

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN SUPERIOR



**“NIVELES DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARÍA, DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA,
AREQUIPA, 2012”**

Tesis presentada por la Bachiller:

JUANA DE LA SALLE GUTIÉRREZ NEYRA

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN EDUCACIÓN SUPERIOR**

**AREQUIPA – PERÚ
2014**



“El hombre de hoy debe dominar su ansiedad y aprender a adaptarse, sino de lo contrario se verá condenado al fracaso profesional, a la enfermedad y a la muerte prematura”

Hans Selye



Agradecimientos

A Dios...

A la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María, a mi hijo
Fernando por su constante estímulo para la culminación de este trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN	07
CAPITULO ÚNICO: RESULTADOS	09
1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	10
2. NIVELES DE ANSIEDAD AFECTIVA	22
3. NIVELES DE ANSIEDAD SOMÁTICA	25
4. NIVELES GENERALES DE ANSIEDAD	29
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	32
SUGERENCIAS	33
PROPUESTA	34
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	74
1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	75
2. MATRIZ DE TABULACIÓN DE DATOS	140

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, ha sido denominado: **“Niveles de Ansiedad en Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María durante la Práctica Clínica, Arequipa, 2012”**, la variable estudiada fue: Variable Ansiedad, la Hipótesis postula que siendo la ansiedad una reacción emocional negativa caracterizada por: miedo, aprehensión, temblores, dolores y molestias corporales, en diversos niveles. Es probable que los niveles de ansiedad en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María durante la Práctica Clínica sean leves y moderados.

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y de corte transversal, efectuado en el año 2012. Se utilizó como instrumento la Escala de Ansiedad de Zung, se aplicó a 210 estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Se concluyó que: Los estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa mostraron una mayor frecuencia de ansiedad en la intensidad de leve y moderada. Los síntomas de mayor predominio en los niveles de ansiedad de los estudiantes son los afectivos.

Se ha visto por conveniente sugerir: que la Universidad a través del Departamento Médico debe ofrecer un examen psicológico, para diagnosticar tempranamente, la presencia de ansiedad; y así evitar que se afecte la salud de los estudiantes y su eficiencia educativa. La Facultad de Enfermería debe propiciar desde el arte y los deportes, el cultivo de hábitos y actitudes positivas, que preserven e incrementen la salud física y mental de todos los estudiantes. Las docentes de Instrucción Clínica de la Facultad de Enfermería, debe revisar procedimientos y metodologías de actividades administrativas o académicas, que sean factores ansiogénicos en el desarrollo de la práctica clínica. Se debe motivar la responsabilidad individual y colectiva de los docentes, para evitar recargar actividades a las estudiantes y disponer de tiempo para la recreación y el descanso.

Palabras Clave: Ansiedad – Práctica Clínica – Estudiantes Enfermería.

ABSTRACT

The present research work has been called: "Levels of Anxiety in Students of the Faculty of Nursing at the Catholic University of Santa Maria in Clinical Practice, Birmingham, 2012", the variables studied were: Variable Anxiety, the hypothesis postulates that anxiety being negative emotional reaction characterized by fear, apprehension, tremors, body aches and pains at various levels. It is likely that the levels of anxiety in students from the Faculty of Nursing at the Catholic University of Santa Maria in Clinical Practice are mild to moderate.

It is a quantitative descriptive study, cross-sectional, conducted in 2012. Se use as an instrument the Zung Anxiety Scale, was applied to 210 students of the Faculty of Nursing at the Catholic University of Santa Maria.

It was concluded that: Students of Nursing, Catholic University of Santa Maria de Arequipa showed a higher frequency of anxiety in mild to moderate intensity. The most predominant symptoms of anxiety levels of students are affective.

It has been deemed appropriate to suggest: that the University through the Medical Department should provide psychological testing for early diagnosis, the presence of anxiety, and thus avoid affecting the health of students and their educational efficiency. The School of Nursing must lead from art and sports, cultivating positive habits and attitudes that preserve and increase physical and mental health of all students. The Clinical Training teachers of the Faculty of Nursing, should review procedures and methodologies of administrative and academic, that are anxiogenic factors in the development of clinical practice. It should motivate individual and collective responsibility of teachers, to avoid overloading activities to students and have time for recreation and rest.

Keywords: Anxiety - Clinical Practice - Nursing Students.

INTRODUCCIÓN

Señor Presidente y a los miembros del Jurado:

La ansiedad es cualquier demanda física psicológica externa o interna, buena o mala que provoca una respuesta biológica del organismo, así mismo es una sensación normal que experimentan las personas alguna vez en momentos de peligro o preocupación, sirve para poder reaccionar mejor en momentos difíciles. Por ejemplo, sin un mínimo de activación un estudiante no estudiaría para sus exámenes; o en una situación peligrosa con el auto no reaccionaría rápidamente.

Sin embargo, cuando la reacción a un estímulo es desproporcionada suele interferir significativamente con la vida de quien la padece, incapacitándolo cada vez más, entonces se convierte en un problema que produce sensaciones desagradables como sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.

Es bien sabido que los procesos de cambio provocan cierta ansiedad en las personas y con mayor facilidad en el adolescente o adulto joven, este último al ser expuesto a una diversidad de situaciones que se le presentan al ingresar a su educación superior y la experiencia de la vida universitaria, se enfrena a una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, que ofrece la posibilidad de moldear la identidad personal. Así entonces, aunque generalmente los docentes e instituciones fomenten un desarrollo saludable, los universitarios pueden presentar una crisis de identidad que probablemente le originen serios problemas.

El personal de salud día a día interactúa con personas sanas, dolientes y con peligro de muerte, cada una de ellas tiene diferentes inquietudes, dudas y bajo el denominador común de recobrar la salud o al menos aliviarla, pero como es natural quienes se dedican a las ciencias de la salud también se enferman, también tienen problemas, todo ello sumando a la posición de principiante o estudiante dan como resultado ansiedad, porque lo anteriormente descrito influye en la vida personal de los profesionales de la salud y de los estudiantes, actuando como elemento perturbador en el proceso del trabajo sanitario y del aprendizaje.

En este sentido, es que se pretende investigar que niveles de ansiedad podrían tener los estudiantes de Enfermería cuando realizan su práctica clínica; estudio que aportara beneficios directos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento respectivo.

El tipo de problema investigado es de campo, de nivel descriptivo; es de variable única y con indicadores de nivel afectivo y somático comprendidos dentro de la Escala de Ansiedad de Zung.

Tiene como objetivos el descubrir los niveles afectivos y somáticos.

Realizadas las coordinaciones necesarias, se obtuvieron los datos mediante la aplicación de los instrumentos a 210 estudiantes de enfermería, no se consideraron a los estudiantes del último año porque ya inician el internado.

Completada la fase de procesamiento de la información se exponen los resultados de la investigación previamente analizados, así como las conclusiones, sugerencias, propuestas y referencias bibliográficas.

El esfuerzo personal de carácter intelectual y creativo ha sido incentivado por docentes de la Escuela de Post Grado de la Universidad Católica de Santa María, a ellos mi eterna gratitud.

