



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DE UCI EN EL  
NIVEL DE ANSIEDAD EN CUIDADORES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS  
EN LA CLINICA RICARDO PALMA MAYO – JULIO 2012

INVESTIGADORAS:

Lic. SANDRA ISABEL CAMPOS SANCHEZ.

Lic. ERICA VICTORIA ROCA BAUTISTA.

LIMA-PERU

2012

---

Asesora Lic. Delia Danjoy

## INDICE

Resumen	
<b>CAPITULO I INTRODUCCION</b>	05
<b>CAPITULO II EL PROBLEMA</b>	
2.1 Planteamiento del problema	11
2.2 Formulación del problema	15
2.3 Justificación	16
<b>CAPÍTULO III PROPÓSITO Y OBJETIVOS</b>	
3.1 Propósito	18
3.2 Objetivos	18
<b>CAPÍTULO IV MARCO TEÓRICO</b>	
4.1.-Antecedentes	19
4.2 Base Teórica	22
<b>CAPÍTULO V DISEÑO METODOLÓGICO</b>	
5.1.-Tipo de Investigación	32
5.2.-Descripcion del Area de Estudio	32
<b>CAPITULO VI MATERIAL Y METODO</b>	
6.1.-Tecnicas e Instrumentos de Recolección de Satos	34
6.2.-Valides y Confiabilidad	34
6.3.-Plan de Recolección de Datos	34
6.4.-Plan de Tabulación	35
<b>CAPITULO VII CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS</b>	
7.1.-Consideraciones éticas	36
7.2.-Consieraciones administrativas	36
Referencias Bibliográficas	38
Anexos	39

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la Efectividad de una intervención educativa “Conocimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos” en la ansiedad del cuidador del paciente hospitalizado en UCI adultos enero-marzo del 2013. **DISEÑO**

**METODOLÓGICO:** El presente estudio es Pre experimental con un enfoque cuantitativo, de corte longitudinal que se llevara a cabo en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) de adultos de la Clínica Ricardo Palma. La población es estudio la constituirán un total de 20 cuidadores de pacientes que tengan un promedio de estancia hospitalaria en UCI de 5 días. **TECNICAS E INSTRUMENTOS**

**DE RECOLECCION DE DATOS:** Para la recolección de datos se hará un test sobre el conocimiento que tiene el cuidador de la UCI y se medirá su nivel de ansiedad mediante el Test de Stai, posterior a ello dará una intervención educativa basada en aspectos relacionados al conocimiento de la Unidad, finalizada dicha intervención esta será medida mediante un cuestionario. y para medir el nivel de ansiedad se hará uso del test de Stai. **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS**

**INSTRUMENTOS:** Determinar la validez del instrumento implico someterlo a diferentes pruebas y a la consulta de un panel de expertos en el tema para su evaluación y aporte a la investigación. **PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCION**

**DE DATOS:** Se establecerá la respectiva coordinación institucional como el consentimiento informado de los participantes, aplicando luego los instrumentos.

**TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS:** La información obtenida se procesara a través del programa estadístico SPSS, y se analizara con la prueba t de student y finalmente se presentara en tablas de distribución de promedios.

**PALABRAS CLAVE:** Intervención Educativa, nivel de ansiedad, cuidador, conocimiento uci.

## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCION**

Los Cuidados Intensivos han evolucionado a partir de la evidencia de que los pacientes con enfermedad o daño agudo que pone en peligro la vida, pueden ser mejor tratados si se agrupan en áreas específicas del hospital. Ya en 1860, Florence Nightingale señaló las ventajas de establecer un área del hospital para la recuperación del paciente tras la cirugía. El inicio histórico del desarrollo de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) es controvertido. La primera descripción corresponde a la unidad de recuperación postquirúrgica, presente en los años veinte del pasado siglo en el hospital Johns Hopkins de Baltimore, USA (1)

En la actualidad en el mundo existen diferentes Unidades de Cuidados Intensivos en función de la especialidad y el tipo de paciente atendido (postquirúrgicos, neurocirugía, cardiorácica, quemados, pediatría, neonatología, transplantes, inmunodeprimidos, y aquellos que requieren algún tipo de soporte mecánico y terapéutico especial (2)

En el Perú se hace referencia específicamente a la Unidad de cuidados intensivos de carácter polivalente para adultos destinada a prestar asistencia a todos los pacientes potencialmente reversibles e irreversibles de carácter médico o quirúrgico, independientemente del órgano afectado o a la especialidad de referencia, siendo esta acorde y presentando la misma similitud con el área de

estudio de la Institución en donde se llevará a cabo el presente trabajo de investigación.

Cuando nacieron las primeras Unidades de cuidados intensivos, nace también con ello la creación de una barrera física, psicosocial entre el paciente y su entorno. (3)

La familia es la primera célula social en el proceso de salud / enfermedad de sus miembros concebida también como una sociedad natural en el que uno de sus miembros oficializa su papel de cuidador cuando uno de sus integrantes se encuentra enfermo brindándole todo el apoyo que pueden. Cada miembro pertenece a su familia por lo tanto si está enfermo y la enfermedad es grave los miembros de la familia oficializaran el rol de un cuidador principal asumiendo la obligatoriedad de permanecer a su lado, esta es una conducta que les asigna la sociedad y la Institución de manera informal (4)

La familia percibe un aumento en la calidad del cuidado, cuando se les proporciona una mayor información (5)

Para Florence Nightingale, el entorno tuvo la consideración de elemento principal en el cuidado de los enfermos; en este sentido, la familia por sus lazos afectivos y emocionales sería sin duda, parte fundamental y necesaria para el paciente e influiría de forma decisiva en su adaptación y en su recuperación.

