



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Educación Social y Desarrollo Humano

Escuela de Desarrollo Humano

Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciada
en Psicología con énfasis en psicología educativa.

Modalidad Tesis

NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN CUIDADO PALIATIVO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTÉVEZ, AGUADULCE 2020

Presentado por:

Hussein Real, Yinan C. C.I.P. 9 – 747 – 1307

Asesor:

Héctor Camarena

Panamá, 2020

DEDICATORIA

Cada paso que damos en la vida, siempre ha sido de la mano de alguien en la búsqueda de un fin para ser mejores cada día. Durante este recorrido son muchas las personas que hoy representan ese motor que me ha impulsado a seguir adelante, para alcanzar mis anheladas metas.

Es por ello, que quiero dedicar este gran logro a una personita muy especial, que permite que mí día a día, me lleve a superar los retos para ofrecerle lo mejor, mi hijo **Leandro Oleg**.

A mi querida madre, **Eyda María**, por siempre ayudarme y estar en todo momento conmigo; mis abuelos **Aida Mercedes y Wenceslao**, por ser un ejemplo a seguir, sus atinados consejos y el apoyo incondicional que siempre me han brindado; a mi hermana **Ana Sahira**, quien ha sido mi amiga y confidente; igualmente a mi pareja, **Luis Eduardo**, por su ayuda y comprensión.

Yinan

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por todas las bendiciones y el cuidado especial que ha tenido de mí siempre y de mi familia.

A mi madre, por alentarme a perseverar cada día en mis estudios, así como también a mis queridos abuelos, quienes en todo momento me han apoyado de manera espiritual, moral y económicamente; y sobre todo, a mi hijo, por ser mi mayor inspiración para lograr mi meta.

Agradezco a mis profesores, en especial al profesor Vladimir Ortega, por sus enseñanzas y atinada orientación durante mis estudios universitarios.

A todas aquellas personas que de una u otra forma estuvieron conmigo, gracias.

Yinan.

RESUMEN

Cuando un familiar padece una enfermedad crónica y debe someterse a un tratamiento por un tiempo prolongado, también es designado a un médico de cuidados paliativos, el cual se encargará de ofrecerle atención en el hogar del paciente, en los momentos que sea necesario. Sin embargo, su cuidado recae, principalmente, en un cuidador primario, el cual puede ser miembro de su familia o personal, que sea contratado para tal fin, así que debe saber cómo afrontar las responsabilidades, los retos y las limitaciones que implican esta tarea.

En este estudio se determinan los niveles de ansiedad, fobias y otros problemas que enfrenta el cuidador como resultado de esta función, además de hacer frente a todos los riesgos de las enfermedades de su pariente o paciente, el cual es atendido en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce. Esto nos lleva a plantear la hipótesis sobre los cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez presentan niveles bajos de ansiedad. También se hizo una descripción de los mismos y se evaluó hasta qué punto les afecta directamente esta situación.

El estudio da como resultado que la mayoría de las personas que ejercen esta función son mayores de 46 años, que muchos de ellos no han cursado estudios, y que la mayoría son familiares del paciente. Adicionalmente se establece que, un gran porcentaje, padecen altos estados de ansiedad, así que deben ser tratados para evitarles complicaciones.

Palabras clave: Ansiedad, cuidadores, trastornos de ansiedad, fobias, pacientes crónicos cuidados paliativos.

ABSTRACT

When a family member suffers from a chronic illness and must undergo treatment for a long time, they are also referred to a palliative care doctor, who will be in charge of offering care in the patient's home, when necessary. However, the care of this patient falls mainly on a primary caregiver, who may be a family member or staff that is hired for this purpose, but how does this caregiver face the responsibilities, challenges and limitations that the care implies? fact of being a caregiver.

In this study, the levels of anxiety, phobias and other problems faced by the caregiver as a result of this function are determined, due to the fact that they must face all the risks of the disease of their relative or patient, who is treated in the Hospital Rafael Estevez de Aguadulce, which leads to the hypothesis that the primary caregivers of palliative care patients at the Rafael Estevez Hospital present low levels of anxiety. Likewise, the objective is to describe the levels of anxiety, its affectations and effects, in primary caregivers of patients in palliative care.

The study results in determining that most of the people who exercise the function of caregivers are over 46 years of age, that many of them have not studied, and that most of them are relatives of the patient. Additionally, it is established that, for the most part, they suffer from high states of anxiety that must be treated to avoid further complications.

Keywords: Anxiety, caregivers, anxiety disorders, phobias, chronic patients, palliative care.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo trata de las realidades difíciles que afrontan las personas que permanecen siempre al lado de los pacientes con enfermedades crónicas, con el fin de ayudarlos a realizar sus actividades y cuidar de su medicación y otros aspectos. Sin embargo, es importante reconocer que así como el enfermo sufre de ansiedad, el cuidador también lo padece; de allí que se busca conocer cuáles son los niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes en cuidado paliativo del Hospital Rafael Estévez, Aguadulce.

Este importante estudio, cuenta con cuatro capítulos principales. El primero, trata los aspectos generales de la investigación, en él se muestran los antecedentes que se analizaron para llevar a cabo la investigación; se hace el planteamiento del problema en estudio; se presenta la justificación del mismo; las hipótesis a comprobar y los objetivos generales y específicos trazados.

En el segundo, se presenta el marco teórico, desarrollado con base a los conceptos que explican de forma precisa este tema, cómo se diagnostica, cómo es tratado y la forma de tratamiento adecuada para el cuidador primario.

El tercer capítulo o marco metodológico se divide en cuatro fases principales, la primera, explica el escenario en el que se desarrolla la investigación, la población que es objeto de la investigación, los participantes del mismo y el tipo de muestra, de estudio y el diseño de estudio que será utilizado.

La segunda fase explica las variables directa e indirecta que conforman la investigación a realizar. La tercera fase describe los instrumentos de recolección de datos que fueron utilizados para ello; la cuarta fase consiste en el

procedimiento empleado para la investigación, la cual se subdivide en una fase diagnóstica, otra de intervención y la de análisis de resultados.

El cuarto capítulo implica el análisis y discusión de los resultados obtenidos mediante los instrumentos de recolección de datos, los cuales son presentados de forma estadística y analizados de manera tal que el lector pueda comprender fácilmente los resultados obtenidos.

Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones y limitantes, luego de la investigación y las referencias bibliográficas revisadas.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	11
Problema de investigación	16
1.2. Justificación	16
1.3. Hipótesis	17
1.4. Objetivos	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos Específicos.....	17

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Ansiedad.....	19
2.1.1. Ataque de ansiedad	24
2.1.2. Trastorno de ansiedad generalizada.....	26
2.1.3. Trastorno de pánico	27
2.1.4. Fobias	29
2.1.5. Factores que ocasionan las fobias.....	30
2.1.6. Síntomas de ansiedad	31
2.1.7. Tratamiento para la ansiedad.	37
2.2. Cuidadores primarios	41
2.2.1. Calidad de vida	44
2.2.2. Emociones y sentimientos en el cuidador primario	45
2.2.3. Cuidado.....	48

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

FASE I.....	52
Escenario.....	52
Población.....	52
Participantes.....	53
Tipo de muestra.....	53
Tipo de estudio.....	53
Diseño de estudio.....	54
FASE II.....	54
Variables.....	54
FASE III.....	56
Instrumentos y/o técnicas de recolección de datos.....	56
FASE IV.....	56
Procedimiento.....	56
Fase diagnóstica.....	56
Fase de intervención.....	57
Fase de análisis de resultados.....	57

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis y discusión de los resultados.....	59
--	----

CONCLUSIÓN

RECOMENDACIONES

LIMITACIONES

ANEXOS

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El problema en estudio se basa en dos ejes principales, los cuales son los niveles de ansiedad y los cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos. Pero, qué es la ansiedad y cómo puede afectarle este compromiso.

Sin embargo, el Instituto Nacional de Salud Mental (2010), señala que la ansiedad, en cualquiera de sus trastornos, suele afectar un aproximado de 40 millones de personas adultas, únicamente en Estados Unidos (18%), por año, lo que conlleva a otras afectaciones y complicaciones como el consumo discriminado de alcohol o sustancias, que en ocasiones, oculta los síntomas o los empeora, generando enfermedades mentales o físicas.

Igualmente, Pérez (2010), registra que en España, se calcula que 1,175,000 de personas con enfermedades crónicas, requieren de cuidados permanentes; estimándose que un 71% se da en miembros de la misma familia, además sostiene que más del 90% de ellos, son cuidados en el hogar, sin embargo deben realizar visitas al hospital para control y tratamiento de forma periódica. (pág.6)

Domínguez y Ruíz (2011), llevan a cabo un estudio en España, tomando una muestra de 294 cuidadores primarios, de los cuales el 86% presentaban ansiedad, siendo un porcentaje bastante significativo.

Teniendo en cuenta el envejecimiento gradual de las personas y la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas y discapacitantes, se ha incrementado el número de ellos que requieren de cuidador a su lado, de acuerdo al estudio realizado por Corbalán, Hernández, Carré, Hernández, y

Marzo (2013), los cuidadores suelen sufrir sobrecarga emocional y ansiedad, al punto de afectar su estado de salud e incapacitarlos para ofrecer el cuidado a sus pacientes.

Igualmente, en México, se realiza un estudio con 60 cuidadores primarios, de 47 años, de los cuales el 28% presenta un nivel de ansiedad moderado, lo que plantean, que de forma frecuente buscan la resolución de problemas y provoca un nivel de ansiedad correlacionado, por lo que resulta una asociación lineal significativa en los niveles de ansiedad de cada persona que fue estudiada, con base a tres estrategias para afrontar la situación, tales como la autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social (González, 2013).

En un estudio realizado con estudiantes dominicanos y españoles, sobre la ansiedad, a través de una muestra de 160 personas entre hombres y mujeres, seleccionados de forma no probabilística intencional, sin diagnóstico de ansiedad. Se detectan diferencias de acuerdo al sexo de los participantes, sin embargo, no hay ningún factor que indique que padecen más ansiedad los latinos, que los españoles. Las mismas fueron establecidas mediante la respuesta cognitiva, filosófico y general de la variable sexo, incluso en situaciones que no se relacionan con los estudios universitarios (García, Cano, & Herrera, 2014).

En México, con una muestra de 145 cuidadores primarios de pacientes crónicos, se les hizo cuestionarios como modos de afrontar al estrés de Folkman y Lazarus, escala de carga de Zarit, escala de depresión y ansiedad hospitalaria, se determina que el 97% de los encuestados indican que son cuidadores informales, usualmente mujeres, amas de casa, que son familiares cercanos del paciente, teniendo como patrón de regresión para ansiedad el impacto negativo del diagnóstico, el distanciamiento cognitivo, la edad del paciente y el nivel de estudios de la persona que lo cuida. Por consiguiente se concluye que la

ansiedad y el estado depresivo van de acuerdo a la habilidad y los recursos que tenga el cuidador, tomando en cuenta, además, los factores como problemas mentales, socioeconómicos y físicos, los cuales tienen repercusión en las relaciones sociales e íntimas de la persona (Paz, 2015, pág. 1)

En Ecuador, se hizo un estudio similar, donde da como resultado, que del grupo de cuidadores primarios estudiados en (60 personas), el 78.3% son mujeres y 21.6%, varones; presentando cuadros de ansiedad un 46.66% de un nivel grave, el 36.66% moderada y el 16.66% leve (Luzuriaga, 2017).

La ansiedad en cuidadores primarios fue analizada en México, para ello realizaron un estudio con un total de 188 personas, seleccionadas de forma aleatoria, y empleando el Test de Zarit de sobrecarga del cuidador. Los resultados obtenidos demuestran que el 62% de los encuestados son femeninas entre 49 y 51 años, de las cuales, el 59% eran casadas, el resto se encontraba distribuido entre hermanos, hijos, madres y padres, de las femeninas, el 37% manifestaron ser amas de casa (Hernández, Sayeg, Villegas, & Pérez, 2017).

Tomando en cuenta que el cuidador primario es la persona responsable de velar por la salud sin remuneración del paciente dentro y fuera de la entidad hospitalaria, tratando de cumplir con todas las necesidades del paciente para mejorar o mantener su calidad de vida, también son los que ofrecen información valiosa, al personal de salud, sobre la evolución de la enfermedad, dado que su presencia es permanente, además de colaborar con la atención y su cuidado, se afirma que su estabilidad emocional es sumamente importante. Entre las afecciones que se han logrado detectar en los cuidadores primarios se mencionan la depresión y los trastornos de ansiedad. Frecuentemente la madre o un familiar cercano es el que desempeña el rol de cuidador primario, de acuerdo a un estudio se determina que el 13.5% de los entrevistados presentan puntajes sugestivos de ansiedad (Aranda, 2017).

La ansiedad es una afectación con la que se puede estar conviviendo cada día sin conocerla. De acuerdo a datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud y citados por el psicólogo español, Heine (2018), el 33% de la población mundial padece de este mal, en otras palabras, unas 350 millones de personas han aceptado que la sufren; en cuanto a América Latina, se estima que el 5% de la población ha sido afectado. También se define como una reacción emocional que siente el ser humano cuando percibe una amenaza o peligro y cree que puede protegerse de lo desconocido; es decir, es un sentimiento normal que se da cuando se enfrentan circunstancias adversas y difíciles, trayendo consigo otros sentimientos como la preocupación, tensión, que se apoderan del cuerpo y pueden ocasionarle complicaciones difíciles. Se ha dicho que es un sentimiento normal, pero en algunas ocasiones se convierte en una ansiedad patológica, la cual está basada en valoraciones irreales de las amenazas y el miedo; lo que puede generar parálisis o transformarse en pánico.

Sin embargo, Martínez (2018), en su observación indica que la mayoría de los cuidadores primarios son del sexo femenino entre los 53 y 78 años, mostrando niveles medios de ansiedad como principal rasgo y estado, sin embargo, no se lograron definir diferencias entre los niveles medios y altos de ansiedad, pero sí determina que los cuidadores principales experimentan niveles medios de ansiedad ante diversas situaciones.

Por su parte, Morocho y Mosquera (2019), mencionan que los cuidadores primarios, tienen un vínculo muy cercano al paciente, especialmente cuando son enfermedades crónicas, participan de la toma de decisiones y dedicándoles todo el tiempo necesario. Afirmando, además, que este rol demanda gran cantidad de tiempo y dedicación.

En cuanto al cuidador primario, se hace alusión a la persona que, en primera instancia, se encarga de brindar atención a las necesidades de un enfermo; usualmente es un familiar muy cercano, y su trabajo es relevante para el personal que los atiende y su papel es muy importante con relación al estado del paciente (InfoCáncer, 2019).