Arequipa, Marzo del 2014

La autora



CAPÍTULO ÚNICO: RESULTADOS

1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

TABLA N° 1

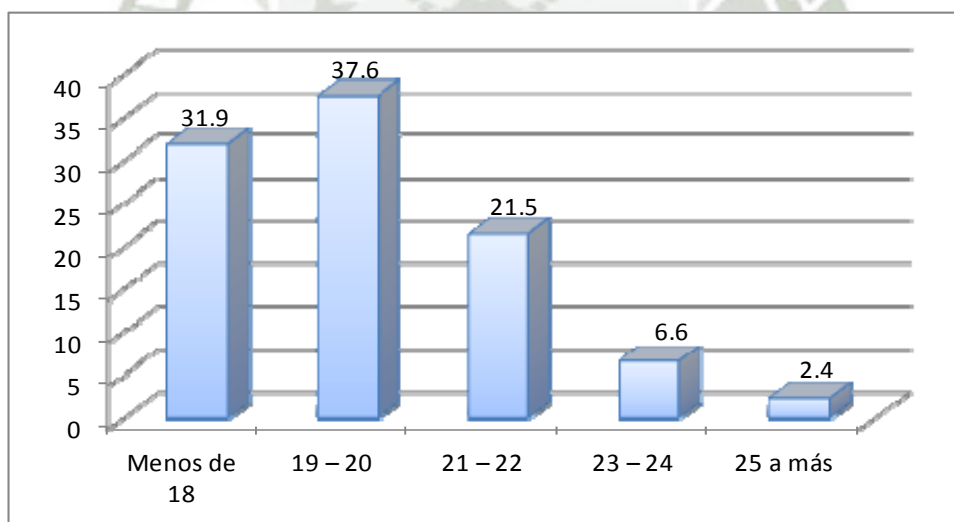
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN EDAD

Edad	N°	%
Menos de 18	67	31.9
19 – 20	79	37.6
21 – 22	45	21.5
23 – 24	14	6.6
25 a más	5	2.4
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 1

ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN EDAD



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 1 se observa que la mayoría de los estudiantes de enfermería tienen edades que oscilan entre 19 y 20 años (37.6%), seguido de los menores de edad (31.9%), luego se encuentra el grupo de estudiantes con edades entre 21 y 22 años (21.5%), finalmente son minoría los estudiantes de 23 a más años (9.0%). Con estos datos se revela que los

estudiantes han escogido una carrera profesional muy jóvenes y hasta adolescentes, lo mismo que según las características de tal etapa relucen que no son estables emocionalmente y que son indecisos, siendo esto un indicador para que el estudiante en el futuro tenga mayor carga de ansiedad¹.



¹ Bazán quiñones Edgar. Maduración bio-psico-social en la etapa de la adolescencia disponible en: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf15.8.13

TABLA N° 2

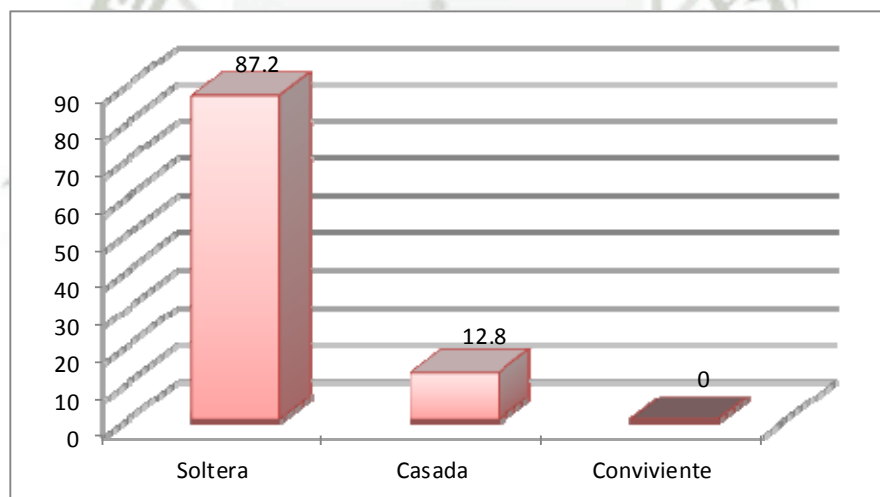
ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado Civil	N°	%
Soltera	183	87.2
Casada	27	12.8
Conviviente	0	0.0
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 2

ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN ESTADO CIVIL



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la presente tabla se observa que la mayoría de estudiantes tiene estado civil soltera (87.2%) seguido de las casadas (12.8%) y no hay ninguna estudiante con estado civil conviviente.

El análisis nos permite observar que las condiciones acumuladas de solteras y de casadas les dan cierta inestabilidad emocional, la misma que podría ser considerada como riesgo de susceptibilidad a la ansiedad.

TABLA N° 3

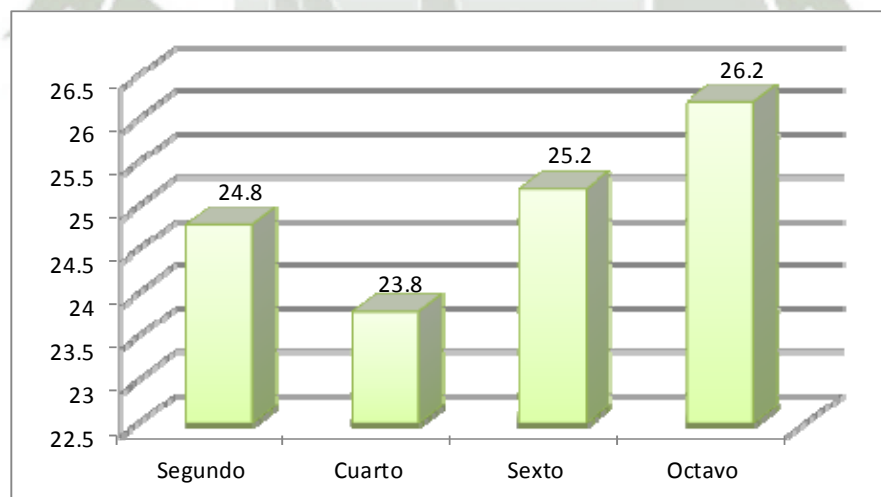
**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN CICLO
SEMESTRAL**

Ciclo Semestral	N°	%
Segundo	52	24.8
Cuarto	50	23.8
Sexto	53	25.2
Octavo	55	26.2
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 3

**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN CICLO
SEMESTRAL**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

Según la tabla N° 3, se tiene que las estudiantes investigadas que realizan práctica clínica, en porcentajes similares pertenecen a los ciclos segundo, cuarto, sexto y octavo; prácticamente, alrededor de la cuarta parte corresponde a cada ciclo semestral.

Cabe resaltar que según Morales (2011), el primer año de estudios en la vida de un universitario es el más importante y retador porque durante este tiempo se establecen las bases de lo que será su experiencia universitaria y su formación profesional. Su estilo de vida cambia drásticamente; se expone a nuevos retos y experiencias. La dinámica universitaria le requiere interaccionar más, así mismo debe asumir completa responsabilidad por su decisión ocupacional, su ejecutoria académica, la administración de su dinero y el manejo de su sexualidad, entre otras situaciones por lo cual el estudiante debe intentar mantener el control de sus emociones, acciones y cogniciones logrando tal armonía que le permita desempeñarse de acuerdo a sus capacidades. No obstante, muchos estudiantes exhiben conductas de ansiedad ante la multiplicidad de tareas que tienen que realizar².



