50$, donde A corresponde a la suma de las puntuaciones de los 10 ítems positivos de ansiedad-estado y B a la suma de los 10 ítems negativos. Para la Ansiedad rasgo, la fórmula es $(A-B) +35$, donde A corresponde a la suma de las puntuaciones de los 13 ítems positivos de la ansiedad-estado y B a la suma de los 7 ítems negativos.

Al aplicar las fórmulas correspondientes, se pueden clasificar los resultados en los siguientes niveles de ansiedad: bajo que va de 20 a 29 puntos, medio de 30 a 44 puntos y alto de 45 o más puntos, esto es tanto para ansiedad estado como para ansiedad rasgo.

La aplicación puede ser individual o colectiva, el tiempo de aplicación oscila entre los 15 y 20 minutos.

Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, ya que no había ningún tipo de manipulación al ambiente ni a las personas al momento de recolectar los datos que permitan identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado que sufren los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco.

Así mismo, el corte es de tipo transversal ya que los datos se recolectaron en una sola ocasión a través de la aplicación del IDARE, mismo que permite describir y analizar los niveles de ansiedad de la persona en ese momento.

Captura de la Información

La captura de la información de la investigación para identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en familiares de pacientes del Hospital General de Tejupilco, se realizó mediante el IDARE que mide el nivel de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo.

La aplicación del instrumento se realizó en 3 días (la cantidad de instrumentos aplicados por días fue variable dependiendo del flujo de familiares en espera y a fin de cumplir con la muestra intencionada), la investigadora se presentó con cada familiar totalmente identificada con credencial de la Unidad Académica Profesional Tejupilco, se dio a conocer el objetivo de la investigación y la confidencialidad de los datos proporcionados; para ello, se firmó por los familiares un consentimiento informado sobre su participación en la investigación (Anexo 1).

El tiempo de la aplicación con cada familiar fue de aproximadamente 15 a 20 minutos, y con base a los criterios para la investigación; se les explicó la manera de cómo contestar el instrumento (se les leyó y explicó cada uno de los reactivos en los que presenten dudas, esto para su mejor entendimiento) y se les pidió que sus respuestas fueran verídicas.

Al término de la aplicación del instrumento se le agradeció por la atención y disponibilidad en participar en la investigación.

Procesamiento de la Información

Al tener los datos de la aplicación del instrumento (IDARE) se procedió a capturarlos a través de una base de datos (Excel), se empleó la estadística descriptiva, la cual permitió describir las puntuaciones y los datos con valor; se usó del paquete estadístico SPSS, para obtener los porcentajes y frecuencias marcadas en los resultados.

Para obtener los niveles de ansiedad rasgo y estado se consideraron las siguientes fórmulas para cada tipo de ansiedad que mide el instrumento:

Ansiedad estado: $(A-B) +50$

Los reactivos para la letra A son: 3,4,6,7,9,12,13,14,17 y 18

Para la letra B son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20

Ansiedad rasgo: $(A-B) +35$

Los reactivos para la letra A son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40.

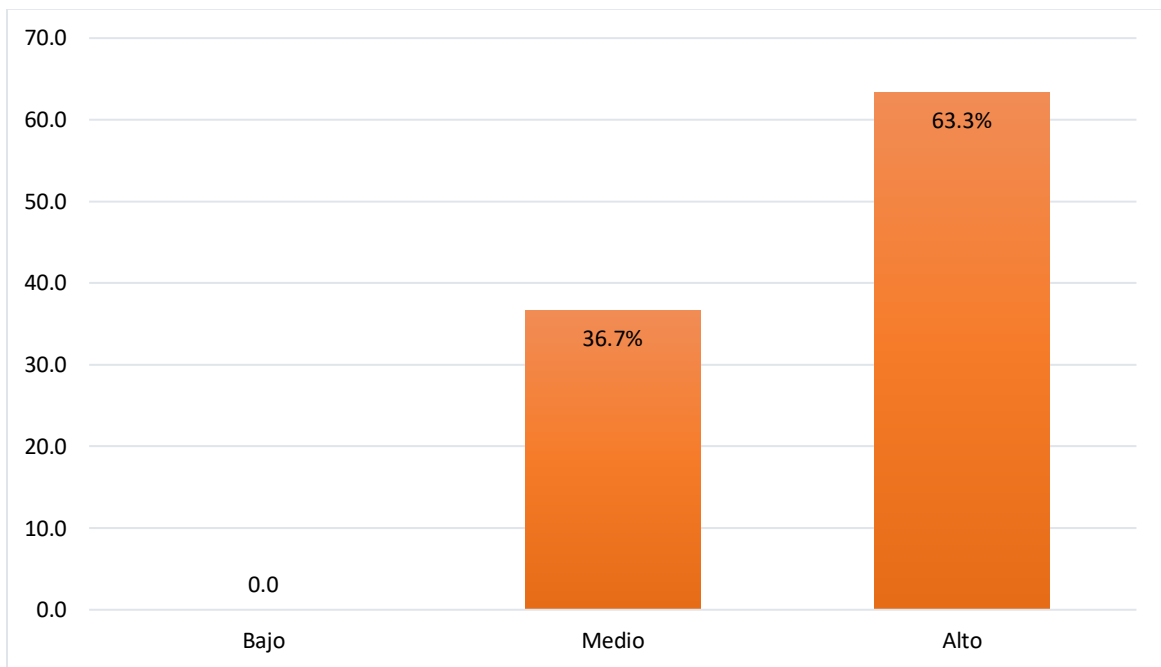
Para la letra B son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Se capturaron las puntuaciones en SPSS Statistics (Versión 23) para realizar las figuras que permitan identificar los niveles de Ansiedad Estado-Rasgo en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco de acuerdo con los objetivos de la investigación.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados de la investigación, en su conjunto, aportan evidencia significativa para cumplir con los objetivos establecidos. A continuación, en relación al objetivo general que es identificar el nivel de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco se presenta la Figura 1 y 2 que denotan claramente los resultados obtenidos.