En Panamá, por su parte, Almanza y Rivera (2019), llevan a cabo un estudio con 52 cuidadores primarios, mostrando que el 88% de los entrevistados tienen algún grado de sobrecarga y ansiedad. Además resalta que en el país existe un alto número de pacientes con algún tipo de discapacidad o enfermedad que requieren cuidados paliativos, lo que aumenta el grado de ansiedad y afrontamiento por parte del cuidador. Sus características personales, sumadas a la situación en la que se ofrecen los cuidados, también influyen en el grado de sobrecarga y el riesgo de que su salud y calidad de vida se deterioren. Muchos de ellos desarrollan el síndrome de Burnout, el cual muestra síntomas como nerviosismo constante, estrés crónico, dificultad para relajarse, despersonalización, cansancio mental y emocional, que deteriora la salud mental, física y social del cuidador, quienes pueden desarrollar graves trastornos de ansiedad y depresivos. (pág. 44)

Entre los principales factores que inciden en elevar los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios, se encuentran los que ocasionan algún tipo de estrés en el ambiente familiar, experiencias que amenacen la vida y la persistente preocupación por algún tema cotidiano. Incluso, la sobrecarga es concebida como un grado en el que un cuidador considera que el cuidado tiene influencia en algunos aspectos de la salud, la vida social, personalidad y la economía (Barrios, Huidobro, Mejía, & Orozco, 2020)

Problema de investigación

Tomando en consideración los aspectos planteados sobre este estudio que nos ocupa, se establece que el problema de investigación se basa en el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez?

1.2. Justificación

Las personas que tienen familiares con enfermedades crónicas, usualmente se convierten en sus cuidadores de forma permanente, especialmente si la relación entre ellos es estrecha, como lo es el caso de hijos, esposas o esposos, padres, tíos, entre otros.

Este proceso es sumamente agotador y, generalmente, crea un estado de estrés y ansiedad que puede, incluso, ocasionar en ellos enfermedades, problemas sociales, familiares, pérdidas de empleo, entre otras.

Con esta investigación se espera determinar hasta dónde el nivel de ansiedad puede afectar a los cuidadores de pacientes de cuidados paliativos, cómo influye esta ansiedad en su relación con los demás miembros de la familia, en su lugar de trabajo y con sus parejas, para poder determinar cuál sería la forma correcta de tratarlos y disminuir esta afección.

Los principales beneficiarios de este estudio son los cuidadores de los pacientes de cuidados paliativos, sean estos miembros de la familia del paciente, personas contratadas quienes brindan sus servicios, personal de salud que se encarga de la atención de los mismos.

La parte innovadora de este estudio radica en el hecho de que la salud mental es una rama de la psicología que aporta soluciones beneficiosas para los cuidadores de pacientes crónicos, con el fin de que los niveles de ansiedad se reduzcan.

1.3. Hipótesis

H₁ Los cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez presentan niveles bajos de ansiedad.

H₀ Los cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez presentan niveles altos de ansiedad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Describir los niveles de ansiedad, sus afectaciones y efectos, en cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Clasificar los niveles de ansiedad de acuerdo al tiempo que llevan de ser cuidadores primarios de pacientes en cuidado paliativo.
- Determinar el vínculo del cuidador primario con el paciente y los niveles de ansiedad que presenta.
- Establecer la relación entre el sexo y el nivel de ansiedad de los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Ansiedad

Esta afección consiste en el sentimiento de temor, el cual provoca inquietud y tensión en la persona que lo padece. En algunas ocasiones se considera como normal debido a situaciones que provocan estrés, e incluso se ha pensado que puede ayudar a enfrentarlas, en los casos patológicos no genera el mismo resultado, inclusive no es temporal y puede ser totalmente abrumadora para el paciente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2020).

De acuerdo a Forcadell, Lázaro, Fullana, y Lera (2019), conciben la ansiedad como una emoción que le brinda al organismo la preparación necesaria para llevar a cabo alguna actividad importante. Suele producir reacciones psicofisiológica intensa en el sistema nervioso central y el organismo en general. Acostumbra a aparecer cuando se enfrentan situaciones demandantes de un esfuerzo intenso y permite hacer frente a una amenaza que se presente. Las reacciones que se derivan de la ansiedad, en los humanos, se originan en el cerebro.

Los factores que influyen en la aparición de la ansiedad, según la Clínica de la ansiedad (2020), de Barcelona, son: Factores biológicos, algunos de ellos genéticos, de personalidad, ambientales. Patrones de afrontamiento del estrés, estilo de vida, aprendizaje. Contextos y apoyos sociales. Mencionan, además que los factores activadores o desencadenantes de la ansiedad son:

- **“Situaciones o acontecimientos que son vividos como desbordantes de los recursos.**
- **Acontecimientos vitales de consecuencias graves o que exigen importantes esfuerzos adaptativos.**

- **Obstáculos para conseguir logros o que limitan la capacidad para alcanzarlos o mantenerlos.**
- **Consumo de estimulantes u otras drogas”. (pág.18)**

De acuerdo a Post (2020), el organismo al enfrentarse a la ansiedad y el estrés, enfrenta 10 aspectos que resienten su salud, entre los cuales se mencionan:

- **“Problemas de garganta. Que la voz se vuelva ronca es una reacción inmediata a situaciones de estrés. Cuando tiene ansiedad, los fluidos se desvían hacia zonas fundamentales del cuerpo, lo que provoca espasmos en los músculos de la garganta. Esto produce tensión y rigidez, que resecan la garganta y dificultan el hecho de tragar.**
- **Reacciones del hígado. Cuando el cuerpo pasa por épocas de estrés y ansiedad, el sistema suprarrenal produce una cantidad excesiva de la hormona del estrés llamada cortisol. Al generarse dicha hormona, el hígado produce más glucosa, el azúcar energético de la sangre que se ocupa de las reacciones naturales de nuestro cuerpo. Para la mayoría de personas, esta cantidad extra de azúcar en la sangre puede reabsorberse sin mayor problema. En cambio, para los que tienen riesgo de sufrir diabetes, este azúcar adicional provoca problemas de salud.**
- **Reacciones cutáneas. Ese sudor frío o el enrojecimiento de mejillas, consecuencias de un cambio en el flujo sanguíneo, son respuestas inmediatas del cuerpo ante una situación de estrés. Cuando se experimenta ansiedad, el sistema nervioso simpático envía más sangre a los músculos. Esto podría acelerar el envejecimiento de la piel. Entre otras reacciones, también se incluyen la transpiración y hasta un aumento de la histamina, que puede dar lugar a inflamaciones.**
- **La actividad del bazo. La ansiedad no solo afecta a órganos tan obvios como el cerebro o el corazón, sino también al bazo e incluso a las células sanguíneas. Con el fin de distribuir más oxígeno en el**

cuerpo ante una situación de estrés, el bazo libera glóbulos rojos y blancos, adicionales. El flujo sanguíneo también se incrementa entre un 300 y 400% durante este proceso para preparar al resto del cuerpo frente a las necesidades añadidas.

- **Tensión en los músculos.** Cuando se comienza a sentir la ansiedad, el cuerpo se tensa de forma natural, creando presión en los grupos musculares más amplios. El estrés y la ansiedad crónicos suelen exacerbar esta tensión, que puede dar lugar a dolores de cabeza, rigidez en los hombros, dolor de cuello e incluso migrañas.
- **Corazón.** Las personas que padecen ansiedad y estrés crónicos tienen más riesgo de sufrir problemas cardiovasculares debido al aumento constante del ritmo cardíaco, a la elevada presión sanguínea y a la sobreproducción de cortisol. El estrés a largo plazo también está relacionado con la hipertensión, la arritmia, los derrames y los ataques al corazón.
- **Los pulmones.** Hay estudios que han demostrado el vínculo entre la ansiedad y el asma. Las personas que padecen asma también tienen más probabilidades de experimentar ataques de pánico.
- **El cerebro.** La reacción más común ante la ansiedad es la respuesta psicológica a dicha condición. Afecta a determinadas áreas del cerebro que influyen en la memoria a largo y corto plazo y en la elaboración de sustancias químicas, lo que puede dar lugar a un desequilibrio. Además, el estrés crónico puede activar de forma constante el sistema nervioso, que a su vez puede afectar a otros sistemas del cuerpo, generando reacciones físicas, como la fatiga y el desgaste entre otras.
- **Sistema inmunitario.** La exposición al estrés puede causar estragos en el sistema inmunitario, debilitando sus funciones. Algunos estudios han descubierto que cuando se está estresado,

también se tiene más posibilidades de acatarrarse y se es más susceptible a las infecciones y a la inflamación.

- **Estómago.** El estrés crónico y extremo también puede tener efectos a largo plazo en los intestinos y en la absorción de nutrientes, lo que puede provocar ardores, hinchazón, diarrea y a veces la pérdida del control de los esfínteres. A largo plazo también pueden alterar el metabolismo, lo cual puede derivar en sobrepeso e incluso obesidad. La liberación constante de cortisol en el flujo sanguíneo puede reducir la sensibilidad a la insulina". (pág. 1-3).

Continuando con los síntomas, la ansiedad también puede provocar que algunas enfermedades físicas se compliquen. Según Oliveros (2016), estas son:

- Gastrointestinales: tales como la gastritis crónica y la hernia umbilical.
- Cardiovasculares: entre las que se mencionan la hipertensión y la taquiarritmia.
- Endocrinológicas: como el hipotiroidismo, la diabetes tipo 2, la hiperporlactinemia.
- Reumatológicas: osteoartritis lumbar y de columna, fibromialgia y el síndrome del túnel carpiano.
- Respiratorias: asma, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), rinitis, laringitis.
- Neurológicas: migrañas, cefaleas mixtas, neuropatía diabética, parálisis facial.
- Ginecológicas: infertilidad primaria
- Oftalmológicas: glaucomas.
- Hematológicas: anemias.
- Dermatológicas: Acné, rosácea. (pág. 8)

Si bien es cierto se ha dicho que la ansiedad permite al individuo conservar su estado de salud y vida, también es cierto que de presentarse de forma constante puede ser dañina, así pues, es importante conocer cuáles son los tipos de ansiedad, teniendo en cuenta que esta se clasifica en diversos trastornos, que serán valorados de acuerdo a las principales características que presentan. Por lo tanto, el Doctor López D. (2018), detalla los siguientes:

- **“Trastorno de pánico. Se caracteriza por ataques de pánico de extrema ansiedad, inesperado, recurrente y de duración breve. Entre crisis y crisis, el paciente suele presentar una elevada preocupación e intenso temor a que se repita el ataque de ansiedad.**
- **Agorafobia. Miedo y ansiedad ante un número elevado de situaciones donde escapar pueda ser difícil o embarazoso. En casos extremos, puede relegar a una persona a no salir de su casa durante un largo período de tiempo.**
- **Fobia social. Temor persistente a situaciones de exposición social por miedo a ser analizados por los demás. Aparece una intensa vergüenza a ser valorado negativamente por los demás o a sentirse humillado.**
- **Fobias específicas. Se trata de miedos a cuestiones concretas normalmente relacionada con la sangre, animales, insectos, espacios pequeños, medios de transporte, entre otros.**
- **Trastorno de ansiedad generalizada. Ansiedad y preocupación excesiva en torno a múltiples situaciones. Se trata de una ansiedad no muy intensa, pero continua y ante cualquier factor mínimamente estresante.**
- **Ansiedad por separación. Malestar excesivo y recurrente por la separación de las figuras de apego o del hogar. Muy frecuente en niños y niñas”.** (pág.2)

2.1.1. Ataque de ansiedad

Los denominados ataques o crisis de ansiedad son aquellos estados en los que los niveles son extremos, duran muy poco y son de rápida instauración, siendo acompañados de algunos síntomas como la poca capacidad de respiración, arritmia o palpitaciones, opresión en el pecho, miedo a morir o perder el control y mareos. En otras palabras, es “una avalancha súbita de miedo o malestar intenso que en pocos minutos alcanza su máxima intensidad”, López (2019, pág. 3). Además, menciona que los síntomas de algunos de sus ataques son:

- **“Aceleración del pulso o sensación de palpitaciones**
- **Sensación de ahogo o dificultad para respirar**
- **Presión en el pecho**
- **Sudoración**
- **Temblor**
- **Dolor de cabeza**
- **Llanto o gritos incontrolables**
- **Ganas de vomitar o molestias gastrointestinales**
- **Sensación de mucho calor o escalofríos**
- **Mareo, aturdimiento o sensación de desmayo**
- **Hormigueo en las manos o en la cara**
- **Sensación de irrealidad o verse en tercera persona, como desde fuera**
- **Miedo a volverse loco o a perder el control**
- **Miedo a morir de forma inminente.”** (pág. 4)

Los ataques de ansiedad pueden darse en el momento que una persona siente un temor extremo por algo que supone va a suceder, aunque no reconocido como un término médico, si está relacionado con problemas o inquietudes en particular. Es muy importante aclarar que un ataque de ansiedad es muy diferente a un ataque de pánico, puesto que éste último se da sin razones

aparentes. Pero cuáles son los datos básicos que describen la ansiedad. De acuerdo a Davis y Legg (2019):

- Los ataques de ansiedad implican un temor recurrente a enfrentar algún problema o que se dé cualquier hecho que ocasione dolor o ponga en riesgo la vida.
- Sus principales síntomas son: la preocupación, inquietud, algunos síntomas físicos y alteración del ritmo cardíaco.
- Es muy distinta al pánico, aunque puede ser parte el uno del otro. (pág.2).

Controlar el ataque de ansiedad es un poco difícil, sin embargo, es imperante tratar de pensar de forma positiva para evitar que los pensamientos ocasionen situaciones que puedan complicarse. Por tal razón, es importante conocer qué hacer cuando se presenta un ataque de ansiedad. De acuerdo a Rodríguez B. (2021), al presentarse esta situación se debe:

- **“Sentarse en un lugar tranquilo y cerrar los ojos. Cuantos menos estímulos ambientales perciba, antes acabará la crisis.**
- **Distraer la atención hacia algo diferente a lo que está sucediendo.**
- **Visualizar un lugar que le haga sentir bien. La playa, el campo o el cielo suelen dar sensación de paz. Rememorar la visita a algún paisaje que le haya encantado y tratar de recordar los sonidos y las sensaciones que allí sentía.**
- **Intentar tener presente que los síntomas son una reacción al estrés. Repetirse que las reacciones del organismo no son amenazantes ni peligrosas, que en un rato pasará y que todo va a solucionarse.**
- **Procurar controlar la respiración todo el rato. Cuando la respiración se hace consciente para el individuo y se acelera, se produce lo que se conoce como “hiperventilación”. Eso lleva a un desequilibrio entre la**

cantidad de oxígeno y la de CO₂, aumentando mucho el primero y disminuyendo enormemente el segundo.

- **Poner en práctica ejercicios de respiración.** Tomando aire por la boca mientras se cuenta hasta 4 – se debe notar que el pecho y abdomen se llenan –, mantenerlo un par de segundos y soltar lentamente contando de nuevo hasta 4. Repetir hasta que deje de hiperventilar. Fruncir los labios como intentando soplar una vela puede ser útil, así como respirar dentro de una bolsa de papel.
- **La relajación muscular también puede ser útil.** Concentrarse en el cuerpo y soltar conscientemente cada músculo desde los pies hasta la cabeza.
- **Usar aceites esenciales.** Poner unas gotas en las muñecas o echarlas en un pañuelo y olerlo. Las infusiones de valeriana, manzanilla, tilo o lavanda son relajantes naturales.
- **Si la crisis le sucede a otra persona...** Si es posible, tumbéle o siéntele en un lugar tranquilo. Desabróchele la ropa que le pueda oprimir para disminuir la sensación de ahogo. Luego, intente tranquilizarle y, sobre todo, ayúdele a controlar la respiración”. (pág. 1-2).