² <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2011040103.pdf>

TABLA N° 4

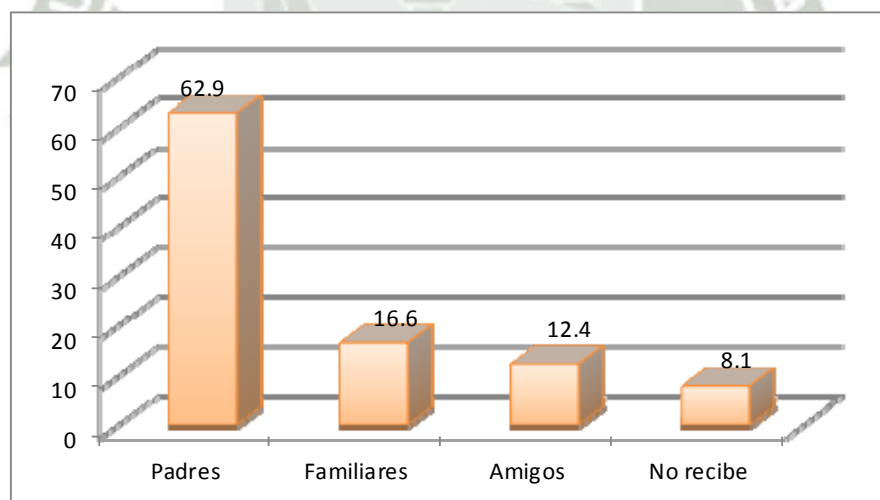
**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN TUTORIA
FAMILIAR**

Tutoría Familiar	N°	%
Padres	132	62.9
Familiares	35	16.6
Amigos	26	12.4
No recibe	17	8.1
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 4

**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN TUTORIA
FAMILIAR**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la presente tabla se observa que predomina la tutoría de los padres (62.9%), seguido de otros familiares (16.6%) y preocupantemente poco más de un décimo de la población (12.4%) tiene tutoría de amigos y más alarmante es la situación de un 8.1% de estudiantes, ya que no reciben tutoría de nadie.

Es conocido que la familia tiene la capacidad de constituirse en transmisora de hábitos, modelos de comportamiento, así como un elemento de apoyo, resolución de conflictos, sustento del estado de bienestar y básica para el desarrollo de la persona; pero la ausencia de la misma o la falta de comunicación genera consecuencias que hoy las estadísticas nacionales demuestran: violencia, consumo de drogas, delincuencia y otros³.



³[www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/BBA20614AE1689CC052577850073DE6C/\\$FILE/delincuencia-y-drogas.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/BBA20614AE1689CC052577850073DE6C/$FILE/delincuencia-y-drogas.pdf) 15.8.12

TABLA N° 5

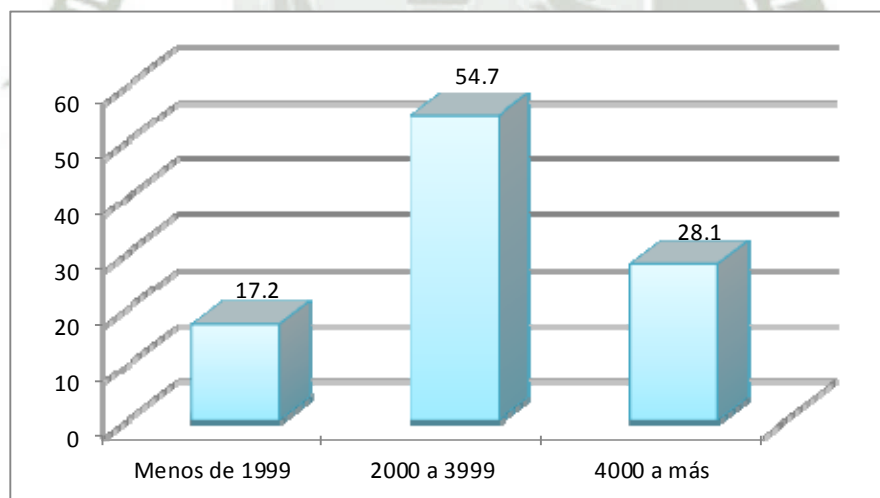
**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN INGRESO
ECONÓMICO FAMILIAR**

Ingreso Económico (Soles)	N°	%
- Menos de 1999	36	17.2
- 2000 a 3999	115	54.7
- 4000 a más	59	28.1
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 5

**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN INGRESO
ECONÓMICO FAMILIAR**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la Tabla N° 5 se observa que en cuanto al ingreso económico familiar, el mayor porcentaje del 54.7% perciben entre 2000 a 3999 soles; seguido de un 28% que perciben de 4000 a más soles y finalmente un 17.2% que perciben menos de 1999 soles.

TABLA N° 6

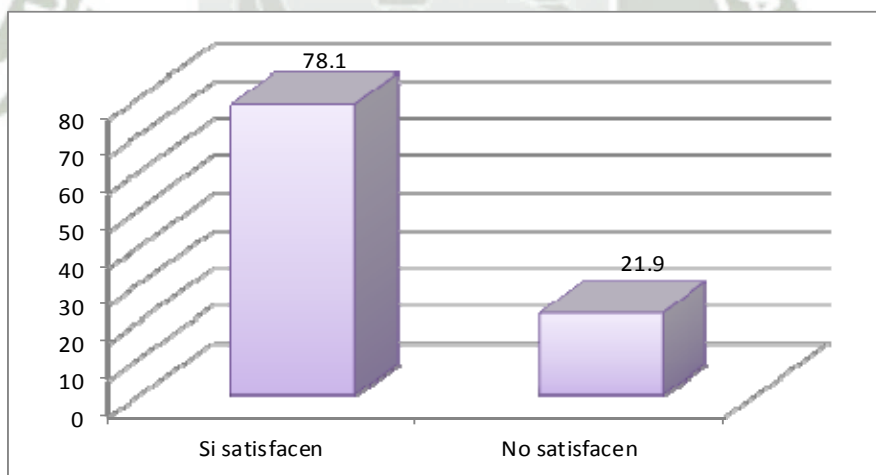
**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN OPINIÓN
SOBRE EL INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR Y SATISFACCIÓN Y
NECESIDADES ESTUDIANTILES**

Opinión	N°	%
- Si satisfacen	164	78.1
- No satisfacen	46	21.9
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 6

**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN OPINIÓN
SOBRE EL INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR Y SATISFACCIÓN Y
NECESIDADES ESTUDIANTILES**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En relación al ingreso económico, las estudiantes investigadas en más de la $\frac{3}{4}$ partes refieren que el ingreso económico familiar satisfacen sus necesidades personales y educativas.

La diferencia porcentual del 21.9% manifiestan que no satisfacen dichas necesidades.

TABLA N° 7

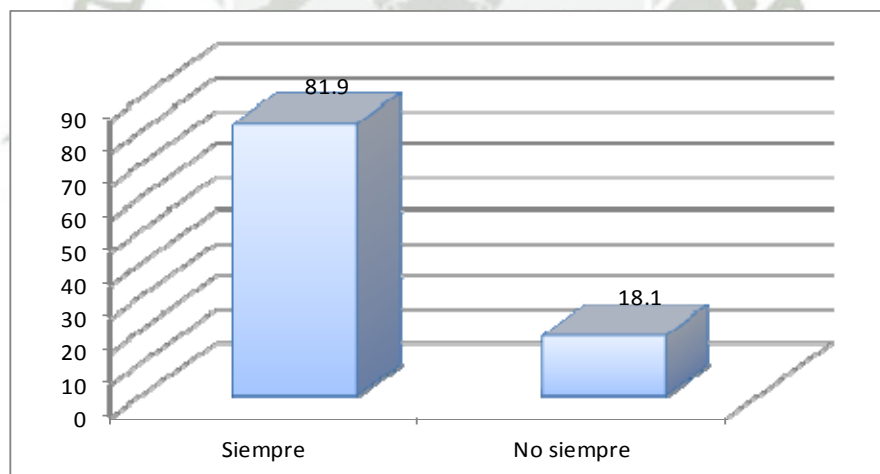
**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN PRESENCIA DE
PROBLEMAS EN EL HOGAR**

Problemas	N°	%
Siempre	172	81.9
No siempre	38	18.1
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 7

**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN PRESENCIA DE
PROBLEMAS EN EL HOGAR**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

Se muestra en la tabla N°7 que el 81.9% de estudiantes percibe siempre problemas en el hogar y un 18.1% refiere no percibir siempre dichos problemas, que afectan el estado emocional y por consiguiente el rol de estudiante.