La primera vez que se comenzó hablar de la atención de la familia en unidades críticas y sus necesidades, fue en la década de los setenta. Las pioneras en este campo fueron dos enfermeras inglesas Molter y Leske. Posteriormente, Molter realizó un estudio para detectar las necesidades de los familiares de pacientes críticos. Para Molter una de las necesidades sentida como más importantes es la de

la información sobre todo en las 72 horas del ingreso (6). La información es una necesidad que debe de satisfacer el personal de enfermería y médico, como parte de los cuidados que deben prestar a los familiares de un paciente ingresado a UCI. Los familiares necesitan conocer que es la UCI, que mundo existe ahí, las reglas y normas del hospital, información sobre el estado del paciente, contacto con la enfermera y con el médico así como apoyo formal por parte de ambos (7, 8,9). De manera que, los familiares suelen demandar información, no sólo sobre la enfermedad y el estado de su ser querido, sino sobre todo lo que está ocurriendo alrededor (9,10)

Una información adecuada permitirá que los familiares y el propio paciente, puedan tomar decisiones con mayor fundamento con respecto a la atención sanitaria. Para ello, se requiere que los sistemas de comunicación que se establezcan sean efectivos, considerando que la comunicación interpersonal es un proceso dinámico en que entran en juego medios verbales y no verbales para transmitir y recibir información (11).

Comunicar implica influir en el pensamiento, emociones y comportamiento de otros, para ello se deberá incluir el uso de palabras comprensibles, y en el caso de la comunicación enfermero-familia, sería necesario obviar los términos técnicos complejos, que en la mayoría de las ocasiones no son claros y no tienen mayor significado para el familiar. En este sentido, los mensajes que se quieran transmitir deben estar relacionados con las personas, con los intereses o con las preocupaciones de la familia, por lo que la enfermera debe sensibilizarse y aportar las explicaciones pertinentes (11).

La comunicación debe nutrirse de aspectos tales como sencillez, claridad, momento e importancia, adaptabilidad, credibilidad, vocabulario, tono de voz y pronunciación considerando además, aspectos tales como el lugar donde se da la información, la postura y los gestos (12). Éste es un aspecto en el que el personal de Enfermería debería poner máxima atención, ya que algunos estudios muestran que los familiares suelen criticar que la información se da rápidamente, en ocasiones sin tener en cuenta sus sentimientos y en un contexto de frialdad.

El ingreso en una UCI altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenece el paciente, demostrándose que los cuidadores experimentan niveles muy elevados de ansiedad mientras los pacientes están en la UCI. (13), Lo cual podría incrementar el riesgo de que no atiendan sus propias necesidades manifestando comportamientos no saludables como descanso inadecuado, alimentación inadecuada, falta de ejercicios que llevarían a su claudicación (14)

Concretamente los familiares pueden experimentar situaciones de desamparo, la falta de información y el desconocimiento redundan en una dificultad para movilizar sus recursos de afrontamiento adecuados pudiendo desarrollar diferentes niveles de ansiedad. Esta descrita la relación entre las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI y los niveles de ansiedad que padecen (15).

Una de las necesidades identificadas como una de las más importantes por los familiares es recibir información y que esta sea adecuada y honesta, resultando esta vital para reducir los niveles de ansiedad experimentados por el familiar del paciente crítico, ya que mejora la comprensión en diferentes aspectos por parte del familiar y favorece la toma de decisiones oportunas por parte de este.

La ansiedad en el cuidador es una respuesta emocional que se presenta ante las situaciones que percibe o interpreta este como amenazas tales como : la modificación en el ritmo de vida habitual, vocabulario técnico muchas veces desconocido, la maquinaria que rodea al paciente, el contacto en la sala de espera con aquellos familiares en los que la muerte de sus familiares es inminente, entre otros además hay riesgos inevitables si estos cambios forzados se prolongan en el tiempo, pudiendo tener efectos en la identidad familiar y en su estilo de vida ,toda la autonomía y el poder de la familia se ven mermados, cuando uno de sus miembros dependen de otros (personal sanitario) a quienes perciben con mas conocimiento. El rol del cuidador se convierte en piedra angular de la adaptación de los pacientes críticos ya que sin su apoyo estos perderían el lazo que les mantiene unido a su historia emocional y social. La sensación de no poder cuidar y atender de su familiar les crea un sentimiento de impotencia que hace que se cuestionen continuamente lo que ha sucedido, lo que está sucediendo y lo que espera que suceda.(16)

En la actualidad a nivel de los diferentes establecimientos de salud que cuentan con una unidad critica, y en la UCI de la clínica Ricardo Palma aún no se aplica una intervención Educativa dirigida a los cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI adultos , siendo esta de importancia toda vez que podría favorecer en aumentar el conocimiento en diferentes áreas y disminuir sus niveles de ansiedad.

Por lo antes mencionado los profesionales de enfermería son pieza clave para proporcionar información que ayude amortiguar el impacto que ocasiona en el cuidador el ingreso repentino de familiar en UCI.

La presente investigación pretende y enfatiza la educación a través de la información que se dará al cuidador del paciente hospitalizado en UCI en tres

aspectos: La UCI generalidades: infraestructura, equipamiento, rol del equipo multidisciplinario, y rol de Cuidador, esto evitará que el cuidador cree mayores niveles de ansiedad.

En este contexto se realiza el presente trabajo de investigación que tiene como propósito validar una intervención educativa y ver como esta eleva el conocimiento de los familiares cuidadores sobre aspectos relacionados a la UCI e influye en la disminución de los niveles de ansiedad que les genera el hecho de que un familiar se encuentre hospitalizado en una unidad de Cuidados Intensivos.

El presente trabajo se inicia con: introducción; en el cual se hace referencia al planteamiento y formulación del problema, justificación, objetivos, propósito de estudio, base teórica y definición operacional de términos: Material y Método, donde se describe el tipo, nivel y método, acerca del estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, tabulación y análisis así como las consideraciones éticas y administrativas a tener en cuenta durante la investigación.