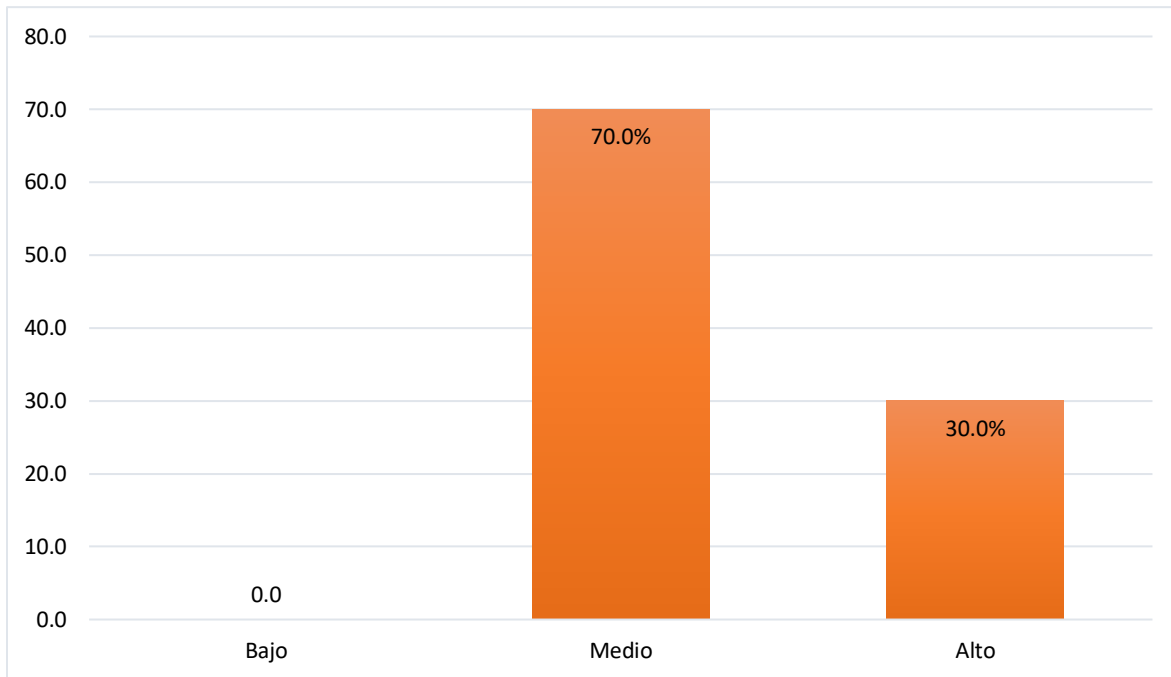
Figura 1. Nivel de Ansiedad-Rasgo



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 1 se muestra el nivel de Ansiedad Rasgo (cómo se siente generalmente), indicando que el 36.7% de los familiares con pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco se encuentran en un nivel medio y el 63.3% en el nivel alto.

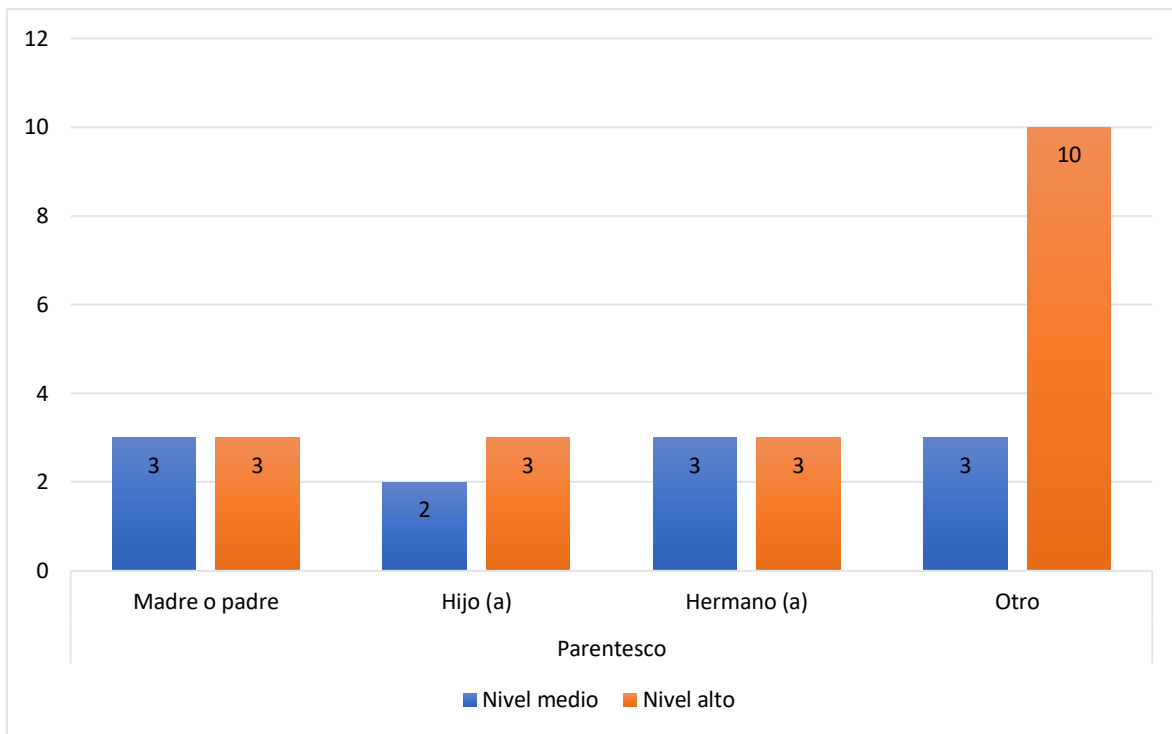
Figura 2. Nivel de Ansiedad-Estado



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 2 se muestra que en la escala Ansiedad-Estado (cómo se siente ahora mismo) el 70% de los familiares de los pacientes hospitalizados se encuentran en un nivel de ansiedad medio y un 30% presentan un nivel alto de ansiedad.