TABLA N° 8

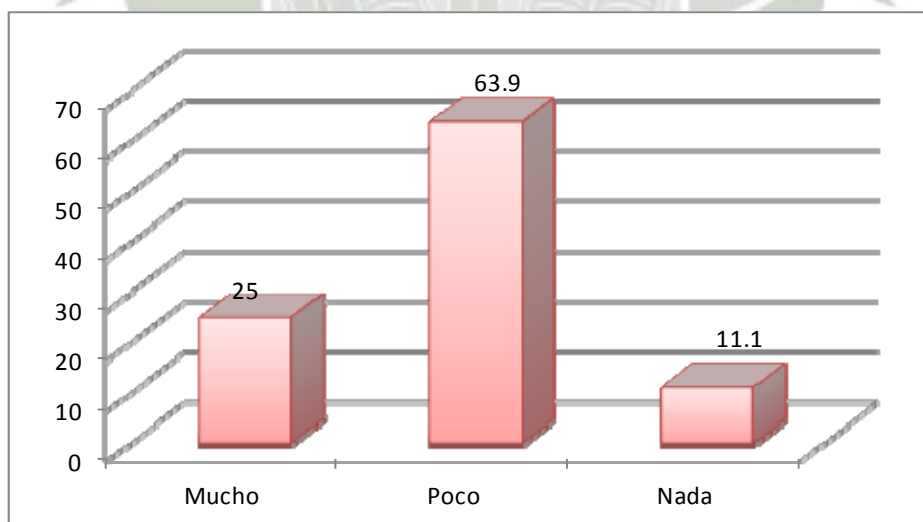
**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN OPINIÓN
SOBRE SI LOS PROBLEMAS DEL HOGAR ALTERA SU ESTADO
EMOCIONAL**

Opinión	N°	%
Mucho	53	25.0
Poco	134	63.9
Nada	23	11.1
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 8

**ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA SEGÚN OPINIÓN
SOBRE SI LOS PROBLEMAS DEL HOGAR ALTERA SU ESTADO
EMOCIONAL**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

La mayoría de estudiantes refiere que los problemas del hogar alteran su estado emocional, de ellas un 25% refiere que le afecta mucho y un 63.9% dice ser afectado poco, finalmente un 11.1% no es afectado.

Estos resultados se contrastan con lo afirmando por diversos psicólogos, quienes afirman que: los problemas de conducta, en el adolescente, suelen ser el primer indicador visible de dificultades en el seno familiar. Constituyen, el emergente de la situación disfuncional, y cuando recurren a la terapia, se percibe, con total claridad, cuál es la dinámica de la familia en cuanto a vínculos, establecimiento de límites, grado de satisfacción afectiva y manejo de situaciones emocionales.



2. NIVELES DE ANSIEDAD AFECTIVA

TABLA N° 9

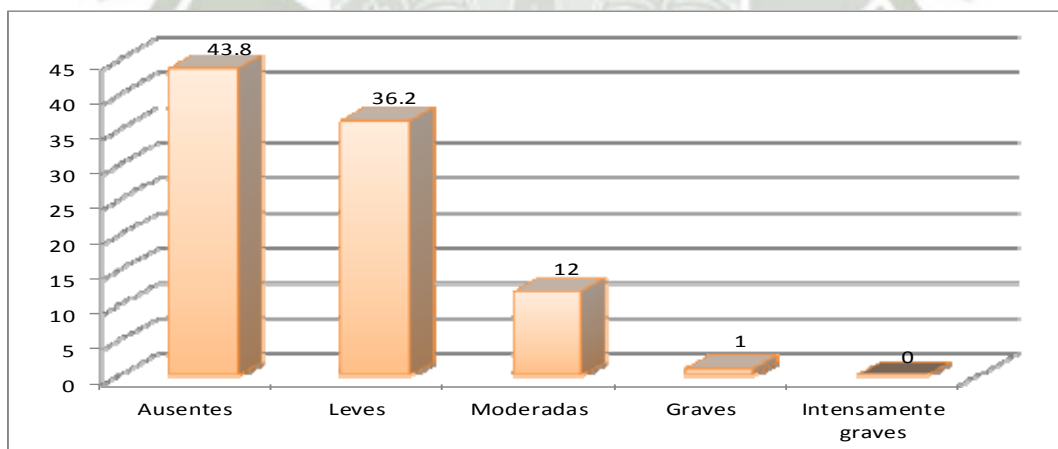
**NIVEL DE ANSIEDAD AFECTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO POR
REACCIONES EMOCIONALES**

Reacciones Emocionales	N°	%
Ausentes	92	43.8
Leves	76	36.2
Moderadas	40	12.0
Graves	2	1.0
Intensamente graves	0	0.0
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 9

**NIVEL DE ANSIEDAD AFECTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO POR
REACCIONES EMOCIONALES**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla 9 se observa que el 43.8% de la población en estudio no tiene reacciones emocionales y el otro 56.2% si presenta dichas reacciones; es así que el 36.2% lo presenta de manera leve y el 12% tiene reacciones emocionales moderadas, e incluso una minoría (1%) presenta la intensidad grave.

TABLA N° 10

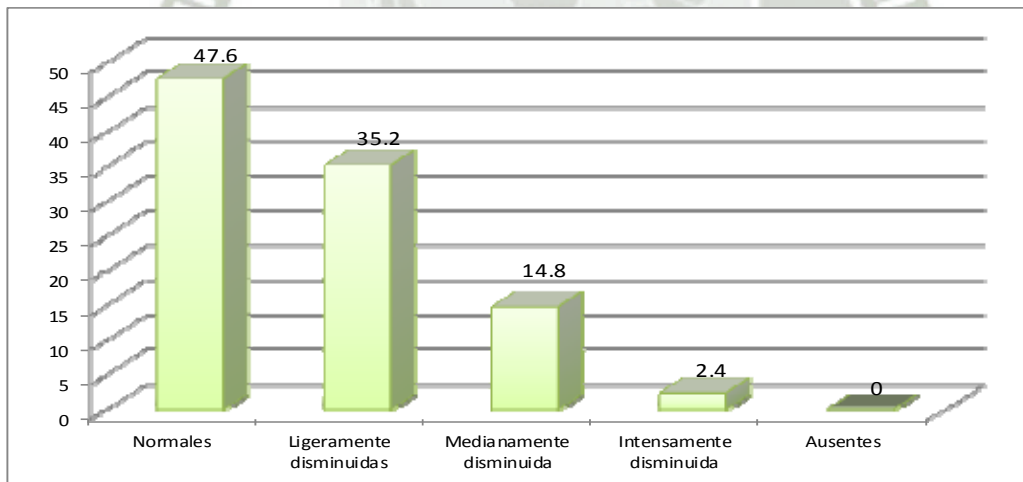
**NIVEL DE ANSIEDAD AFECTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO EN LAS FUNCIONES
INTELECTUALES**

