

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE  
ANSIEDAD DE FAMILIARES DE PACIENTES USUARIOS  
DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,  
AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

Tesis presentada por la Bachiller:  
**Palomino Gutierrez, María del Carmen**  
Para optar el Título Profesional de  
**Médico Cirujano**

Asesor:  
**Dra. Cuno Velásquez, Lizbeth**

**Arequipa - Perú**  
**2019**



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
DECRETO N° 277 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**"RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL - MAYO 2019"**

Presentado por el (la) Sr. (ta):

**MARIA DEL CARMEN PALOMINO GUTIERREZ**

Nuestro dictamen es:

*Favorable.*

OBSERVACIONES:

Arequipa, .....



*[Signature]*  
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez  
Especialista en Salud Mental del Niño, Adolescente y Familia  
Médico Psiquiatra - Psicoanalista  
C.O.P.S. 20000 - RNE 13809

DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS RODRIGUEZ

*[Signature]*

DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

*[Signature]*

.....  
**Rafael F. Tapia Pérez**  
MÉDICO - INTERNISTA - UCI  
CMP. 22097

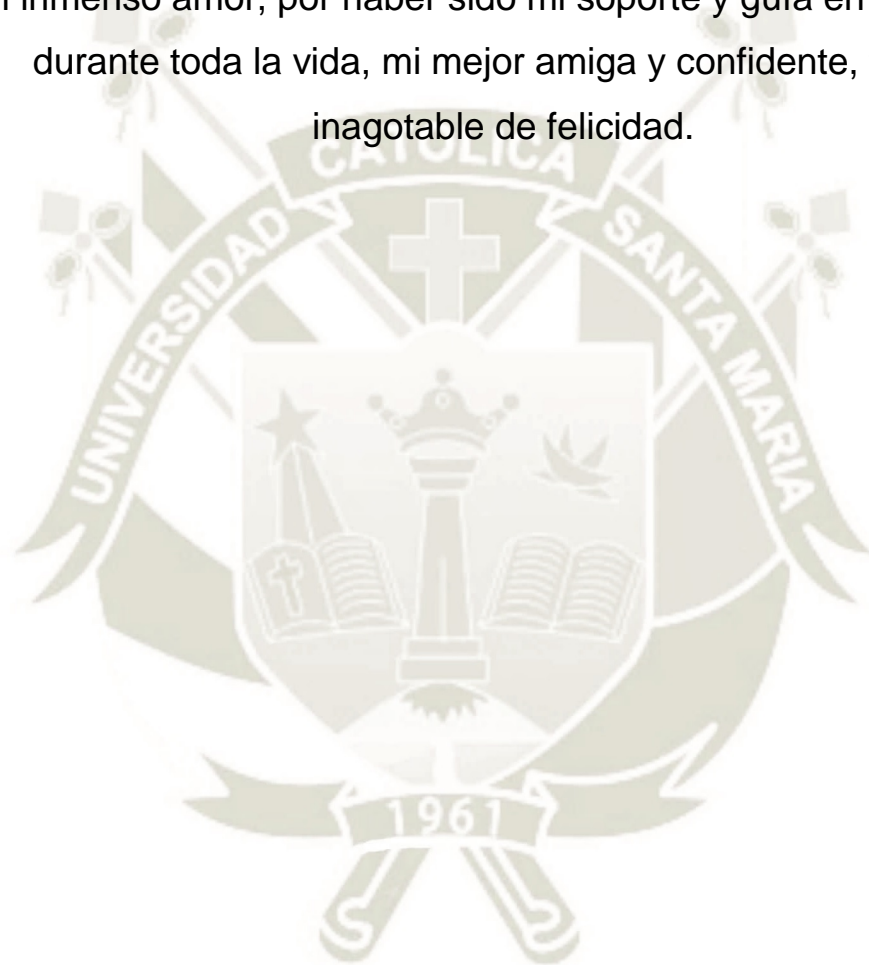
.....  
José L. Alvarado A. I.  
Médico Psiquiatra  
C.O.P.S. 20000

En agradecimiento a Dios por cada día brindado, por todas las circunstancias puestas en mi vida, que ya sea que hayan sido agradables o no, cada una de ellas ha generado un aprendizaje que contribuye constantemente con mi crecimiento personal.

A mi familia, en especial a mis padres, Pelayo y Oyola, por confiar en mis decisiones, mi tía Juanita y prima Alondra, por todo su amor, y amigos por su apoyo incondicional.

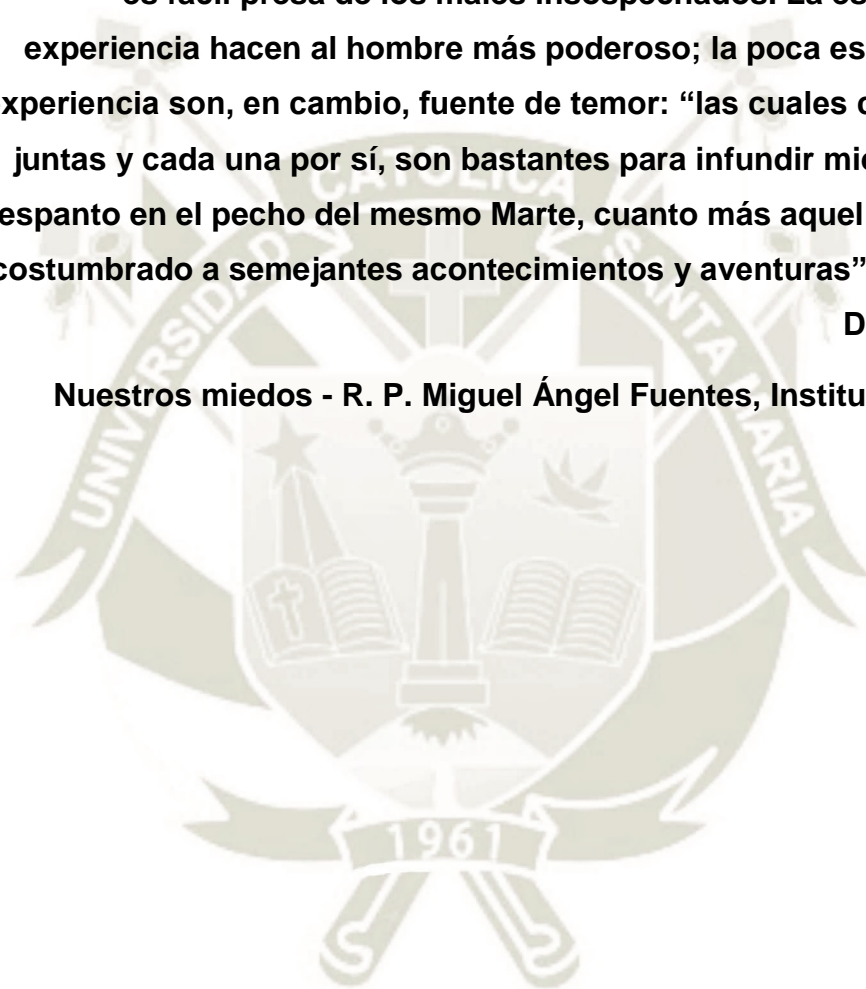
Asimismo, a mi casa de estudios y formadores, por todo lo aprendido de ellos.

Dedicada a Dios por ser la base de todo; a mi madre Oyola, por tan inmenso amor, por haber sido mi soporte y guía en cada paso durante toda la vida, mi mejor amiga y confidente, fuente inagotable de felicidad.



**“... Asimismo, cuando los peligros surgen de improvisto, se agiganta la debilidad de la persona que teme, porque, así como quien está preparado es fuerte, el descuidado tiene siempre las defensas bajas y es fácil presa de los males insospechados. La esperanza y la experiencia hacen al hombre más poderoso; la poca esperanza o la inexperiencia son, en cambio, fuente de temor: “las cuales cosas, todas juntas y cada una por sí, son bastantes para infundir miedo, temor y espanto en el pecho del mismo Marte, cuanto más aquel que no está acostumbrado a semejantes acontecimientos y aventuras” (Cervantes, Don Quijote)”**

**Nuestros miedos - R. P. Miguel Ángel Fuentes, Instituto del Verbo Encarnado.**



## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una enfermedad que afecta a distintos individuos, de varias formas, intensidades, y a diversos niveles, generando pesar, desasosiego, como modo de adaptación o reacción al toparse con hechos o vivir momentos de incertidumbre y, por qué no decirlo, estando ahí, temer que pueda suceder algo aún peor.

Es evidente para cualquiera, que el hecho de que un familiar se encuentre hospitalizado, sea cual fuere el motivo, genera ciertos niveles de estrés, ansiedad, depresión, principalmente, esto debido a la carga emocional que la situación exige, así también, estaría ligado a la gravedad del estado del paciente, siendo así, es claro pensar que, el momento en que un ser querido, principalmente si se trata de uno del primer grado de consanguinidad, es admitido en una unidad de cuidados intensivos, este malestar se hace aún mayor, pues implica que aquel problema de salud, es más delicado y por lo que requiere de cuidados más complejos; es sabido, de igual manera, que todos los seres humanos afrontan de singular manera las adversidades, del tipo que sean, la reacción en cada individuo es distinta una de otra, lo cual la misma experiencia nos ha demostrado, quizás más evidentemente, ya que hemos sido testigos de las diversas reacciones que presentan, siendo muchas veces, no las mejores, pudiéndose notar, en múltiples ocasiones, una disimilitud entre éstas, que pudiera estar relacionada al nivel educativo que poseen; es así, que nace el interés de buscar demostrar tal relación, cuán importante es realmente la influencia del grado de instrucción de los familiares envueltos en este entorno sobre al grado de ansiedad que desarrollan, ocasionado por la situación.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que tal como se sospechaba y como se había encontrado en algunas referencias, la, por llamar de cierta forma, falta de mayor educación de los individuos, llega afectar de manera negativa el cómo toman y se enfrentan a esta clase de situación tan complicada y, en la mayoría de los casos, inimaginable. Los

resultados de la investigación servirán para de alguna manera buscar cómo prevenir el malestar generado, quizás ofrecer un tipo de ayuda o asesoramiento que sirva para sopesar lo que están viviendo y prevenir un empeoramiento de la sintomatología presentada.



## RESUMEN

**Objetivo:** identificar la relación entre el nivel de ansiedad y el nivel de educación de familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Regional Honorio Delgado.

**Métodos:** Se encuestó una muestra de 30 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI que cumplieron los criterios de selección, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton. Se comparan grupos con prueba de independencia chi cuadrado y se relacionan variables mediante coeficiente de Spearman.

**Resultados:** El 50% de familiares fueron varones y 50% mujeres; la edad promedio de los varones fue de  $39.67 \pm 14.40$  años y para las mujeres fue de  $39.80 \pm 12.55$  años. El 60% fueron hijos de los pacientes hospitalizados, 16.67% fueron la pareja, 13.33% fueron padres y en 10% hermanos. El 10% de familiares tuvieron educación primaria, 36.67% educación secundaria, 33.33% educación superior técnica y 20% tuvieron educación superior universitaria. Todos los familiares tenían ansiedad, presentando ansiedad menor un tercio de los casos y ansiedad mayor un 66.67% de casos. No hubo influencia de la edad, el sexo o vínculo de los familiares en la presencia de ansiedad mayor; tampoco con el motivo de hospitalización. La ansiedad mayor disminuye de 100% entre aquellos familiares con instrucción primaria a 72.73% de familiares con educación secundaria, 70% en familiares con educación superior técnica, y llega a 33.33% en aquellos con educación superior universitaria ( $p > 0.05$ ), y se encontró una relación inversa significativa de regular intensidad ( $r = -0.35$ ) entre la ansiedad y la instrucción de los familiares.

**Conclusiones:** Existe una relación inversa significativa de regular intensidad entre un mayor nivel de ansiedad y la menor instrucción de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI.

**PALABRAS CLAVE:** ansiedad, Unidad de Cuidados Intensivos.

## ABSTRACT

**Objective:** to identify the relationship between the level of anxiety and the level of education of relatives of patients who are users of the Intensive Care Unit (ICU) of the Honorio Delgado Regional Hospital.

**Methods:** A sample of 30 relatives of patients hospitalized in the ICU who met the selection criteria was surveyed, applying a data sheet and the Hamilton anxiety scale. Groups with chi square independence test are compared and variables are related by Spearman coefficient.

**Results:** 50% of relatives were male and 50% female; The average age of men was  $39.67 \pm 14.40$  years and for women it was  $39.80 \pm 12.55$  years. 60% were children of hospitalized patients, 16.67% were couples, 13.33% were parents and 10% were siblings. 10% of relatives had primary education, 36.67% secondary education, 33.33% technical higher education and 20% had university higher education. All family members had anxiety, being minor anxiety in a third of cases and major anxiety in 66.67% of cases. There was no influence of age, sex or family ties in the presence of major anxiety; neither with the reason for hospitalization. The greatest anxiety decreases of 100% among those relatives with primary education to 72.73% of relatives with secondary education, 70% in relatives with higher technical education, and reaches 33.33% in those with higher university education ( $p > 0.05$ ), and found a significant inverse relationship of regular intensity ( $r = -0.35$ ) between anxiety and instruction of family members.

**Conclusions:** There is a significant inverse relationship of regular intensity between greater anxiety and less instruction of relatives of patients hospitalized in the ICU.

**KEY WORDS:** anxiety, Intensive Care Unit.

## ÍNDICE GENERAL

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	V
<b>RESUMEN</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	1
<b>CAPÍTULO II RESULTADOS</b> .....	7
<b>CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</b> .....	28
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	33
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	36
<b>ANEXOS</b> .....	39
Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	40
Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton .....	41
Anexo 3. Consentimiento informado .....	42
Anexo 4 Matriz de sistematización de información .....	43
Anexo 5 Proyecto de investigación .....	44

# CAPÍTULO I

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la Escala de Hamilton para ansiedad (Anexo 2).