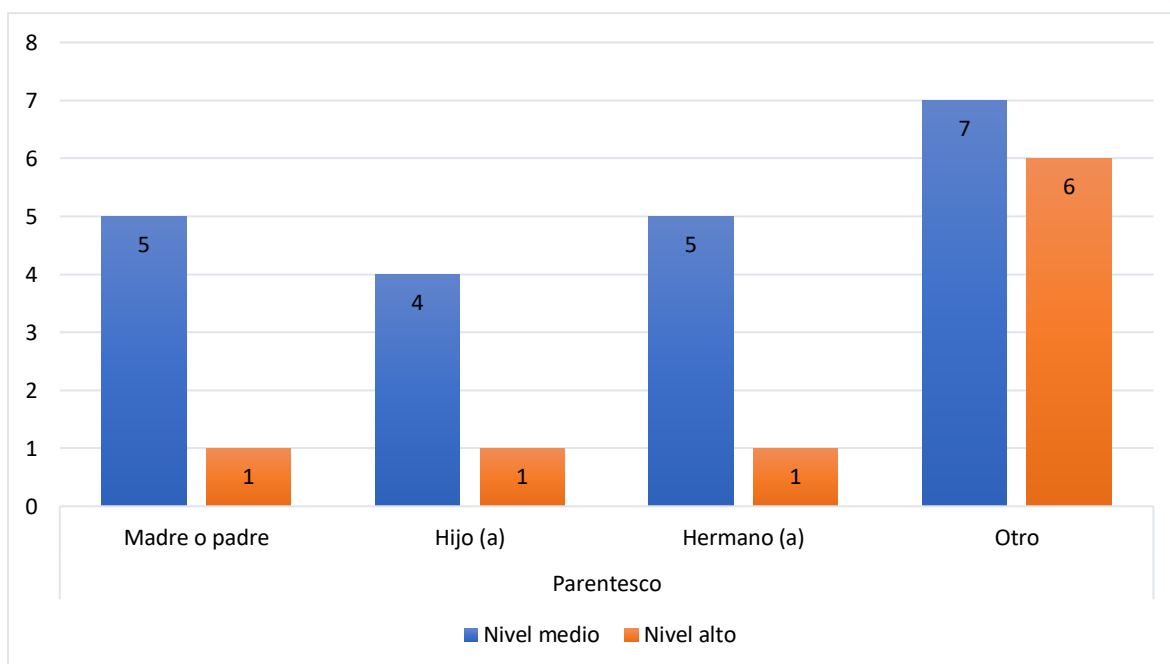
Figura 3. Nivel de Ansiedad-Rasgo según la relación de parentesco



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 3 se muestra el nivel de Ansiedad-Rasgo (generalmente) de acuerdo con la relación de parentesco. En el caso de ser madre o padre la persona hospitalizada se obtuvo que los niveles predominantes son el medio y el alto ambos con una frecuencia de 3 personas; para hijo (a) el nivel predominante es el alto con una frecuencia de 3; en la situación de ser hermano (a) la persona hospitalizada, el nivel de ansiedad es de medio y alto con frecuencia de 3. Finalmente, en el caso de otro tipo de parentesco el nivel alto es predominante con una frecuencia de 10.

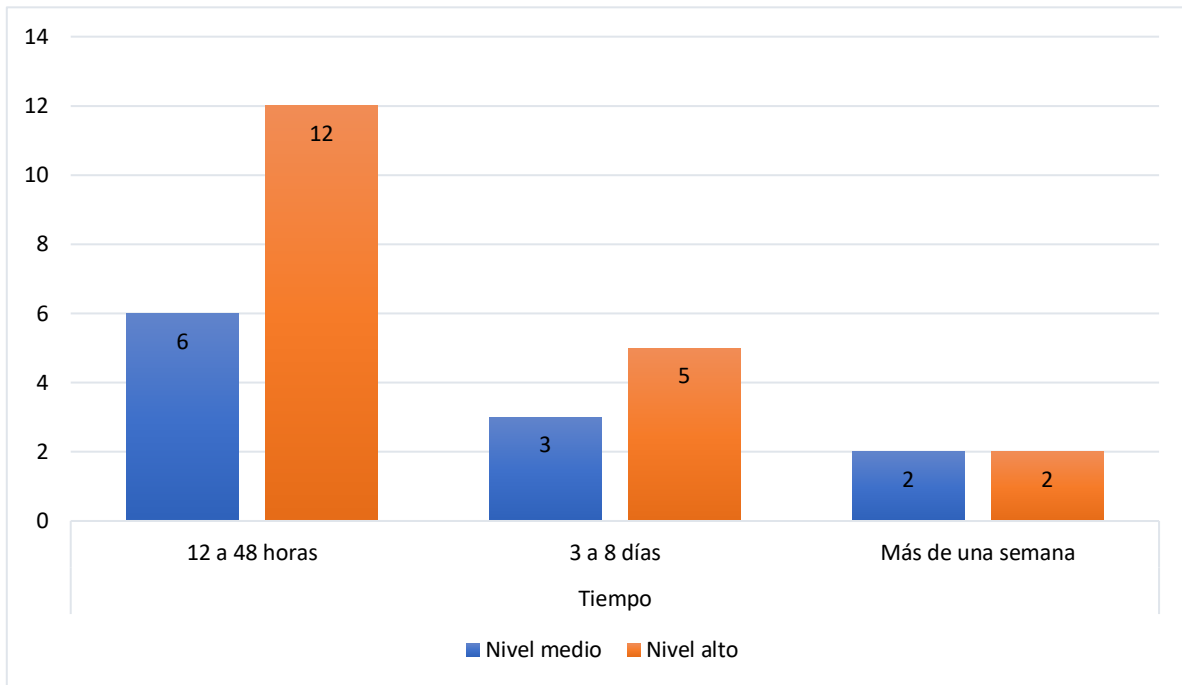
Figura 4. Nivel de Ansiedad-Estado según el parentesco



Fuente: Elaboración propia.

La figura 4 muestra el nivel de Ansiedad-Estado (ahora mismo) de acuerdo con la relación de parentesco. En el caso de ser madre o padre los hospitalizados se obtuvo que el nivel predominante es el medio con frecuencia de 5 personas; para los hijos el nivel predominante es el medio con una frecuencia de 4; en la situación de ser hermanos los hospitalizados el nivel es el medio con frecuencia de 5. Finalmente, en el caso de otro tipo de familiares el nivel predominante de ansiedad es el medio una frecuencia de 7 seguido del nivel alto con frecuencia de 6.