## **CAPITULO I**

### **ELPROBLEMA**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Unidad de Cuidados Intensivos representa un riesgo de vida, que presupone la creación de una barrera física y psicológica en la vida de la interrelación familia paciente siendo para los familiares más cercanos del paciente hospitalizado en UCI un suceso vital estresante. Ello se debe a las siguientes circunstancias: la incertidumbre, ya que los pacientes se encuentran en una situación muy crítica y sus familiares se hallan desesperanzados, enfrentándose con la posibilidad que su familiar pueda morir, el cambio ya que los familiares tienen que adaptarse a una situación que supone la modificación de una estilo de vida habitual, como por ejemplo: asistir a una hora determinada a las visitas y a las informaciones médicas, adaptarse al vocabulario técnico, a la maquinaria que rodea al paciente, a estar en contacto en la sala de espera con familiares de pacientes en los que la muerte de sus allegados es inminente, existiendo además riesgos inevitables que se prolongan en el tiempo, pudiendo tener efectos negativos en la identidad familiar y su estilo de vida, toda la competencia y la autonomía se ven mermados cuando uno de sus miembros depende de otro (personal sanitario) a quienes perciben con mas

conocimiento, la falta de información y/o dificultad para controlar e integrar toda la información que reciben y la falta de conductas para hacer frente y controlar la situación que se presenta, debido a que son situaciones en las que, generalmente; no tienen experiencias previas y que conllevan a una gran carga emocional.

Leninger, refiere que incluir en el cuidar los componentes culturales, tanto personales como del entorno es una perspectiva que no ha sido totalmente desarrollada en los entornos clínicos, dado que éstos no se articulan en torno al usuario sino en torno a los profesionales (17); así por ejemplo, las UCIs están organizadas con una estructura que rompe la conexión de la persona con su familia y entorno y sin embargo está pensada para facilitar el trabajo de médicos y enfermeras y demás miembros del equipo de salud.

Los pacientes ingresan a UCI porque requieren una estrecha vigilancia por el equipo en salud y monitoreo hemodinámico continuo ya que pueden surgir complicaciones a lo largo de su estancia que pongan en peligro su vida.

Cuando el paciente ingresa a UCI, al enfermo se le mantiene habitualmente al margen de todo proceso de toma de decisiones. Este proceso está protocolizado, existe una normativa básica que siempre se cumple previamente al ingreso del paciente a la unidad. A su ingreso el paciente es rodeado de cables, pantallas y otros elementos similares. Es arrollado por una serie de técnicas que lo acaban escondiendo detrás de los monitores y demás arsenal tecnológico propio de la Unidad. El paciente acaba desarrollando conductas de subordinación casi absoluta que acentúan la despersonalización y el despliegue de actitudes que le son ajenas en la vida normal (18).

Por tanto con el ingreso del enfermo a la UCI, la familia deberá poner en juego una capacidad casi religiosa para su supervivencia, la fe en la medicina en el hospital, en la clínica, en el equipo de salud. (19)

Los pacientes hospitalizados en la UCI con grado de dependencia II son pacientes con una enfermedad crónica que presentan una complicación aguda o severa reversible y que se benefician con los procedimientos practicados en la UCI, la mayoría de los cuales están conscientes, con apoyo ventilatorio mínimo medianamente invasivo. (20)

La información facilitada a los familiares, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de enfermería, tiene gran importancia durante la estancia hospitalaria, especialmente durante el ingreso de un paciente en UCI, siendo este involucramiento en el cuidado necesario ya que el ser humano es un ente social (21)

En la UCI de la Clínica Ricardo Palma se observa escenarios diversos en diferentes aspectos tales como: la estructura física e institucional es poco permeable a las carencias familiares, las necesidades de estas no son abordadas aún por la institución de salud. Las familias inician un periodo de aprendizaje de las rutinas, de las entradas para ver a su paciente y del reconocimiento del entorno, la información recibida es escueta, empleándose en la mayoría de casos

terminología médica desconocida por el Cuidador. Es un aprendizaje por inmersión de gran impacto emocional para ellas.

Se observa también que las familias buscan tiempo y espacio para una comunicación con el equipo de salud y esta se ve mermada por la restricción en el horario de visitas establecida por la institución, en la Clínica Ricardo Palma también se observa que los cuidadores de pacientes no distinguen los roles que desempeñan los diferentes profesionales.

Durante el proceso de ingreso de un paciente en la UCI, al enfermo y familia se le mantiene habitualmente al margen de ciertos procesos que requieren toma de decisiones por diversos motivos.

Esto ocurre también respecto al ritual que ocurre a la entrada de los enfermos en la UCI. Este proceso está protocolizado al no encontrarse ningún familiar en el momento de la complicación hemodinámica la decisión la toma la parte médica y el familiar vive momentos de ansiedad elevada al no saber el motivo y la circunstancia en él que su familiar es llevado a la UCI. Aunque oficiosamente los enfermos o sus familiares deben tomar la decisión de “dejarse ingresar en la UCI”, explícitamente se asume que en el ámbito hospitalario la responsabilidad de la determinación del ingreso recae exclusivamente en el médico.

En este momento el individuo, la persona y su entorno desaparecen emergiendo exclusivamente la parte clínica.

Hoy se reconoce que para incrementar la calidad en la atención en salud se debe contemplar a la persona en forma global e incluir en el cuidar aspectos culturales, tanto personales como del entorno.

Todo lo mencionado motivo la ejecución del presente trabajo de investigación, donde se hace evidente la importancia de desarrollar una intervención Educativa viendo la necesidad de incrementar conocimientos en los Cuidadores de familiares hospitalizados en Uci para que estos se sientan menos ansiosos.

## **2.2.-FORMULACION DEL PROBLEMA**

Por lo expuesto se ha creído necesario realizar la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Efectividad de una Intervención Educativa “Conocimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos” en la ansiedad del cuidador del paciente hospitalizado en UCI adultos enero-marzo del 2013?

## **2.3.-JUSTIFICACION**

Este estudio se justifica porque:

En la actualidad se observa una mayor demanda de pacientes que ingresan en una unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo son pocos los trabajos de investigación que aborden de manera integral al cuidador del paciente hospitalizado en UCI adultos.