Funciones Intelectuales	N°	%
Normales	100	47.6
Ligeramente disminuidas	74	35.2
Medianamente disminuida	31	14.8
Intensamente disminuida	5	2.4
Ausentes	0	0.0
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 10

**NIVEL DE ANSIEDAD AFECTIVA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO EN LAS FUNCIONES
INTELECTUALES**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

Respecto al nivel de ansiedad en las estudiantes de enfermería durante la práctica clínica manifestado en las funciones intelectuales se observa que poco menos de la mitad de encuestados (47.6%) tiene funciones intelectuales normales y los demás (52.4%) tienen en algún grado de alteraciones de las funciones intelectuales: un 35.2% manifiesta funciones intelectuales ligeramente disminuidas, un 14.8% medianamente disminuidas y un 2.4%

intensamente disminuida. Es decir estos últimos estudiantes han disminuido el grado de concentración, memoria, comprensión; presentando insomnio, pesadillas y fatiga al despertar.

Los resultados anteriores se asemejan a los determinados por expertos quienes indican que: el estudiante ansioso se encuentra en una posición desventajosa cuando requiere interactuar con situaciones de mayor complejidad, ya sea a nivel de aprendizaje o de rendimiento⁴.



⁴Bertoglia Luis. (2005). Chile. Ansiedad y rendimiento en adolescentes escolares: una alternativa de acción. Disponible en:<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/22/22>

3. NIVELES DE ANSIEDAD SOMÁTICA

TABLA N° 11

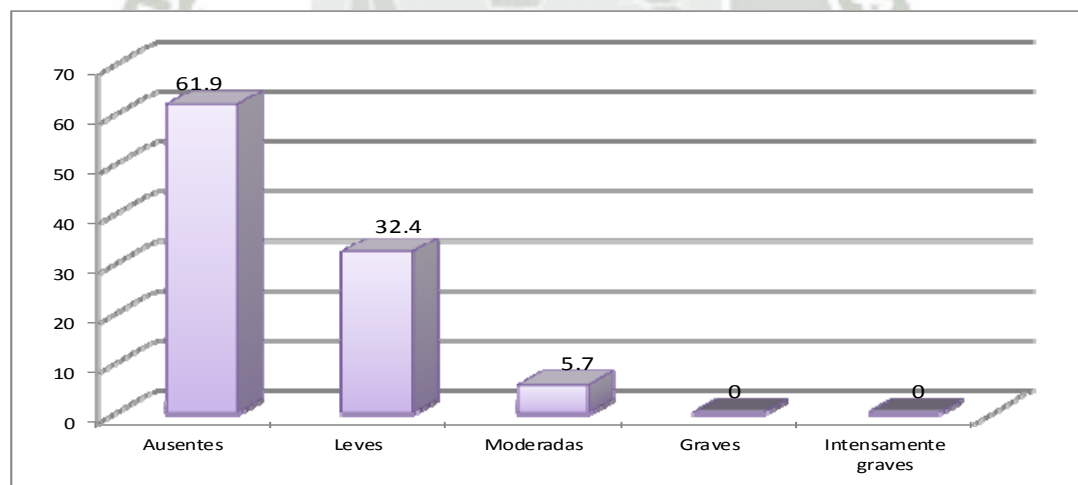
**NIVEL DE ANSIEDAD SOMÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO POR SÍNTOMAS
MUSCULARES**

Síntomas Musculares	N°	%
Ausentes	130	61.9
Leves	68	32.4
Moderadas	12	5.7
Graves	0	0.0
Intensamente graves	0	0.0
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 11

**NIVEL DE ANSIEDAD SOMÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLINICA MANIFESTADO POR SÍNTOMAS
MUSCULARES**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 11 referente al nivel de ansiedad somática manifestado por síntomas musculares la mayoría (61.9%) tiene ausencia de síntomas musculares, y con manifestación de síntomas musculares en menor porcentaje (38-1%): de las cuales un 32.4% presentan síntomas leves y un 5.7% moderados.

TABLA N° 12

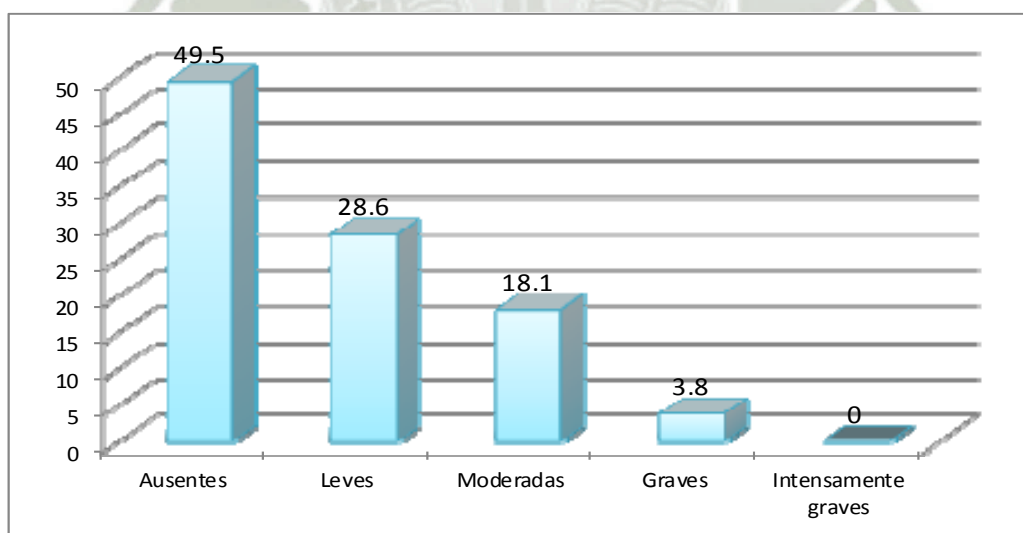
**NIVEL DE ANSIEDAD SOMÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO POR LOS SÍNTOMAS
SOMÁTICOS GENERALES**

Síntomas Somáticos Generales	N°	%
Ausentes	104	49.5
Leves	60	28.6
Moderadas	38	18.1
Graves	8	3.8
Intensamente graves	0	0.0
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 12

**NIVEL DE ANSIEDAD SOMÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO POR LOS SÍNTOMAS
SOMÁTICOS GENERALES**



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la tabla N° 12 respecto al nivel de ansiedad manifestado por los síntomas somáticos generales la mitad de la población (49.5%) no los presenta, mientras que la otra mitad (50.5%) sí; distribuido de la siguiente manera: un 28.6% presenta síntomas somáticos generales leves, un 18.1% moderados y un 3.8% síntomas graves; son estos últimos los que refieren presentar sensación de adormecimiento y debilidad, calor en los miembros superiores y adormecimiento en intensidad moderada y grave.