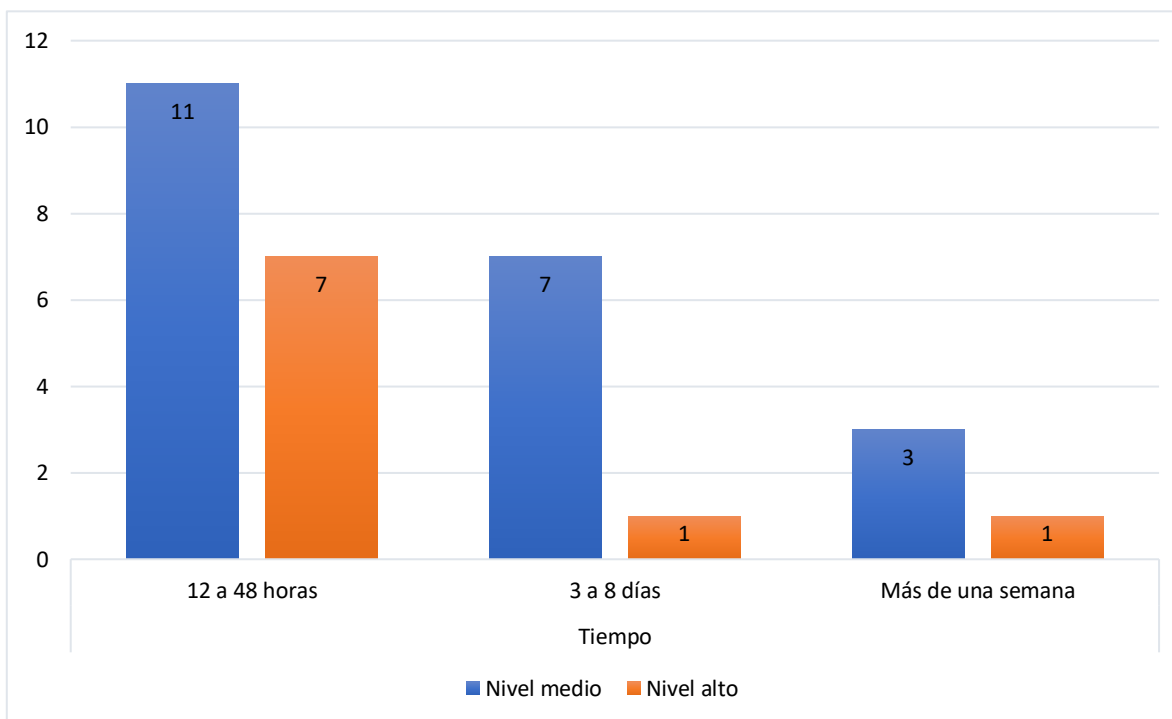
Figura 5. Nivel de Ansiedad-Rasgo de acuerdo con el tiempo de hospitalización



Fuente: Elaboración propia.

La figura 5 muestra el nivel de Ansiedad-Rasgo (generalmente) de acuerdo al tiempo de hospitalización del paciente; para los familiares que llevan de 12 a 48 horas de espera el nivel de ansiedad con mayor incidencia es el alto con una frecuencia de 12. En el caso de los familiares que llevan de 3 a 8 días en espera el nivel de ansiedad predominante sigue siendo alto con una frecuencia de 5, por último, en los familiares que llevan una semana el nivel de la ansiedad está en medio y alto con una frecuencia para ambos de 2.

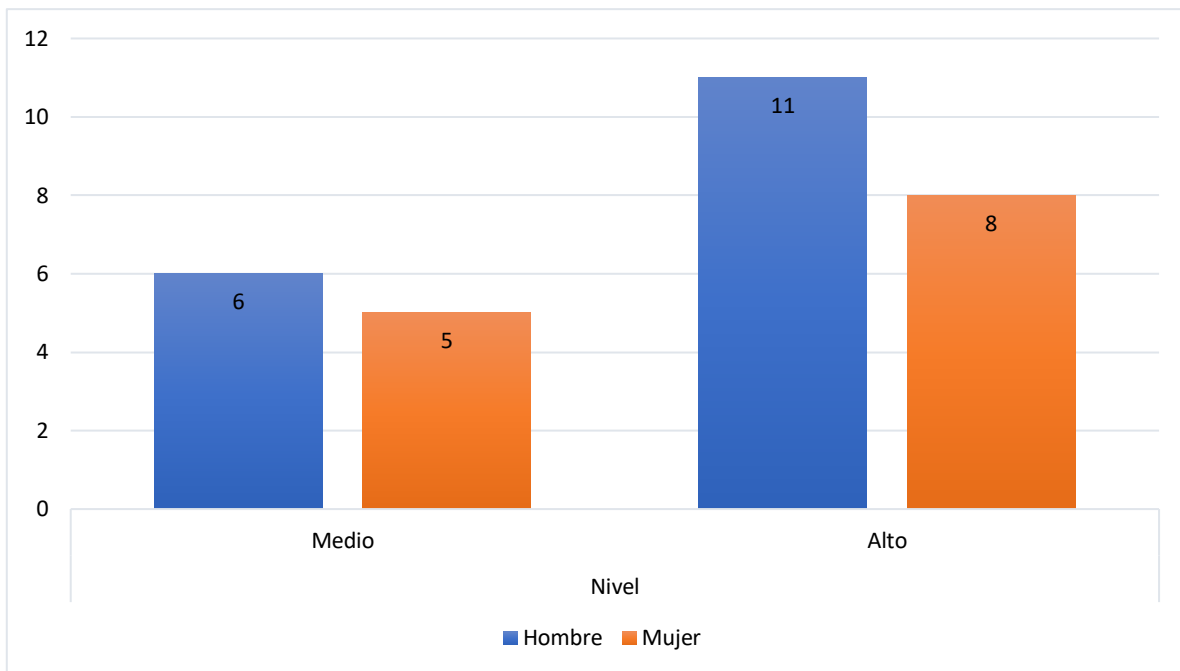
Figura 6. Nivel de Ansiedad-Estado en los familiares de acuerdo al tiempo de hospitalización del paciente



Fuente: Elaboración propia.