2.1.2. Trastorno de ansiedad generalizada

Nombre como se conoce al trastorno mental en el que una persona se mantiene, constantemente, preocupada y con ansiedad por situaciones diversas y que puede ser difícil de controlar. Los motivos que lo ocasionan, no son conocidos, posiblemente pueden intervenir los genes o el estrés. Suele ser común, incluso en niños, pero es mucho más frecuente en mujeres que en hombres. Su síntoma más reconocido es la constante preocupación y tensión por período de más o menos 6 meses, falta de concentración, cansancio constante, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño o mantener un sueño profundo, sentimiento de

inquietud al despertar, tensión muscular, afectaciones estomacales, problemas para respirar y sudoración continua. Puede ser tratada mediante tratamientos de psicoterapia, medicamentos o una combinación de ambos. Sus consecuencias para la vida y la salud son muy serias, la depresión y el consumo de sustancias opiáceas o psicotrópicas pueden derivarse del trastorno de ansiedad (Berger, 2020).

Mayo Clinic (2017), indica que las complicaciones que puede generar el trastorno de ansiedad generalizada puede ocasionar una incapacidad del individuo, porque:

- Afecta la capacidad del individuo para realizar algunas tareas de forma eficiente y rápida, debido a la falta de concentración.
- El hecho de perder tiempo y falta de concentración en actividades fuera de las normales.
- Disminuye totalmente la energía, incluso la emocional, lo que pueden incrementar el riesgo de una depresión.
- Puede ocasionar úlceras o síndrome del intestino irritable.
- Ocasiona cefaleas y migrañas.
- Enfermedades dolorosas y crónicas.
- Insomnio.
- Cardiopatías.
- Enfermedades mentales.

2.1.3. Trastorno de pánico.

Es un tipo de trastorno de ansiedad, el cual genera algunas sensaciones repentinas de terror sin que haya un peligro aparente. El individuo puede sentirse como si perdiera el control. Sus principales síntomas, según el Instituto Nacional de la salud mental (2020), son:

- Taquicardia.
- Malestar estomacal.
- Dolor en el pecho.
- Mareos y debilidad.
- Problemas respiratorios.
- Transpiración.
- Escalofríos o calor.
- Entumecimiento de manos o pies.

Berger (2020), menciona que la causa de este trastorno es desconocida, sin embargo, se considera que puede ser genética, por lo que sería interesante evaluar si algún miembro de la familia padece de este trastorno. Este trastorno es mucho más común en las mujeres que en los hombres y los síntomas suelen aparecer en la edad adulta (después de los 25 a 35 años). El mismo ha sido observado en niños, pero su diagnóstico no es confirmado hasta su adultez. Este tipo de trastorno también puede ocasionar cambios en la forma de ser y de comportarse en un individuo en su hogar, en el sitio de trabajo o en los centros educativos, pues siente preocupación constante sobre los efectos que pueden tener sus ataques de pánico. En algunos casos abusan del alcohol o drogas, sintiendo una terrible depresión. No pueden predecirse, especialmente en las primeras etapas, porque no se establece algún desencadenante, pero el simple recuerdo de un ataque previo puede generar otro. Su tratamiento es mediante psicoterapia (conductual cognitiva), la que puede contribuir a comprender los ataques y orientar al individuo a cómo superarlos, por lo que deberá aprender a:

- **“Entender y controlar puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o los hechos de la vida.**
- **Reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico y disminuir la sensación de indefensión.**
- **Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas.**

- **Imaginar las cosas que causan la ansiedad, comenzando con la menos temida. Practicar en una situación de la vida real para ayudarle a superar sus miedos.”**
(pág. s.n.)

2.1.4. Fobias

El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH) (2021), define las fobias como “un tipo de trastorno de ansiedad”. Se reconocen muchos tipos de fobias, al punto que los que las padecen suelen evitar aquellos factores que las provocan; en caso de no ser posible suelen presentar pánico y miedo, taquicardias, temblores, desos de huir o esconderse y hasta la falta de aire y sensación de ahogo. Generalmente se padecen desde la infancia o adolescencia, aunque sus causas no han sido determinadas hasta la fecha, en algunos casos suelen ser heredadas. Su tratamiento puede ser mediante psicoterapia, medicación o un poco de ambas.

Las fobias consisten en el miedo anormal a algo en específico, como un objeto, animal, actividad, situación o ubicación. Es un desorden de ansiedad que puede incidir en ataques de pánico. El individuo trata de evitar lo que le atemoriza, lo más que pueda, sin embargo, esto crea obstáculos en su vida diaria. Se ha demostrado, según estudios, que el 5% de la población adulta desarrolla algún tipo de fobia. Mandal (2021), señala que las fobias más comunes son:

- Arachnophobia o fobia a las arañas.
- Fobia social.
- Aviophobia o fobia a volar.
- Agorafobia o fobia a espacios abiertos.
- Claustrofobia o espacios cerrados.
- Acrofobia o miedo a las alturas.
- Cancerophobia o miedo al cáncer (enfermedad).

- Astraphobia miedo del aligeramiento.
- Brontophobia o miedo al trueno.
- Necrophobia o miedo a la muerte.
- Cardiophobia o miedo a las enfermedades cardíacas. (pág. 5)

2.1.5. Factores que ocasionan las fobias.

La ansiedad, como trastorno, debe su aparición a tres grupos de factores que según Baeza (2015), son:

- **“Factores predisposicionales: son las variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores se pueden considerar los referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje. Estos factores predisposicionales no son la ansiedad ni condenan a padecerla. Son factores de vulnerabilidad. Algunos de estos factores son desconocidos aún, aunque se presume su existencia. Otros son conocidos, pero, para un buen número de ellos, sobre todo los de origen genético, no se han desarrollado aún terapéuticas específicas. Si existen tratamientos para la corrección de algunos de los efectos causados por dichos factores y expresados en los sistemas de neurotransmisión, lo que permitiría la reducción de su influencia, en algunos casos muy importante, la consiguiente mejora, y la reducción de la vulnerabilidad.”**
- **“Factores activadores: son los hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza. También se indica que la percepción de riesgo, es decir de lo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo afecta, por un lado; y qué se puede hacer frente a ello, por otro. En términos generales, la ansiedad procede de dos grandes tipos de problemas. En primer lugar, de la posible obstaculización o entorpecimiento de planes, deseos o necesidades, aún en desarrollo, cuya consecución es importante o necesaria para el ser humano. En segundo lugar, del posible deterioro o problematización de objetivos que se han alcanzado, logros con los que ya se cuentan o forman parte del estatus. También se encuentran en este grupo de factores otros que por diversas vías inducen una sobre – estimulación / sobre – activación**

del organismo: estrés y consumo de sustancias particularmente estimulantes.”

- “Factores de mantenimiento: afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores, ayudados más o menos por los factores predisposicionales, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud. Estos problemas, que previamente no existían, son debidos a la ansiedad, pero, a su vez, la multiplican. La salud es un bien valorado en sí mismo. Si se problematiza, por cualquier motivo incluida la propia ansiedad, genera un incremento del estado de alerta e indefensión. Se ha de considerar además, que la salud es una condición necesaria para la realización de otros planes que pueden resentirse por el nuevo estado del organismo, lo que llevaría a la aparición de nuevos problemas, distintos de los que originariamente motivaron la ansiedad, pero que contribuyen a su retroalimentación.” (págs.3 – 5).

2.1.6. Síntomas de ansiedad

Si bien es cierto, todos los seres humanos, en algún momento de su vida, experimentan ansiedad. Sin embargo, al momento de que los síntomas son más significativos que lo que los desencadenan e intervienen en la vida, puede ser posible que se esté desarrollando un trastorno de ansiedad. A continuación, Julson (2020), señala los once síntomas más comunes del trastorno de ansiedad:

- **Preocupación excesiva.** Es el más común de los síntomas de la ansiedad, esta, en conjunto con los trastornos de ansiedad suele ser desproporcional a los eventos desencadenantes, se presenta como una respuesta a situaciones normales y de la vida diaria. Es una señal de ansiedad generalizada cuando, por un período de seis meses, se presenta de forma casi diaria, además de ser grave e intrusiva, lo que afecta la concentración y la ejecución de tareas cotidianas. Usualmente se presenta en personas menores de 65 años.

- **Sentimientos de agitación.** Consiste en la potenciación del sistema nervioso simpático, lo cual desencadena efectos en todo el cuerpo, tales como una aceleración en el pulso, sudoración de las palmas de las manos, además de temblores y resequedad en la boca. Esto ocurre debido a la percepción de peligro, por lo que el organismo se prepara para una reacción ante la amenaza, desviando la sangre del sistema digestivo hacia los músculos, con el fin de correr o pelear, de ser necesario; otra reacción es el incremento del ritmo cardíaco, lo que agudiza los sentidos. Todas estas reacciones serían fantásticas si la amenaza fuera verdadera, pero son totalmente debilitantes si el miedo no lo es.
- **Intranquilidad.** Es muy común en la ansiedad, especialmente en el caso de niños y adolescentes. Suele describirse como un sentimiento de nervios o una incomodidad que incita el constante movimiento. Es muy cierto que todas las personas con trastorno de ansiedad sufren de intranquilidad, los médicos suelen buscar, en los pacientes, esta señal para realizar un diagnóstico. Para que sea considerado como un síntoma de ansiedad, debe presentarse por lo menos por seis meses.
- **Fatiga.** Si bien se acaba de ver la intranquilidad como un síntoma de ansiedad, la fatiga también puede serlo. Esta puede ser el resultado de un ataque de ansiedad, como ser crónica, realmente no está claro si es consecuencia de otros síntomas, o tal vez se relacione con los efectos hormonales que resultan de la ansiedad crónica. Lo que sí es importante es tener en cuenta que puede ser una señal de depresión u otras enfermedades, por lo que no se considera como un síntoma suficiente para hacer el diagnóstico.

- **Dificultad para concentrarse.** Es muy común que las personas con ansiedad manifiesten que no pueden concentrarse en sus actividades, si bien, algunos estudios demuestran que la ansiedad puede ocasionar la interrupción de la memoria funcional, lo que explica la disminución del desempeño que suelen experimentar las personas durante los períodos de mayor nivel de ansiedad. Aunque la dificultad de concentración es un síntoma de diferentes afecciones, no solo de la ansiedad, entre las que se mencionan el déficit de atención o depresión, por lo que no se considera como suficiente para el diagnóstico.
- **Irritabilidad.** El hecho de que algunas personas sostienen que se preocupan demasiado, los jóvenes y adultos jóvenes que sufren trastorno de ansiedad generalizada suelen irritarse mucho más en su vida cotidiana, esto se debe a que la ansiedad se asocia con un alto nivel de agitación y preocupación excesiva, lo que no hace sorprendente que la irritabilidad sea común en ellos.
- **Tensión muscular.** Si la tensión muscular se mantiene por más de un día en la semana es muy probable que se padezca de ansiedad. Es bastante interesante que el tratamiento de la tensión muscular sea una terapia de relajación, lo que también influye en la reducción de preocupaciones en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, por lo que se considera que es tan eficaz como la terapia cognitiva conductual.
- **Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.** La ansiedad suele influir en los trastornos del sueño, suelen presentarse síntomas como el despertarse en mitad de la noche y volver a conciliar el sueño posteriormente. Hay estudios que sugieren que si el insomnio se presenta desde la infancia, este individuo puede padecer ansiedad en la

etapa adulta. Es muy evidente que el insomnio y la ansiedad están vinculados, no se puede decir que sea un factor detonante de la ansiedad, lo que sí se sabe es que al tratar la ansiedad, el insomnio puede mejorar.

- **Ataques de pánico.** Es otro tipo de trastorno de ansiedad, suelen producir una sensación de temor intensa que llega a ser, en muchos casos, debilitante. Se acompaña de ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblores, presión en el pecho, náuseas y miedo a morir. Ocurren aisladamente pero con frecuencia y de forma inesperada.
- **Evitar situaciones sociales.** Es importante determinar los siguientes:
 - Se siente ansioso o temeroso ante eventos sociales próximos.
 - Preocupación porque los demás lo juzguen o examinen.
 - Miedo de ser avergonzado o humillado.
 - Por miedo, no asiste a eventos sociales.
- **Temores irracionales.** Este miedo a cosas específicas se denomina ansiedad extrema o fobia, las cuales interfieren en la capacidad de funcionar de forma normal. Estas fobias suelen afectar a muchas personas en algún momento de la vida, usualmente provienen de la infancia o adolescencia y se presentan de forma más frecuente en mujeres. (pág. s.n.)

Otros factores que pueden tener influencia en la ansiedad son:

- **Tristeza:** es un sentimiento negativo que a nadie le gusta experimentar, pero que es necesario para la correcta adaptación del entorno (Fernández, 2017).

- **Sentimiento de culpa:** diversos autores la definen como el afecto doloroso que se desprende de la sensación de traspasar las normas sociales y personales, principalmente si se cree haber perjudicado, directa o indirectamente a otra persona, especialmente si es un familiar. Este sentimiento puede ser comprendido al momento de conocer los elementos que lo componen, como: es un acto causal, real o imaginario; la percepción y autovaloración negativa del acto, mala conciencia; y, emoción negativa por la culpa o los remordimientos (Fernández, 2017).
- **Disminución de la autoestima:** este factor consiste en la problemática del individuo para sentirse valioso, y digno de ser amado por los que le rodean. Cuando la autoestima disminuye, el individuo suele buscar aprobación y reconocimiento del resto, por lo que se muestran como personas totalmente diferentes a sí mismas y no expresan lo que en realidad sienten o piensan y necesitan para su relación con el resto. Se han dado casos en los que la persona con disminución de autoestima oculta sus sentimientos mediante el uso de mecanismos de defensa, como la negación, intelectualización, fantasía, entre otros, incluso han creado una coraza defensiva, que utilizan para protegerse de la falsa amenaza de posibles rechazos sociales, críticas personales u opiniones que pongan en duda sus creencias (Estaire, 2010).
- **Distanciamiento familiar:** consiste en la acción de crear un espacio físico y emocional entre dos cuerpos. Desde el punto de vista de la psicología, es la forma que tienen algunos individuos de protegerse de aspectos que lo pueden afectar, como por agresiones, hábitos poco saludables o algunas formas de empatías (Marajofsky, 2018).

En algunas ocasiones, las familias muestran, en el exterior, algo muy diferente a lo que realmente ocurre en el hogar, lo cual puede provocar distanciamiento emocional en la familia. Los individuos que sufren el distanciamiento no siempre hablan del tema, lo que puede traer otros problemas y malinterpretación. Entre los problemas que ocasionan el distanciamiento familiar se mencionan:

- Eventos traumáticos.
 - Enfermedades prolongadas.
 - Diferentes expectativas sobre los roles familiares.
 - Problemas relacionados con el divorcio o la separación (Roldán, 2018)
-
- **Apatía por actividades que realizaba anteriormente:** La apatía se caracteriza por la notable ausencia de emociones, sentimientos, preocupación o pasión. Cuando una persona padece apatía muestra indiferencia ante cualquier cosa o evento que pueda presentarse, por lo que se puede presentar alguno de estos cinco tipos de síntomas frecuentes:
 - Cognitivos: menos atención, memoria, concentración.
 - Anímicos: abatimiento, irritabilidad, nerviosismo, cansancio, tristeza.
 - Interpersonales: señala la relación con el entorno, la vida social casi desaparece.
 - Conductuales: desmotivación.
 - Físicos: insomnio, pérdida de apetito y menor deseo sexual (Gómez, 2015).