TABLA N° 13

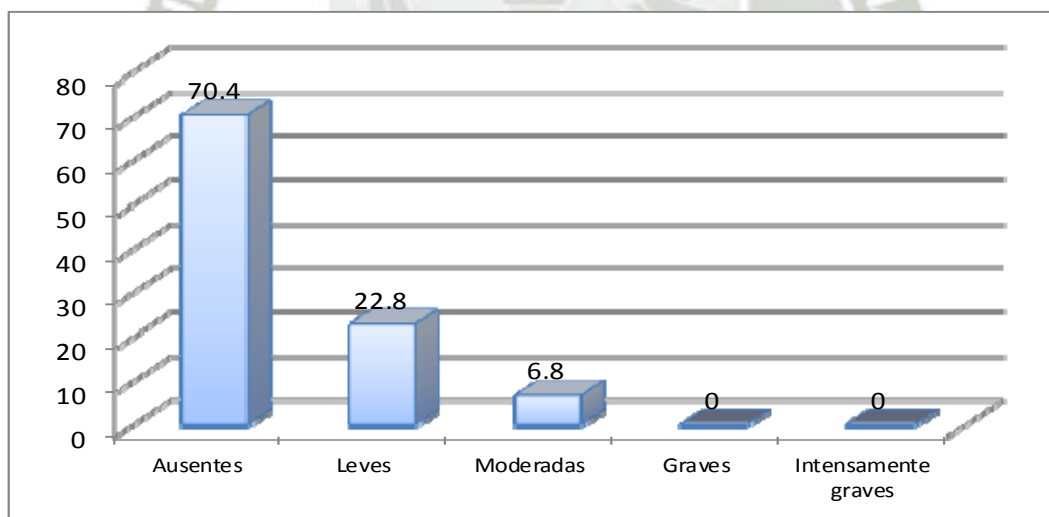
NIVEL DE ANSIEDAD SOMÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO POR LOS SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Síntomas del Sistema Nervioso Autónomo	N°	%
Ausentes	148	70.4
Leves	48	22.8
Moderadas	14	6.8
Graves	0	0.0
Intensamente graves	0	0.0
Total	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 13

NIVEL DE ANSIEDAD SOMÁTICA EN LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA MANIFESTADO POR LOS SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la presente tabla se aprecia el nivel de ansiedad somática manifestado por los síntomas del sistema nervioso autónomo, una gran mayoría de estudiantes (70.4%) refieren ausencia de síntomas del sistema nervioso autónomo, mientras que un cuarto de la población (29.6%) si: con síntomas leves 22.8% y con síntomas moderados el 6.8%.

4. NIVELES GENERALES DE ANSIEDAD

TABLA N° 14

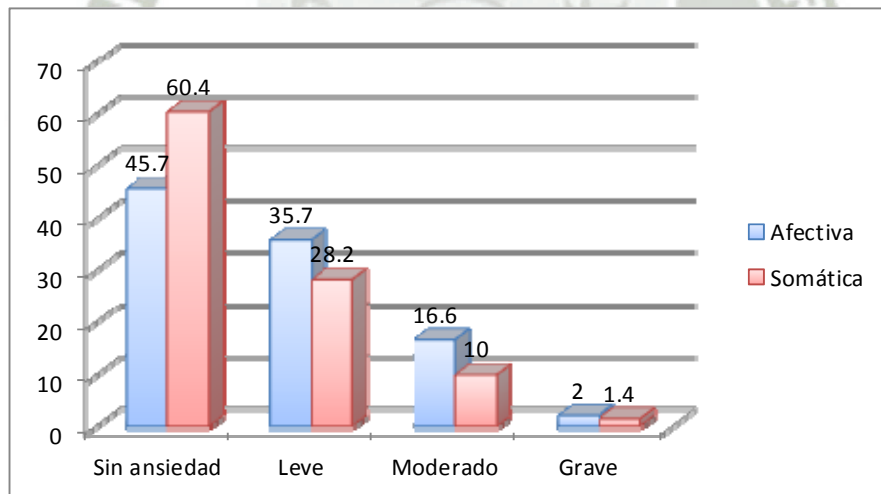
NIVEL GENERAL DE ANSIEDAD AFECTIVA Y SOMÁTICA

Ansiedad	Afectiva		Somática	
	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	96	45.7	127	60.4
Leve	75	35.7	59	28.2
Moderado	35	16.6	21	10.0
Grave	4	2.0	3	1.4
Total	210	100.0	210	100.0

Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

GRÁFICA N° 14

NIVEL GENERAL DE ANSIEDAD AFECTIVA Y SOMÁTICA



Fuente: Elaboración propia. Arequipa, 2012

En la presente tabla se aprecia que la mayoría de la población en estudio no presenta ansiedad afectiva (45.7%) ni somática (60.4%), mientras que un 35.7% tiene un nivel leve de ansiedad afectiva frente a un 28.2% que tiene un nivel leve de ansiedad somática, así mismo un 16.6% refiere un nivel moderado de ansiedad afectiva frente a un 10% de ansiedad

somática moderada y solo un 2% y 1.4% tiene nivel de ansiedad grave afectiva y somática respectivamente durante la práctica clínica.

Estos datos permiten deducir que aproximadamente la mitad de la población investigada tendrían el riesgo de sufrir mayores consecuencias de la ansiedad, que repercuten en su salud y en la calidad de profesional que se está formando, además de resaltar el cuidado enfermero que se brinda.



DISCUSIÓN

Los resultados encontrados indican que los niveles de ansiedad en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María durante la Práctica Clínica son leves y moderados y los síntomas de mayor predominio en los niveles de ansiedad son los afectivos, los cuales son semejantes a los hallados por Norman Cervantes Juárez en su estudio “Incidencia de Ansiedad y sus principales Características Epidemiológicas en alumnos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María”⁵, quien concluyó que la mayor incidencia de Fobia Social se encontró entre el rango de edad de 21 a 25 años en el sexo femenino, con un 97.5% con marcada cifra en el grado de leve y una significativa cifra de moderado grado correspondiente a tercer y cuarto año de estudios. Considerando las consecuencias de una falta de intervención oportuna en aquellos que manifiestan dichos niveles de ansiedad se llegaría a situaciones extremas, como indican diversos autores, que exponen la vida de la persona.

Ante esta realidad el enfoque de atención y cuidado se debe orientar más a la prevención y promoción de la salud⁶, pero poco se destina hacia este rubro, las autoridades se preocupan por resolver los problemas de quienes ya padecen una o más patologías y si bien ahora están dándose los cambios para apoyar el nivel primario de atención en el caso de la Salud Mental, todavía no es suficiente y ello se refleja en los resultados obtenidos.

Si existe niveles de ansiedad en estudiantes del área de la salud, quizá en otras áreas también exista el mismo problema, a través de esta investigación se prueba la presencia de un declive en la salud mental y se debería iniciar acciones que lo eviten, que lo prevengan.

⁵Cervantes N. (2004) Arequipa. Incidencia de Ansiedad y sus principales Características Epidemiológicas en alumnos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María

⁶Rodríguez A. (2001) Arequipa. Prevalencia de síntomas de Ansiedad y su relación con el nivel socioeconómico en los alumnos de los centros PRE universitarios particulares y estatales

CONCLUSIONES

PRIMERA : Los estudiantes de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa de acuerdo al nivel general de ansiedad afectiva y somática durante la práctica clínica registraron los siguientes niveles de ansiedad: en los síntomas afectivos el 35.7 % presentó intensidad leve, el 16.6% intensidad moderada y el 2% intensidad grave; mientras que en los síntomas somáticos el 28.2 % presentó intensidad leve, el 10% intensidad moderada y el 1.4% intensidad grave.