La figura 6 indica el nivel de Ansiedad-Estado (ahora mismo) de acuerdo al tiempo de hospitalización del paciente; para los familiares que de 12 a 48 horas de espera el nivel de ansiedad de mayor incidencia es el medio con una frecuencia de 11 seguido del alto con una frecuencia de 7. En el caso de los familiares que llevan de 3 a 8 días en espera el nivel de ansiedad predominante es el medio con frecuencia de 7, por último, en los familiares con más de una semana en espera el nivel de ansiedad medio con frecuencia de 3 es mayor.

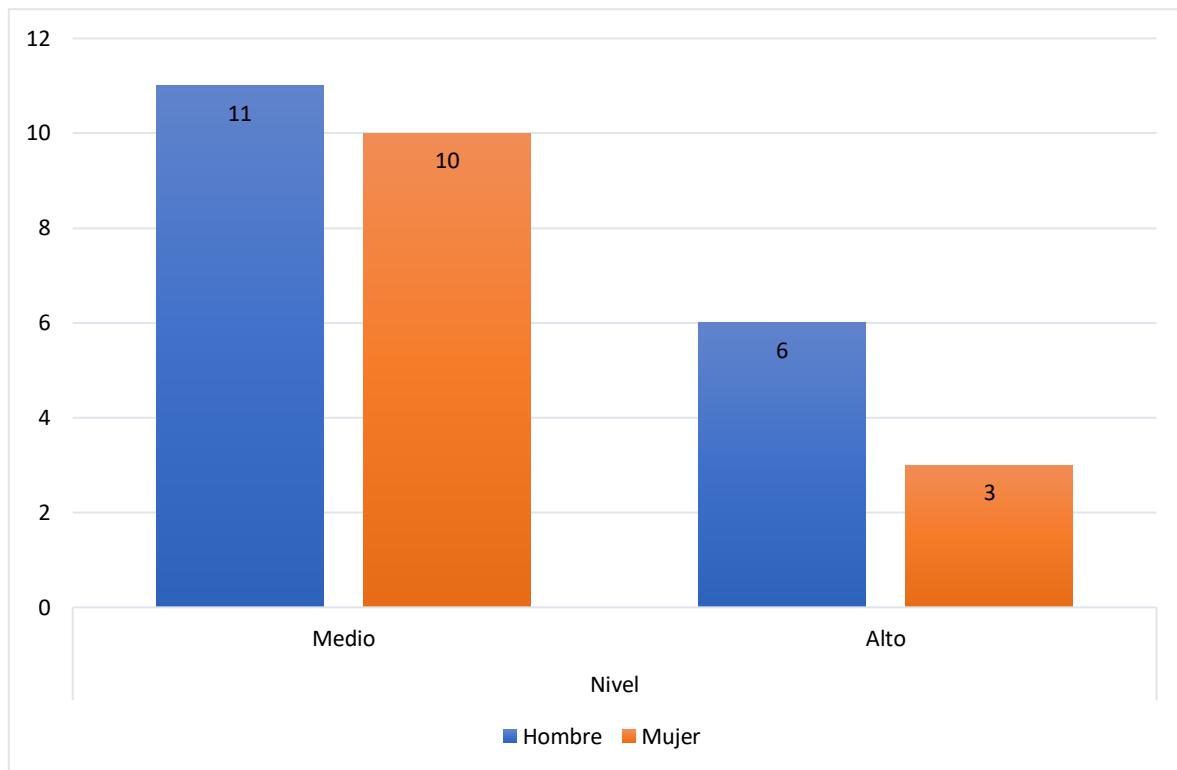
Figura 07. Nivel de Ansiedad-Rasgo en los familiares de acuerdo con el sexo



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 7 se identifica el nivel de Ansiedad-Rasgo (generalmente) de acuerdo al sexo, los hombres que presentan un nivel medio de ansiedad tienen una frecuencia de 6 y las mujeres una frecuencia de 5 en el mismo nivel. La mayoría de hombres y mujeres generalmente están en un nivel alto de ansiedad, los hombres con una frecuencia de 11 y las mujeres con una frecuencia de 8.

Figura 08. Nivel de Ansiedad-Estado en los familiares de acuerdo con el sexo



Fuente: Elaboración propia.

La figura 8 indica el nivel de Ansiedad-Estado (ahora mismo) de acuerdo al sexo para los hombres el nivel medio tiene una frecuencia de 11 y en las mujeres la frecuencia es de 10, aunque en las mujeres el nivel alto tiene una frecuencia de 6 y de 3 en los hombres.

DISCUSIÓN

La ansiedad puede estar presente en la vida de cualquier persona en diferentes circunstancias, sin embargo, cuando el nivel de ansiedad pasa de medio a alto puede generar síntomas que llegan a preocupar; esto debido a que puede repercutir tanto física como psicológicamente, lo que ocurre con los familiares de pacientes hospitalizados con niveles de ansiedad alto que se encuentran en espera en el Hospital General de Tejupilco.

Las investigaciones que Cattell y Spielberger realizaron fueron muy buenas, los aportes importantes que hicieron en cuanto a las manifestaciones de la ansiedad dieron origen a lo que se conoce como ansiedad rasgo y ansiedad estado; esto resulta completamente útil debido a que no solo se toma en cuenta la ansiedad en el momento presente de la evaluación, sino que se considera el hecho de que, está misma puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo, por lo que también se mide de manera general la propensión a la ansiedad considerando las diferencias entre las personas al responder a situaciones percibidas como amenazantes.

Al considerar lo analizado por estos autores y al comparar la presente investigación se observa que el 36.7% de los familiares se encuentran con un nivel medio y el 63.3% en el nivel alto de ansiedad-rasgo, el cual se caracteriza por pasar de la preocupación a la angustia, surge el miedo, dudas y el sentimiento de impotencia ante la adversidad, se paraliza el cuerpo ante cualquier iniciativa o decisión, no hay concentración, porque los pensamientos están inmersos en un baile de desastres. Así mismo, los síntomas físicos se hacen evidentes en forma de tensión muscular, dolor de cabeza, nerviosismo, agitación, taquicardia o molestias estomacales.