El presente trabajo será un aporte práctico pues se probará la efectividad de una educación personalizada basada en información dirigida al Cuidador sobre aspectos relacionados a la UCI, donde el cuidador despejará sus dudas y recibirá información que conlleve a disminuir su nivel de ansiedad.

Es función de la enfermera establecer una comunicación afectiva con la familia del paciente hospitalizado en UCI y una intervención educativa puede facilitar dicha comunicación. Porque al integrar al familiar en el cuidado del paciente se estaría mejorando sus conocimientos y despejando dudas y temores y así disminuiría su ansiedad.

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la atención de los familiares ya que la enfermería se ocupa de las respuestas humanas o problemas de salud reales o potenciales y/o procesos vitales de los individuos, grupos y comunidad.

Constituye un aporte metodológico porque la intervención educativa a los familiares será acompañada de demostraciones y cuidados supervisados por las enfermeras investigadoras.

El presente trabajo de investigación será un aporte teórico- práctico porque brindará información sobre cómo influye una Intervención Educativa basada en el conocimiento en disminuir los niveles de ansiedad en cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI adultos.

A su vez permitirá a futuro desarrollar estrategias de mejora.

Es factible porque para esta investigación se cuenta con el área y grupo objetivo.

## **CAPITULO III**

### **PROPOSITO Y OBJETIVOS**

#### **3.1.-PROPOSITO**

Tiene como propósito validar una intervención educativa, verificando la efectividad de la intervención educativa “Conocimiento de la Unidad cuidados intensivos” y mejorar la calidad de vida del Cuidador del paciente hospitalizado en UCIadultos.

#### **3.1.-OBJETIVOS:**

##### **GENERAL:**

- Determinar la Efectividad de una Intervención Educativa “Conocimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos” en la ansiedad del cuidador del paciente hospitalizado en UCI adultos enero –marzo del 2013.

##### **ESPECIFICOS:**

- Identificar el nivel de conocimientos sobre la UCI: Generalidades, Infraestructura y equipamiento, rol del equipo y rol del Cuidador antes y después de la Intervención Educativa.

- Identificar el Nivel de Ansiedad del Cuidador del paciente hospitalizado en UCI antes y después de la Intervención Educativa.

## **CAPITULO IV**

### **MARCO TEORICO**

#### **4.1.-ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

Para el presente trabajo de investigación se ha revisado diversas tesis y estudios de las cuales se han considerado por su valor sustancial las siguientes: Siendo pocos los estudios que aborden los efectos de una intervención educativa en el nivel de ansiedad experimentados por los cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI.

**4.1.2.-RODRIGUEZ MARTINEZ, MARIA, en España, en el 2008, realizó un estudio titulado: “Implicación familiar en los cuidados básicos del paciente crítico”,** cuyo objetivo fue la implementación y valoración de un Programa de participación en los cuidados del paciente crítico .El estudio fue un estudio experimental, longitudinal y prospectivo, de series temporales, con un grupo de control aleatorio. El instrumento que se utilizó es el test de STAI y la técnica utilizada fue la entrevista, Los resultados señalaron que el diseño y la implementación de un Programa de participación familiar en los cuidados básicos del paciente crítico, influyen positivamente y significativamente en el enfermo, el familiar y los

profesionales implicados en el, llegándose a la conclusión de una disminución significativa de los niveles de ansiedad en los familiares. (22)

**4.1.2.- SANCHEZ ALVAREZ, MARIA, en España, en 2006, realizó un estudio titulado: Actitud de los familiares de enfermos ingresados en una unidad de cuidados intensivos.** Estudio prospectivo sobre cien familias en las que se cuantificó la ansiedad mediante el STAI, test que mide la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Observaron que esta última permanecía elevada a lo largo de toda la estancia y la relacionaron con la mala evolución del paciente y la falta de contacto con el paciente. (23)

**4.1.3.- GARCIA ARIAS, MARIA 2005, realizo un estudio titulado: “Ansiedad en los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos”,** cuyo objetivo fue determinar el nivel de ansiedad de los cuidadores de pacientes hospitalizados en la UCI de traumatología del HUMS durante el primero trimestre del año 2012. El estudio es de tipo descriptivo transversal. El instrumento que se utilizó en la primera parte fue un cuestionario auto administrado y la segunda parte estaba formada por la Escala de Ansiedad-Estado de Spielberger (STAI). Los resultados señalaron:

que el, estado de ansiedad de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI de Traumatología del Servet durante el primer trimestre del año 2012, fue mayor cuando la cuidadora era una mujer y cuando la causa del ingreso fue una

intervención quirúrgica programada, un accidente de tráfico o una caída accidental.(24)

#### **4.1.4 HIDALGO FABRELA, en España 2003, realizó un estudio titulado:**

**Importancia de familiares en UCI** realizó un estudio descriptivo y transversal, cuyo principal objetivo de este estudio fue conocer que necesidades eran prioritarias para los familiares de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, durante el período comprendido entre octubre y diciembre de 2003. Se establecieron las siguientes hipótesis de trabajo: la necesidad de seguridad es considerada la más importante para los familiares, familiares con un nivel de estudios básico perciben como prioritaria la necesidad de ser apoyados, un parentesco de primer grado con el paciente provoca mayor necesidad de sentirse seguros y tener confianza. (25)

## **4.2 BASE TEORICA**

### **4.2.1 Ansiedad**

La ansiedad (del latín anxietas, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el

miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Para preservar su integridad física ante amenazas el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante millones de años: “huida/lucha”. (26)

Otra definición como una respuesta emocional o patrón de respuestas (triple sistema de respuestas) que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes.(27)

La respuesta de ansiedad puede ser entendida como un sistema en el cual distintas áreas cerebrales y corporales en general están engranadas e interconectadas para responder de una manera preestablecida. Utilizar el término sistema no va más allá de intentar hacer comprender que se trata de un modelo o mapa de un territorio que se nos escapa en su entera complejidad. (28)

#### **4.2.2 INTEGRACION NEUROQUIMICA.**

Ante un estímulo externo o interno (corporal) el paciente reacciona poniendo en acción una serie de estructuras cerebrales y activando un sustrato neuroquímico, cuyo resultado final produce los signos psíquicos y físicos que caracterizan cualquiera de los llamados trastornos de ansiedad.