SEGUNDA : Los síntomas de mayor predominio en los niveles de ansiedad de los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa son los afectivos, manifestado por: reacciones emocionales con un 56.3% y funciones intelectuales con una presencia de 52.4% todos ellos distribuidos en los niveles leve, moderado, grave e intensamente grave. Además los síntomas somáticos se encuentran manifestados por: síntomas musculares que registraron un 38.1% en los niveles leve y moderado, síntomas somáticos generales con una presencia de 50.5% distribuido en los niveles leve, moderado y grave, finalmente los síntomas del sistema nervioso autónomo que se registraron sólo en un 29.6% de la población en estudio en los niveles leve y moderado

TERCERA : Se acepta la hipótesis que señala que los niveles de ansiedad en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María durante la Práctica Clínica son leves y moderados.

SUGERENCIAS

1. La universidad a través del departamento médico debe ser parte en el desarrollo un programa educativo que contribuya a prevenir la ansiedad en los estudiantes de enfermería de la Universidad Católica De Santa María.
 - Se debe hacer un examen psicológico, para diagnosticar tempranamente, la presencia de ansiedad; y así evitar que se afecte la salud de los estudiantes y su eficiencia educativa.
 - Se debe identificar los factores causales de la ansiedad, para elaborar las posibles soluciones en pro de la salud de las futuras enfermeras
2. La universidad a través del departamento médico y los docentes deben fortalecer las habilidades intrapersonales e interpersonales de los estudiantes.
 - La Facultad de Enfermería debe asesorar a los estudiantes que no cuentan con la tutoría de los padres o apoderados.
3. Se sugiere la ejecución de la propuesta: “A Combatir La Ansiedad” para prevenir y disminuir la ansiedad, siendo de aplicación permanente en el año académico.
4. Se sugiere realizar otras investigaciones relacionando los factores sociodemográficos y los niveles de ansiedad.

PROPUESTA: “A COMBATIR LA ANSIEDAD”

Programa Educativo para disminuir y evitar la ansiedad en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, comprende talleres de relajación muscular progresiva y programa de intervención en habilidades sociales para jóvenes

1. Fundamentación

El estudio desarrollado sobre ansiedad en las estudiantes de Enfermería permite presentar esta propuesta, y al hacerlo, se la fundamenta por la razón de que la ansiedad puede deteriorar la salud de las personas y ocasionarles ineficiencia en el desempeño cotidiano y en el proceso de aprendizaje.

La problemática de ciertos cuidados de enfermería y de ciertas situaciones críticas en todas sus complejidades, hacen dificultosa muchas veces la labor del estudiante e influyen como factores importantes en sobrecargas añadidas a las funciones que se cumplen durante las prácticas y que provocan finalmente estados de tensión y malestar a los estudiantes que como futuras enfermeras(os) son las que más en contacto están con las personas dolientes.

Las implicancias del comportamiento estudiantil en la vida y en su formación profesional, demandan equilibrio, serenidad, optimismo y madurez; la formación académica no solo requiere el aprendizaje de competencias de la especialidad, sino también modelos vivenciales que aporten actitudes y valores ético morales a los futuros profesionales para alcanzar la integralidad que la sociedad demandara de los mismos.

Este análisis, motiva a presentar esta propuesta con el propósito de contribuir a evitar daños mayores y a corregir los que ya estuvieran presentes.

2. Objetivos

- 2.1. Desarrollar un programa educativo que contribuya a prevenir la ansiedad en las estudiantes y docentes de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.
- 2.2. Fortalecer las habilidades intrapersonales e interpersonales de los estudiantes que incrementen su nivel de competencias profesionales.

3. Metodología

- Las sesiones se realizarán los fines de semana para poder evitar la interrupción con las prácticas clínicas y clases teóricas de los estudiantes, con una duración de 2 horas por sesión, además el número de estudiantes por grupo deberá ser como máximo de 20 personas.
- Las sesiones serán predominantemente participativas.
- Discusiones dirigidas.
- Testimonios vivenciales.
- Representación de roles
- Participación de expertos en cada tema.

3.1. Dinámica de cada sesión

- Orientación y presentación de las actividades a realizar.
- Dinámica motivacional.
- Informe de avances u otras situaciones en la aplicación del tema tratado en sesión anterior.
- Desarrollo del contenido programado con uso de la metodología y materiales pertinentes.
- Acuerdos, conclusiones, sugerencias.
- Socialización.

TALLERES DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Consta de las siguientes fases:

1) Fase informativa:

Que consiste en un par de sesiones explicativas en las que se discute de manera grupal respecto a la ansiedad y sus manifestaciones, así como sobre las situaciones potencialmente ansiógenas.

2) Fase de entrenamiento en relajación:

En la que se trabaja la técnica de relajación muscular progresiva. El objetivo principal de esta técnica es reducir el nivel de activación del sujeto, buscando que el estudiante aprenda a controlar sus propias respuestas fisiológicas.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON

Una de las técnicas de relajación más simples y fáciles de aprender es la relajación muscular progresiva, un procedimiento ampliamente utilizado hoy en día, que fue originalmente desarrollado por Jacobson en 1939. Es un tipo de relajación que presenta una orientación fisiológica. El procedimiento enseña a relajar los músculos a través de un proceso de dos pasos. Primero se aplica deliberadamente la tensión a ciertos grupos de músculos, y después se libera la tensión inducida y se dirige la atención a notar cómo los músculos se relajan.

Normas básicas:

- En la relajación es esencial la concentración
- El lugar donde se lleve a cabo ha de ser tranquilo
- Se evitarán los ambientes muy calurosos o muy fríos
- La luz debe ser tenue
- La ropa ha de ser adecuada a las condiciones ambientales

El ambiente de la habitación ha de ser adecuado, con poca luz y, si es posible, se pueden aprovechar los efectos relajantes que tienen ciertos olores como, por ejemplo el aroma de lavanda lo cual se puede conseguir con un ambientador adecuado. La aplicación de la técnica de relajación requiere una formación específica por parte de la persona que la dirige.

Pasos para relajarse

Sentarse en una silla confortable; sería ideal que tuviese reposabrazos. Ponerse tan cómodo como sea posible y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensar y relajar grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrará más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera será más capaz de reducir esa tensión.

No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que estamos trabajando en cada paso. No mantener la respiración, apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 ..."

Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos. Hay que ser cuidadoso si se tienen agarrotamientos musculares, huesos rotos, etc. que hacen aconsejable consultar previamente con el médico.

1. **Manos.** Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después.
2. **Bíceps y tríceps.** Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan.
3. **Hombros.** Tirar de ellos hacia atrás (ser cuidadoso con esto) y relajarlos.
4. **Cuello (lateral).** Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda.
5. **Cuello (hacia adelante).** Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado).
6. **Boca (extender y retraer).** Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar.
7. **Lengua (paladar y base).** Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar.
8. **Ojos.** Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión.
9. **Respiración.** Respirar tan profundamente como sea posible; y entonces tomar un poquito más de aire; espirar y respirar normalmente durante 15 segundos. Después espirar echando todo el aire que sea posible; entonces espirar un poco más; respirar y espirar normalmente durante 15 segundos.
10. **Espalda.** Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. Ser cuidadoso con esto.