- **Soledad:** muchas personas, en alguna etapa de su vida, han sido víctimas del sentimiento de soledad. Debido a su naturaleza social, necesita mantener contacto y relacionarse con otras personas. Sin embargo, al hablar de soledad, se asocia directamente con la falta de contacto humano, aunque realmente, la soledad, se puede sentir al estar rodeado de un grupo grande de personas, ya que realmente, la soledad es un estado mental, igual a la depresión, la ansiedad y el temor conocida como soledad emocional, y que es vinculada a sentimientos profundos como la incomprensión, tristeza e inseguridad, originando la angustia, ansiedad e incluso el miedo. Si no se cuenta con el apoyo emocional disminuirá la autoestima y se incrementará la desmotivación (Linares, 2015).

2.1.7. Tratamiento para la ansiedad.

La ansiedad puede ser tratada de dos formas diferentes, entre ellas se encuentra la psicoterapia y los medicamentos.

- **Psicoterapia.** Consiste en el asesoramiento psicológico, la cual busca reducir los síntomas de ansiedad, es un tratamiento sumamente eficaz para la ansiedad. Entre los más utilizados se encuentra la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), la cual es considerada como la más eficaz para tratar los trastornos de ansiedad. Por lo general, es un tratamiento llevado a corto plazo y consiste en enseñarle al paciente técnicas específicas para mejorar los síntomas y poder retomar las actividades que eran evitadas por la ansiedad. Esta terapia va a determinar el objeto o situación que provoca la ansiedad, con el fin de desarrollar la confianza que controlará la situación y los síntomas.

- **Medicamentos.** Para tratar la ansiedad son utilizados diversos número y tipos de medicamentos, con el fin de aliviar los síntomas, de acuerdo al trastorno que presente, además de cualquier otro problema de salud, sea este físico o mental. Estos medicamentos pueden ser, de acuerdo a lo descrito en la revista de Mayo Clinic (2018):

- Antidepresivos.
- Buspirona.
- Sedantes o benzodiacepinas.

Igualmente, Mayo Clinic (2018), reconoce como posibles tratamientos contra la ansiedad, algunos remedios caseros, debido a que se considera que cambiar algunos aspectos del estilo de vida pueden representar alguna diferencia, por tal razón recomiendan:

- **“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 ayudarlo a estar saludable. Comience despacio y aumente gradualmente la cantidad y la intensidad de las actividades.**
- **Evite el alcohol y las drogas recreativas. Estas sustancias pueden causar o empeorar la ansiedad. Si no puede dejarlas por su cuenta, consulte a su médico o busque un grupo de apoyo para recibir ayuda.**
- **Deje de fumar y reduzca o deje de consumir bebidas con cafeína. Tanto la nicotina como la cafeína pueden empeorar la ansiedad.**
- **Use técnicas de control del estrés y de relajación. Las técnicas de visualización, la meditación y el yoga son ejemplos de técnicas de relajación que pueden aliviar la ansiedad.**

- **Que dormir sea una prioridad. Haga lo que pueda para asegurarse de que esté durmiendo lo suficiente como para estar descansado. Si no está durmiendo bien, consulte a su médico.**
- **Coma alimentos saludables. Comer sano, como focalizarse en vegetales, frutas, granos integrales y pescado, puede estar relacionado con menor ansiedad; sin embargo, se necesita más investigación”.** (pág. 12).

De igual manera, la medicina alternativa ofrece algunos remedios, aunque requiere de más investigación al respecto, con el fin de conocer los riesgos y beneficios que ofrecen. Entre estos medicamentos se mencionan los suplementos de hierbas que no son regulados por ninguna entidad de salud a nivel internacional, por lo que no se puede indicar que sea realmente saludable y seguro. Algunos medicamentos alternativos pueden ocasionar secuelas al ser ingeridos junto con medicamentos prescritos, lo que puede ser peligroso. Lo más recomendable es consultar al médico para verificar que esto no suceda (Mayo Clinic, 2018).

Por último, las estrategias de afrontamiento y apoyo, que permiten enfrentar la ansiedad, implica, de acuerdo a Mayo Clinic (2018), llevar a cabo actividades como:

- Obtener información acerca del trastorno, mediante la visita a un médico o profesional de la salud mental, quien le puede indicar qué puede ocasionar dicho trastorno y cuál es el tratamiento requerido.
- Cumplir con un plan de tratamiento que consiste en tomar medicamentos prescritos, asistir a terapias y realizar tareas que recomienda el terapeuta.

La perseverancia marca la diferencia, en especial en el consumo de medicamentos.

- Tome medidas que impliquen aprender los factores que le provocan la ansiedad o que ocasionan estrés.
- Escribir un diario que le permita dar seguimiento a la vida personal, lo que podría dar indicios del porqué de la ansiedad.
- Unirse a grupos de apoyo para trastornos de ansiedad, implica el hecho de recordar que no se está solo en el camino, estos grupos ofrecen comprensión y comparten experiencias similares.
- Aprender técnicas para administrar el tiempo, en especial en el caso de cuidadores, con el fin de que pueda distribuir el tiempo entre el paciente y el resto de la familia, amistades y actividades.
- Socializar, no permitir que las preocupaciones y actividades de cuidado de su paciente o familiar lo alejen del resto de sus seres queridos o de las actividades que lleva a cabo periódicamente.
- Romper el ciclo al momento de sentirse ansioso, hacer caminatas vigorosas o realice un pasatiempo que evite las situaciones estresantes.
(pág. 22-23)

2.2. Cuidadores primarios.

Se denominan cuidadores a aquellas personas o instituciones dedicadas a hacerse cargo de la atención de las personas que padecen alguna enfermedad que las limita y les crea un nivel de dependencia, usualmente son padres, madres, hijos, familiares, personal capacitado contratado o personal de voluntariado (Delicado, García, López, & Martínez, 2020).

En el caso de este estudio, se analizará el rol del cuidador primario, que es aquella persona encargada de atender todas las necesidades físicas y emocionales de un paciente, generalmente es algún familiar cercano. El mismo inicia los gestos de solidaridad con el paciente y comprende prontamente el hecho de que debe realizar actividades que no permitan afectaciones directas ante la realidad que perjudique a su paciente. Por tal motivo, el bienestar del paciente adquiere importancia en su vida, especialmente con los progresos de la enfermedad, especialmente por el papel de reorganización, mantenimiento y la cohesión de la familia (Exposito, 2018).

Esta persona atenderá, previo a asumir responsabilidades, debe contar con los elementos específicos que el personal de salud le indique, tales como:

- Información sobre el proceso que afecta al enfermo y la evolución del mismo.
- Brindar orientación sobre como enfrentar las carencias y las crisis que presenta la enfermedad de su familiar o paciente.
- Hacer una valoración de los recursos disponibles como el apoyo físico de otros cuidadores o familiares, el tiempo disponible y los deseos de compartir el cuidado del paciente.

- Realizar y mantener las actividades que realiza habitualmente.
- Cuidar de sí mismo y organizar sus actividades personales.
- Llevar a cabo un proceso que le permita enfrentar el duelo en el momento de presentarse (Exposito, 2018).

Según Tortolero, Negroe, y Moya (2015), los cuidadores primarios se clasifican en:

- **“Cuidador Primario no profesional. Es aquella persona que no ha recibido un entrenamiento específico en el área de la salud para procurar los cuidados a un enfermo. Generalmente son personas improvisadas en el tema, que por dinámica familiar o bien, por falta de recursos económicos, les es difícil contratar a un profesional para que se encargue del cuidado de su familiar. Principalmente toman este rol quienes tienen una relación directa con el paciente, pudiendo ser el:**
 - **Cónyuge cuidador:** en la mayoría de los casos, cuando algún integrante de la pareja sufre deterioro en la salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. Un dato curioso que se ha observado es; que en el caso de que los cuidadores sean los maridos, se ha percibido que éstos reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones, que las mujeres cuidadoras.
 - **Hijos cuidadores:** en ocasiones, cuando los hijos se ven en la necesidad de fungir como cuidadores primarios del enfermo, y toda vez que ellos también requieren atender sus propias necesidades familiares (hijos y cónyuge) se ha detectado que puede llegar a surgir un fenómeno de inversión de roles, lo que conlleva a generar sentimientos ambivalentes debido al

reajuste que se tiene que hacer tanto en la vida diaria, como en la laboral y social. Quienes suelen adoptar el papel de cuidador primario dentro de la familia se encuentran las hijas solteras, el menor de la familia ó en su defecto, en caso de ser familia predominante de varones, la única mujer.

- **Los padres cuidadores.** Cuando el hijo se convierte en persona dependiente, representa un doble impacto para los padres, ya que además de verse obligados a cambiar su actividad actual, misma que consideraban ya superada, les es necesario trabajar en el duelo que les genera la pérdida de la salud del hijo. Es importante en este punto modificar necesariamente sus planes a futuro.

- **Cuidador primario profesional.** La diferencia entre el cuidador profesional y el no profesional se concreta a la relación contractual que se establece entre la persona atendida y la cuidada. Esta relación se caracteriza por ser eminentemente laboral, con un horario previamente establecido y cuidados especializados que permiten mejorar la calidad de vida de la persona atendida. Entre sus funciones principales se encuentran:
 - **Administración de medicamentos.**
 - **Conocimiento y manejo de ayudas técnicas para la mejora de la vida cotidiana de la persona en situación de dependencia.**
 - **Movilización, traslados y apoyos en la ambulación cuando se requiera.**
 - **Encargarse de la alimentación, haciendo uso de las técnicas que sean necesarias en el tratamiento que requiera la situación.**
 - **Aplicación de métodos de higiene y aseo en la persona, teniendo en cuenta las limitaciones que pueda tener por sus características psicofísicas.**

- **Realización de procesos que favorezcan la relación social de las personas en situaciones de dependencia, llevando a cabo tareas de acompañamiento.**
- **Cuidador primario resiliente. Las personas resilientes, dentro de estas consecuencias positivas que los cuidadores primarios manifiestan presentan una sensación de utilidad, de compañía, de estar cumpliendo con su deber u obligación y revelan momentos placenteros o divertidos durante el desempeño de su labor".** (pág. 11 – 16)

2.2.1. Calidad de vida.

Es algo complejo definir el concepto de calidad de vida; sin embargo, se define como una valoración subjetiva del nivel en que se ha alcanzado la satisfacción de vida, o simplemente como el bienestar personal percibido (Rodríguez, García, & Terol, 2014).

Por su parte, Ávila (2013), indica que:

“La calidad de vida es un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario, hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal; en otras palabras, calidad de vida tiene diversidad de definiciones, desde el aspecto filosófico y político, hasta el relacionado al área de la salud.” (p. 128).

Si bien es cierto que al pasar de los años se ha intentado formular una definición que englobe todas las características que componen el concepto de calidad de vida, dado que combina componentes subjetivos y objetivos, en donde el objetivo común es el bienestar personal e individual; de estos componentes, Ávila (2013), hace una agrupación de cinco dominios principales que son:

- Bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión).

- Bienestar social (relaciones interpersonales con la familia, las amistades, entre otras)
- Bienestar físico (salud, seguridad física)
- Desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución)
- Bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones)

Galván (2017), toma en cuenta el concepto de calidad de vida que brinda la Organización Mundial de la Salud OMS, (s.f.), indicando que:

“La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y sus inquietudes.” (p.96).

Ahora bien, al preguntarse de forma individual qué es calidad de vida, se pueden mencionar diversos términos como: bienestar, alcanzar logros personales y familiares, contar con buen estado de salud, tener una alimentación sana, en fin, todo lo que se relaciona a entornos sociales y culturales; por lo tanto, la calidad de vida individual puede entenderse como una relación global, en la cual se establecen aspectos positivos, pero también pueden darse eventos en forma adversa en el transcurso de la vida individual (Galván, 2017).

2.2.2. Emociones y sentimientos en el cuidador primario

Tortolero, Negroe, y Moya (2015), señalan que el desgaste que genera el día a día en la calidad de vida del cuidador primario por la presión emocional, física y del entorno a la que se ven sometidos, crean, de manera progresiva, pensamientos erróneos con respecto a su propia persona, tales como:

- El sentirse egoísta al cuidar de sí mismo y atender sus propias necesidades.
- Que no necesitan pedir ayuda para cuidar al enfermo.
- Se consideran los únicos responsables del bienestar del enfermo.
- Que sólo ellos son capaces de realizar las tareas, nadie más puede hacerlas.
- Nadie puede cuidar al paciente como lo hacen ellos, por eso nadie puede reemplazarlos. (Pp.19 – 20)

Sostienen, además, que al no llevar a cabo los procedimientos mencionados pueden generar los siguientes sentimientos:

- Culpa. Teniendo en cuenta que es una emoción que puede inmovilizar y destruir emocionalmente a la persona, puede hacerse presente en cualquier momento de la vida y en una gran variedad de situaciones. Igualmente se puede decir que es inevitable, puede aparecer por acción u omisión puesto que por lo general, las interacciones con otros son buenas, pero los aspectos como tiempo, recursos y habilidades son bastante limitados. En el caso del cuidador, puede tener este sentimiento debido a que debe procurar estrechar el espacio entre la realidad y la perfección en la atención a su familiar o paciente, para proporcionarle un cuidado adecuado y mantener un nivel apropiado de calidad de vida.
- Resentimiento. Un sentimiento o emoción que se dirige, de forma inconsciente hacia los pacientes o persona que se está cuidando, dada la sensación de que por su culpa se ha distanciado de su familia, la sensación de estar secuestrado por la responsabilidad de atenderlo y que ya no tiene control de sus cosas son las más comunes en cuanto al resentimiento por parte del cuidador. Sin

embargo, es muy frecuente, por lo que se debe prestar mucha atención ante su aparición, para poder proporcionar el apoyo suficiente y evitar situaciones de ira y ataques depresivos.

- Ira. Es evidente que algunas personas suelen demostrar su enojo mucho más que otras, a un nivel y proporción desconocida y por razones que van desde una crítica injusta hasta la frustración y decepción acumulada. La ira suele acumularse y es dañino acumularla sin expresarse, generando estados de ansiedad o depresión, hasta que estalle para no hacer peligrar las relaciones o causar daño, de forma indirecta, a otras personas.
- Soledad. El cuidador necesita mucho tiempo para el cuidado del paciente, lo que implica el hecho de que debe alejarse de todas sus actividades externas, de sus seres queridos, de sus amigos y gran cantidad de actividades debido a la creencia de que por mantenerse aislado ya no quieren compartir con ellos. Sin embargo, no se percatan de que es la soledad la que puede conducirles a adquirir vicios como fumar, comer o beber.
- Pena. La pena es un sentimiento ambiguo, que se relaciona con la muerte; sin embargo, vivir un duelo anticipado tiene mucho que ver con la emoción que siente un cuidador que lidia por un largo período de tiempo con la enfermedad crónica que padece un ser querido. Por tal razón es, sumamente importante, permitirse los sentimientos de tristeza y poder expresarla tanto a sus seres queridos, incluso el que se está cuidando, como a los demás miembros de la familia. El hecho de aislarse, ocultando la verdad suele ser frustrante para la persona que sabe que está enferma o muriendo.