En los resultados se confirma lo que el autor menciona: en la escala Ansiedad-Estado (cómo se siente ahora mismo) el 70% de los familiares de los pacientes hospitalizados se encuentran en un nivel de ansiedad medio y un 30% presentan un nivel alto de ansiedad, aludiendo a que la mayoría de los familiares presentan en un nivel medio de ansiedad se caracterizan por dar cabida al nerviosismo y pesimismo, haciendo que la persona se sienta en ocasiones sin ganas de seguir

adelante; así mismo, hace acto de presencia la preocupación por diferentes situaciones. Además, se empieza a notar que el ritmo del corazón es irregular, sobre todo en los momentos de más preocupación.

En el nivel de Ansiedad-Rasgo de acuerdo con la relación de parentesco, en el caso de ser madre o padre de la persona hospitalizada, se obtuvo que los niveles predominantes son el medio y el alto, ambos con una frecuencia de 3 personas; para hijo (a) el nivel predominante es el alto con una frecuencia de 3; en la situación de ser hermano (a) la persona hospitalizada, el nivel de ansiedad es de medio y alto con frecuencia de 3. Finalmente, en el caso de otro tipo de parentesco el nivel alto es predominante con una frecuencia de 10.

Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Rodríguez (2004) y en el de Gómez (2009), la elevada necesidad de información de los familiares y la baja satisfacción con ésta propiciaron niveles significativamente superiores de ansiedad. El nivel de ansiedad generalmente es alto para los familiares con cualquier tipo de parentesco sea padre o madre, hijo (a), hermano (a) u otro; esto significa que al tener un alto nivel de ansiedad pueden presentar síntomas físicos como tensión muscular, dolor de cabeza, nerviosismo y molestias estomacales; además de angustia y sentimiento de impotencia. También, se encontró que en el caso de que los padres o hermanos que estén hospitalizados el nivel de ansiedad en algunos familiares es medio; repercutiendo de manera menos dañina, pero pueden comenzar a notar que el ritmo de su corazón es irregular en momentos de preocupación y puede tener sentimientos de pesimismo.

En esta investigación dentro del nivel de Ansiedad-Estado (ahora mismo) en los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco y de acuerdo con la relación de parentesco, en el caso de ser madre o padre los hospitalizados se obtuvo que el nivel predominante es el medio, con frecuencia de 5 personas; para los hijos el nivel predominante es el medio con una frecuencia de 4; en la situación de ser hermanos, los hospitalizados tienen un nivel medio con frecuencia de 5. Finalmente, en el caso de otro tipo de familiares el nivel

predominante de ansiedad es el medio, con una frecuencia de 7 seguido del nivel alto con frecuencia de 6.

Lo anterior demuestra que en el caso de los familiares hospitalizados como padres, hijos y hermanos el nivel de Ansiedad-Estado es medio; esto significa que la persona presenta preocupación por diferentes situaciones, el ritmo del corazón puede ser irregular sobre todo en los momentos de más preocupación.

También, se encontró que en el caso de otro tipo de parentesco con los hospitalizados el nivel de estrés es medio y alto en frecuencias casi similares; esto puede deberse a que los familiares se sitúan en el rol de cuidadores y apoyo a los familiares más cercanos, viviendo en estado de angustia, miedo, dudas y con un sentimiento de impotencia ante la adversidad.

Por otro lado, el nivel de Ansiedad-Rasgo (generalmente) de los familiares con pacientes hospitalizados y de acuerdo al tiempo de hospitalización del paciente; para los familiares que llevan de 12 a 48 horas de espera el nivel de ansiedad con mayor incidencia es el alto con una frecuencia de 12. En el caso de los familiares que llevan de 3 a 8 días en espera el nivel de ansiedad predominante sigue siendo alto con una frecuencia de 5, por último, en los familiares que llevan una semana el nivel de la ansiedad está en medio y alto con una frecuencia para ambos de 2.

Esto indica que, los familiares que tiene en espera de 12 a 48 horas tienen un nivel de ansiedad medio o alto, esto significa que al tener un alto nivel de ansiedad pueden presentar angustia y sentimiento de impotencia, así como quejas y sentirse constantemente nervioso, irritable, con sudoración, respiración acelerada, temblor, dificultad para relajarse, intranquilidad o en su caso puede anticipar la desgracia. Para los familiares que por el tiempo de espera su nivel de ansiedad es medio dan cabida al nerviosismo y pesimismo, además de preocupación.

En Ecuador se identifica que la Ansiedad-Estado, en ambos sexos es alto teniendo un porcentaje de 50.98% en sexo femenino y 25.49% en sexo masculino, mientras que en Ansiedad-Rasgo, el nivel de ansiedad es medio tanto para las personas del

sexo femenino con 29.41% y para las personas del sexo masculino con un 25.49 %.

Dentro del territorio mexicano Esquivel (2007), realizó un estudio en Coahuila, México, donde se manifiesta que el nivel de ansiedad es moderado con un porcentaje de 18,3%, leve con un valor de 18,3% y severo con un 12,7%.

Rojas (2013) menciona que la ansiedad en las madres es leve (rasgo) a moderada (estado) y en los padres, de moderada (rasgo) a severa (estado); esto indica que los padres son quienes presentan en ese momento un estado de ansiedad severo a diferencia de las madres quienes sus niveles de ansiedad al momento de la aplicación son moderados, pero de manera general ambos presentan un nivel moderado de ansiedad.

De acuerdo a los resultados obtenidos con la investigación y comparándolos con otras investigaciones, lo anterior indica que, tanto hombres como mujeres presentan en su mayoría un nivel de ansiedad medio en el momento de la aplicación, este nivel se caracteriza por ser en el que comienza a aparecer la preocupación y los síntomas de cansancio, irritabilidad y problemas de concentración, siendo ese el momento en que se pueden presentar los primeros síntomas psicossomáticos de la ansiedad tales como un ritmo cardíaco irregular.

En el caso de los hombres y las mujeres con niveles altos de ansiedad se paraliza el cuerpo ante cualquier iniciativa o cualquier decisión y no hay concentración, porque los pensamientos están inmersos en un baile de desastres.

Al encontrar que el nivel de ansiedad general en su mayoría es alto para ambos, se intuye que los hombres se pueden ver afectados en la reducción del tiempo destinado a la esfera laboral, así mismo, el impacto es negativo en las mujeres en términos de reducción de vida social y personal, y mayor carga del trabajo total.