**Materiales:**

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de abril y mayo del año 2019.

2.3. **Unidades de estudio:** Familiares de pacientes usuarios de dicha

Unidad de Cuidados Intensivos.

**Población:** Todos los familiares de pacientes usuarios de dicha Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo de estudio.

**Muestra:** No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se abarcó a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

#### 2.4. Criterios de selección:

**Criterios de Inclusión**

- Familiares directos de paciente usuario de UCI
- Mayores de edad
- Un familiar por paciente.
- Participación voluntaria en la investigación.

**Criterios de Exclusión**

- Familiares con otros trastornos mentales diagnosticados
- Que presenten en el momento, agitación, histeria, obsesiones, depresión, demencia y esquizofrenia.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Diseño de investigación:** Es un estudio observacional, prospectivo, transversal, comparativo.

## 5. Estrategia de Recolección de datos

### 5.1. Organización

Se acudió a las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, específicamente a las afueras de la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se procedió a abordar a los familiares de los pacientes usuarios de la misma, explicándoles acerca del trabajo a realizar, inmediatamente después procedieron a firmar el debido consentimiento informado y a llenar la ficha de datos, asimismo fueron sometidos a la aplicación del instrumento validado.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### 5.2. Validación de los instrumentos

La ficha de datos: no requirió de validación.

**Escala de ansiedad de Hamilton:** es un instrumento validado. Es grandemente utilizada para valorar el grado de ansiedad, no siendo útil en casos de coexistencia de otros trastornos mentales. Fue diseñada inicialmente en 1959, contando con 15 ítems, que tras algunas modificaciones hasta el año 1969, fueron reducidos a 14, de los cuales, 13 evalúan la presencia de signos y síntomas de ansiedad y 1 el comportamiento del sujeto durante el interrogatorio, que no debe tener una duración mayor a media hora, donde se toma en cuenta el estado durante los últimos días, entre 3 días hasta 3 semanas; cada uno posee valores en puntaje que van desde 0 a 4 como máximo valor. Es uno de los instrumentos

más usados en estudios, puede emplearse para evaluar el nivel de ansiedad en individuos con criterios de ansiedad o depresión y control de tratamiento, sin embargo, no hace diferencia entre trastorno de ansiedad, desorden de ansiedad y depresión ansiosa, a pesar de que distingue entre casos de ansiedad y controles sanos, no es muy útil para tamizaje ni diagnóstico.

Con el valor mencionado de cada punto, se valora tanto su intensidad como frecuencia, sumando todos para dar el total, de entre 0 a 56 puntos. Se obtiene dos puntajes, uno para ansiedad psíquica y otro para ansiedad somática, el resultado debe ser evaluado como grado de intensidad, siendo útil para diferenciar los efectos de la medicación y su variación.

Si bien la escala puede ser usada sin instrucción previa, es recomendable, asimismo que sea el mismo evaluador antes y después del tratamiento.

No debe ser utilizado en ataques de pánico, pues no se puede distinguir entre estos y casos de ansiedad generalizada o persistente, y cuando se sospeche de estos, se puede medir su gravedad.

Cuando no hay ataques de pánico o no se han producido en los últimos 3 días, se puede valorar ansiedad generalizada, de 0 a 5 puntos como no ansiedad, de 6 a 14 como ansiedad menor, o más de 15 como ansiedad mayor (de 14 a más indica ansiedad clínica).

Debido a la superposición de síntomas, es complicado diferenciar entre ansiedad y depresión; para Hamilton, no debería usarse la escala en esos casos, aunque se sugiere el uso de la “subescala” de ansiedad somática

para determinar el nivel de ansiedad en pacientes depresivos y la respuesta al tratamiento.

### **5.3. Criterios para manejo de resultados**

#### **a) Plan de Recolección**

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

#### **b) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

#### **c) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

#### **d) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

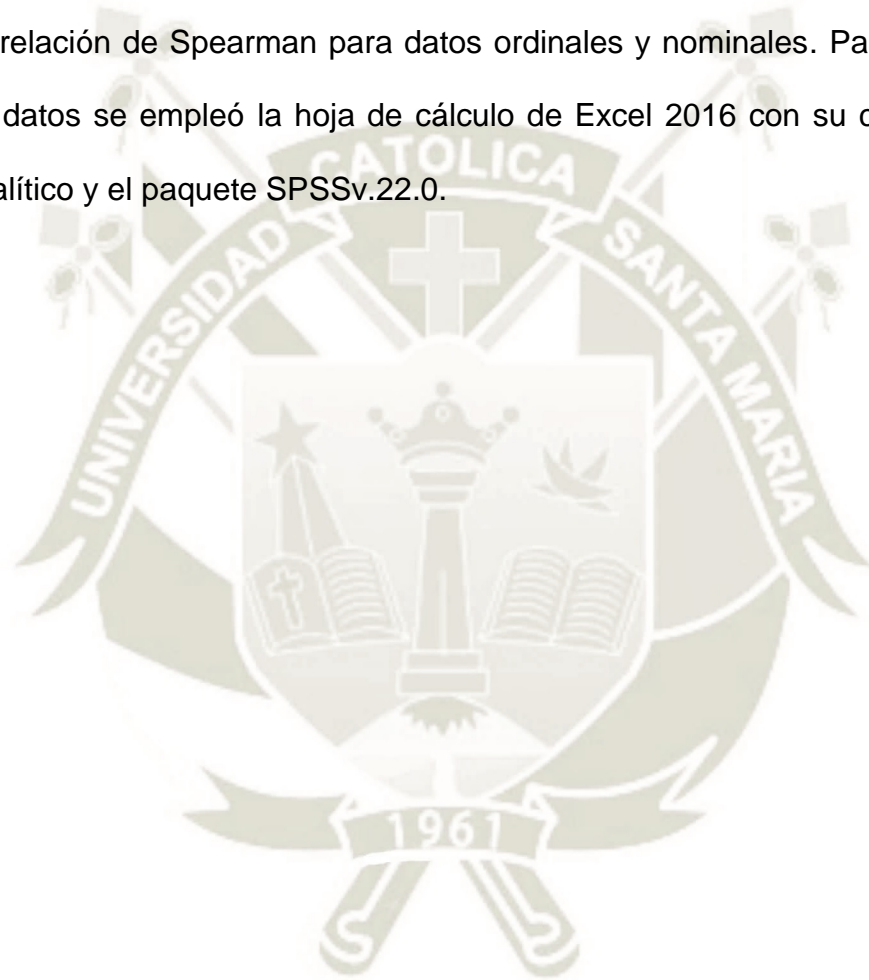
#### **e) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### **f) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central

(promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables numéricas entre grupos independientes se realizó con la prueba chi cuadrado, y para variables numéricas con la prueba t de Student; la relación entre variables se establecerá mediante coeficiente de correlación de Spearman para datos ordinales y nominales. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.





**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 1**

**Distribución de familiares de pacientes hospitalizados según edad y  
sexo**

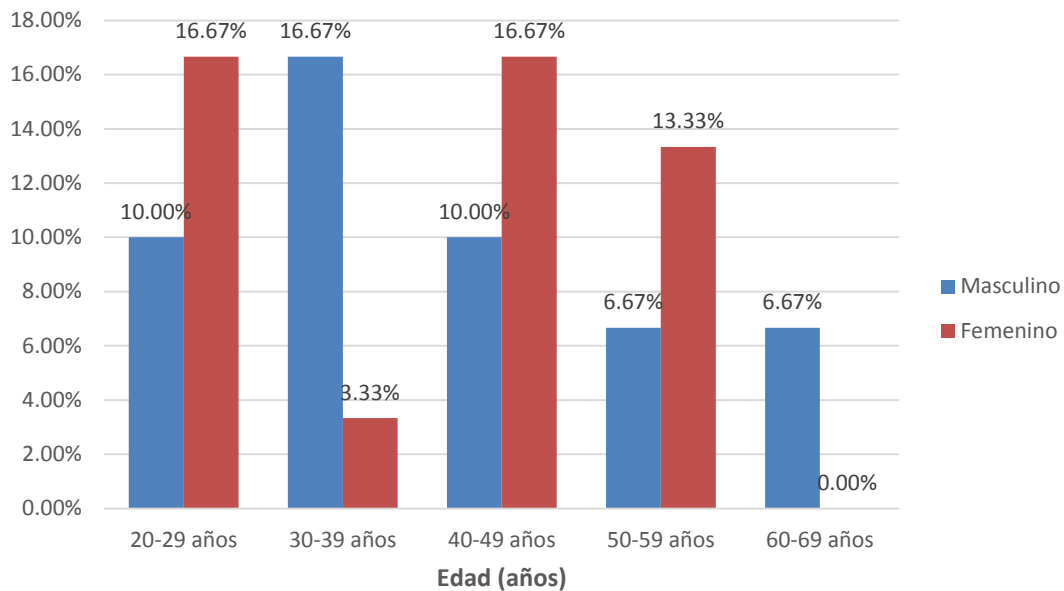
Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29 años	3	10.00%	5	16.67%	8	26.67%
30-39 años	5	16.67%	1	3.33%	6	20.00%
40-49 años	3	10.00%	5	16.67%	8	26.67%
50-59 años	2	6.67%	4	13.33%	6	20.00%
60-69 años	2	6.67%	0	0.00%	2	6.67%
Total	15	50.00%	15	50.00%	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 1**

**Distribución de familiares de pacientes hospitalizados según edad y  
sexo**



Fuente: Elaboración propia

Edad promedio  $\pm$  D. Estándar (mín – máx):

- Masculino: 39.67  $\pm$  14.40 años (20 – 68 años)
- Femenino: 39.80  $\pm$  12.55 años (22 – 59 años)

Prueba t = 0.0264

G. libertad = 28

p = 0.98

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 2**

**Parentesco de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI**

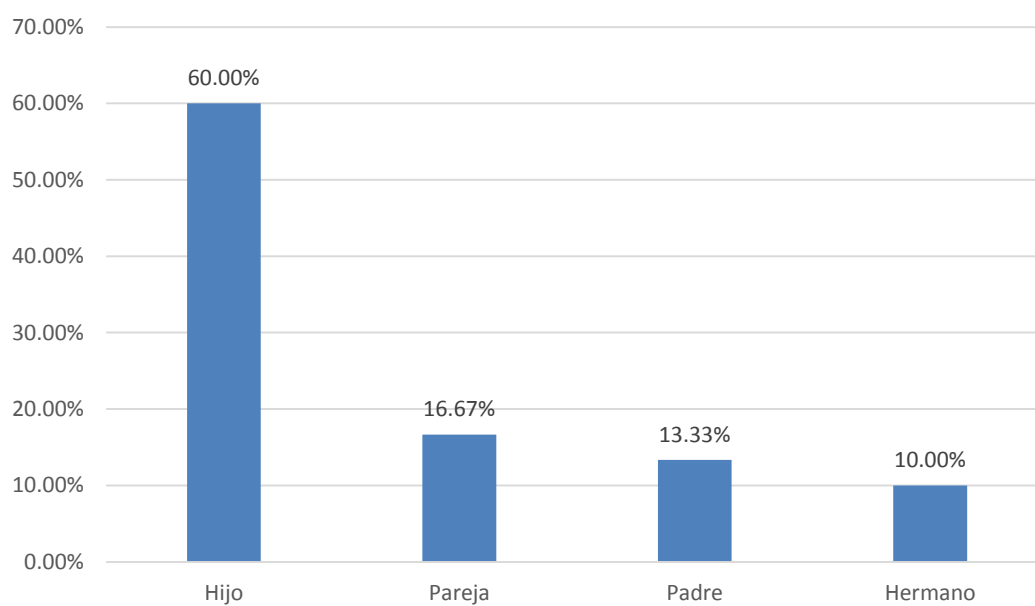
<b>Parentesco</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Hijo	18	60.00%
Pareja	5	16.67%
Padre	4	13.33%
Hermano	3	10.00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 2**

**Parentesco de los familiares de pacientes hospitalizados en UCI**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 3**

**Motivo de hospitalización de los pacientes en UCI**

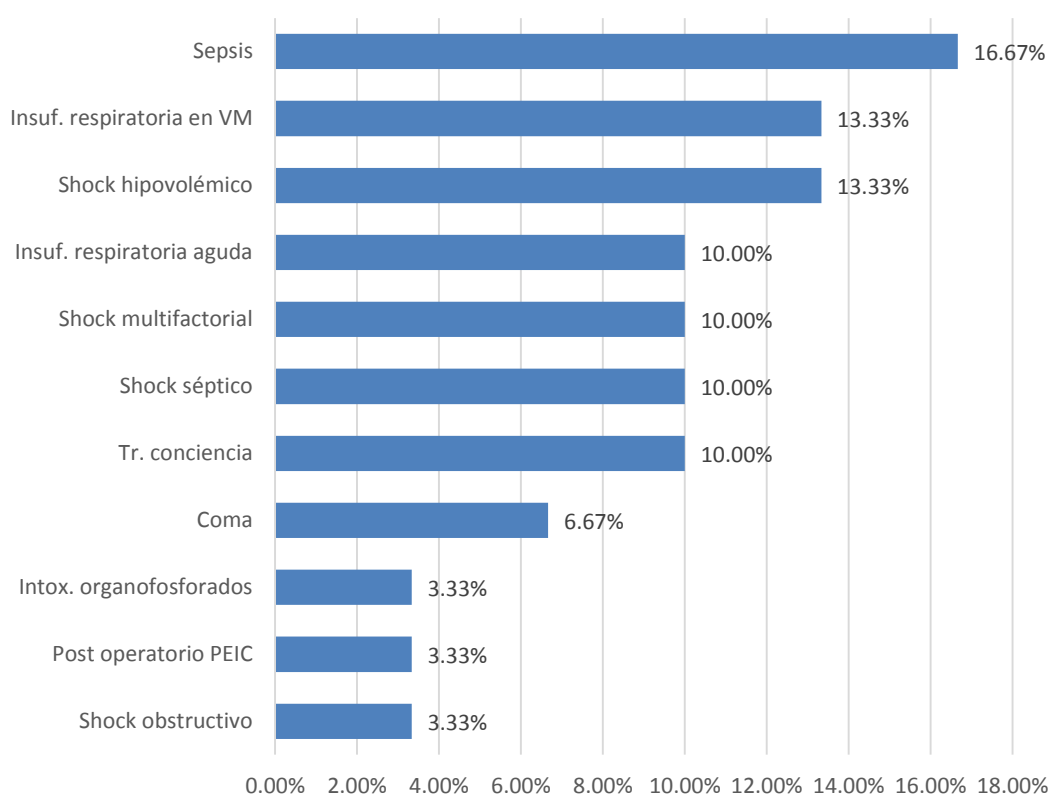
<b>Motivo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sepsis	5	16.67%
Insuf. respiratoria en VM	4	13.33%
Shock hipovolémico	4	13.33%
Insuf. respiratoria aguda	3	10.00%
Shock multifactorial	3	10.00%
Shock séptico	3	10.00%
Tr. conciencia	3	10.00%
Coma	2	6.67%
Intox. organofosforados	1	3.33%
Post operatorio PEIC	1	3.33%
Shock obstructivo	1	3.33%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 3**