2.2.3. Cuidado.

Según Tomé (2018), el cuidador primario debe cuidarse a sí mismo, garantizando una buena salud tanto física como psicológica, al mismo tiempo que garantiza una buena atención a la persona dependiente. Por lo tanto, para poder evitar situaciones de sobrecarga, el cuidador deberá tener presente los siguientes aspectos:

- **Dormir.** Muchos factores afectan el estado de ánimo y la salud de las personas, uno de estos es dormir las horas de sueño recomendadas, pues, se da con mucha frecuencia que la persona que cuida a algún paciente dependiente en horario nocturno, no duerme lo recomendado, por tal razón se deberá realizar una planificación en la cual los familiares u otros cuidadores sean capaces de dividir las responsabilidades y crear turnos que les permitan tomar descansos de forma moderada a cada uno de los que participen del cuidado.
- **Hacer ejercicio.** Es importante para cualquier persona mantener su condición física mediante el ejercicio, en este caso, el cuidador, tal vez, por sus responsabilidades no se ejercita, sin embargo, es importante tener presente que al ejercitarse, mejora el sueño, permite el fortalecimiento del sistema respiratorio, cardiovascular y aumenta la resistencia muscular, además de facilitar la flexibilidad corporal, equilibrio y coordinación que le son sumamente importantes en el desempeño de sus funciones. En el aspecto psicológico, sus beneficios se ven en el mejoramiento del estado de ánimo y la desaparición de la tensión que ocasiona el trato permanente con el paciente dependiente.
- **Seguir una dieta equilibrada.** La alimentación sana y equilibrada forma parte de una buena vida, tomando en cuenta que el cuidador debe

mantenerse saludable para poder ofrecer los cuidados adecuados a su paciente. Se le recomienda consumir alimentos sanos y con un estricto respeto de los horarios, por lo que se confecciona un plan de acción a seguir, teniendo en cuenta las responsabilidades del mismo.

- **Evitar el aislamiento.** Es muy común que el cuidador se aísle de su grupo familiar y social, pues debido a que el paciente depende de su cuidado, exigiéndole muchas horas de atención, lo que disminuye la posibilidad de convivir con su grupo familiar y de amistades, sin embargo, es bueno compartir responsabilidades con otros cuidadores o familiares, con el fin de mantener su vida social activa, hasta cierto punto.
- **Mantener aficiones e intereses.** Es de suma importancia que se mantenga un equilibrio entre las necesidades personales y las obligaciones para con el paciente, gestionando un período de tiempo libre que puede destinar para realizar sus actividades en base a un cronograma o guía.
- **Salir de casa.** En la mayoría de las ocasiones, el paciente dependiente y el cuidador habitan en el mismo domicilio, lo que implica una atención por 24 horas los 7 días de la semana, sin que logre desprenderse, fácilmente, de su rol. Se recomienda que él cuidador haga una separación física de ambos roles, aunque sea por breves espacios de tiempo, pues debe buscar alternativas que le permitan salidas del domicilio, evitar el aislamiento o separación de su grupo familiar y social.
- **Descansar.** El descanso no implica el hecho de dormir, se recomienda al cuidador utilizar diversas técnicas de relajación, que le permitan pensar en cosas agradables que lo lleve a un descanso breve, siempre que pueda, lo que es más efectivo si se realiza en un sitio diferente a la

habitación donde se encuentra el paciente. Otra forma sería solicitar a otro familiar o cuidador se ocupe del paciente en un período corto de tiempo para que lleve a cabo su relajación (López P. , 2014).

- **Asesoría individual.** Como cuidador, debe conocer la enfermedad del paciente y los cambios que éste puede sufrir en el transcurso de su dolencia, por lo tanto debe contar con una asesoría imparcial y sin prejuicios, en la cual se debe incluir un proceso introductorio, de solución de problemas que le permita independencia y disminuya la carga de estrés (García & Lazcano, 2012).

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

FASE I

Escenario.

“El escenario es el lugar en que tiene lugar o se desarrolla un suceso y el conjunto de circunstancias que rodean al acontecimiento” (Pérez & Gardey, 2013).

Tomando en consideración la situación y el estado de los pacientes en cuidados paliativos en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, los cuidadores primarios, en este caso, los familiares o personas que han sido contratadas para su atención en casa, se convierten en individuos que suelen presentar ciertos estados de ansiedad ligados al enfermo, lo que plantea la necesidad de evaluarlos y buscar los medios necesarios para disminuirla, para que tanto el paciente como el cuidador puedan mejorar sus estados y calidad de vida.

Población.

“La población estadística es el total de individuos o conjunto de ellos que presentan o podrían presentar el rasgo característico que se desea estudiar” (López J. F., 2019).

La población seleccionada para el desarrollo de este estudio consta de los cuidadores primarios de pacientes en cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, el cual está representado por un grupo de 108 cuidadores.

Participantes.

“El participante es aquel individuo u organización que contribuye en alguna actividad, acción, tarea, entre otras alternativas, en las ciencias sociales e investigación, es el grupo involucrado directamente en la investigación” (Ucha, 2012).

Los participantes son elegidos por conveniencia, debido a que no hay un método de selección establecido. Consta de un subgrupo de 30 personas.

Tipo de muestra.

“La muestra estadística es un subconjunto de elementos de la población estadística y que representa la totalidad de los sujetos” (Requena, 2014).

La muestra seleccionada es a conveniencia, sin ningún tipo de procedimiento para su elección.

Tipo de estudio.

El tipo de estudio para este tema es cualitativo, debido a que no requiere de experimentos o pruebas para su desarrollo.

Vera (2014), define el estudio cualitativo como:

“El estudio cualitativo es aquella que se propone evaluar, ponderar e interpretar información obtenida a través de recursos como entrevistas, conversaciones, registros, memorias, entre otros, con el propósito de indagar en su significado más profundo” (pág.1)

Diseño de estudio.

El diseño de estudio es no experimental y transversal, debido a que no se alterará ninguna de las variables, se hará uso de la observación y un instrumento de recolección de datos, por lo que se hará en un momento determinado de tiempo y a corto plazo.

“La investigación no experimental es aquella que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las situaciones. De hecho no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio” (Argote & Fernández, 2010).

FASE II

Variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
V1 Ansiedad	“Sentimiento de miedo, temor e inquietud que puede contribuir a enfrentar una situación, además de darle un impulso de energía o ayudarlo a concentrarse al que la padece, sin	El concepto se relaciona con la sensación de temor ante una pérdida, el miedo de que ocurra algo malo en el momento en que se está con el paciente y a la reacción de la familia.	<ul style="list-style-type: none">• Trastorno de ansiedad generalizada.• Trastorno de pánico.• Fobias.• Factores que lo ocasionan.• Síntomas de ansiedad.• Tratamiento para la

	embargo no es temporal y puede ser abrumadora" (Instituto Nacional de Salud Mental, 2020).		ansiedad.
V2 Cuidadores primarios	“Es la persona que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo” (Rivas & Ostiguín, 2011).	Se relaciona con las personas que forman parte de la familia o son contratados para cuidar a una persona que necesita cuidado prolongado, ya sea en casa o en alguna institución de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida. • Cuidado. • Asistencia. • Tareas de apoyo. • Físico y emocional. • Prestar atención a las necesidades físicas.

FASE III

Instrumentos y/o técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se realiza de tres formas distintas, la primera es recopilación de documentos, la cual se realiza mediante la revisión de escritos, libros, páginas de internet que brindan información relacionada al tema.

Primeramente se hizo mediante un pre y post test, el cual fue aplicado a los participantes, para tener un conocimiento previo sobre los niveles de ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes crónicos en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, el cual consiste en una Autoevaluación STAI.

FASE IV

Procedimiento.

Fase diagnóstica

- Análisis de información y selección del tema para el desarrollo del estudio.
- Revisión bibliográfica de la información respecto al tema de estudio.
- Solicitud al personal médico del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce para tener información respecto al tema.
- Verificar el número de pacientes en cuidados paliativos y si cuentan con cuidadores.
- Se confeccionan los instrumentos de recolección de datos.
- Se validan dichos instrumentos.

Fase de intervención

- Basados en el tema de estudio y la información obtenida con los instrumentos de recolección de datos, se procede al diseño y confección de la propuesta de intervención.
- Se presenta la propuesta para su validación.
- Se solicita al Hospital Rafael Estévez de Aguadulce el espacio para la aplicación de la propuesta.

Fase de análisis de resultados

- Posterior a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se procede a analizar los resultados obtenidos.
- Se confeccionan las conclusiones y recomendaciones, además de establecer cuáles han sido las limitantes para el desarrollo del estudio.
- Se lleva a cabo la sustentación del mismo ante un jurado calificador.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis y discusión de los resultados

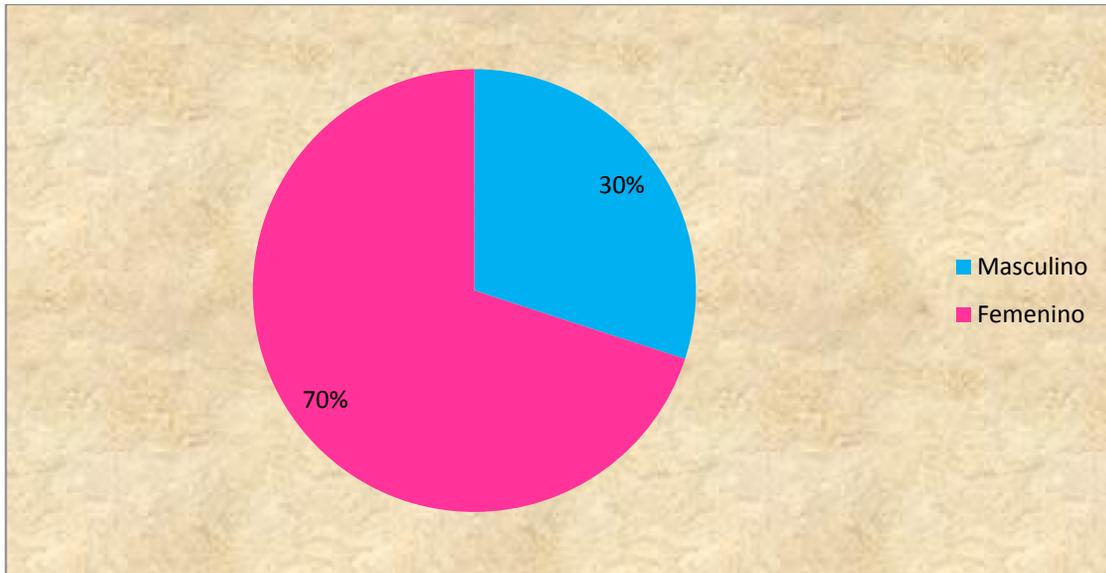
Posterior a la aplicación de la encuesta, se procede a realizar el análisis y discusión de los resultados que se obtuvieron, al aplicar la encuesta social y el cuestionario STAI.

Cuadro N°1. Sexo del cuidador primario

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	9	30
Femenino	21	70
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°1. Sexo del cuidador primario



Fuente: Cuadro No.1

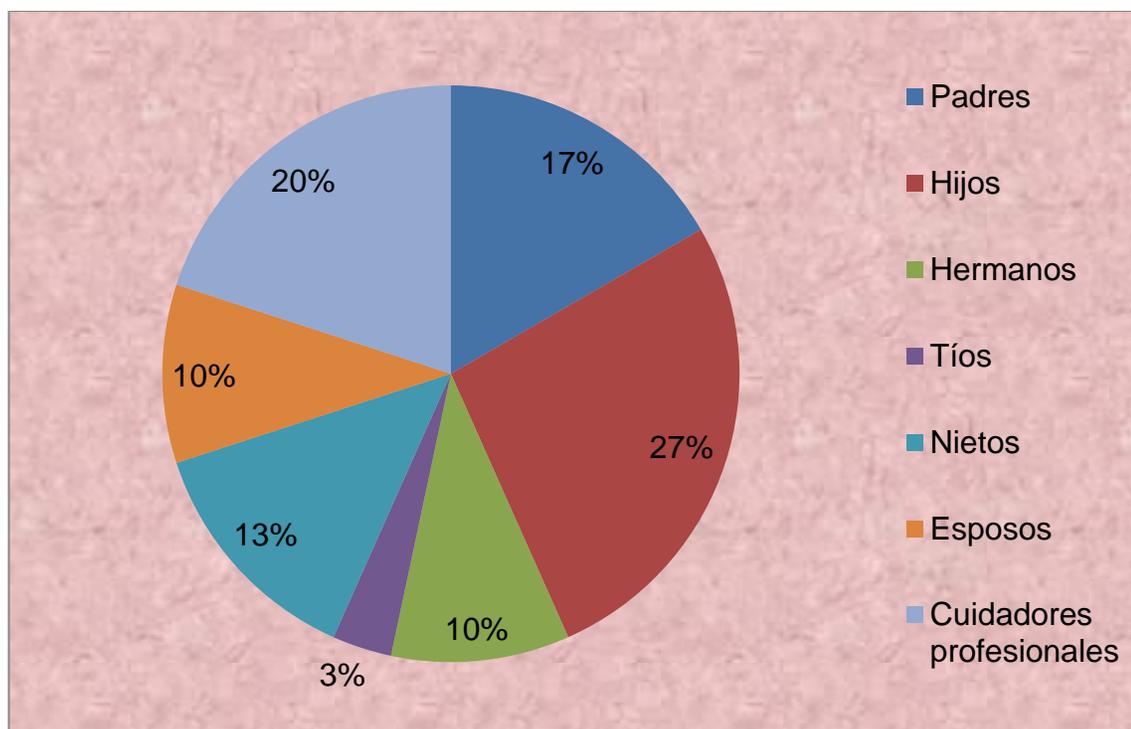
De acuerdo a la gráfica presentada, se confirma la información que indica que el mayor número de cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas recae en el sexo femenino, aspecto positivo, puesto que por el instinto maternal la mujer se compromete más con el cuidado del paciente.

Cuadro N°2. Parentesco del cuidador con el paciente crónico

PARENTESCO	NÚMERO	%
Padres	5	17
Hijos	8	27
Hermanos	3	10
Tíos	1	3
Nietos	4	13
Esposos	3	10
Cuidadores profesionales	6	20
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°2. Parentesco del cuidador con el paciente crónico



Fuente: Cuadro N°2

Los resultados indican que el mayor número de cuidadores está representado por los hijos de los pacientes, los cuales son el 27% de la muestra total; los nietos son el 20%; los padres (entiéndase madre o padre) el 17%; los cuidadores profesionales el 13%; los hermanos del paciente 10%; los esposos

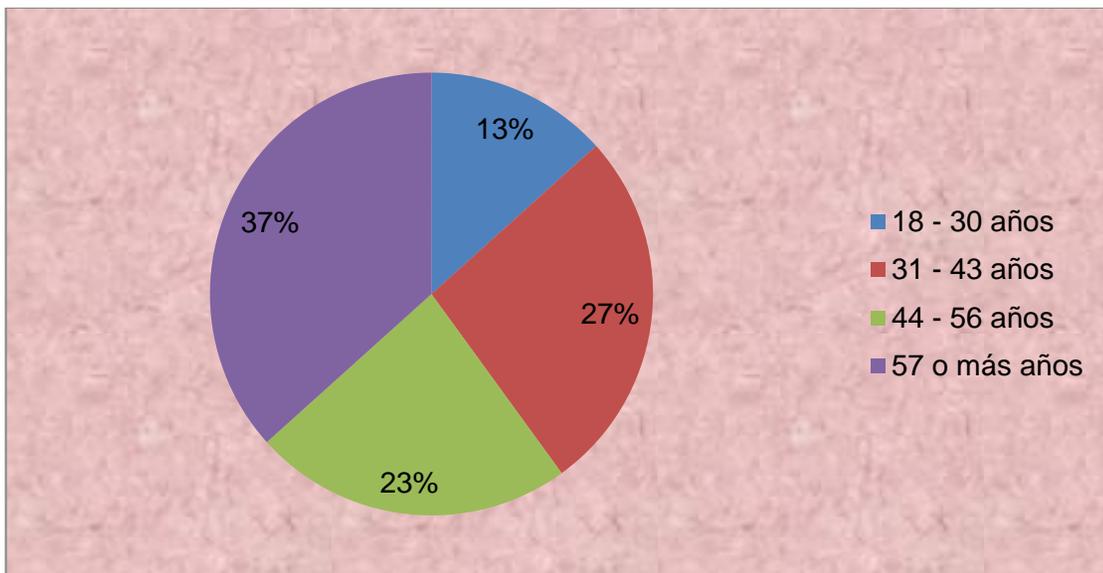
(Entiéndase esposo o esposa, o pareja sentimental) 10% y, tíos del paciente (Sea femenino o masculino) el 3%. Esto indica que el cuidar a un paciente con enfermedades crónicas no es trabajo de un solo miembro de la familia, contrariamente debe ser una labor colaborativa de toda la parentela.