Ante la información sensorial, el cerebro procesa los distintos estímulos desde el tálamo, el cual transmite la información a los núcleos basales y basolaterales de la amígdala, transmitiendo ésta la información al núcleo central de la misma. Es en este lugar o núcleo cerebral, donde por medio de múltiples eferencias se producen las respuestas clásicas del miedo y/o ansiedad.

Desde el punto de vista neuroquímico existen diferentes neurotransmisores, neuropeptidos y sistemas endocrinos fuertemente implicados en la respuesta característica de los trastornos de ansiedad. (29)

#### **4.2.3 CLINICA DE LOS TRASTORNO DE ANSIEDAD**

Como ya vimos, la ansiedad no siempre es patológica, sino que por el contrario, puede ser un sano mecanismo de adaptación y de necesaria presencia para la interacción con el entorno. Cuando hablamos de trastornos de ansiedad nos referimos a una ansiedad desadaptativa por cuanto su causa, frecuencia, intensidad y duración son desproporcionadas. Implica un estado de insatisfacción y sufrimiento para el que la padece y puede ser severamente limitante en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Es dentro de este contexto que nos referiremos al término ansiedad, usando el concepto angustia como sinónimo.

La ansiedad se manifiesta en tres (3) formas diferentes y características. Así encontramos: respuestas fisiológicas, respuesta cognitivas, respuestas conductuales.

Las respuestas de ansiedad fisiológicas son aquellas que se expresan desde el nivel somático y son fundamentalmente: palpitaciones, dolor torácico , disnea,

disfagia, mareos, vértigos, náuseas, dolor abdominal ,malestar gastrointestinal, dolor Genital o pélvico, micción frecuente, disfunción sexual, dolor Muscular, Temblor, parestesias , sudoración ,sofocación ,fatiga, cefaleas .

En el nivel cognitivo, es decir en cuanto a la manera subjetiva o interna como pensamos o sentimos la ansiedad, encontramos: Sensación subjetiva de nerviosismo, inquietud, miedo, aprensión , exageración de la sensación de peligro Atención selectiva a lo que se considera amenazante (interno o externo), Hipervigilancia ,deseo de escapar o huir,interpretación catastrófica de los acontecimientos (internos o externos),minusvaloración de la capacidad de superar el suceso ,alteración de la memoria ,alteración de la concentración,deseo de enfrentar violentamente la amenaza.

La respuesta conductual de ansiedad es aquella que se produce precisamente en la conducta o comportamiento del paciente ansioso, y ahí podemos observar:

- Acciones de escape, exitosas o no
- Conductas de evitación ante situaciones similares en el futuro
- Conductas violentas
- Actitudes de bloqueo o inhibición
- Hiperactividad.
- Inmovilización.

Muchas de las expresiones ansiosas en las tres áreas pueden no ser compatibles.

No todos los síntomas están presentes a la vez, ni se tienen que dar exactamente

igual en cada paciente. De hecho, pueden variar incluso en un mismo sujeto de un suceso o evento a otro. Sin embargo, todos los trastornos de ansiedad van a dar síntomas en los tres niveles, con prioridad en uno u otro según cada caso y cada trastorno de ansiedad en particular.(30)

## **LA EVALUACION DE LA ANSIEDAD**

### **Áreas de evaluación preferente**

Evaluación de la ansiedad y conceptos asociados, como miedo, fobias, estrés se incluyen autoinformes, técnicas de registro fisiológico y técnicas de observación. El 71 % son cuestionarios, inventarios y escalas. En segundo lugar respecto al área preferente lo ocupa la depresión. El tercer foco la asertividad. Y los siguientes las habilidades sociales, conflictos maritales y la obesidad.

Hay un predominio de autoinforme en la evaluación conductual.

### **Algunos cuestionarios de evaluación de ansiedad**

Inventario Estado-Rasgo de ansiedad de Spielberger. La ansiedad como un subtipo de miedo ante estímulos que no son objetivamente peligrosos o amenazantes.

**State Trai Anxiety Inventory - STAI (inventario de ansiedad estado y rasgo):** Es un inventario de carácter psicométrico que consta de dos escalas que miden facetas diferentes, pero relacionadas, de la ansiedad: el estado y el rasgo. Es el más utilizado. La escala de estado responden informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento concreto sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada,

algo, bastante, mucho). La escala de rasgo debe responder indicando como se siente habitualmente. (Casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre). (31)

La familia es la primera célula social en el proceso salud enfermedad de su miembros, por tanto todo proceso mórbido que afecte a uno de sus integrantes, altera por lo general la estabilidad que disfrutaban, obligándolos adaptarse a esta nueva situación. El impacto emocional en ellos comienza en el momento en que el paciente ingresa al hospital, desarraigándose de su hogar. Se profundiza cuando el enfermo ingresa a la UCI.

El aislamiento del enfermo respecto de la familia tiene repercusiones para ambos y de forma indirecta influye también negativamente en el sistema. Sobre la familia se produce un aumento de los niveles de ansiedad; como indican Sánchez Álvarez: la ansiedad estado permanecía elevada a lo largo de toda la estancia en UCI, relacionándolo con la falta de contacto directo con el enfermo. (32)

Es ampliamente reconocido el desarrollo de la educación en enfermería y su aporte a las acciones de salud en los diferentes niveles de atención, generando prácticas de promoción, protección y recuperación de la salud.

La enfermería participa en la implementación de acciones que den respuesta a los problemas sanitarios, siendo un proceso interpersonal mediante el cual se desarrolla cuidados orientados hacia individuos y familias.