**Motivo de hospitalización de los pacientes en UCI**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 4**

**Nivel de instrucción de los familiares de los pacientes hospitalizados**

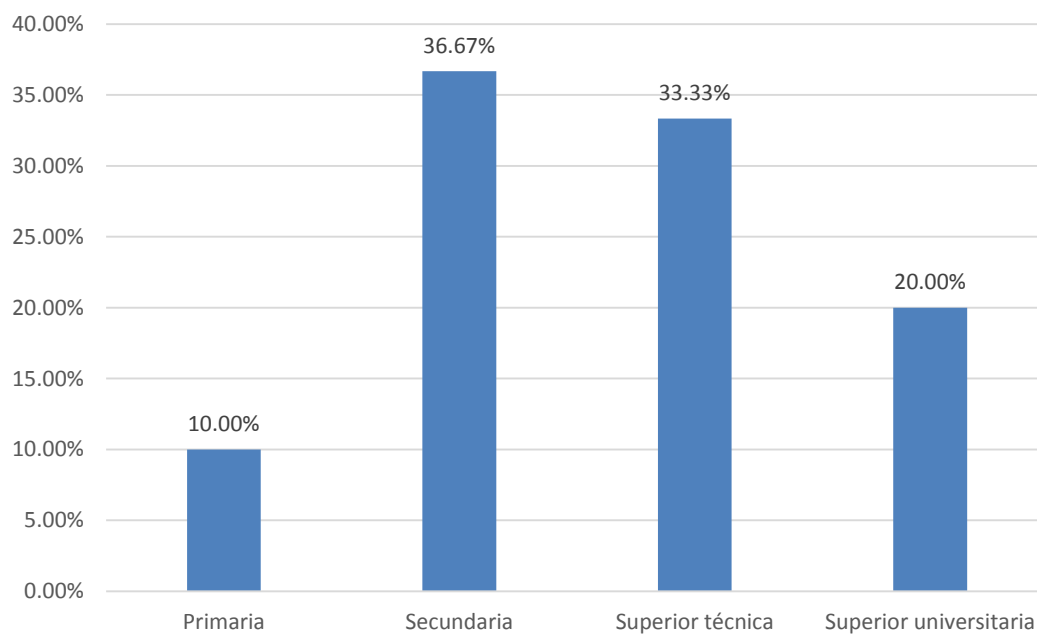
<b>Nivel</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Primaria	3	10.00%
Secundaria	11	36.67%
Superior técnica	10	33.33%
Superior universitaria	6	20.00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 4**

**Nivel de instrucción de los familiares de los pacientes hospitalizados**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 5**

**Nivel de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados**

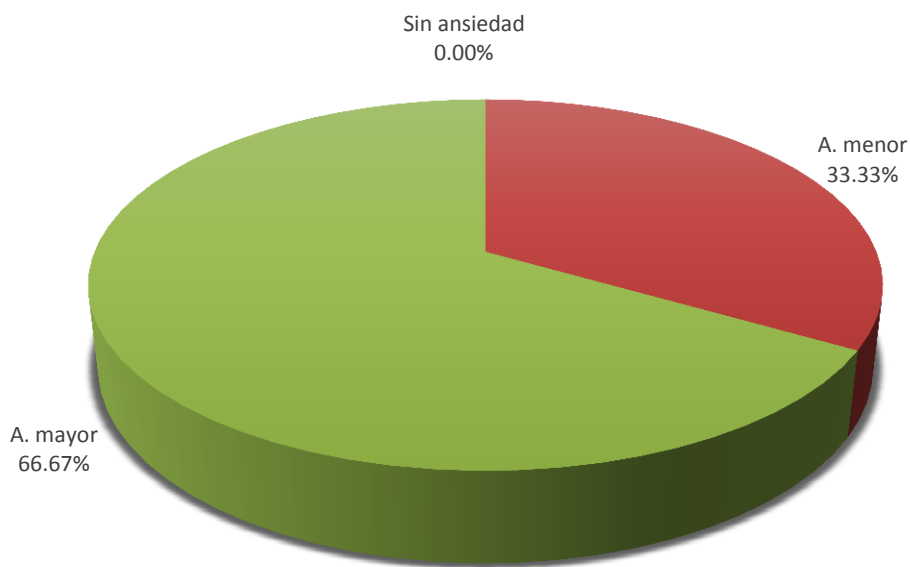
<b>Nivel</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin ansiedad	0	0.00%
A. menor	10	33.33%
A. mayor	20	66.67%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 5**

**Nivel de ansiedad en familiares de pacientes hospitalizados**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 6**

**Influencia de la edad en la presencia de ansiedad en los familiares**

Edad	Total	A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%
20-29 años	8	2	25.00%	6	75.00%
30-39 años	6	2	33.33%	4	66.67%
40-49 años	8	3	37.50%	5	62.50%
50-59 años	6	2	33.33%	4	66.67%
60-69 años	2	1	50.00%	1	50.00%
Total	30	10	33.33%	20	66.67%

Fuente: Elaboración propia

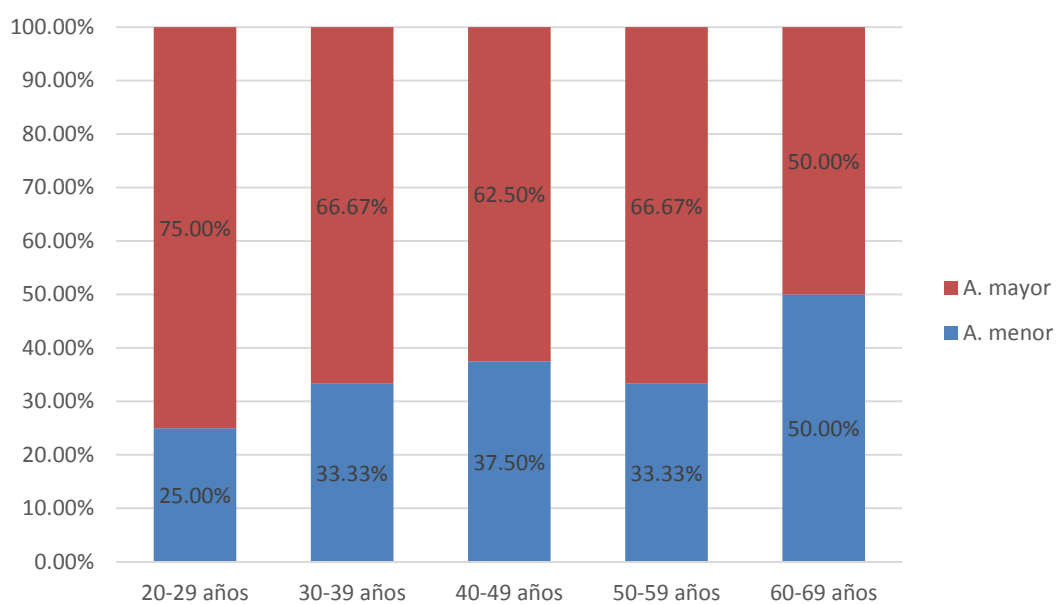
$\chi^2 = 0.56$

G. libertad = 4      p = 0.97

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 6**

**Influencia de la edad en la presencia de ansiedad en los familiares**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 7**

**Influencia del sexo en la presencia de ansiedad en los familiares**

Sexo	Total	A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%
Masculino	15	7	46.67%	8	53.33%
Femenino	15	3	20.00%	12	80.00%
Total	30	10	33.33%	20	66.67%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 2.40$

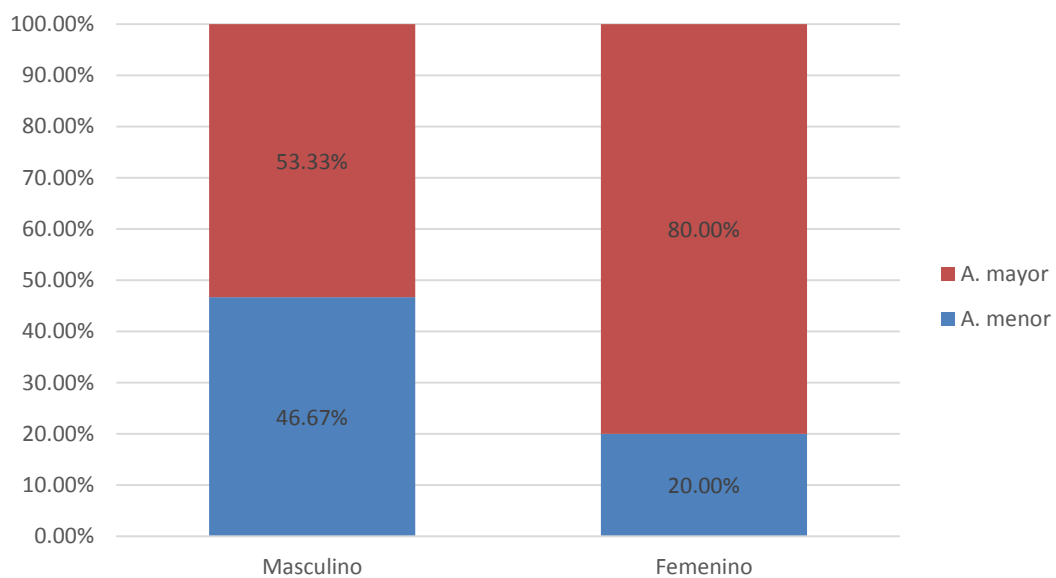
G. libertad = 1

$p = 0.12$

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 7**

**Influencia del sexo en la presencia de ansiedad en los familiares**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 8**

**Influencia del parentesco en la presencia de ansiedad en los familiares**

Parentesco	Total	A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%
Hijo	18	8	44.44%	10	55.56%
Pareja	5	0	0.00%	5	100.00%
Padre	4	1	25.00%	3	75.00%
Hermano	3	1	33.33%	2	66.67%
Total	30	10	33.33%	20	66.67%

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 3.63$

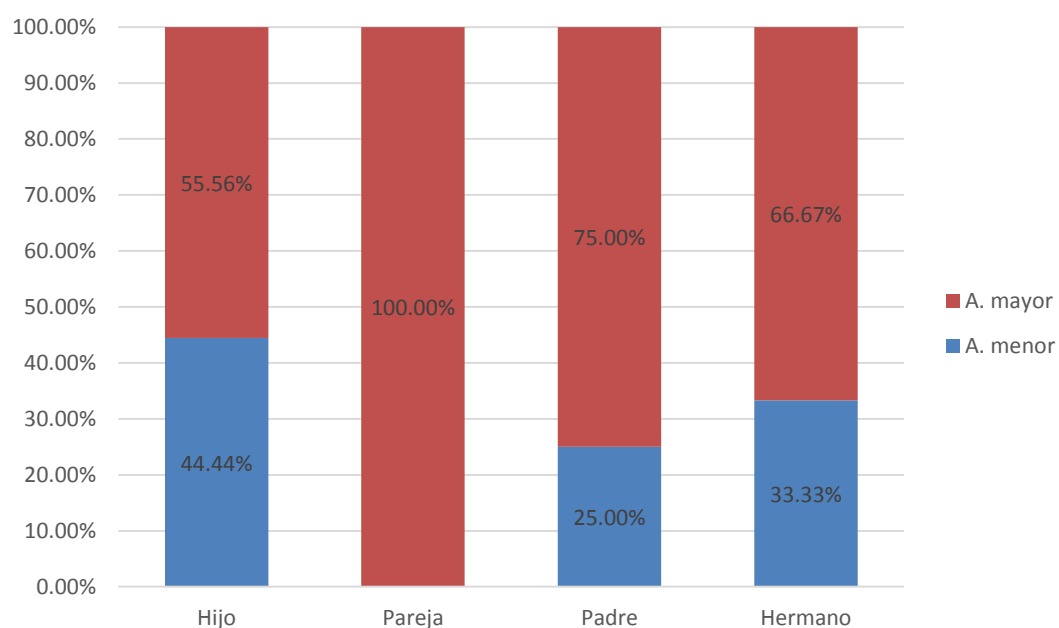
G. libertad = 3

$p = 0.30$

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 8**

**Influencia del parentesco en la presencia de ansiedad en los familiares**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 9**

**Influencia del motivo de la hospitalización en la presencia de ansiedad  
en los familiares**

Motivo	Total	A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%
Sepsis / Shock séptico	8	5	62.50%	3	37.50%
Insuf. respiratoria aguda	7	3	42.86%	4	57.14%
Tr. Conciencia / Coma	5	5	100.00%	0	0.00%
Shock hipovolémico	4	3	75.00%	1	25.00%
Shock multifactorial	3	2	66.67%	1	33.33%
Shock obstructivo	1	0	0.00%	1	100.00%
Intox. organofosforados	1	1	100.00%	0	0.00%
Post operatorio PEIC	1	1	100.00%	0	0.00%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>33.33%</b>	<b>20</b>	<b>66.67%</b>