CONCLUSIONES

La investigación de Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de pacientes hospitalizados proporcionó datos muy significativos en el cumplimiento de los objetivos establecidos; al estudiar cada una de las variables se obtuvo que el 63.3% de los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco presentan un nivel de Ansiedad-Rasgo alto (cómo se siente generalmente).

La Ansiedad-Rasgo es definida como las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la Ansiedad-Estado. En el nivel alto de ansiedad, los familiares de los pacientes pueden responder a la situación con sentimientos de impotencia ante la adversidad, angustia, miedo, falta de concentración, además de síntomas físicos como tensión muscular, dolor de cabeza, nerviosismo, molestias estomacales, entre otros.

Por otra parte, los resultados demuestran que el 36.7% de los familiares de los pacientes hospitalizados están en un nivel medio de Ansiedad-Estado (cómo se siente ahora mismo). La Ansiedad-Estado se caracteriza como un estado de sentimientos de tensión y aprensión subjetivos que pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo. Las personas que se encuentran en un nivel medio de ansiedad presentan síntomas como cansancio, irritabilidad y problemas para concentrarse y conciliar el sueño.

En conclusión, los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco si presentan ansiedad encontrándose todos ya sea en el nivel medio o en el nivel alto de ansiedad.

Se cumplieron los objetivos específicos, al determinar que los niveles de Ansiedad Rasgo-Estado según la relación de parentesco con el paciente hospitalizado se obtiene que predominan los niveles medio (estado) y alto (rasgo) en el caso de ser padres o hermanos los que están hospitalizados. Sin embargo, en el caso de que sean los hijos los que están hospitalizados predomina el nivel alto (rasgo) de ansiedad; aunque, la mayoría de los familiares que representan otro tipo de

parentesco (tíos, primos, sobrinos) presentan en mayor frecuencia un nivel alto (rasgo) de ansiedad.

Al determinar el nivel de Ansiedad-Rasgo de acuerdo al tiempo de espera, se concluyen que los niveles altos de ansiedad son predominantes en aquellos familiares que presentan menos tiempo en espera. En la Ansiedad-Estado predomina el nivel medio, lo que puede deberse al impacto de la noticia y afrontamiento que el familiar tenga ante la situación.

Por último, se identificó que el nivel de ansiedad en los familiares de acuerdo al sexo predominando en ambos el nivel alto (rasgo) y medio (estado), lo cual sugiere que tanto hombres como mujeres pueden presentar preocupación y los síntomas de cansancio, irritabilidad y problemas de concentración, apareciendo los primeros síntomas psicossomáticos de la ansiedad tales como un ritmo cardíaco irregular; además, de sufrir un cambio en algunas conductas que se consideran saludables y aparecen otras como fumar, beber, entre otros.

Finalmente, la ansiedad puede afectar de manera considerable a los familiares de los pacientes hospitalizados si estos no reciben algún tipo de atención o apoyo por parte de otras personas, al estar en constante preocupación y en condiciones no muy favorables los niveles de ansiedad por lo general tienden a ser altos.

SUGERENCIAS

Considerando los resultados de la investigación Ansiedad Rasgo-Estado en los familiares de los pacientes hospitalizados en el Hospital General de Tejupilco, se sugiere lo siguiente debido a que los niveles de ansiedad van del medio al alto:

- Desarrollar actividades en conjunto con los directivos del hospital para brindar información a los familiares sobre la ansiedad y los síntomas que pueden pasar desapercibidos, así mismo, enseñar a la población técnicas de relajación para la disminución de la ansiedad.
- Establecer un grupo de trabajo que incite a la población a donar artículos con relación al bienestar psicológico con los niveles de Ansiedad.
- Desarrollar investigaciones de tipo cualitativo que permitan profundizar en el tema de la ansiedad específicamente en esta población tan vulnerable, esto con el objetivo de que se le ponga más atención y se le dé el apoyo que necesita por parte del gobierno.
- Difundir a través de las redes sociales y medios científicos las cifras reales de ansiedad que enfrentan los familiares de pacientes hospitalizados, sensibilizando sobre las diferentes formas en que se ven afectados y lo mal que la pasan esperando por su familiar.

REFERENCIAS

- Achury, D. M. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Redalyc*, 13(1), 27-46. <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145221282007.pdf>
- Acosta, N.R. (2011, 15 de mayo). *Nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores de la Asociación Los Auquis de Ollantay, Pamplona Alta, San Juan de Miraflores*. Lima-Perú. <https://core.ac.uk/download/pdf/323344402.pdf>
- Alba, T. M. (2004). Prevalencia de Ansiedad. *Bases para una medicina de prevención*, 51 (1), 29-42. [https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/5/8#:~:text=Datos%20sobre%20la%20prevalencia%20de,poblaci%C3%B3n%20infantil%20y%20adolescente%20\(1%2D](https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/5/8#:~:text=Datos%20sobre%20la%20prevalencia%20de,poblaci%C3%B3n%20infantil%20y%20adolescente%20(1%2D)
- Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología*. (2ª ed.). ECOE.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bautista, L., Arias, M. y Carreño, Z. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>
- Boykoff, T. (1986). Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Centro de salud de Carranque*, 21(1), 29-34. [https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-entre-ansiedad-dinamica-familiar-15004#:~:text=confianza%20\(0%2C82-1.,de%20una%20din%C3%A1mica%20familiar%20alterada](https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-entre-ansiedad-dinamica-familiar-15004#:~:text=confianza%20(0%2C82-1.,de%20una%20din%C3%A1mica%20familiar%20alterada).
- Burns, D. (2006). *Adiós, ansiedad*. (1ª ed.). Espasa Libros.
- Castillo, S. (2012, 8 de mayo). *La ansiedad: ¿normal o patológica?* Sanatorio Allende. http://www.sanatorioallende.com/web/ES/la_ansiedad__normal_o_patologica_.aspx