La intervención educativa es la parte medular de un Programa de intervención y el sello característico de un educador social como es el profesional de enfermería. Al

trabajar un Programa de Intervención Educativa se requiere un diagnóstico hasta su posterior evaluación y coordinación. (33)

Estas intervenciones deben garantizar la atención integral del paciente, lo cual implica considerar aspectos bio-psicosociales, y la inclusión activa de su grupo familiar, a través de la educación para la salud, imprescindibles en la planificación y desarrollo de sus cuidados. (34)

En el ámbito de las UCIS la familia se convierte sistemáticamente en el mayor soporte de los enfermos siguiendo un esquema. El rol familiar se convierte en piedra angular de la adaptación de los enfermos críticos ya que sin su apoyo éstos perderían los lazos que les mantienen unidos a su historia emocional y social propio de la familia tradicional. Los familiares se presentan como protagonistas subalternos en espera de acontecimientos. Esta identidad provoca un discurso narrativo que se sustenta básicamente en dos niveles, el individual y el colectivo. Conocen intuitivamente el papel que desempeñaran y lo van desarrollando con muy pocos apoyos. El guión básico se desarrolla en el área de las emociones, emplazándose frente a la supuesta y muy posible situación límite de su paciente. Familias y enfermos comparten la percepción de la UCI como un ambiente extraño, de estar rodeados de olores y sonidos diferentes a los habituales y de encontrarse cercados por médicos y enfermeras, siempre con aires de urgencia. Esto motiva que algunos de estos actores vean la UCI con ansiedad y recelo, siguiendo con la antigua creencia de que estas unidades son un lugar a donde se va a morir. Aunque recientemente esta creencia ha ido modificándose, todavía es mucha la gente que opina que el ingreso en estos servicios significa que la enfermedad es muy grave ya que sólo así se explica la necesidad de un recurso tan sofisticado como la UCI.

En el juego de representaciones que conviven en el “adentro” y “afuera” de estas unidades no se pone en duda la primacía de lo biológico. En su relación con los profesionales Las familias son aceptadas en el seno de las UCIs como representantes “legales” de los enfermos. A ellas se dirigen los esfuerzos informativos de los médicos y es a ellas a las que, cuando el enfermo no está consciente, se les pide permiso para nuevos y, en ocasiones, no inocuos tratamientos. Una vez establecida que la familia es una sociedad natural que se provee entre sí de ayuda mutua este aspecto se convierte casi en una obligación en situaciones “de emergencia”, por lo que los familiares proporcionan a su enfermo todo el apoyo que pueden. Cada miembro pertenece a su familia, por lo tanto si está enfermo y si la enfermedad es grave, los miembros de familia se sienten responsables de atender al enfermo asumiendo la obligatoriedad de permanecer a su lado. Cuando las familias, las tradicionales o las nuevas, se instalan en la sala de espera, se oficializa su “papel”. La conducta que les asigna la Sociedad, de manera informal, y la institución, con carácter formal, es doble: el acompañamiento solidario del enfermo y su representación legal. Una situación delicada para los médicos en su relación con las familias es la de informar y pedir el “consentimiento” al enfermo cuando se le deban de realizar pruebas o tratamientos que impliquen un cierto riesgo. Como que muchos de los enfermos críticos permanecen sedados, esta autorización la deben solicitar a las familias como los representantes oficiales del paciente. Esto proyecta sobre ellas la responsabilidad legal; es algo así como poner el sello de “conforme” en los tratamientos que los facultativos consideren oportunos

(35)

LA FAMILIA Y SU NUEVO ROL EN UCI:\_Existen aspectos fundamentales en la representación de las familias en el seno de estas unidades que difieren mucho del papel que se les asigna en otros servicios hospitalarios, debido tanto a la gravedad “oficial” del enfermo crítico como a la propia estructura de la UCI. Estas diferencias también se observan en el proceso de adaptación a la enfermedad. La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo. Cuando una persona ingresa en un hospital, la familia no puede quedar excluida de participar en el internamiento sino que debe continuar siendo activa para velar por un cuidado integral y por un entorno terapéutico óptimo. Sin embargo la propia dinámica de estos servicios produce frecuentemente el alejamiento de la familia respecto al paciente (Marco, 2000). Frente al problema de las UCIs “excluyentes” de los familiares, está apareciendo una actitud de cambio que favorece la participación de la familia en la asistencia a sus pacientes, mediante la realización pequeñas tareas de soporte que ayuda al enfermo a estrechar sus vínculos con sus familiares. Esta nueva perspectiva implica el reconocimiento del papel preponderante de la familia fundamental en el plano emocional, ya que representa el único soporte afectivo del paciente y su único nexo de unión con el exterior (Torres, 2 Las familias, formales o informales, se convierten en portavoces de los enfermos y en su papel de cercanos, los más próximos los que sufren en un grado más alto la situación del enfermo. Las familias sufren en primera persona el ingreso de un paciente en un UCI ya que viven la alteración del funcionamiento del círculo familiar al que pertenecen. Sus miembros, sometidos a una situación nueva y difícil, reaccionan con preocupación y ansiedad demandando básicamente seguridad e información (Zazpe, 1996 Esta falta de miramiento hacia la familia como parte del entorno del enfermo ocurre en la

mayoría de las situaciones habituales de la práctica hospitalaria. Resulta un problema aún mayor en el ámbito de las UCI ya que esta falta de consideración cobra una mayor dimensión provocando situaciones de mayor angustia y grados de estrés (Bernat, 2000). En estos servicios, las familias pueden sufrir tales niveles de inquietud, ansiedad, y nerviosismo que, en ocasiones desembocan en un terror evidente. Estas carencias, que no acostumbran a ser evaluadas por los profesionales de UCI, abarcan tres ámbitos o dominios: el cognitivo, el afectivo y el conductual (Torres, 2000) En realidad la lista de necesidades de las familias del enfermo crítico abarca cuarenta y cinco aspectos, que hacen referencia a la información, la necesidad de ayuda, el deseo de que su enfermo esté bien atendido y el poder estar cerca de él, los horarios flexibles de visita, así como un el confort del enfermo y una mayor comodidad en el área. Hay que tener en cuenta que en la UCI se encuentran el máximo exponente de la agresividad de los tratamientos y del grado de dependencia del paciente respecto a quien lo cuida. En este contexto, la familia sigue considerando la totalidad de la persona del enfermo, aun cuando el problema físico sea prioritario y eminente, a diferencia de los profesionales que lo centran todo en lo biológico. El ingreso en la UCI afecta a las personas enfermas en su globalidad por lo que no debemos olvidar su repercusión sobre los familiares de las mismas. Según Virginia Henderson el enfermo no es un ente aislado, sino que forma parte de una unidad que es la familia (García, 1998). La familia no es ajena al impacto que provoca la alta tecnología en estos medios donde los profesionales ofrecen la atención más altamente tecnificada posible. (36)