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 7.47$

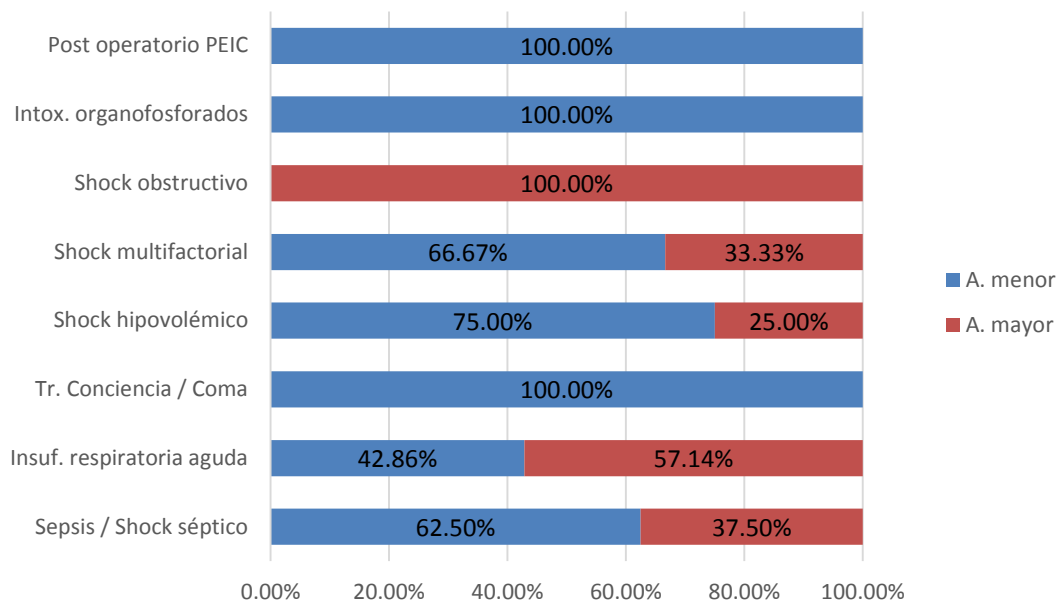
G. libertad = 7

p = 0.38

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 9**

**Influencia del motivo de la hospitalización en la presencia de ansiedad  
en los familiares**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Tabla 10**

**Influencia del nivel de instrucción en la presencia de ansiedad en los  
familiares**

Instrucción	Total	A. menor		A. mayor	
		N°	%	N°	%
Primaria	3	0	0.00%	3	100.00%
Secundaria	11	3	27.27%	8	72.73%
Sup. técnica	10	3	30.00%	7	70.00%
Sup. universitaria	6	4	66.67%	2	33.33%
Total	30	10	33.33%	20	66.67%

Fuente: Elaboración propia

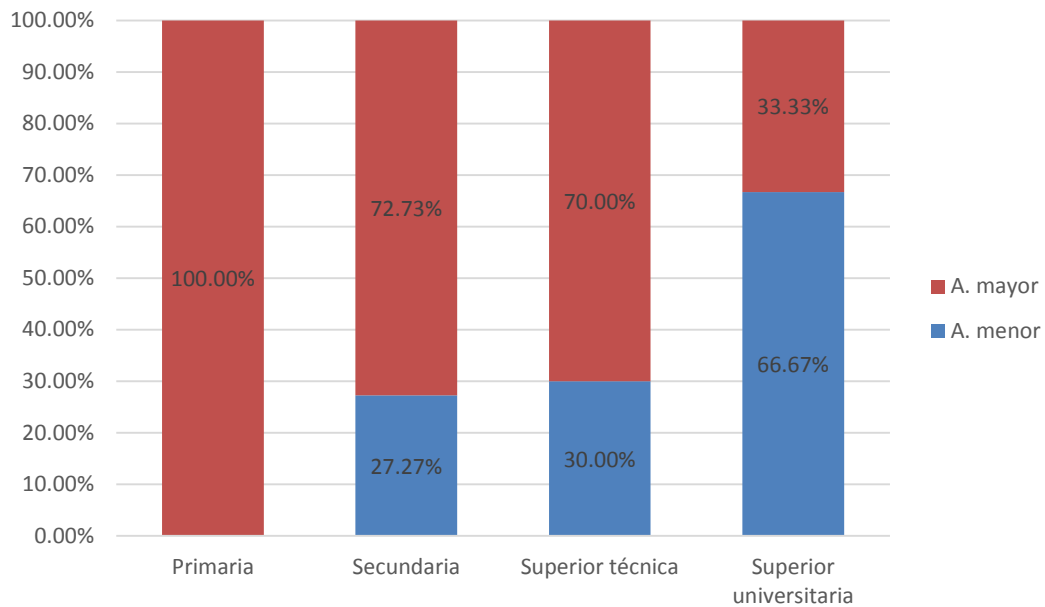
$\chi^2 = 4.73$       G. libertad = 3       $p = 0.19$

Spearman rho = -0.3477       $p = 0.05$

**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE ANSIEDAD DE FAMILIARES DE  
PACIENTES USUARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

**Gráfico 10**

**Influencia del nivel de instrucción en la presencia de ansiedad en los  
familiares**



Fuente: Elaboración propia

## CAPÍTULO III.

### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de identificar la relación entre el nivel de ansiedad y el nivel de educación de familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado. Se realizó la presente investigación con la finalidad de buscar establecer una relación, y definirla, entre el nivel de ansiedad presentado en los familiares de pacientes usuarios de una Unidad de Cuidados Intensivos y su nivel de educación, debido a la notada diferencia que existe entre la forma con la que perciben y afrontan este momento según la instrucción recibida, siendo a su vez un estudio factible de realizar, que toma en cuenta temas como la educación y la salud mental, que son de interés público, cuyo estudio puede ser benéfico para la prevención de estados de ansiedad graves o mejora en el sistema de comunicación y relación entre el médico y los familiares.

Para tal fin se encuestó a 30 familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que cumplieron los criterios de selección, aplicando una ficha de datos y la escala de ansiedad de Hamilton. Se comparan grupos con prueba de independencia chi cuadrado y se relacionan variables mediante coeficiente de Spearman.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra las características de los familiares de los pacientes según edad y sexo; el 50% de familiares fueron varones y el 50% mujeres, con edades distribuidas de manera homogénea entre los 20 y 59 años con un máximo de 26.67% entre los grupos de edad de 20 a 29 y 40 a 49 años, 20% entre los grupos de edad de 30 a 39 y 50 a 59 años, y solo 6.67% fueron adultos mayores de 60 años; la edad promedio de los varones fue de  $39.67 \pm 14.40$  años y para las mujeres fue de  $39.80 \pm 12.55$  años, sin diferencias en la edad entre los familiares varones o mujeres ( $p > 0.05$ ).

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra el parentesco de los familiares encuestados; el 60% fueron hijos de los pacientes hospitalizados en UCI, 16.67% fueron la pareja, 13.33% fueron padres y en 10% hermanos.

Notamos así, que quienes cumplen el papel de acompañantes son en su mayoría los hijos de los pacientes, seguidos de las parejas, y posteriormente de los padres, en este caso en especial, siendo la razón, que, en su mayoría, los pacientes admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos, no fueron de edades muy jóvenes, aunque, en un menor número, sí los hubo.

El motivo de hospitalización de los pacientes en la UCI se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; el principal motivo fue la sepsis (16.67%), seguido de la insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica o el shock hipovolémico (13.33% cada uno), así como la insuficiencia respiratoria aguda, el shock multifactorial, shock séptico o trastornos de conciencia (10% cada uno), entre otros.

Siendo todos evidentemente problemas agudos, y con respecto a las sepsis, mayormente de origen abdominal debido a complicaciones post operatorias.

La **Tabla y Gráfico 4** muestran la instrucción de los familiares de los pacientes hospitalizados en UCI; el 10% tuvieron educación primaria, 36.67% educación secundaria, 33.33% educación superior técnica y 20% tuvieron educación superior universitaria.

Pese a que hubo familiares que se negaron a ser entrevistados, se puede notar que la mayoría de familiares contaba con una educación de nivel secundario, siguiendo en porcentaje los que recibieron educación técnica.

Con la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton (**Tabla y Gráfico 5**), se encontró que todos los familiares tenían ansiedad, siendo menor en un tercio de casos y mayor en 66.67% de casos.

Lo que nos hace comprobar que el hecho de tener a un familiar directo en una Unidad de Cuidados Intensivos, genera definitivamente, aunque en diferentes intensidades, ansiedad, y es demostrado mayormente por sintomatología evidente.

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestra la influencia de la edad de los familiares en la presencia de ansiedad mayor; se puede apreciar que aunque los niveles de ansiedad mayor disminuyen con la edad, pasando de 75% entre los 20 y 29 años, a 66.67% entre los 30 y 39 años, llegaron a 62.50%

entre los 40 y 49 años y nuevamente 66.67% entre los 50 y 59 años, y disminuyeron a 50% entre los 60 y 69 años, las diferencias no alcanzaron significado estadístico ( $p > 0.05$ ).

Existe cierta diferencia entre los niveles de ansiedad demostrados según los grupos etarios, pero no llega a establecer un patrón o una regla notoria.

En relación al sexo de los familiares y su relación con la ansiedad, se encontraron niveles de ansiedad mayor en 53.33% de varones y en 80% de mujeres, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ), como se muestra en la **Tabla y Gráfico 7**.

Esto en concordancia a que según la 5ta edición del manual de bolsillo de psiquiatría clínica de Kaplan y Sadock, la población femenina es más vulnerable de padecer trastornos de este tipo.

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestra la influencia del parentesco de los familiares con los niveles de ansiedad; la ansiedad mayor se vio en todos los casos cuando el familiar fue la pareja, y en 75% de padres, 66.67% de hermanos y 55.56% de hijos; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

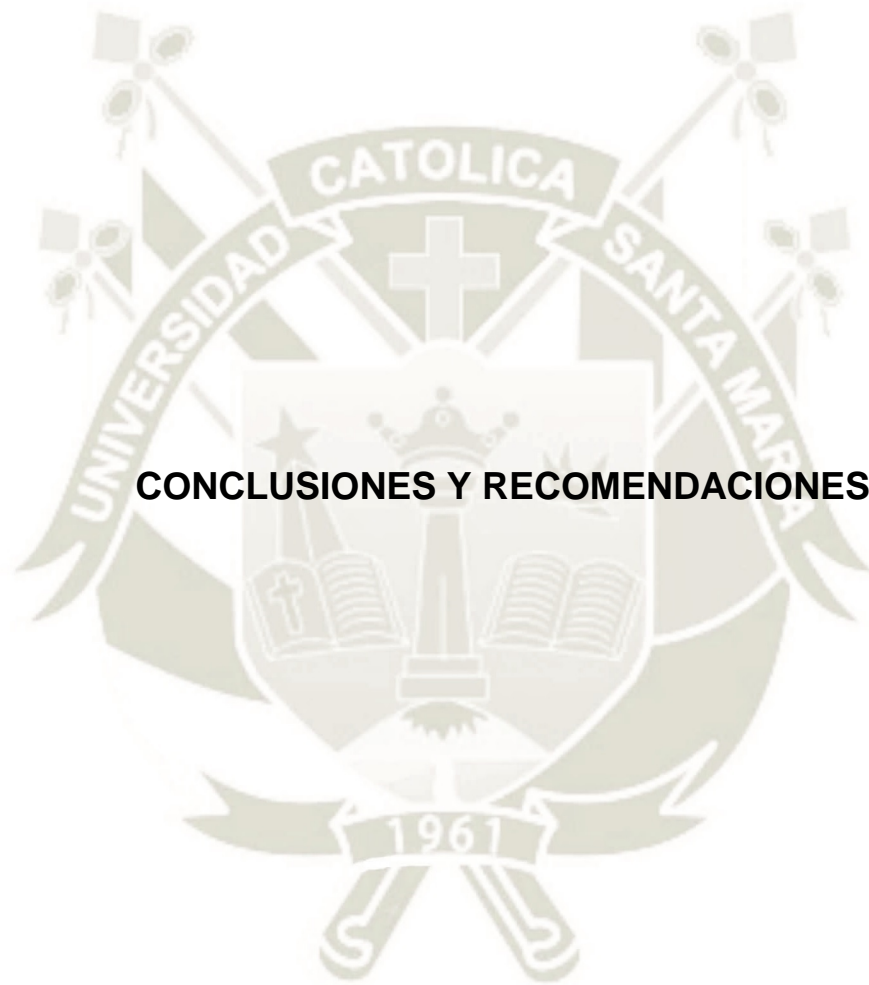
Diferencias que a pesar de no ser significativas puedan deberse al nivel de apego implicado en cada relatividad hacia el paciente.

La **Tabla y Gráfico 9** muestra los niveles de ansiedad según el motivo de hospitalización de los familiares en la UCI; aunque se observaron

mayores proporciones de ansiedad mayor en casos de shock obstructivo (100%) o en la insuficiencia respiratoria aguda (57.14%), en los demás casos fue mayor la proporción de ansiedad menor o incluso no se encontró ansiedad mayor, siendo las diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ).

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 10** muestran la influencia del nivel de instrucción de los familiares en la presencia y nivel de ansiedad; la ansiedad mayor disminuye con la mayor instrucción, pasando de 100% entre aquellos familiares con instrucción primaria a 72.73% de familiares con educación secundaria, 70% en familiares con educación superior técnica, y llega a 33.33% en aquellos con educación superior universitaria, y aunque las diferencias no alcanzaron significado estadístico ( $p > 0.05$ ), sí se encontró una relación inversa significativa de regular intensidad ( $r > 0.30$ ) entre una mayor ansiedad y la menor instrucción de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI.