Cuadro N°3. Edad del cuidador.

Rango de edades	Total	%
18 - 30 años	4	13
31 - 43 años	8	27
44 - 56 años	7	23
57 o más años	11	37
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°3. Edad del cuidador



Fuente: Cuadro N°3

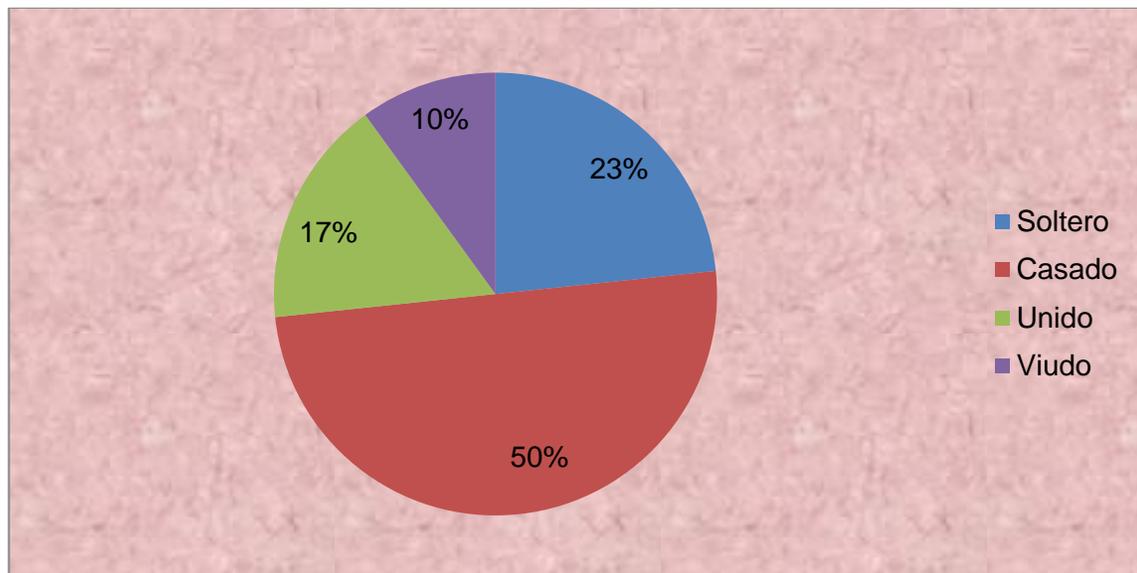
Los resultados indican que el principal grupo de cuidadores oscilan entre los 57 años o más, mientras que el 27% se encuentran entre los 31 y 43 años; el 23% se encuentran en el rango de los 44 y 56 años y la minoría, entre los 18 y 30 años, lo que hace referencia al nivel de responsabilidad de cada persona para con el paciente.

Cuadro N°4. Estado Civil del cuidador.

Estado Civil	Total	%
Soltero	7	23
Casado	15	50
Unido	5	17
Viudo	3	10
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°4. Estado Civil del cuidador



Fuente: Cuadro N°4

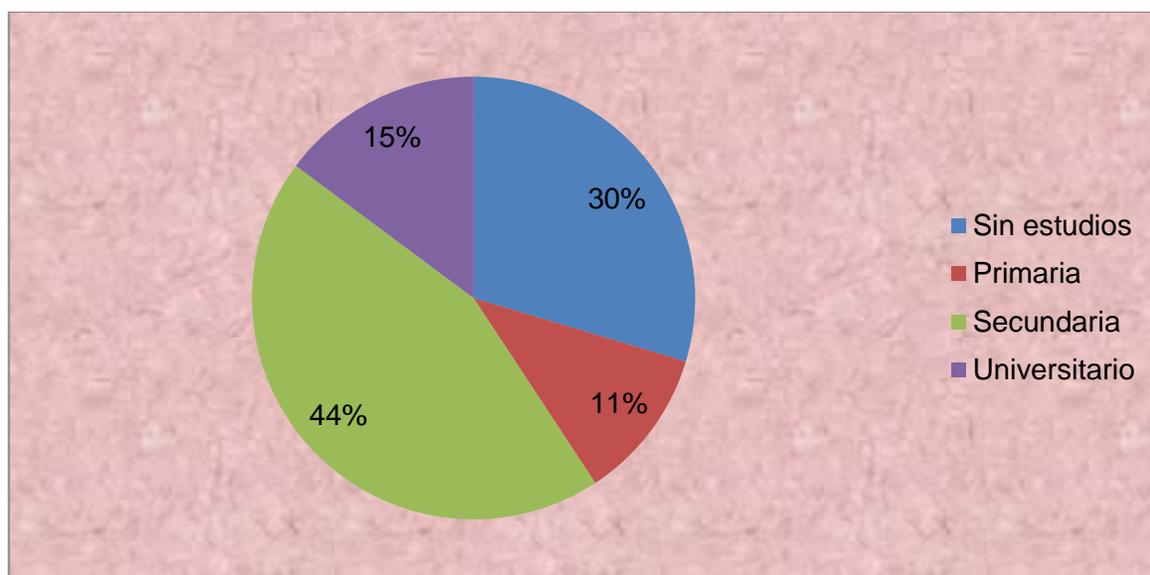
La gráfica muestra que el 50% de los cuidadores que participaron del estudio son casados, mientras que el 23% son solteros; el 17% son unidos y un 10% son viudos. Aunque esto no está relacionado con el parentesco del el paciente, si tiene mucho que ver con el período de tiempo que le dedica al enfermo.

Cuadro N°5. Nivel de estudio del cuidador

Nivel de estudios	Total	%
Sin estudios	8	27
Primaria	3	10
Secundaria	12	40
Universitario	4	13
Total	27	90

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°5. Nivel de estudio del cuidador



Fuente: Cuadro N°5

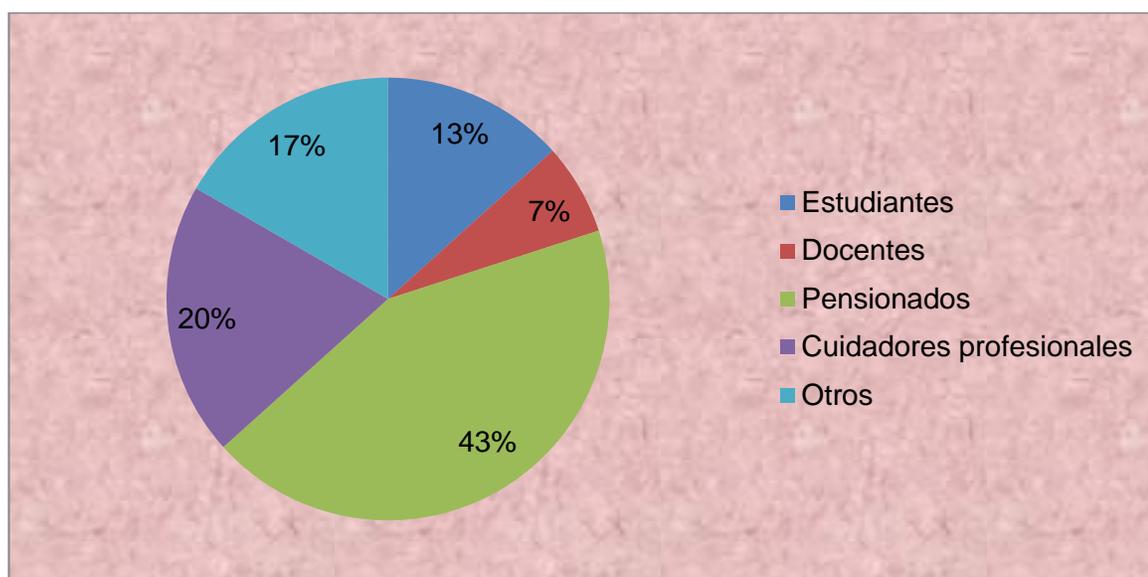
Los resultados indican que el 44% de los cuidadores han terminado la secundaria; mientras que el 30% no han estudiado; el 15% cursan estudios a nivel medio y el 11% cursaron solo la primaria. Este indica que su nivel académico depende no sólo de su edad, sino también de sus condiciones sociales.

Cuadro N°6. Ocupación del cuidador

Ocupación	NÚMERO	%
Estudiantes	4	13
Docentes	2	7
Pensionados	13	43
Cuidadores profesionales	6	20
Otros	5	17
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°6. Ocupación del cuidador



Fuente: Cuadro N°6

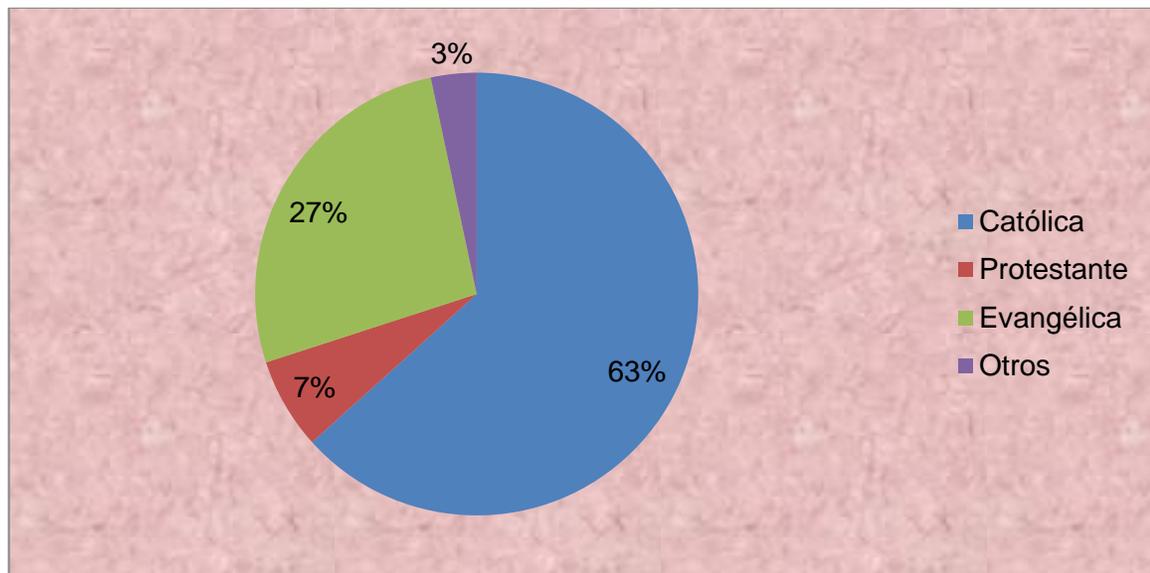
Como muestra la gráfica, el 43% de los cuidadores son personas pensionadas, el 20% son cuidadores profesionales; el 17% ocupan otro tipo de funciones, el 13% son estudiantes y el 7% son docentes. Si bien, cada uno tiene una ocupación o responsabilidad individual, también es cierto que éstas se ven, de algún modo afectadas por la enfermedad de su familiar.

Cuadro N°7. Religión del cuidador

Religión	Total	%
Católica	19	63
Protestante	2	7
Evangélica	8	27
Otros	1	3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°7. Religión del cuidador



Fuente: Cuadro N°7

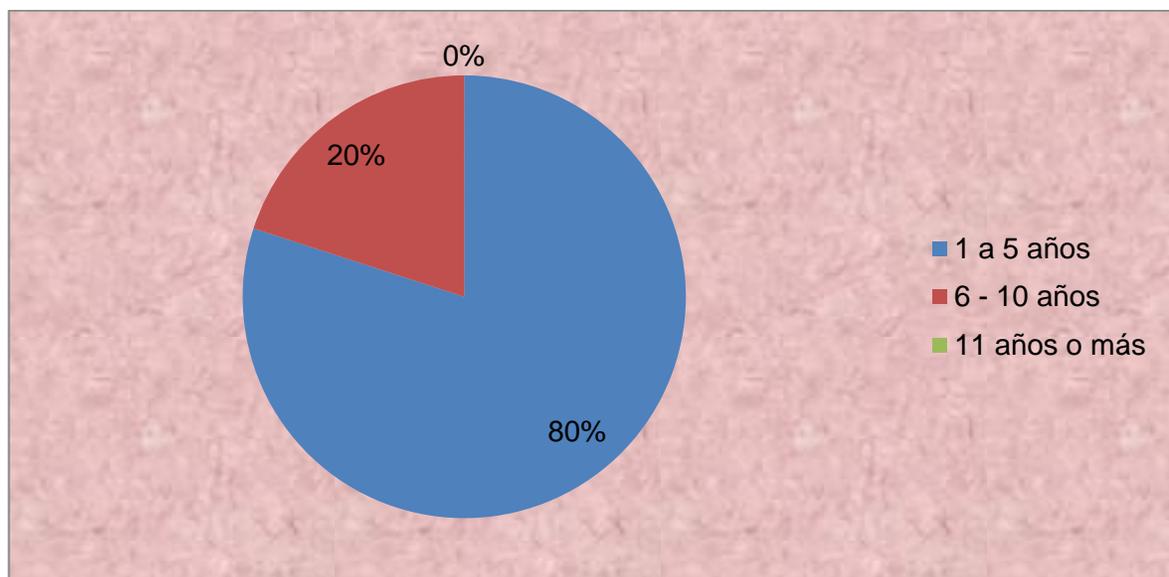
Los resultados indican que el 63% de los cuidadores pertenecen a la religión católica, mientras que el 27% son evangélicos, el 7% protestante y el 3% pertenecen a otros cultos religiosos. La religión que profesan el cuidador, el paciente y sus familias tienen cierta incidencia en la práctica de algunos tratamientos, lo que puede originar un nivel de ansiedad.