## **INTERVENCIÓN EDUCATIVA: “CONOCIMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS”**

Los contenidos de la Intervención Educativa dirigida a los Cuidadores tendrán un periodo de duración de 45 minutos en la cual se comenzara por la proyección de un video introductorio de la unidad. En él se realizara una presentación de la Unidad (estructura física), de los principales elementos y del aparataje que se encuentra en UCI. Este video será adaptado al nivel de conocimientos sanitarios de las personas que acuden a la Institución en mención. Posteriormente se le dará una base teórica de cada uno de los puntos básicos para satisfacer sus necesidades de información.

### **PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI**

Buenos días, nosotros somos Licenciadas en enfermería, y formamos parte del equipo de Salud de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Ricardo Palma y a continuación les daremos una Intervención educativa titulada: “Conocimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos” que les permitirá tener una pequeña visión del mundo que rodea a las Unidades de Cuidados Intensivos.



## **CAPÍTULO V**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de estudio es cuantitativo, de carácter preexperimental, en el cual se establece la influencia de una Intervención Educativa en la Ansiedad en los Cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI.

#### **5.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

La presente investigación se realizara en la Clínica Ricardo Palma, ubicada en Av. Javier Prado Este - 1066. Clínica perteneciente al Sector privado. La Unidad de Cuidados Intensivos se encuentra ubicado en el 3er piso torre A, y consta de 3 unidades polivalentes, un total de 15 camas, tiene como recursos humanos a 35 licenciadas con especialidad en UCI, 40 técnicos , con una producción de 70 pacientes por mes.

#### **5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

##### **POBLACIÓN**

La población estará formada por los cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI.

Que para el año 2012 ascendieron a 840 pacientes cada uno con sus debidos cuidadores familiares

## **MUESTRA**

La muestra se obtuvo mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

## **CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **Criterios de inclusión:**

- Cuidadores mayores de 18 años y menores de 65 años.
- Cuidadores que acepten participar en el estudio de investigación.
- Cuidadores con capacidades físicas y psicológicas óptimas.
- Cuidador con parentesco de primer grado.

### **Criterios de exclusión:**

- Cuidadores que tengan alguna discapacidad física y/o psicológica.
- Cuidadores no consanguíneos con pacientes.

## **CAPÍTULO VI**

### **MATERIAL Y METODO**

#### **6.1 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.**

Con la finalidad de obtener información sobre la muestra se ha considerado las siguientes técnicas e instrumentos:

VARIABLE CONOCIMIENTO que será medido mediante un cuestionario tipo escala de Likert modificado, que fue elaborado en base al marco teórico, el cual consta de instrucciones, datos generales y contenido propiamente, con preguntas abiertas (Anexo I)

VARIABLE ANSIEDAD: La técnica empleada será la observación y el instrumento el test de Stai.

**6.2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD:** El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo a través de juicio de expertos integrado por tres especialistas en el área, quienes mediante sus aportes permitieron realizar los ajustes necesarios. Para ello se utilizó la tabla de concordancia de opinión de expertos (Anexo II)

#### **6.3 PLAN DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS**

El proyecto será presentado en la Unidad de investigación de ciencia y tecnología de la FAEN, previo a ello se realizara el trámite administrativo

correspondiente para obtener la autorización, a través de documentos emitidos a la Gerencia de Salud de la Clínica Ricardo Palma.

Para el área de estudio se realizara la coordinación pertinente con el medico coordinador y la enfermera jefa del Servicio de la UCI, para la aplicación de los instrumentos, realizándose esta en tres momentos:

Antes de la intervención educativa se realizara un Pre test de conocimientos sobre la UCI, y se medirá el nivel de ansiedad mediante el Test de Stai dirigido a los Cuidadores.

Como segundo momento de aplicara la Intervención Educativa: “CONOCIMIENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS” (ANEXO IV).Se comenzara dicha intervención con la proyección de un video introductorio de la Unidad realizándose una presentación de la unidad (estructura física) de sus responsables y de los principales elementos y aparatos que se encontrarán cuando accedan a la misma.

Como tercer y último momento se realizara un Post Test para medir los conocimientos captados sobre la Uci y se aplicara el Test de Stai para medir el nivel de ansiedad post Intervención.

#### **5.4 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS.**

Luego de que se ha recolectado los datos, éstos serán procesados previa elaboración de la tabla de códigos y tabla de matriz .Los resultados serán presentados en tablas y/o gráficos estadísticos en relación a porcentajes para el análisis e interpretación respectiva considerando el marco teórico.

## **CAPITULO VII**

### **CONSIDERACIONES ETICAS Y ADMINISTRATIVAS**

En el presente trabajo se respetaran los principios bioéticos para la investigación en seres humanos.

**PRINCIPIO DE NO MALEFICIENCIA:** A través de la trasmisión de información veraz impartida a los Cuidadores en la Intervención Educativa.

**PRINCIPIO DE BENEFICIENCIA:** Mediante la presente Intervención Educativa se busca mejorar los conocimientos de los cuidadores y disminuir su ansiedad, además se les proporcionara una proyección audiovisual, y trípticos para reforzar su aprendizaje.