Siendo precisamente lo que se buscaba al realizar la presente investigación, una relación en la que se evidencia un mayor porcentaje de ansiedad mayor en familiares con menores niveles de instrucción.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

**Primera.-** Los niveles de ansiedad en familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado, fueron, ansiedad menor en 33.33% y ansiedad mayor en 66.67% de casos.

**Segunda.-** El nivel educativo de los familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado fue primaria en 10%, secundaria en 36.67%, superior técnica en 33.33% y superior universitaria en 20%.

**Tercera.-** Se encontró una relación inversa significativa de regular intensidad entre un mayor nivel de ansiedad y la menor instrucción de los familiares de pacientes hospitalizados en la UCI.

## RECOMENDACIONES

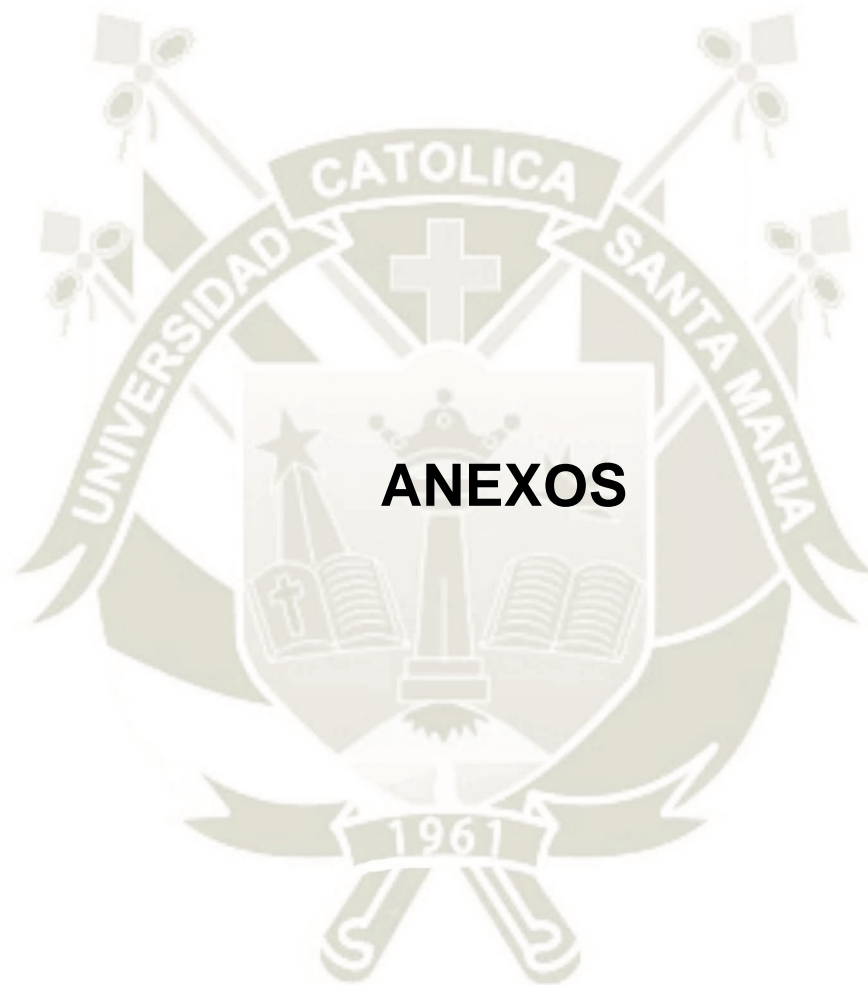
- 1) Al director del Hospital Regional Honorio Delgado, iniciar un trabajo conjunto de apoyo entre las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos y psiquiatría, para el momento de entregar informes, especialmente en casos de familiares con menores niveles de educación, incluir asesoramiento que facilite el entendimiento y así, disminuya el riesgo de desarrollo de mayores niveles de ansiedad.
- 2) A los médicos de la UCI del Hospital Regional Honorio Delgado, procurar una mayor comunicación con los familiares, preferentemente con un miembro de mayor nivel de educación que sea capaz de simplificar las explicaciones del estado del paciente a los suyos.
- 3) A las autoridades del Hospital Regional Honorio Delgado, establecer un programa de acompañamiento o contacto de apoyo disponible para familiares que lo necesiten, sea bien mediante la colocación de un teléfono de contacto o de la ubicación del centro de ayuda correspondiente a donde se pueda acudir.
- 4) A la Universidad Católica de Santa María, en el área de ciencias de la salud, incentivar a los estudiantes a realizar trabajos de investigación similares en las diferentes Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Kaplan, Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 5ta edición. Navascués I, traductor. Philadelphia, EUA. Lippincott Williams & Wilkins. 2011. 177p.
- 2) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
- 3) Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. Salud mental. [internet] 9 de octubre de 2017. [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/).
- 4) Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):30-8.
- 5) Tortella-Feliu Miquel. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Mallorca. CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA N. 110 - 2014. 62-69p.
- 6) Maass V. Juan. Los trastornos ansiosos en el DSM-5. Chile. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 2014; 52 (Supl 1): 50-54p.

- 7) Navas Orozco Wendy, Vargas Baldares María Jesús. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. Costa Rica. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (604), 2012: 497-507p.
- 8) Rodríguez-Landa Juan F., Contreras Carlos M. Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. México. Rev Biomed 1998; 9:181-191. <http://www.uady.mx/~biomedic/rb98936.html>
- 9) Instituto nacional de la salud mental, departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Trastornos de ansiedad. Estados Unidos. Publicación de NIH Núm. SP 09-3879. 2009.
- 10) Sistema nacional de salud. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México, secretaría de salud, 2010.
- 11) Clínica Mayo. Trastornos de ansiedad. [internet] Atención al paciente e información sobre salud. Mayo 20, 2018. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
- 12) Ministerio de educación del Perú, Consejo nacional de educación. Propuestas de metas educativas e indicadores al 2021. Perú. Setiembre, 2010.
- 13) Ministerio de educación. Información general. [www.minedu.gob.pe](http://www.minedu.gob.pe)
- 14) Reyes - Ticas Américo. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 2005 [internet] <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>

- 15) Vargas Murga, Horacio. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Perú.  
Rev Med Hered. 2014; 25:57-59.
- 16) Campos Sanchez Sandra Isabel, Roca Bautista Erica Victoria. Efectividad de un programa de acompañamiento de UCI en el nivel de ansiedad en cuidadores de pacientes hospitalizados en la clínica Ricardo Palma mayo – julio 2012. Lima - Perú, 2012.
- 17) Beesley Sarah J. et al. Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. USA. Crit Care Med 2018; 46:229–235.
- 18) Shafipour Vida et al. The effect of education on the anxiety of a family with a patient in critical care unit: a systematic review and meta-analysis. Iran. March 2017, Volume: 9, Issue: 3, Pages: 3918-3924, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/3918>.
- 19) Sottile Peter D et al. The Association between Resilience and Family Member Psychological Symptoms in Critical Illness. Crit Care Med. 2016 August; 44(8): e721–e727. doi:10.1097/CCM.0000000000001673.
- 20) COMUNIDAD PSICOPSI. Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). [internet] <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>.



## Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

### FICHA DE DATOS

1. Edad:.....
  
2. Sexo:  
(...) Femenino  
(...) Masculino
  
3. Parentesco:  
(...) Padre/ madre  
(...) Hermano(a)  
(...) Pareja (cónyuge/ conviviente)  
(...) Hijo(a)
  
4. Nivel de educación:  
(...) Ninguno/ analfabetismo  
(...) Inicial  
(...) Primaria  
(...) Secundaria  
(...) Superior:.....
  
5. Motivo \_\_\_\_\_ de  
hospitalización:.....

## Anexo 2. Escala de Ansiedad de Hamilton

### ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

**0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante**

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor Depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular		<b>Puntuación total</b>		
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

### Anexo 3. Consentimiento informado

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

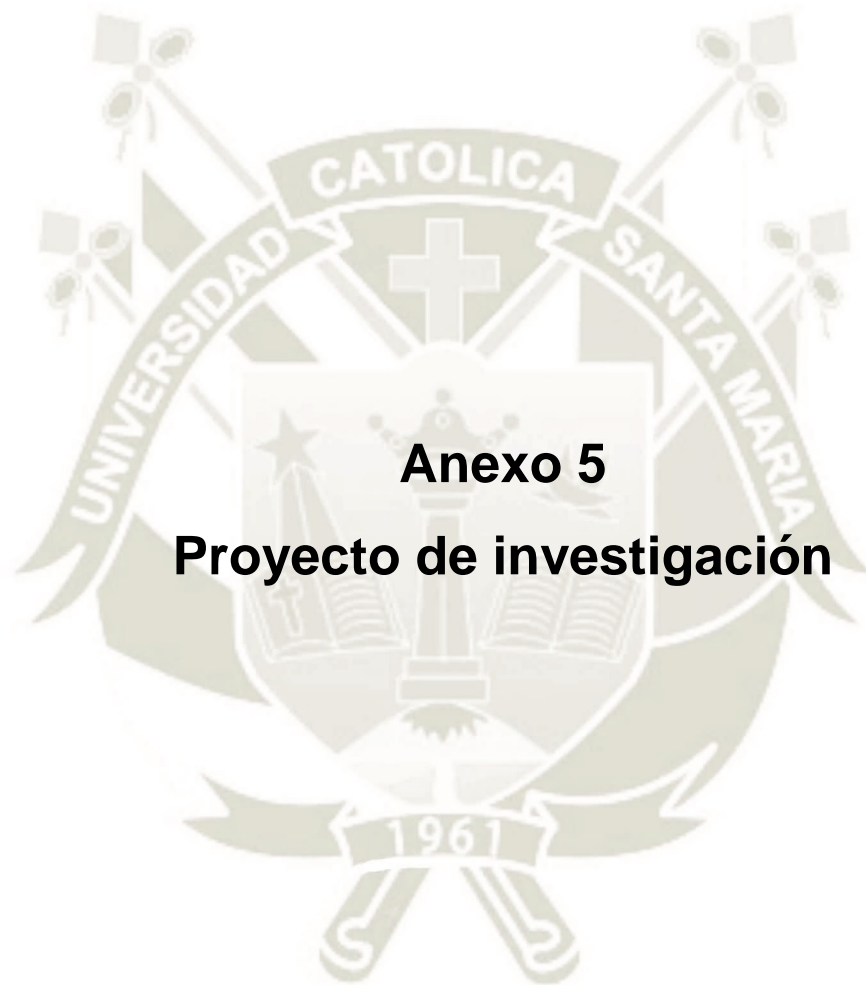
En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización	
DNI	
Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	
Nombre del Investigador principal	María del Carmen Palomino Gutierrez
Documento de identidad	71207196
Fecha	

## Anexo 4

### Matriz de sistematización de información

Nro	Edad	Sexo	Parentesco	Motivo de Hospitalización	Nivel de educación	Puntaje Hamilton	Nivel de ansiedad
1	34	M	Hijo	shock séptico	superior técnica	23	mayor
2	45	M	Hijo	shock multifactorial	superior universitaria	6	menor
3	33	M	Hijo	Sepsis	superior universitaria	9	menor
4	23	M	Hijo	Post operatorio PEIC	secundaria	15	mayor
5	55	F	Hijo	shock séptico	superior universitaria	13	menor
6	40	F	Hijo	shock obstructivo	superior técnica	7	menor
7	52	M	Pareja	Coma	secundaria	26	mayor
8	30	M	Padre	Sepsis	superior técnica	15	mayor
9	31	F	Padre	intoxicación por organofosforados	secundaria	23	mayor
10	25	F	Pareja	shock hipovolémico	superior técnica	18	mayor
11	41	M	Pareja	shock séptico	secundaria	15	mayor
12	68	M	Padre	shock hipovolémico	primaria	24	mayor
13	63	M	Padre	insuficiencia respiratoria en VM	secundaria	12	menor
14	20	M	Hijo	shock hipovolémico	secundaria	14	menor
15	54	F	Hermano	insuficiencia respiratoria en VM	superior técnica	14	menor
16	27	F	Hijo	shock multifactorial	superior técnica	16	mayor
17	32	M	Pareja	shock hipovolémico	secundaria	20	mayor
18	26	F	Hijo	trastorno de conciencia	superior técnica	19	mayor
19	31	M	Hijo	Insuficiencia respiratoria aguda	superior técnica	14	menor
20	42	F	Hijo	Coma	secundaria	18	mayor
21	59	F	Hermano	trastorno de conciencia	secundaria	25	mayor
22	48	F	Hijo	trastorno de conciencia	superior técnica	17	mayor
23	26	M	Hijo	Insuficiencia respiratoria aguda	secundaria	10	menor
24	28	F	Hijo	Insuficiencia respiratoria aguda	superior universitaria	16	mayor
25	47	F	Hijo	Sepsis	superior universitaria	18	mayor
26	54	M	Pareja	shock multifactorial	primaria	22	mayor
27	43	M	Hijo	sepsis	superior universitaria	12	menor
28	40	F	Hijo	sepsis	secundaria	21	mayor
29	22	F	Hijo	insuficiencia respiratoria en VM	superior técnica	18	mayor
30	53	F	Hermano	insuficiencia respiratoria en VM	primaria	21	mayor



**Anexo 5**  
**Proyecto de investigación**

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE EDUCACIÓN Y NIVEL DE  
ANSIEDAD DE FAMILIARES DE PACIENTES USUARIOS  
DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,  
AREQUIPA, ABRIL-MAYO 2019**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller:

**Palomino Gutierrez, María del Carmen**

Para optar el Título Profesional de

**Médico Cirujano**

Asesor:

**Dra. Cuno Velásquez, Lizbeth**

**Arequipa - Perú**

**2019**

## I. PREÁMBULO

La ansiedad es un síntoma que afecta a individuos, de varias formas, intensidades, y a distintos niveles, generando pesar, desasosiego, como modo de adaptación o reacción al toparse con hechos o vivir momentos de incertidumbre y, por qué no decirlo, estando ahí, temer que pueda suceder algo aún peor.