Cuadro N°8. Período de tiempo que tiene de ser cuidador

Tiempo de ser cuidador	Total	%
1 a 5 años	24	80
6 - 10 años	6	20
11 años o más	0	0
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°8. Período de tiempo que tiene de ser cuidador



Fuente: Cuadro N°8

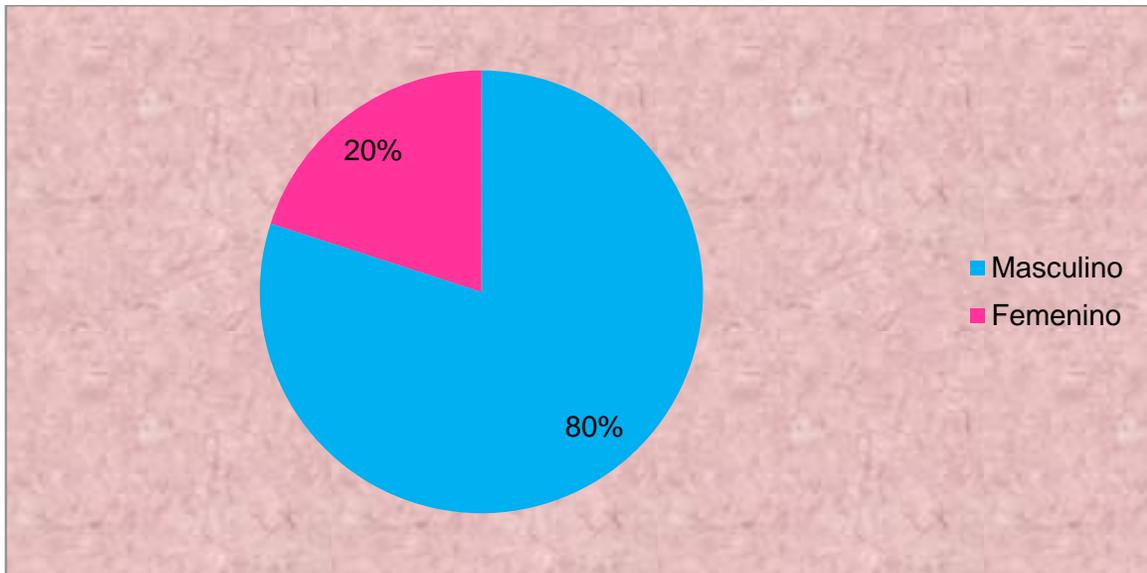
Los resultados muestran que el 80% de los cuidadores llevan entre 1 y 5 años atendiendo a su familiar en cuidados paliativos, mientras que el 20% lleva de 6 a 10 años, los pacientes que se mantienen en cuidados paliativos padecen un sinnúmero de enfermedades crónicas, esto incide en el estado anímico del cuidador, debido a ciertas actividades que solía realizar cuando su familiar no padecía mal alguno.

Cuadro N°9. Sexo del paciente

SEXO	NÚMERO	%
Masculino	24	80
Femenino	6	20
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a cuidadores de pacientes crónicos, Hospital Rafael Estévez. 2020.

Gráfica N°9. Sexo del paciente



Fuente: Cuadro N°9

De acuerdo a la gráfica, se demuestra que el 80% de los pacientes de cuidados paliativos son del sexo masculino, mientras que el 20% son femeninos. Lo que afirma el hecho de que el mayor número de cuidadores sean del sexo femenino.

4.2. Resultados del cuestionario STAI

	AE	AR	Sexo	Decapitos
1	22	29	V	Medio alto
2	40	30	M	Alto
3	38	42	M	Alto
4	28	36	M	Medio alto
5	13	12	M	Bajo
6	24	23	M	Medio alto
7	19	9	M	Bajo
8	13	7	M	Bajo
9	11	15	V	Bajo
10	38	26	V	Medio alto
11	24	11	V	Bajo
12	3	16	M	Bajo
13	39	49	M	Alto
14	29	28	M	Medio alto
15	13	23	V	Bajo
16	42	37	M	Alto
17	15	7	V	Bajo
18	38	43	M	Alto
19	28	37	V	Medio alto
20	42	49	M	Alto
21	32	19	V	Medio alto
22	33	40	M	Medio alto
23	28	16	V	Medio bajo
24	35	37	M	Medio alto
25	41	39	M	Alto
26	29	13	M	Medio bajo
27	27	13	M	Medio bajo
28	35	30	M	Medio alto
29	45	48	M	Alto
30	41	35	M	Alto

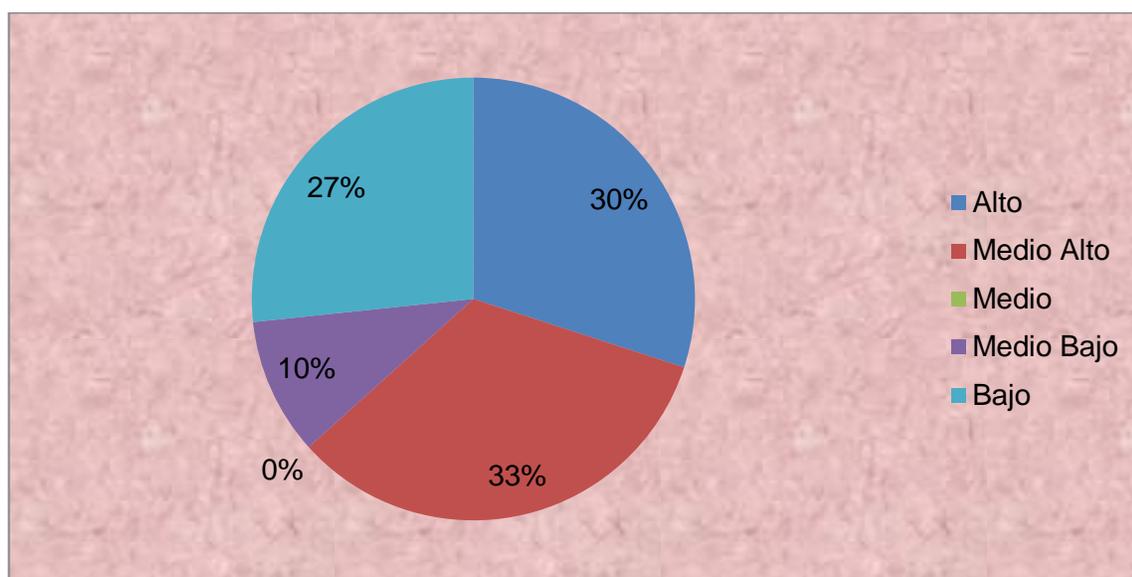
Fuente: Cuestionario STAI aplicado a cuidadores de pacientes en cuidados paliativos 2020

Cuadro N°10. Nivel de ansiedad de acuerdo al cuestionario STAI

Nivel de ansiedad	NÚMERO	%
Alto	9	30
Medio Alto	10	33
Medio	0	0
Medio Bajo	3	10
Bajo	8	27
Total	30	100

Fuente: Cuestionario STAI aplicado a cuidadores de pacientes en cuidados paliativos 2020

Gráfica N°10. Nivel de ansiedad de acuerdo al cuestionario STAI.



Fuente: Cuadro N°10

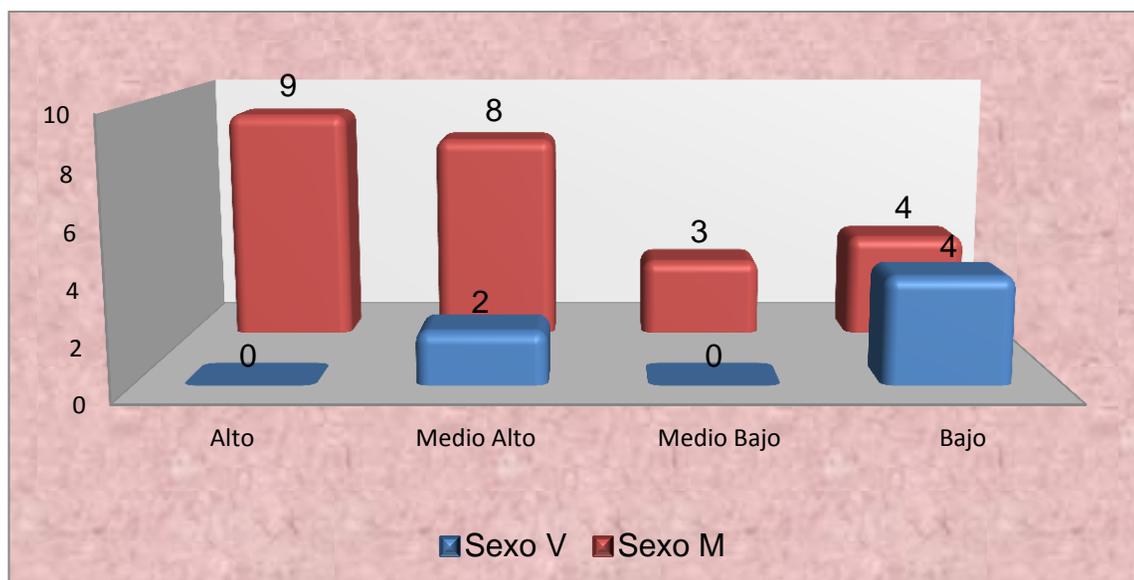
De acuerdo a los resultados observados, se establece que el 33% de los cuidadores enfrentan un nivel medio alto de ansiedad; el 30% sostiene un nivel alto de ansiedad; el 27% un nivel bajo de ansiedad y el 10% un nivel medio bajo. Estos resultados indican que la gran mayoría de los cuidadores de pacientes crónicos en cuidados paliativos requieren de cuidados ante la ansiedad y los trastornos que posiblemente acarrea.

Cuadro N°11. Nivel de ansiedad con relación al sexo del cuidador de acuerdo al cuestionario STAI

Nivel de ansiedad	Sexo		Total	%
	V	M		
Alto	0	9	9	30
Medio Alto	2	8	10	33
Medio Bajo	0	3	3	10
Bajo	4	4	8	27
Total	6	24	30	100

Fuente: Cuestionario STAI aplicado a cuidadores de pacientes en cuidados paliativos 2020

Gráfica N°11. Nivel de ansiedad con relación al sexo del cuidador de acuerdo al cuestionario STAI



Fuente: Cuadro N°11

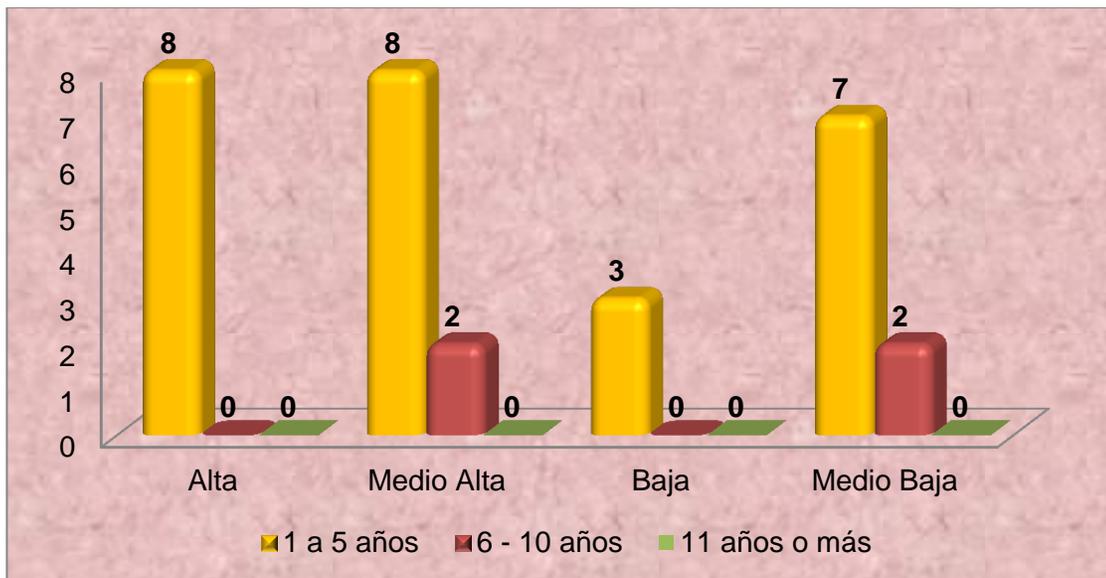
De acuerdo a los resultados obtenidos, se establece que son las mujeres (24) quienes mayormente cumplen con el rol de cuidadores primarios, y son las que presentan un alto nivel de ansiedad (63%), sin embargo, los varones, además de ser el grupo minoritario en el rol de cuidadores, presentan bajos índices de ansiedad, debido a que, como se ha demostrado previamente, reciben ayuda de otras personas.

Cuadro N°12. Nivel de ansiedad con relación al tiempo de ser cuidador

Tiempo de ser cuidador	Nivel de ansiedad				Total	%
	Alta	Medio alta	Baja	Medio baja		
1 a 5 años	8	8	3	7	26	87
6 - 10 años	0	2	0	2	4	13
11 años o más	0	0	0	0	0	0
Total	8	10	3	9	30	100

Fuente: Cuestionario STAI aplicado a cuidadores de pacientes en cuidados paliativos 2020

Gráfica N°1. Nivel de ansiedad con relación al tiempo de ser cuidador



Fuente: Cuadro N°12

De acuerdo a los resultados se observa que el principal grupo de cuidadores tienen entre 1 y 5 años de realizar esta labor, lo que representa un 87% de la muestra, determinándose que entre éstos 8 presentan un nivel de ansiedad alto y otros 8 presentan un nivel de ansiedad medio algo, determinando así que entre menos tiempo de ser cuidador el nivel de ansiedad es más alto.

CONCLUSIONES

Luego de completar este estudio y analizar los resultados obtenidos mediante los instrumentos de recolección de datos, se llega a las siguientes conclusiones:

- Entre el grupo de cuidadores la mayor parte son del sexo femenino (70%), sin embargo, en el grupo de pacientes en cuidados paliativos, la mayoría son del sexo masculino 80% (ver gráficas 1 p.59 y 9 p.68).
- Entre los cuidadores se observa que la mayoría de éstos son hijos (27%) y cuidadores profesionales (20%), aunque se entiende que el grupo familiar desarrolla esta función en beneficio de su paciente (ver gráfica 2 p. 60).
- El principal número de cuidadores oscilan entre los 57 y más años (37%), pero es determinante indicar que la mayoría de los participantes del estudio oscilan entre los 43 y 57 años de edad (ver gráfica 3 p.62).
- Entre los cuidadores hay un grupo mayoritario de personas casadas (50%), (ver gráfica 4 p. 63).
- Un gran número de cuidadores poseen estudios de algún nivel, especialmente en secundaria (44%), permitiendo así que comprendan mucho mejor las indicaciones médicas (ver gráfica 5 p.64).
- Entre las ocupaciones de los cuidadores, la mayoría son personas pensionadas (43%), y algunos profesionales (20%), por lo que el nivel de estrés puede aumentar, debido a sus compromisos profesionales. (ver gráfica 6 p.65).

- Con respecto a los grupos religiosos, la mayoría de los cuidadores participantes son católicos (63%), sin embargo entre los demás grupos se pueden encontrar ciertas limitaciones hacia algunos tratamientos. (ver gráfica 7 p.66).
- Un factor que pesa mucho en la calidad de vida y los niveles de ansiedad del cuidador son los años o el período de tiempo que lleva de cuidar a sus familiares, en este estudio se determina que la mayoría tienen entre 1 y 5 años (80%), de ejercer como cuidador. (ver gráfica 8 p.67).
- De acuerdo a los resultados del cuestionario STAI, la mayoría de los participantes muestran niveles entre medio alto (33%) y alto de ansiedad (27%), por lo que deben ser tratados y llevar un control para mejorar su condición de salud (ver gráfica 10 p.70).
- Con respecto al tiempo, se puede observar que el grupo de cuidadores con un nivel de ansiedad alto se encuentra en el rango de los 1 a los 5 años (87%), de realizar esta labor (ver gráfica 13 p.74).