- Cepeda, R. (2012). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad Crónica. *Scielo*, 9(3), 57-97. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000300006
- Chalifour, J. (1994). *La relación de ayuda en enfermería*. (1ª ed.). S. G.
- Cibanal, J. L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. (2ª ed.). Alicante: Club Universitario.
- CONAPO. (2012, 14 de mayo). *4 de marzo, Día de la familia*. CONAPO. http://www.conapo.gob.mx/CONAPO/Marzo_Un_Dato
- Covarrubias, D. L. y Cepeda, A. M. (2012). Calidad de Vida de Cuidadores de Pacientes Hospitalizados, nivel de dependencia y red de apoyo. *Scielo*, 21(3), 1699-5988. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200005>
- Echenique, O. O., Fierro, B. K. y Ospina, V. V. (2009). Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos adultos. *Proyecto de investigación para optar el título de enfermera*, 2(80), 100-104. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100990&id2=>
- Esquivel, C. (2007). Ansiedad y depresión en familiares de pacientes hospitalizados. *Medicina Interna de México*, 23(6), 512-16. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18467#:~:text=Antecedentes%3A%20Ia%20ansiedad%20generalizada%20y,o%20acompa%C3%B1antes%20de%20pacientes%20hospitalizados>.
- Fernández, O. M. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de Facultad de Medicina*, 47(6), 251-254. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf>
- García H. J. (2013, 20 de noviembre). *Tratamiento de la ansiedad*. Psicoterapeutas.com. <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/desensibilizacion.htm>
- García, M., Rodríguez, I., y Eguiguren, P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1),132-139.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400021

- García, S., Rodríguez, I., Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18 (5), 83-92. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500011
- Goddard, A. y Charney, D. (1997). Hacia una neurobiología integrada del trastorno de pánico. *Clínica Psiquiátrica*, 32(58), 4-11. <https://revistapesquisa.fapesp.br/es/ataque-al-panico/>
- Gómez, B. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. *Informes Psicológicos*, 69(99), 101-119. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229790>
- González L. F. (2007). *Instrumentos para el estudio de la ansiedad y la depresión. Instrumentos de evaluación psicológica*. (2ª ed.). Ciencias Médicas.
- Gudiño, A. (2018, 3 de agosto). *Ansiedad aumenta 75% en los últimos cinco años en México*. Diario el Milenio. <https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/ansiedad-aumenta-75-en-los-ultimos-cinco-anos-en-mexico>
- López, D. (2011). Las enfermedades psicosomáticas y el malestar emocional. *Sedes Regionales*, 14(28), 5-24. <https://www.redalyc.org/pdf/666/66629446001.pdf>
- Lorenzo, R. (2003). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*, 13(2), 203-214. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/892>
- Marc, A. C. (2015). Una historia de ansiedad: de Hipócrates a DSM. *Diálogos clínicos*. 17(3), 319-325. <https://amadag.com/la-ansiedad-en-la-historia/>
- Marcks, I. (1986). *Tratamiento de Neurosis*. (1ª ed.). Roca.
- Masanet, R. y Parra, D. (2009). Los impactos de los cuidados de salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. *Revista Española de Sociología*, 34(11), 13-31. <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/65143>
- Morocho, I. (2018, 6 de enero). Ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital general Isidro Ayora

- de la ciudad de Loja. *Universidad Nacional De Loja, Ecuador*.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20644>
- Navarro, P. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Departamento de medicina familiar, facultad de medicina, UAM*. 47(6), 251-254.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Ortega, M. Á. (2004). El impacto de la enfermedad en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(6), 251-254.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
- Piedra, J. A. (2012, 19 de febrero). *Percepción y ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos*. Tesis de grado Guayaquil.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5953/1/Tesis%20de%20grado.pdf>
- Quero, A. (2003). Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. *Enfermería Clínica*, 13(6), 348-356. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73835-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73835-2)
- Reyes, T. J. (1993, 26 de noviembre). *Trastornos de ansiedad*. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento.
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rojas C.K. (2013). Niveles de ansiedad en madres y padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51 (6), 606-9.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46593>
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad*. (1ª ed.). Espasa.
- Sanders, K. y Shekhar, A. (1995). Regulación de la ansiedad por los receptores GABA en la amígdala. *Farmacología, Bioquímica y Comportamiento*, 45(52), 701-706.
https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/como_produce_ansiedad.pdf

- Sawchuk, C.N. (2017, 18 de agosto). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/diagnosis-treatment/drc-20361045>
- Sierra, A. (2003). Impacto emocional en pacientes aislados de sus familias. *Polo del conocimiento*, 6(11), 1126-1147. <file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-ImpactoEmocionalEnPacientesAisladosDeSusFamilias-8219346.pdf>
- Tipe L. (2016, 15 de diciembre). *Nivel de ansiedad del familiar del adulto crítico hospitalizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Carlos Tupia Garcia Godos de Essalud, Ayacucho*. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/5237>
- Tirado, G., López, A. y Capilla, C. (2011). La Valoración en el Síndrome del Cuidador. *Desarrollo científico enfermería*, 9 (3), 102-106. <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-102.pdf>
- Tobal, J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad-ISRA. *Psicología contemporánea*, 6(1), 14-21. https://www.researchgate.net/publication/230577057_Evaluacion_de_la_anxiedad_desde_un_enfoque_interactivo_y_multidimensional_El_Inventario_de_Situaciones_y_Respuestas_de_Ansiedad_ISRA_Evaluation_of_anxiety_from_an_interactive_and_multidimensional_focu
- Vargas, H. (2014, 12 de febrero). *Tipo de Familia y ansiedad y depresión*. Rev MedHered: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000200001&lng=es&nrm=iso.
- Venegas, B. B. (2006). Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada, Aquichán. *Redalyc*, 6(1), 37-147. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74160114>
- Vila, J. (1984). *Técnicas de reducción de ansiedad*. (1ª ed.). Alhambra.
- Virues, A. (2005. 25 de mayo). *Estudio sobre ansiedad*. Psicología científica. http://www.robertexto.com/archivo2/estudio_ansiedad.htm

Yepes, C., Arango, M., Jaramillo, L., Mora, E., y Posada, I. (2018). El oficio de cuidar a otro: “cuando mi cuerpo está aquí pero mi mente en otro lado”. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 294-310.
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6771>

ANEXOS



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Anexo 1

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL TEJUPILCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre la investigación *Ansiedad rasgo-estado en los familiares de pacientes hospitalizados* y he tenido la oportunidad de plantear mis dudas, mismas que me han sido resueltas de forma inmediata. Así mismo, he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad.

Manifiesto que presto mi consentimiento para la recolección de datos a través del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y para que quede constancia de ello a continuación firmo este documento.

Firma