Es evidente para cualquiera, que el hecho de que un familiar se encuentre hospitalizado, sea cual fuere el motivo, genera ciertos niveles de estrés, ansiedad, depresión, principalmente, esto debido a la carga emocional que la situación exige, así también, estaría ligado a la gravedad del estado del paciente, siendo así, es claro pensar que, el momento en que un ser querido, principalmente si se trata de uno del primer grado de consanguinidad, es admitido en una unidad de cuidados intensivos, este malestar se hace aún mayor, pues implica que aquel problema de salud, es más delicado y por lo que requiere de cuidados más complejos; es sabido, de igual manera, que todos los seres humanos afrontan de singular manera las adversidades, del tipo que sean, la reacción en cada individuo es distinta una de otra, lo cual la misma experiencia nos ha demostrado, quizás más evidentemente, ya que hemos sido testigos de las diversas reacciones que presentan, siendo muchas veces, no las mejores, pudiéndose notar, en múltiples ocasiones, una disimilitud entre éstas, que pudiera tener relación con el nivel educativo que poseen; es así que nace el interés de buscar demostrar tal relación, cuán importante es realmente la influencia del grado de instrucción de los familiares envueltos en este entorno sobre al grado de ansiedad que desarrollan, ocasionado por la situación.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad respecto al nivel de educación en familiares de pacientes usuarios de Unidades

de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa, abril-mayo 2019?

## 1.2. Descripción del Problema

### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría, UCI
- Línea: Ansiedad

### b) Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidad/ Categoría	Escala
Independiente			
Nivel de educación	Según lo estipulado por ministerio de educación del Perú	Ninguno/ analfabetismo  Inicial Primaria Secundaria Superior	Ordinal
Dependiente			
Nivel de ansiedad	Escala de Hamilton para la Ansiedad	No ansiedad Ansiedad menor Ansiedad mayor	Ordinal
Intervinientes			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Características sexuales secundarias	Femenino Masculino	Nominal

Parentesco	Relación familiar con el paciente	Padre/ madre Hermano(a) Pareja (cónyuge/ conviviente) Hijo(a)	Nominal
Motivo de hospitalización	Diagnóstico de ingreso	Diversos	Nominal

c) Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuál es el nivel de ansiedad en familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
- 2) ¿Cuál es el nivel de educación de familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?
- 3) ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y el nivel de educación en familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?

d) Tipo de investigación  
Campo.

e) Diseño de investigación  
Observacional, transversal, prospectivo, comparativo.

f) Nivel de investigación  
Nivel relacional.

### 1.3. Justificación del problema

#### a) Originalidad

No se han encontrado investigaciones previas similares, en las que se evalúe la relación entre el nivel de educación de los familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa y el nivel de ansiedad presente en ellos.

#### b) Justificación científica:

Es importante identificar el nivel de ansiedad existente entre los familiares de pacientes que se encuentran en unidades de cuidados intensivos, pues es una situación que definitivamente genera un gran grado de estrés que causa repercusión en el organismo, de la misma manera, valdría la pena relacionar dicha variable con el grado de instrucción o nivel de educación de la mencionada población y así hallar si existe una relación significativa o dicho de otra manera una influencia de la segunda hacia la primera.

#### c) Justificación humana:

Si bien existen grandes disimilitudes en la manera que en cada individuo hace frente a situaciones cotidianas y más aún a situaciones de estrés, generando en estos, cierto grado de ansiedad, al ver a un ser querido en una posición difícil, vale la pena establecer si existe una relación entre el modo en que se reacciona y el nivel educativo con el que se cuenta.

#### d) Justificación social:

Así como hay grados o niveles de instrucción con el que cuenta cada persona, en este caso cada familiar de pacientes, hay la posibilidad de que éstos influyan en alguna forma en el grado de ansiedad desarrollado durante la estancia de sus seres queridos en una unidad de cuidados intensivos.

e) Justificación contemporánea:

Hoy en día, a pesar de que hay cada vez más acceso a una mejora educativa, en el entorno aún hay una gran variabilidad entre los niveles de instrucción de los individuos, y definitivamente un lugar en el cual podemos hallar todo tipo de niveles es en un centro de salud, evaluándose en este caso, en nivel de ansiedad presente en cada uno de acuerdo a su nivel educativo, frente a una situación similar de estrés como es el tener a un familiar en una unidad de cuidados intensivos.

f) Factibilidad:

El estudio del que se habla en esta oportunidad es factible de realizar, desde el punto de vista práctico, en el que se cuenta con una unidad de cuidados intensivos en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza, que, al ser un establecimiento de salud importante a nivel de la ciudad y la región, es un lugar a donde llegan individuos de todas clases sociales y, por ende, familiares que cuentan con diferentes niveles de educación.

g) Interés personal:

Al haber tenido la no afortunada oportunidad de que un familiar directo sea admitido en una unidad de cuidados intensivos, y asimismo haber observado la forma en como las diferentes personas afrontaban una situación de tal rango, se generó el interés de identificar si existía algún tipo de relación o influencia entre el nivel educativo y el nivel de ansiedad desarrollado.

## 2. Marco conceptual

### 2.1. Ansiedad

#### 2.1.1. Definición

Se puede definir a la ansiedad como un estado que surge frente a situaciones no completamente conocidas, es un fenómeno de reacción defensiva del organismo, se percibe

una posible amenaza predisponiendo al individuo a ejercer una acción respecto a ellas, por tanto, se producen principalmente 3 sistemas de respuesta: subjetivo-cognitivo (pudiendo influir en la forma en la que percibe su entorno, evaluación subjetiva de estímulos, experiencia interna); fisiológico-somático (mayor actividad del sistema nervioso autónomo, traducida en síntomas somáticos como temblor, contracciones, agitación, cefalea, dolor dorsal, tensión muscular, disnea, parestesias, hiperactividad vegetativa); y motor-conductual (escape, evitación, además de otros síntomas psicológicos como sensación de terror, dificultad de concentración, aumento del estado de vigilia, disminución de la libido)<sup>1, 7, 14</sup>.

Puede entenderse a la ansiedad fisiológica también como una sensación de alerta, reactividad o como una respuesta a condiciones ambientales que generan estrés, como preparación para defensa o huida, siendo una función adaptativa; convirtiéndose en patológica al presentarse en forma prolongada y desproporcionada, de tal intensidad que ocasiona importante malestar físico, psicológico y afectación de la conducta<sup>2, 7</sup>.

#### 2.1.2. Epidemiología internacional y nacional

Se menciona que aproximadamente una de cada 4 personas ha cumplido con criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad; asimismo que la población femenina es más susceptible a padecerlos, y que hay una disminución de su prevalencia de acuerdo con la elevación del nivel socioeconómico<sup>1</sup>.

Los trastornos por ansiedad, así como los por depresión, son problemas de salud mental comunes que afectan múltiples capacidades de la población. Se estima que, en el

mundo, se ven afectados por trastornos de ansiedad más de 260 millones de personas, y por depresión, más de 300 millones, siendo ésta la afección más discapacitante<sup>3</sup>.

En el ámbito nacional, los resultados del estudio mundial de salud mental realizados en el 2005 determinaron una prevalencia de trastornos mentales en los últimos doce meses, de 13.5%; los tipos de trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad con 7.9%, luego los de estado de ánimo con 3.5%, los de control de impulsos con 3.5% y por último los de uso de sustancias con 1.7%. Siendo la fobia específica la más prevalente dentro del grupo de trastornos de ansiedad con 4.6%, siguiendo la fobia social con 1.4% y el trastorno de ansiedad de separación con 1.2%<sup>4</sup>.

### 2.1.3. Clasificación

Existen 11 tipos de trastornos de ansiedad, contenidos en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales DSM-V<sup>5, 6</sup>.

- a) Trastorno de ansiedad por separación: ansiedad intensa y persistente relacionada a la separación de una persona con quien se tiene un vínculo cercano, presenta mínimo tres manifestaciones clínicas enfocadas a la preocupación, malestar psicológico subjetivo, negativa a estar solo en el hogar o movilizarse a diferentes lugares, y/ o pesadillas, síntomas físicos frente a la anticipación de la separación o a la misma.
- b) Mutismo selectivo: pérdida persistente de la capacidad de responder/ hablar en una situación social específica en la que se espera que lo haga, siendo capaz de hacerlo en otras.

- c) Fobia específica: ansiedad o miedo intenso y persistente, inmediata e invariablemente frente a una situación u objeto específico.
- d) Trastorno de ansiedad social: aparece usualmente frente a una situación o más en las que el paciente puede ser juzgado por otros, limitando su actuar y evitando mostrar síntomas que puedan ser tomados de forma negativa por el entorno.
- e) Trastorno de angustia/ pánico: crisis inesperadas y recurrentes, siguiendo, en al menos un episodio, un periodo de preocupación o inquietud persistente con más crisis por un mes como mínimo, o bien también, ocurre un cambio de comportamiento desadaptativo asociado a crisis.
- f) Agorafobia: ansiedad o miedo que aparecen frente a situaciones (dos o más) prototípicamente agorafóbicas, que son evitadas activamente, o son soportadas con sus implicancias, esto por temor a no poder huir o tener ayuda de aparecer síntomas, de angustia o similares, incapacitantes que causen vergüenza.
- g) Trastorno de ansiedad generalizada: preocupación excesiva, persistente, difícil de controlar, debido a diferentes actividades, sumándose tres o más síntomas de aumento de la actividad fisiológica.
- h) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicación: presenta crisis de ansiedad/ angustia característicamente, además, síntomas aparecen durante o inmediatamente luego de la intoxicación o abstinencia de la sustancia.
- i) Trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad médica: presenta principalmente crisis de ansiedad/

angustia que son fisiopatológicamente a consecuencia directa de alguna enfermedad.

- j) Otros trastornos de ansiedad especificados: tiene síntomas característicos de trastornos de ansiedad, mas no cumplen con criterios para ingresar en una categoría diagnóstica, el motivo por el que no cumplen con criterios debe ser especificado.
- k) Trastornos de ansiedad no especificados: al igual que el anterior, no cumplen con todos los criterios, sin embargo, no se especifican los motivos por falta de información<sup>5, 6</sup>.

#### 2.1.4. Etiología

Se describe una interacción entre factores varios, biológicos, sociales, psicodinámicos, traumáticos y de aprendizaje; además de la mediación tanto de factores de riesgo como de factores protectores que intervienen en su expresión<sup>1, 7</sup>.

- a) Biológicos: Se produce una reacción vegetativa que ocasiona un incremento del tono simpático. Se liberan catecolaminas y hay una mayor producción del metabolismo de noradrenalina. Hay alteración del sistema serotoninérgico, se incrementa la actividad dopaminérgica. Disminuye el GABA, por lo que aumenta la irritabilidad del sistema nervioso central (hiperactividad).
- b) Estudios genéticos: Refieren cierta vulnerabilidad por factores genéticos para este trastorno.
- c) Psicosociales: factores estresores que fungen como causales, agravante y precipitantes. Hay indicios de que el tipo de educación durante las primeras etapas de la vida puede generar predisposición para

desarrollar trastornos de ansiedad ya en la edad adulta.

- d) Psicodinámicos: Desde la parte psicoanalítica, los impulsos inconscientes pueden emerger en la conciencia y generar ansiedad, ya que es relacionada durante el desarrollo con temores infantiles a la desintegración (por pérdida de un objeto o daño físico). La ansiedad genera acciones defensivas por parte del yo, que, de ser efectivas, la desaparece, mas si son contenidas, producen sintomatología más grave.
- e) Traumáticos: factores extraordinarios vividos o experimentados, como accidentes, tortura, entre otros, que causan daños severos, a nivel neurológico, unido a sintomatología ansiosa grave.
- f) Cognitivos-conductuales: se da una respuesta desproporcionada, de percepción incrementada de la amenaza y disminuida de las capacidades propias; quizás por generalización, condicionamiento o estímulos del exterior que generan el adoptar de reacciones y/o conductas (ansiosas) de otros<sup>1, 7</sup>.

#### 2.1.5. Fisiopatología

Neurobiológicamente la base de la ansiedad se encuentra en zonas del tallo cerebral (relacionadas con el desarrollo y propagación de la angustia), amígdala e hipocampo; siendo el neurotransmisor inhibitorio más importante, el sistema GABA, en ocasiones se comporta cual ansiolítico o a veces generando angustia; dando similares reacciones, la interacción de adrenalina y dopamina del sistema serotoninérgico. Así también hormonas como el cortisol y

ACTH, entre otras, están relacionadas con ansiedad y estrés<sup>7,8</sup>.

#### 2.1.6. Diagnóstico

Para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad deben cumplirse ciertos criterios, en su mayoría ya mencionados al momento de establecer la clasificación, tocando aquí, otros criterios de orientación, recopilados en el DSM-V<sup>5</sup>.

- Trastorno de ansiedad por separación: evitación, miedo o ansiedad presentes por al menos 6 meses en adultos y 4 semanas en niños y adolescentes.
- Mutismo selectivo: duración de al menos 1 mes, sin considerar el primer mes de asistencia a la escuela.
- Fobia específica: dependientes del tipo de estímulo causante de la fobia; evitación, miedo o ansiedad persistentes al menos por 6 meses.
- Trastorno de ansiedad social: específicamente relacionada sólo con la ejecución; ansiedad, miedo o evitación, por al menos 6 meses.
- Trastorno de angustia: al menos un episodio de crisis seguido por un periodo mínimo de un mes de persistente preocupación de que se produzca otro o las consecuencias de éste.
- Agorafobia: miedo, ansiedad o evitación frente a ocasiones agorafóbicas, presentes por al menos 6 meses.
- Trastorno de ansiedad generalizada: preocupación excesiva presente casi a diario durante al menos 6 meses.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias y/o medicación: crisis no dadas exclusivamente durante delirium.