RECOMENDACIONES

Luego de establecer las conclusiones a las que se llega después de culminar este estudio, se recomienda que:

- Se hagan reevaluaciones de los niveles de estrés que padecen los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas y que son atendidos en cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce.
- Que se realice una coordinación entre el personal de salud y psicólogos con el fin de que se lleven a cabo jornadas de docencia y terapia para los cuidadores que son afectados por altos niveles de ansiedad.
- El centro hospitalario debe mantener una atención constante no sólo al paciente con enfermedad crónica que recibe cuidados paliativos, sino también al personal encargado de ofrecer los cuidados, sean estos familiares o personal contratado.
- El personal de salud mental, en conjunto con los cuidadores deben realizar jornadas de docencia para que se mejore la calidad de vida y atención del cuidador primario.

LIMITANTES

Entre las principales limitantes que se detectaron durante el desarrollo de este estudio se pueden mencionar:

- Falta de colaboración de parte de algunos cuidadores para completar los instrumentos de recolección de datos.
- El no poder asistir de forma directa al centro hospitalario debido a la pandemia por COVID – 19.
- La falta de información referente a algunos aspectos del cuidador y su función para con los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almanza, V., & Rivera, H. (5 de junio de 2019). **Medición de la sobrecarga y esfuerzo de los cuidadores primarios de pacientes con enfermedades degenerativas y adultos mayores con cuidados especiales.** Obtenido de Universidad Latina de Panamá: <https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/download/102/122/>

Aranda, F. (julio - septiembre de 2017). **Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del niño.** Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000300004

Argote, D., & Fernández, K. (9 de agosto de 2010). **Diseño no experimental transversal.** Obtenido de SlideShare: <https://es.slideshare.net/merlina10/diseo-no-experimental-transversal-252#:~:text=1.&text=%E2%80%9CLa%20investigaci%C3%B3n%20no%20experimental%20o,expongan%20los%20sujetos%20del%20estudio.>

Avila, J. (12 de marzo de 2013). **Qué es la calidad de vida.** Obtenido de INNSZ: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigación/comiteEtica/calidadVida.html>

Baeza, J. (2015). **Causas de la ansiedad: origen y mantenimiento.** Obtenido de Clínica de ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/problemas/introduccion/causas-de-la-ansiedad-origen-y-mantenimiento/>

Barrios, L., Huidobro, C., Mejía, Y., & Orozco, C. (2020). **Niveles de ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios con personas de cuidado hospitalizados en servicios restringidos: estudio piloto.** Obtenido de Jovenes en la ciencia: <http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/3203>

Berger, F. (5 de octubre de 2020). **Trastorno de ansiedad.** Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000917.htm#:~:text=Es%20un%20trastorno%20mental%20en,parece%20dif%C3%ADcil%20controlar%20esta%20ansiedad.>

Berger, F. (5 de octubre de 2020). **Trastorno de Pánico.** Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000924.htm>

Clínica de la ansiedad. (2020). **¿Qué es la ansiedad y por qué se produce?** Obtenido de Clínica de la ansiedad: <https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce/>

Corbalán, M., Hernández, O., Carré, M., Hernández, B., & Marzo, C. (septiembre de 2013). **Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria.** Obtenido de Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300005

Davis, K., & Legg, T. (26 de septiembre de 2019). **Cómo puedes reconocer un ataque de ansiedad**. Obtenido de Medical News Today: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/326469>

Delicado, M., García, M., López, B., & Martínez, P. (2020). **Cuidadoras informales**. Obtenido de Discapnet: <https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>

Domínguez, J., & Ruíz, M. (13 de mayo de 2011). **Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes**. Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ansiedad-depresion-cuidadores-pacientes-dependientes-S1138359311002486>

Estaire, F. E. (2010). **Baja autoestima**. Obtenido de Psicólogos en Madrid EU: <http://psicologosenmadrid.eu/baja-autoestima/>

Expósito, Y. (2008). **La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer**. Obtenido de Revista habanera de ciencias médicas: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004

Expósito, Y. (2018). **La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer**. Obtenido de Revista habanera de ciencias médicas: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004

Exposito, Y. (2018). **La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer**. Obtenido de Scielo:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004

Fernández, L. (2017). **Sentimiento de culpa**. Obtenido de Webconsultas: <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/emociones-y-autoayuda/el-sentimiento-de-culpa-6574>

Forcadell, E., Lázaro, L., Fullana, M., & Lera, S. (29 de enero de 2019). **¿Qué es la ansiedad?** Obtenido de Clínica Barcelona: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastornos-de-ansiedad/definicion>

Galván, M. A. (2017). **¿Qué es la calidad de vida?** Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>

García, R., & Lazcano, G. (2012). **Práctica de la geriatría**. México: McGraw-Hill.

García, Z., Cano, A., & Herrera, S. (septiembre - diciembre de 2014). **Estudio comparativo de ansiedad entre muestras de estudiantes dominicanos y españoles**. Obtenido de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092014000300004

Gómez, M. (2015). **La apatía. Déjala atrás y ponte en marcha**. Obtenido de elpradopsicólogos: <https://www.elpradopsicologos.es/depresion/apatia/>

González, A. (mayo de 2013). **Afrontamiento y ansiedad del cuidador primario de pacientes en estado de postración**. Obtenido de Research Gate:

https://www.researchgate.net/publication/293899371_AFRONTAMIENTO_Y_ANSIEDAD_DEL_CUIDADOR_PRIMARIO_DE_PACIENTES_EN_ESTADO_DE_POSTRACION

Heine, T. (2018). **¿Cómo es la ansiedad?** Obtenido de Vivenciar: <https://www.vivenciar.net/es/conteudos/ansiedade/>

Hernández, E., Sayeg, A., Villegas, V., & Pérez, J. (2017). **Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México.** Obtenido de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173h.pdf>

InfoCáncer. (22 de julio de 2019). **El síndrome de desgaste del cuidador primario.** Obtenido de Infocáncer: <https://www.infocancer.org.mx/?c=cuidadores&a=sindrome-desgaste-cuidador-primario#:~:text=El%20cuidador%20primario%20es%20aquella,o%20alguien%20cercano%20al%20paciente.>

Instituto Nacional de la Salud Mental (NIH). (23 de abril de 2021). **Fobias.** Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/phobias.html>

Instituto Nacional de la salud mental. (28 de octubre de 2020). **Trastorno de pánico.** Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/panicdisorder.html>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2010). **Trastornos de ansiedad.** Obtenido de IPSI: http://ipsi.uprrp.edu/opp/pdf/materiales/ansiedad_esp.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental. (28 de octubre de 2020). **Ansiedad**.
Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

Instituto Nacional de Salud Mental. (28 de octubre de 2020). **Ansiedad**.
Obtenido de Medline Plus: <https://medlineplus.gov/spanish/anxiety.html>

Julson, E. (24 de abril de 2020). **11 señales y síntomas del trastorno de ansiedad**. Obtenido de Healthline:
<https://www.healthline.com/health/es/sintomas-de-ansiedad>

Linares, R. (2015). **El sentimiento de Soledad**. Obtenido de elpradopsicólogos:
<https://www.elpradopsicologos.es/blog/el-sentimiento-de-soledad/>

López, D. (2018). **Ansiedad**. Obtenido de Mente a mente:
<https://www.menteamente.com/ansiedad>

López, D. (2019). **Ataque de ansiedad**. Obtenido de Mente a Mente:
<https://www.menteamente.com/ataque-de-ansiedad>

López, J. F. (9 de octubre de 2019). **Población estadística**. Obtenido de Economipedia:
<https://economipedia.com/definiciones/poblacion-estadistica.html>

López, P. (10 de diciembre de 2014). **Guía de atención al cuidador**. Obtenido de Slideshare: <https://es.slideshare.net/lopezcasanova/gua-de-atención-al-cuidador-42561417>

Luzuriaga, J. (2017). **Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) que acuden al área de salud N°3 de la**

ciudad de Loja Período 2016. Obtenido de Universidad Nacional de Loja:

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18453/1/TESIS-ANSIEDAD-Y-SINTOMAS-SOM%C3%81TICOS-EN-FAMILIARES-CUIDADORES%20%282%29.pdf>

Mandal, A. (21 de enero de 2021). **Tipos de fobias.** Obtenido de News Medical: [https://www.news-medical.net/health/Types-of-phobias-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Types-of-phobias-(Spanish).aspx)

Marajofsky, L. (20 de enero de 2018). **Distanciamiento afectivo: la familia.** Obtenido de La Nación: <https://www.lanacion.com.ar/2102188-distanciamiento-afectivo-la-familia-no-siempre-es-lo-primero>

Martínez, L. (octubre - diciembre de 2018). **Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios.** Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400061&lng=es&nrm=iso

Mayo Clinic. (13 de octubre de 2017). **Trastorno de ansiedad generalizada.** Obtenido de MayoClinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20360803>

Mayo Clinic. (20 de noviembre de 2018). **Trastornos de ansiedad.** Obtenido de Mayo CLinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/diagnosis-treatment/drc-20350967>

Morocho, E., & Carolina, M. (21 de mayo de 2019). **Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes oncológicos pediátricos del Instituto Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Cuenca 2019.** Obtenido de Universidad de Cuenca:

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32705/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Oliveros, S. (6 de marzo de 2016). **Síntomas físicos de la ansiedad: una máscara a veces peligrosa**. Obtenido de Grupo Doctor Oliveros: <https://www.grupodoctoroliveros.com/sintomas-fisicos-de-la-ansiedad-una-mascara-a-veces-peligrosa/>

Paz, F. (junio de 2015). **Predictores de ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes neurológicos**. Obtenido de Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México D.F.: <http://revecuatneurologia.com/wp-content/uploads/2015/06/Predictores-de-Ansiedad-y-Depresi%C3%B3n-en-Cuidadores-Primarios-de-Pacientes-Neurol%C3%B3gicos.pdf>

Pérez, A. (2010). **El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental**. Obtenido de Universidad de Salamanca: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01.pdf>

Pérez, J., & Gardey, A. (2013). **Escenario**. Obtenido de Definición de: <https://definicion.de/escenario/>

Post, H. (2020). **10 efectos negativos de la ansiedad en nuestra salud**. Obtenido de ADAMEDTV: <https://www.adamedtv.com/ansiedad/10-efectos-negativos-de-la-ansiedad-en-nuestra-salud/>

Requena, B. (2014). **Muestra estadística**. Obtenido de Universo fórmulas: <https://www.universoformulas.com/estadistica/descriptiva/muestra-estadistica/>

- Rivas, J., & Ostiguín, R. (enero - marzo de 2011). **Cuidador: ¿concepto operativo o preludeo teórico?** Obtenido de Scielo: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a7.pdf>
- Rodríguez, B. (7 de marzo de 2021). **Ataque de ansiedad.** Obtenido de Saber vivir: https://www.sabervivirtv.com/medicina-general/como-actuar-frente-ataque-ansiedad_987
- Rodríguez, J., García, J., & Terol, M. (2014). **El concepto de calidad de vida.** Obtenido de Instituto Salamanca: <https://institutosalamanca.com/blog/concepto-calidad-de-vida/>
- Roldán, M. J. (2018). **¿Puede haber distancia emocional incluso en las familias que parecen más felices?** Obtenido de etapainfantil: <https://www.etapainfantil.com/distancia-emocional-familias-felices>
- Sevilla, M. (27 de febrero de 2017). **Ataques de ansiedad: ¿por qué aparecen?** Obtenido de Cúdate: <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2017/02/27/ataques-ansiedad--aparecen-141523.html>
- Tomé, G. (19 de marzo de 2018). **El síndrome de sobrecarga del cuidador.** Obtenido de Know Alzheimer: <https://knowalzheimer.com/el-síndrome-de-sobrecarga-del-cuidador-o-cuidador-quemado/>
- Tortolero, L., Negroe, O., & Moya, M. (10 de agosto de 2015). **La importancia del cuidador primario.** Obtenido de Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/296%20la%20importancia.pdf>

Ucha, F. (junio de 2012). **Participante**. Obtenido de Definición ABC:
[https://www.definicionabc.com/social/participante.php#:~:text=La%20pala
bra%20participante%20es%20ampliamente,%2C%20tarea%2C%20entre
%20otras%20alternativas](https://www.definicionabc.com/social/participante.php#:~:text=La%20pala%20participante%20es%20ampliamente,%2C%20tarea%2C%20entre%20otras%20alternativas).

Vera, L. (2014). **La investigación cualitativa**. Obtenido de Universidad de La Paz:
http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera__investigacion_cualitativa_pdf.pdf

ANEXOS

ANEXO No. 1

Encuesta sociodemográfica

Universidad Especializada de las Américas
Extensión Coclé
Facultad de Desarrollo Humano
Licenciatura en Psicología



Ficha de Datos Sociodemográficos

Cuidadores primarios del programa de cuidados paliativos del Hospital Rafael Estévez 2020.

CUIDADOR PRIMARIO	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	
Sexo:	
Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de nacimiento:	
Estado civil: <ul style="list-style-type: none">• Soltero• Casado• Unión libre• Divorciado• Viudo:	Grado máximo de estudio: Ocupación: Vinculación con el paciente:
Número de hijos que tiene:	
Religión:	
¿Hace cuánto tiempo es cuidador primario?	
PACIENTE	
Edad:	Sexo:
Diagnostico Medico: ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado?	

ANEXO No. 2

Cuestionario STAI

N.º 124

STAI

A / E	P D = 30 + - =
A / R	P D = 21 + - =

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Autor: C.D. Spielberger.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 35605 - 1988.

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°	Descripción	Página
Cuadro N°1	Sexo del cuidador primario	61
Cuadro N°2	Parentesco del cuidador con el paciente crónico	62
Cuadro N°3	Edad del cuidador	64
Cuadro N°4	Estado civil del cuidador	65
Cuadro N°5	Nivel de estudio del cuidador	66
Cuadro N°6	Ocupación del cuidador	67
Cuadro N°7	Religión del cuidador	68
Cuadro N°8	Período de tiempo que tiene de ser cuidador	69
Cuadro N°9	Sexo del paciente	70
Cuadro N°10	Nivel de ansiedad de acuerdo al cuestionario STAI	72
Cuadro N°11	Nivel de ansiedad con relación al sexo del cuidador de acuerdo al cuestionario STAI	73
Cuadro N°12	Nivel de ansiedad con relación al tiempo de ser cuidador	74

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°	Descripción	Página
Gráfica N°1	Sexo del cuidador primario	61
Gráfica N°2	Parentesco del cuidador con el paciente crónico	62
Gráfica N°3	Edad del cuidador	64
Gráfica N°4	Estado civil del cuidador	65
Gráfica N°5	Nivel de estudio del cuidador	66
Gráfica N°6	Ocupación del cuidador	67
Gráfica N°7	Religión del cuidador	68
Gráfica N°8	Período de tiempo que tiene de ser cuidador	69
Gráfica N°9	Sexo del paciente	70
Gráfica N°10	Nivel de ansiedad de acuerdo al cuestionario STAI	72
Gráfica N°11	Nivel de ansiedad con relación al sexo del cuidador de acuerdo al cuestionario STAI	73
Gráfica N°12	Nivel de ansiedad con relación al tiempo de ser cuidador	74