**PRINCIPIO DE JUSTICIA:** Todos los cuidadores de pacientes hospitalizados en UCI son tratados sin discriminación alguna, entendiendo el sentido de la situación de crisis por la que atraviesan.

**PRINCIPIO DE AUTONOMIA:** Al trabajar con la familia y respetando su toma de decisiones mediante el consentimiento informado de participar libremente en el presente trabajo de investigación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) Ministerio de Sanidad y Política social.Unidad de Cuidados Intensivos.Madrid ;2010[citado 14 noviembre 2010] Disponible en:www.msps.es
- (2) Takroui, Unidad de Cuidados Intensivos. La revista de la salud[Artículo de internet] [Citado el 19 Mayo 2004] Disponible en:<http://archive.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-health/>
- (3) LAVALLE,TADEO,Unida Crítica;6ta Ed.España:Médica Panamericana;2008
- (4) MARGALL COSCOJUELA,ANGELES.Implicación de la familia en los cuidados[Artículo de internet].2007.[Citado 26 febrero 2007];vol 16,p.6. Disponible en:<http://seguridadpaciente.es/recursos/>
- (5) CASADO JAVIER.Familia en UCI;5ta Ed.MADRID;2004
- (6) Velasco Bueno José, “Detección de necesidades de los familiares pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos”,2012.;[Proyecto de investigación].Madrid:Hospital Costa del Sol,2013
- (7)(8)(9) LOPEZ R;MUÑOZ J, “Información a familiares de pacientes hospitalizados en una uci polivalente”.Venezuela 2010
- (9)(10) Zaspé Oyarzun.Información familiares de pacientes ingresados UCI.Artículo de enfermería.[artículo de internet].España 2008
- (10)(11) BERNALL A,TEJEDOR L,La familia y la información proporcionada en UCI.Artículo de enfermería.[Artículo de internet],España 2010.
- (12)(13)(14) Uribe E; Muñoz T, Percepción familiar del paciente crítico. 3ra Ed.España;2004
- (15) Gutierrez Blanca.Experiencias percepciones y necesidades en la UCI.Artículo de enfermería.[artículo de internet],Sevilla 2007.

(16)(17) PEREZ ALFONSO.Cuidando a la familia en UCI.3ra Ed.España;2006

(18)(19) PINTO AFANADOR NATIVIDAD.Cuidando a los cuidadores.4ta

Ed.Colombia;2005

(20) Morales O. "Calidad de vida de los cuidadores familiares de uci". Mayo 2004[ Tesis para optar el título de magíster en enfermería]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2004

(21) Urizi F. "Vivencia de los familiares en uci".Setiembre 2007.[Tesis para optar el título de de magíster en enfermería].Colombia:Universidad Nacional de Colombia,2007

(22)(23)(24) Rukolme M.Niveles de ansiedad.3ra Ed.España;2001

(25) Otong Deborah. Manual de psicología.3ra Ed.Texas;2007

(26)MOSCOSO.Éstres y Ansiedad.2da Ed.Colombia; 2008

(27)(28) VALLEJO J;GASTÓ C,Trastorno Afectivo.2da Ed.Barcelona;2008

(29,30,31)BECERRA DANIEL.Educación a familiares de pacientes en uci.5ta Ed.Cuba,2012

## ANEXO

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo .....identificada con DNI  
Nº..... he sido informado por las investigadoras Lic. Erica Victoria  
Roca Bautista, Lic. Sandra Isabel Campos Sánchez sobre el trabajo de investigación cuyo  
título es EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA “CONOCIMIENTO DE LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS” EN LA ANSIEDAD DEL CUIDADOR DEL PACIENTE  
HOSPITALIZADO EN UCI.

El propósito de esta investigación validar una intervención educativa ,verificando la  
efectividad de la intervención educativa “ conocimiento unidad cuidados intensivos”  
y mejorar la calidad de vida del familiar del paciente hospitalizado en UCI.

Los resultados del cuestionario serán manejados en la mayor reserva asegurándole  
la privacidad y manteniendo la confidencialidad de la misma

## **ANEXO**

### **Inventario de Ansiedad Estado - Rasgo (STAIC) (adaptación Española)**

**Nombres y Apellidos .....**

**Edad.....**

#### **PRIMERA PARTE**

- |                             |       |
|-----------------------------|-------|
| 1 Me siento calmado         | 1 2 3 |
| 2 Me encuentro inquieto     | 1 2 3 |
| 3 Me siento nervioso        | 1 2 3 |
| 4 Me encuentro descansado   | 1 2 3 |
| 5 Tengo miedo               | 1 2 3 |
| 6 Estoy relajado            | 1 2 3 |
| 7 Estoy preocupado          | 1 2 3 |
| 8 Me encuentro satisfecho   | 1 2 3 |
| 9 Me siento feliz           | 1 2 3 |
| 10 Me siento seguro         | 1 2 3 |
| 11 Me encuentro bien        | 1 2 3 |
| 12 Me siento molesto        | 1 2 3 |
| 13 Me siento agradable      | 1 2 3 |
| 14 Me encuentro atemorizado | 1 2 3 |
| 15 Me encuentro confuso     | 1 2 3 |
| 16 Me siento animoso        | 1 2 3 |
| 17 Me siento angustiado     | 1 2 3 |
| 18 Me encuentro alegre      | 1 2 3 |
| 19 Me encuentro contrariado | 1 2 3 |
| 20 Me siento triste         | 1 2 3 |

#### **SEGUNDA PARTE**

- |   |       |
|---|-------|
| 1 Me preocupa cometer errores           | 1 2 3 |
| 2 Siento ganas de llorar                | 1 2 3 |
| 3 Me siento desgraciado                 | 1 2 3 |
| 4 Me cuesta tomar una decisión          | 1 2 3 |
| 5 Me cuesta enfrentarme a mis problemas | 1 2 3 |

6 Me preocupo demasiado	1 2 3
7 Me encuentro molesto	1 2 3
8 Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1 2 3
9 Me preocupan las cosas del colegio	1 2 3
10 Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1 2 3