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: de igual manera al anterior, no se dan en delirium.
- Otros trastornos de ansiedad especificados: sintomatología significativa que no reúne criterios para ser estrictamente clasificado, deben especificarse causas, principalmente son trastornos en los que no se cumple con el criterio temporal, como son las crisis de angustia limitadas o el trastorno de ansiedad generalizada que no cumplen con presentarse casi a diario.
- Trastornos de ansiedad no especificado: sintomatología significativa que no reúne criterios para ser estrictamente clasificado, sin especificación de causas<sup>5</sup>.

#### 2.1.7. Tratamiento

El tratamiento para los trastornos de ansiedad comprende básicamente un enfoque psicofarmacológico (medicación) y psicoterapia de un tipo específico; la decisión va a depender de lo que presente el individuo, así como de sus mismas preferencias, tomando en cuenta además que debe existir una evaluación previa en la que se descarte la coexistencia de algún problema diferente que debido a sus características, deba ser resuelto o controlado antes de dar inicio al tratamiento para el trastorno ansioso, asimismo de si se ha estado recibiendo medicación alguna, aclarando características como tipo, dosis, inicio, efectos tanto benéficos como adversos si hubiera; de igual manera, de haber recibido psicoterapia, se deberá dar detalles del tipo, frecuencia y eficacia, siendo útil toda esta información para definir si el tratamiento recibido ha sido adecuadamente administrado. Considerar también edad, riesgo de abuso o

suicidio, posibilidad de embarazo, tolerancia, costos y tolerancia<sup>1, 9, 10</sup>.

Si bien los trastornos no son curados con la medicación, éstos ayudan disminuyendo el malestar físico a la par que el paciente recibe el tratamiento psicoterapéutico, no estaría de más mencionar que toda droga debe ser indicada por el médico, mientras que la psicoterapia puede impartirse bien por él o en conjunto con otros profesionales de la salud<sup>9</sup>.

Psicofarmacológico:

a) Antidepresivos: si bien su nombre lo dice se desarrollaron para el tratamiento de la depresión, son útiles en trastornos de ansiedad. Tienen efectos desde la primera dosis, pero se requiere de la continuación de este por 4 a 6 semanas para la desaparición de la sintomatología.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS): fluoxetina, citalopram, escitalopram, sertralina, paroxetina, sertralina, venlafaxina. Son más seguros que los tricíclicos al no tener efectos anticolinérgicos, y no son letales en sobredosis, los efectos secundarios suelen ser náuseas, cefalea y disfunción sexual; al inicio puede existir un aumento de ansiedad, puede ser controlado con benzodiazepinas, en lo que se obtiene el efecto benéfico, luego de 2 a 4 semanas, por esta razón se empieza con dosis bajas que van aumentando gradualmente. Ha de tenerse cuidado con niños y adolescentes, debido a casos de agitación e intentos suicidas impulsivos, por efectos secundarios<sup>1, 9</sup>.
- Tricíclicos: Imipramina, nortriptilina, clomipramina, amitriptilina. Disminuyen la intensidad de la ansiedad, se inician dosis bajas que van aumentando, pueden

producir sueño, mareos, aumento de peso que se corrigen al modificar la dosis o cambiar la medicación, pero poseen efectos secundarios colinérgicos, cardiotoxicidad y potencialmente letales en sobredosis por lo que no son de primera línea<sup>1,9</sup>.

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): fenelzina, tranilcipromina, elisocarboxid. No son fármacos de primera línea por poseer un efecto adverso grave como es la posibilidad de aparición de crisis hipertensivas luego de la ingesta de alimentos y bebidas con tiramina, o consumo de fármacos como analgésicos, anticonceptivos, antialérgicos, entre otros (aunados a simpaticomiméticos y opiáceos pueden llevar a la muerte, y con los ISRS producen el “síndrome de la serotonina”, enfermedad grave que se presenta con confusión, rigidez muscular, hiperhidrosis, convulsiones, etc.)<sup>1,9</sup>.

b) Ansiolíticos:

- Benzodiacepinas: alprazolam, clonazepam, diazepam, lorazepam. Disminuyen la ansiedad, la cantidad e intensidad de las crisis, su principal efecto secundario es la somnolencia, mas puede causar dependencia (inclusive síndrome de abstinencia al retirarse no gradualmente), por lo que no es tan comúnmente indicada<sup>1,9</sup>.
- Azapirona: buspirona. Con leves efectos serotoninérgicos, útil en el trastorno de ansiedad generalizada; actúa poco a poco, pudiendo producir cefalea, náuseas y mareos, pero debe consumirse por al menos 2 semanas para alcanzar su efecto<sup>1,9</sup>.

- c) Agonistas de los receptores beta-adrenérgicos (beta-bloqueadores): propranolol, atenolol. Suprimen signos

somáticos de ansiedad, en crisis y, en fobia social, específicamente como prevención, no siendo útiles en ansiedad crónica. Efectos adversos adormecimiento, hipotensión y bradicardia<sup>1,9</sup>.

Psicoterapia: impartida por profesionales de la salud<sup>1</sup>.

- a) Psicoterapia de apoyo: busca alentar el afrontamiento adaptativo mediante conceptos psicodinámicos y de asociación terapéutica, mejorar las defensas adaptativas correctas, se ayuda con el análisis de la situación real y con guía respecto a la conducta.
- b) Psicoterapia orientada a introspección: busca desarrollar la introspección respecto a conflictos psicológicos que de no ser resueltos se manifiestan con conductas con síntomas. Ideal cuando el conflicto no es consciente, persiste ansiedad a pesar de tratamientos, hay un cambio de síntomas, o el trastorno es menos específico.
- c) Terapia conductual: se basa en el refuerzo, tanto positivo como negativo, desensibilización sistemática, implosión, exposición gradual, bloqueo del pensamiento, supresión de respuesta, relajación, control de angustia, auto vigilancia e hipnosis.
- d) Terapia cognitiva: basada en la percepción propia que ocasiona la conducta inadaptada; es interactivo, mediante el designar labores domésticas, busca la corrección de pensamientos distorsionados, haciendo hincapié en el confrontamiento y el análisis de las situaciones que los generan.
- e) Terapia de grupo: tanto de apoyo para mejora de capacidades sociales, como de alivio de sintomatología específica por introspección orientada<sup>1,9</sup>.

#### 2.1.8. Complicaciones

Debido a sus variados síntomas, pueden llegar a producir cierta incapacidad, aislamiento social, causar otros padecimientos mentales o físicos, como insomnio, complicarse con abuso de sustancias, a veces de los mismos medicamentos que reciben como tratamiento, y con el tiempo también pueden aparecer cuadros de depresión mayor, implicando riesgo de suicidio<sup>8, 11</sup>.

#### 2.1.9. Prevención, recuperación y rehabilitación

Se debe hacer lo posible por reducir la probabilidad de desarrollar esta clase de trastornos, en los tres niveles de prevención, siendo útil la identificación de sujetos con mayores factores de riesgo, tanto relacionados con experiencias, entorno o vivencias, como con la vulnerabilidad misma de él, personalidad, cognición; así también, el diagnóstico oportuno de nuevos casos, el establecimiento de tratamiento correcto, la prevención de recaídas, motivando al paciente, enseñándole a identificar situaciones y síntomas iniciales, incrementando la sensación de control, y reducción de incapacitación en casos severos y crónicos<sup>7</sup>.

#### 2.1.10. A nivel nacional/ local

En la encuesta mundial de salud mental realizada en el Perú en el 2005, se ha visto una mayor prevalencia de los trastornos mentales por el sexo femenino, así también por una edad de presentación temprana, entre los 18 a 24 años, siendo precisamente el más común en presentación, el de tipo de ansiedad, dentro del cual, principalmente el de fobia específica, siendo, asimismo, el de más severidad.

Demográficamente, hay más riesgo en la población viuda, soltera o separada de presentar trastornos de salud mental en general, no observándose diferencia significativa entre otros factores<sup>4</sup>.

## 2.2. Nivel de educación

### 2.2.1. Definición

La educación en el Perú se encuentra bajo jurisdicción del ministerio de educación, que tiene a su cargo el formular, implementar y supervisar la política nacional de educación<sup>13</sup>.

En nuestro país, el sistema de educación tiene una organización tal, con el fin de cumplir con las necesidades y exigencias de este mediante los fines y principios alcanzados según la ley general de educación nro. 28044 (julio, 2003). Siendo la educación básica un derecho y obligación, y sin costo alguno de ser impartida por el estado, asimismo, en la educación superior, las universidades públicas aseguran educación gratuita, independientemente del nivel socioeconómico del estudiante<sup>12, 13</sup>.

### 2.2.2. Clasificación

La educación en el Perú está estructurada de la siguiente manera<sup>12</sup>:

- Etapas: periodos desarrollados de acuerdo con las necesidades de aprendizaje.
  - Educación básica: con énfasis en el desarrollo global, inclusivo, es obligatoria y gratuita por parte del estado.

- Educación superior: centrada en el desarrollo de competencias y ampliación de conocimientos y competencias profesionales.
- Modalidades: servicios alternativos de acuerdo con peculiaridades de los individuos a quienes corresponde.
  - Educación básica regular: dirigida a menores que cursan de manera adecuada el proceso de educación.
  - Educación básica alternativa: equivalente a la anterior, dirigida a quienes no pudieron acceder a ella en su tiempo o no la completaron.
  - Educación básica especial: dirigida a la inclusión de individuos con capacidades especiales de índole educativa.
  - Educación a distancia: tal cual el nombre menciona, en la que existe retroalimentación sincrónica o aplazada.
- Niveles: periodos graduales a ser cumplidos.

Dentro de la educación básica regular:

- Educación inicial: primer nivel, comprende el desarrollo de menores de 6 años.
- Educación primaria: educación integral, impartición de conocimiento y desarrollo de este, en 6 grados con duración de un año cada uno.
- Educación secundaria: brinda información científica, en humanidades y técnica, fortaleciendo su identidad, impartida por 5 años.

Educación básica alternativa: mediante programas de educación básica alternativa.

Educación básica especial: inicial y primaria.

Y dentro de la educación superior:

- Universitaria: cuyos ciclos y/o grados están regidos por una ley específica, para competencias de alto nivel.
- No universitaria: dirigido al campo técnico, puede ser pedagógica, tecnológica y artística.

- Ciclos: procesos de educación desarrollados de acuerdo con hitos de aprendizaje y corresponden a los diferentes grados de estudio<sup>12</sup>.

### 3. Análisis de antecedentes investigativos

A nivel local: no se encontraron estudios similares a nivel local.

A nivel nacional

#### 3.1. Autor: Vargas Murga, Horacio

Título: Tipo de familia y ansiedad y depresión.

Resumen: si bien la familia se considera como un sistema favorecedor de la salud y ayuda en la mejora de calidad de vida, es usual encontrar personas con problema psicosocial que implica a la familia. Y cada familia es diferente, su estructura va variando según la etapa del ciclo de vida en que esté o por la influencia de los acontecimientos estresantes.

Estas fases del ciclo de vida de la familia implican cambios de roles que de no ser asumidos generan problemas que pueden complicarse con trastornos en la salud mental.

Hay estudios variados respecto al tema, algunos no encuentran relación significativa entre los tipos de familia y el desarrollo de trastornos mentales. Otros en los que hay relación entre éstos y el tamaño de la familia, que indican

que, si es mayor, incrementa la presencia de trastornos ansiosos. Así, uno muestra que no hay relación entre la estructura familiar y la presentación de sintomatología psíquica. En relación con la separación, siendo un evento estresante importante, puede afectar la salud física y mental, provocando pensamientos negativos, con posibilidad de ser resueltos de persistir una buena relación con padres, lo que indicaría al funcionamiento, como factor causal o desencadenante. Éste se puede evaluar de acuerdo con conceptos de cohesión y adaptación. En estudios realizados acerca del funcionamiento de familias con pacientes con ansiedad, se ha notado alta cohesión y baja adaptación, presentándose más ansiedad y depresión tanto en individuos como en parientes. Se ha encontrado también, relación entre la dinámica y manifestaciones depresivas en menores de entre 13 y 15 años, en su mayoría en familias normofuncionales, donde intervienen factores genéticos y socioeconómicos.

Debe considerarse que ansiedad y depresión dependen de múltiples factores. Los relacionados a la familia podrían considerarse causales, que desencadenan o mantienen los trastornos, interviniendo factores psicosociales. Por lo que se busca que haya colaboración y apoyo de las capacidades para fortalecimiento de sentido de control y subsecuente mejoría.

Cita: Vargas Murga, Horacio. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Perú. Rev Med Hered. 2014; 25:57-59<sup>15</sup>.

3.2. Autor: Campos Sanchez Sandra Isabel, Roca Bautista Erica Victoria.

Título: Efectividad de un programa de acompañamiento de UCI en el nivel de ansiedad en cuidadores de pacientes hospitalizados en la clínica Ricardo Palma mayo – julio 2012.

Resumen: se buscó determinar la efectividad de una intervención educativa “Conocimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos” en cuidadores de pacientes en UCI adultos con ansiedad. Siendo objeto de estudio 20 cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI en promedio 5 días. Se utilizó un test sobre el conocimiento de la UCI y Test de Stai para el nivel de ansiedad, luego interviniendo educativamente con información respecto a conocimiento de UCI, siendo medida con un cuestionario. Contribuyendo a disminuir el nivel de ansiedad gracias a una educación personalizada.

Cita: Campos Sanchez Sandra Isabel, Roca Bautista Erica Victoria. Efectividad de un programa de acompañamiento de UCI en el nivel de ansiedad en cuidadores de pacientes hospitalizados en la clínica Ricardo Palma mayo – julio 2012. Lima - Perú, 2012<sup>16</sup>.

A nivel internacional

3.3. Autor: Beesley Sarah J., MD; Hopkins Ramona O., PhD; Holt-Lunstad Julianne, PhD; Wilson Emily L., MStat; Butler Jorie, PhD; Kuttler Kathryn G., PhD; Orme James, MD; Brown Samuel M., MD, MS; Hirshberg Eliotte L., MD, MS.

Título: estrés psicológico agudo y subsecuente ansiedad entre miembros de familia de pacientes de UCI (Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients).

Resumen: la unidad de cuidados intensivos es un medio estresante y complejo, asociada a una importante morbilidad psicológica para pacientes y familiares. Se buscó la asociación entre el cortisol salival (como medida fisiológica de estrés agudo) y la presentación de trastornos psicológicos en familiares de pacientes de UCI tanto médica como quirúrgica de un centro de atención terciaria. Mediante la obtención de cinco muestras de cortisol salival durante 24 horas, al momento de la admisión del paciente en UCI, realizándose un seguimiento de 3 meses por llamadas telefónicas. Dando como resultado primario, ansiedad (escala de ansiedad y depresión del hospital); resultados secundarios, depresión y trastorno de estrés postraumático. Del total de participantes que completaron el seguimiento, 32% indicaron síntomas de ansiedad a los 3 meses, 16% de depresión y 15% de estrés postraumático; respecto al análisis de nivel de cortisol, el primario no tenía relación significativa, mas en el segundo, el cortisol al despertar estaba relacionado con ansiedad significativamente. Por tanto, aproximadamente la tercera parte de los familiares experimentan ansiedad luego de la admisión en UCI de un pariente, muchos otros presentan además depresión y estrés postraumático. La respuesta del cortisol al despertar está asociada con ansiedad. Por lo que la medición de estrés fisiológico en familiares de pacientes de UCI podría ser útil para identificar a individuos con riesgo de desarrollo de trastornos psicológicos.

Cita: Beesley Sarah J. et al. Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. USA. Crit Care Med 2018; 46:229–235<sup>17</sup>.

3.4. Autor: Shafipour Vida, Moosazadeh Mahmood, Jannati Yadollah, Shoushi Fariba Ph.D.

Título: efecto de la educación en la ansiedad de una familia con un paciente en UCI: revisión sistemática y metaanálisis (The effect of education on the anxiety of a family with a patient in critical care unit: a systematic review and meta-analysis).

Resumen: estudios han demostrado que familiares de pacientes en unidades de cuidados intensivos experimentan altos niveles de ansiedad, sin embargo, ha habido ambigüedades en los resultados con relación al nivel de educación, entonces se vio la necesidad de utilizar otros métodos de investigación para esclarecer el tema, por lo que se realizó un metaanálisis de artículos publicados, encontrándose que la diferencia estandarizada de la puntuación media de ansiedad en el grupo de intervención fue de -0.329 (IC 95%: -0.756-0.099) unidades menos que la del grupo de control, lo que indica que este efecto no fue estadísticamente significativo. Finalmente, los resultados de este estudio muestran que la educación disminuirá el nivel de ansiedad de una familia con pacientes admitidos en UCI, aunque el impacto no es considerable.

Cita: Shafipour Vida et al. The effect of education on the anxiety of a family with a patient in critical care unit: a

systematic review and meta-analysis. Iran. March 2017, Volume: 9, Issue: 3, Pages: 3918-3924, DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/3918><sup>18</sup>.

3.5. Autor: Sottile Peter D, MD, Lynch Ylinne, MD, Mealer Meredith, PhD, Moss Marc, MD

Título: Asociación entre resiliencia y síntomas psicológicos en miembros de familia en enfermedad crítica (The Association between Resilience and Family Member Psychological Symptoms in Critical Illness).

Resumen: debido a la creciente tasa de depresión, ansiedad y trastornos de estrés en familiares de pacientes en condición crítica, pueden ser útiles las intervenciones dirigidas a estos, para enfrentar el estrés que conlleva. La resiliencia describe la capacidad para adaptarse a eventos traumáticos y es una construcción psicológica que se puede enseñar, por lo que, puede ayudar a los sujetos a aminorar resultados psicológicos adversos. Entonces, se determinó la relación entre esta capacidad y síntomas psicológicos de estrés agudo, ansiedad y depresión en familiares de pacientes críticos admitidos por más de 48 horas de tres unidades de cuidados intensivos médicos, utilizando la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) para clasificarlos como resilientes o no resilientes. Asimismo, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS), el Impacto de la Escala Revisada de Evens (IESR) y la Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (FS-UCI) antes del alta, para medir síntomas de estrés agudo, ansiedad, depresión y satisfacción con el cuidado. Se inscribieron 170 familiares.

78 eran resilientes. Los familiares resilientes tuvieron menos síntomas de ansiedad (14.2% vs 43.6%,  $p < 0.001$ ), depresión (14.1% vs 44.9%,  $P < 0.001$ ) y estrés agudo (12.7% vs 36.3%,  $p = 0.001$ ). E igual, estaban más satisfechos con la atención (76.7 vs 70.8,  $p = 0.008$ ). La resiliencia se mantuvo independientemente asociada con los resultados luego de ajustar la edad y el género de los familiares, así como la necesidad de ventilación mecánica del paciente. Por tanto, cuando se tiene a cargo a un paciente crítico, la resiliencia de los familiares hace que presenten menos sintomatología psicológica, lo que sugiere que intervenciones dirigidas a incrementar la resiliencia, podría mejorar la experiencia de un familiar de un paciente en UCI.

Cita: Sottile Peter D et al. The Association between Resilience and Family Member Psychological Symptoms in Critical Illness. Crit Care Med. 2016 August; 44(8): e721–e727. doi:10.1097/CCM.0000000000001673<sup>19</sup>.

#### 4. Objetivos

##### 4.1. General:

Identificar la relación entre el nivel de ansiedad y el nivel de educación de familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado.

##### 4.2. Específicos:

- Determinar el nivel de ansiedad en familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Identificar el nivel educativo de los familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos.

- Establecer la relación existente entre el nivel de ansiedad de familiares de pacientes usuarios de UCI y su nivel de educación.

## 5. Hipótesis

Es posible que, al tener un menor nivel educativo, el nivel de ansiedad sea mayor en familiares de pacientes usuarios de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

## III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. Técnica e instrumento

#### 1.1. Técnica

Para la recolección de datos se utilizará una encuesta validada.

#### 1.2. Instrumentos

- Ficha de datos.
- Escala de Hamilton para ansiedad
- Consentimiento informado

### 2. Campo de verificación

#### 2.1. Ubicación espacial:

El estudio se realizará en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa.

#### 2.2. Ubicación temporal:

El estudio se desarrollará en los meses de abril y mayo del año 2019.

#### 2.3. Unidades de estudio:

El universo está conformado por familiares de pacientes usuarios de dicha Unidad de Cuidados Intensivos.

Criterios de selección:

- Criterios de inclusión: familiares directos de paciente usuario de UCI, mayores de edad, un familiar por paciente.
- Criterios de exclusión: familiares con otros trastornos mentales diagnosticados, que presenten en el momento, agitación, histeria, obsesiones, depresión, demencia y esquizofrenia.

### 3. Estrategia de recolección de datos

#### 3.1. Organización

Se acudirá a las instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, específicamente a las afueras de la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se procederá a abordar a los familiares de los pacientes usuarios de la misma, explicándoles acerca del trabajo que se desea realizar, inmediatamente después procederán a firmar el debido consentimiento informado y a llenar la ficha de datos, asimismo serán sometidos a la aplicación del instrumento validado. Luego de la recolección de datos, se realizará el análisis estadístico de los mismos para la obtención de resultados y el análisis de ellos.

#### 3.2. Recursos:

Para realizar el estudio se necesitará lo siguiente:

##### 3.2.1. Humanos:

- Investigador
- Asesor

3.2.2. Materiales:

- Fichas de recolección de datos
- Material de escritorio
- Una computadora personal
- Programa estadístico
- Una impresora

3.2.3. Financieros:

El estudio será financiado por el investigador.

3.3. Validación del instrumento

Ficha de datos: no requiere validación.

Escala de ansiedad de Hamilton: instrumento validado.

Es grandemente utilizada para valorar el grado de ansiedad, no siendo útil en casos de coexistencia de otros trastornos mentales. Fue diseñada inicialmente en 1959, contando con 15 ítems, que tras algunas modificaciones hasta el año 1969, fueron reducidos a 14, de los cuales, 13 evalúan la presencia de signos y síntomas de ansiedad y 1 el comportamiento del sujeto durante el interrogatorio, que no debe tener una duración mayor a media hora, donde se toma en cuenta el estado durante los últimos días, entre 3 días hasta 3 semanas; cada uno posee valores en puntaje que van desde 0 a 4 como máximo valor. Es uno de los instrumentos más usados en estudios, puede emplearse para evaluar el nivel de ansiedad en individuos con criterios de ansiedad o depresión y control de tratamiento, sin embargo, no hace diferencia entre trastorno de ansiedad, desorden de ansiedad y depresión ansiosa, a pesar de que distingue entre casos de ansiedad y controles sanos, no es muy útil para tamizaje ni diagnóstico.

Con el valor mencionado de cada punto, se valora tanto su intensidad como frecuencia, sumando todos para dar el total, de entre 0 a 56 puntos. Se obtiene dos puntajes, uno para ansiedad psíquica y otro para ansiedad somática, el resultado debe ser evaluado como grado de intensidad, siendo útil para diferenciar los efectos de la medicación y su variación.

Si bien la escala puede ser usada sin instrucción previa, es recomendable, asimismo que sea el mismo evaluador antes y después del tratamiento.

No debe ser utilizado en ataques de pánico, pues no se puede distinguir entre estos y casos de ansiedad generalizada o persistente, y cuando se sospeche de estos, se puede medir su gravedad.

Cuando no hay ataques de pánico o no se han producido en los últimos 3 días, se puede valorar ansiedad generalizada, de 0 a 5 puntos como no ansiedad, de 6 a 14 como ansiedad menor, o más de 15 como ansiedad mayor (de 14 a más indica ansiedad clínica).

Debido a la superposición de síntomas, es complicado diferenciar entre ansiedad y depresión; para Hamilton, no debería usarse la escala en esos casos, aunque se sugiere el uso de la “subescala” de ansiedad somática para determinar el nivel de ansiedad en pacientes depresivos y la respuesta al tratamiento<sup>20</sup>.

### 3.4. Criterio para manejo de resultados

#### a) Plan de procesamiento:

Los datos registrados en los anexos 1 y 2, serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz será diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento:

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La relación entre variables se establecerá mediante coeficiente de correlación de Spearman para datos ordinales y nominales. Para el análisis de datos se empleará el paquete SPSSv.20.0 para Windows.

Tiempo en meses  Actividades	Año							
	2018			2019				
	Agosto	Setiembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Búsqueda bibliográfica del problema de investigación	X	X						
Sistematización de bibliografía			X	X				
Redacción del proyecto					X			
Aprobación de proyecto de tesis por asesor						X		
Ejecución de proyecto							X	
Recolección de datos							X	X
Informe final								X

#### IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan, Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. 5ta edición. Navascués I, traductor. Philadelphia, EUA. Lippincott Williams & Wilkins. 2011. 177p.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
3. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. Salud mental. [internet] 9 de octubre de 2017. [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/).
4. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):30-8.
5. Tortella-Feliu Miquel. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Mallorca. CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA N. 110 - 2014. 62-69p.
6. Maass V. Juan. Los trastornos ansiosos en el DSM-5. Chile. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría 2014; 52 (Supl 1): 50-54p.
7. Navas Orozco Wendy, Vargas Baldares María Jesús. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. Costa Rica. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXIX (604), 2012: 497-507p.
8. Rodríguez-Landa Juan F., Contreras Carlos M. Algunos datos recientes sobre la fisiopatología de los trastornos por ansiedad. México. Rev Biomed 1998; 9:181-191. <http://www.uady.mx/~biomedic/rb98936.html>

9. Instituto nacional de la salud mental, departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Trastornos de ansiedad. Estados Unidos. Publicación de NIH Núm. SP 09-3879. 2009.
10. Sistema nacional de salud. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México, secretaría de salud, 2010.
11. Clínica Mayo. Trastornos de ansiedad. [internet] Atención al paciente e información sobre salud. Mayo 20, 2018. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
12. Ministerio de educación del Perú, Consejo nacional de educación. Propuestas de metas educativas e indicadores al 2021. Perú. Setiembre, 2010.
13. Ministerio de educación. Información general. [www.minedu.gob.pe](http://www.minedu.gob.pe)
14. Reyes - Ticas Américo. TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 2005 [internet] <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
15. Vargas Murga, Horacio. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Perú. Rev Med Hered. 2014; 25:57-59.
16. Campos Sanchez Sandra Isabel, Roca Bautista Erica Victoria. Efectividad de un programa de acompañamiento de UCI en el nivel de ansiedad en cuidadores de pacientes hospitalizados en la clínica Ricardo Palma mayo – julio 2012. Lima - Perú, 2012.
17. Beesley Sarah J. et al. Acute Physiologic Stress and Subsequent Anxiety Among Family Members of ICU Patients. USA. Crit Care Med 2018; 46:229–235.
18. Shafipour Vida et al. The effect of education on the anxiety of a family with a patient in critical care unit: a systematic review and meta-analysis.

Iran. March 2017, Volume: 9, Issue: 3, Pages: 3918-3924, DOI:  
<http://dx.doi.org/10.19082/3918>.

19. Sottile Peter D et al. The Association between Resilience and Family Member Psychological Symptoms in Critical Illness. Crit Care Med. 2016 August; 44(8): e721–e727. doi:10.1097/CCM.0000000000001673.

20. COMUNIDAD PSICOPSI. Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). [internet] <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>.