11. **Glúteos.** Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar.
 12. **Muslos.** Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar.
 13. **Estómago.** Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar.
 14. **Pies.** Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
 15. **Dedos.** Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar.
- 3) Recomendaciones finales:** por último, se lleva a cabo una sesión informativa en la que se explican diversas pautas a introducir en su estilo de vida, que serían beneficiosas para afrontar la ansiedad; así mismo se realiza un repaso general de los aspectos más relevantes del programa.
- EVALUACIÓN:** Se realiza a través de un cuestionario. Los encargados tendrán que realizar las estadísticas de acuerdo a las respuestas para conocer los resultados de la técnica de relajación.⁷

⁷ www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_14/ponencias/1495-F.pdf. 15-11-13

INSTRUMENTO PARA MEDIR TALLERES DE RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

Registro de relajación en grupo

Por favor valore en una escala de 0 a 10.

1. Grado de relajación alcanzado

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Grado de concentración alcanzado

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Dominio de la técnica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Confianza en su utilidad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TALLERES DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES PARA JÓVENES

Implica la aplicación de un pre-test y post- test. Siendo el instrumento utilizado la escala multidimensional de la expresión social-cognitiva (emes- c) - (v. caballo)

SESIÓN N°1: Introducción.

La primera sesión será de carácter introductorio, irá encaminada a transmitir a los alumnos la importancia de las habilidades interpersonales para llevar una vida satisfactoria. Además de recalcar que la participación es voluntaria y sin ningún tipo de coacción para la intervención en el mismo.

Luego se procederá a la aplicación del instrumento: escala multidimensional de la expresión social-cognitiva (emes- c) - (v. caballo), se absolverán dudas a los alumnos sobre el instrumento. Una vez que todos los alumnos hayan terminado se reiterará sobre la importancia del programa mediante ejemplos que expliquen su utilidad en la vida cotidiana. Luego, se explicarán las normas del grupo y los procedimientos que se van a llevar a cabo.

Para llevar a la práctica todo ello, aplicaremos una serie de directrices

En primer lugar, el personal encargado se presenta e invitan a que los alumnos lo hagan también.

En segundo lugar, se explica, en qué va a consistir la terapia y que el objetivo del grupo es enseñar habilidades útiles para el trato con la gente, en general, para sentirse cómodo ante diversas situaciones.

En tercer lugar se especifican los procedimientos que se van a emplear, es decir: técnica de modelamiento, representación de papeles, feedback, generalización, etc.

El personal encargado del programa deberá calificar los instrumentos, conociéndose así el porcentaje de alumnos que no tienen habilidades sociales así como los que sí la tienen y los que se encuentran en un nivel intermedio.

SESIÓN N°2: Lección sobre Asertividad.

1) Introducción teórica:

Es importante que desde el principio, quede claro que una de las ideas básicas de la enseñanza de habilidades sociales consiste en que aprendan a observar la diferencia entre comportamiento pasivo, agresivo y asertivo.

Inhibido	Asertivo	Agresivo
No se respetan los derechos	Respetan los derechos de otros	No respetan los derechos de otros
Se aprovechan de él	Puede conseguir sus objetivos	Se aprovecha del otro
No consigue sus objetivos	Se siente bien consigo mismo, tiene confianza en sí mismo	Puede alcanzar sus objetivos a expensas de otro
Se siente frustrado, herido, ansioso	Expresivo (directo)	Está a la defensiva, humillando al otro
inhibido	elige por sí mismo	Expresivo (directo o indirecto)
Deja al otro decidir por el		Elige por el otro

Otra idea a resaltar es la importancia de defender nuestros derechos asertivos, es decir, que aprendan a detectar cuándo los demás no les tratan de forma justa o cuándo hacen algo que no les gusta. Esto, a veces puede implicar tener que tomar una actitud firme y establecer unos límites.

2) Objetivos:

- Definir qué es la asertividad.
Nombrar los derechos asertivos: que tomen conciencia de que aprender la manera de defender nuestros derechos, es una característica del desarrollo de las habilidades sociales.
- Diferenciar el comportamiento asertivo, sumiso y agresivo.
- Realizar preguntas para discusión del tipo: ¿por qué es importante en determinadas situaciones, defender nuestros derechos?, ¿alguno puede poner algún ejemplo de una situación en la que deberíais defender vuestros derechos?, ¿qué supondría que lo hicierais?

- Consecuencias de la conducta no asertiva, de la conducta agresiva y de la conducta asertiva.

SESIÓN N°3: Iniciar y mantener conversaciones.

Es importante en esta sesión repasar los conceptos introducidos en la anterior sesión.

Esto se puede hacer de forma participativa, es decir, que sean los propios alumnos los que comenten lo que se vio en la primera sesión y éste sería ya un buen momento para empezar a reforzarles según van recordando.

Una vez realizado esto, los encargados pueden empezar a enfocar la sesión hacia la habilidad que se va a tratar, en este caso, el inicio y mantenimiento de las conversaciones. Los pasos que exponemos a continuación son los que se llevarán a cabo en cada sesión como norma general. No obstante, que si durante la marcha del programa es necesario introducir nuevos conceptos, técnicas o procedimientos, así se hará, de manera que el programa sea lo más eficaz posible.

1) Introducción teórica:

Vamos a discutir y practicar el hablar con los demás. Se les explica que es una cosa que se hace normalmente pero no a todo el mundo le resulta fácil, porque algunas personas no han aprendido o no han practicado estas habilidades. Se discutirá cómo hablan con la gente y mejor aún, cómo mantienen conversaciones con los demás

Posteriormente pasaríamos a hablar de las ventajas e inconvenientes de participar en conversaciones. El procedimiento que emplearíamos para ello sería mediante “lluvia de ideas”, así fomentamos la participación. También realizaríamos una serie de preguntas abiertas para que conteste cada uno de ellos, del tipo: ¿cuántos de ustedes saben cómo iniciar una conversación?, ¿qué hacen cuando se acaba el tema de conversación?

2) Objetivos:

- Hacer preguntas de discusión; para que ellos mismos discurren sobre el tema, y evitar así el caer en una explicación meramente teórica por parte de los terapeutas.
- Explicar ventajas e inconvenientes de practicar dicha habilidad y toma de conciencia de su importancia.

3) Técnicas:

Una vez realizada la discusión, explicamos cómo vamos a aprender la habilidad.

En primer lugar pedimos dos voluntarios y exponemos los pasos que vamos a seguir:

- 1) Saludar a otra persona.
- 2) Mantener una pequeña conversación.
- 3) Observar si la otra persona nos está escuchando.
- 4) Empezar con un tema.

El instructor una vez dicho esto, presenta una posible situación que se puede dar en la vida real y se ensayará mediante un role-playing. Al principio, los encargados actuarán como modelos, pero se comenzará con la práctica representando un modelo de estilo de personalidad agresivo, en segundo lugar, un estilo sumiso y por último, asertivo. A continuación, la técnica se aplicará varias veces con los diferentes alumnos y con situaciones distintas. Cada vez que se realice un cambio de papeles, se les preguntará a los alumnos cómo se han sentido, qué han pensado y qué aspectos se podrían mejorar según su opinión y según la de los demás (feedback).

4) Tareas para casa:

- Se les invita a los alumnos a intentar iniciar como mínimo una conversación con un amigo, amiga y con un adulto. Es importante que se fijen en cómo lo hacen los demás, qué estilos de personalidad observan, en cómo mantienen las conversaciones y en cómo las acaban.
- Que participen en una conversación que ya está iniciada y que estén atentos en cómo lo hacen.

SESIÓN N°4: Hacer y recibir cumplidos.

Repaso de los puntos más importantes de la sesión anterior y dificultades, si las ha habido, al aplicarlo en su vida cotidiana. Si los alumnos lo han practicado, es importante reforzarles en el momento y no demorarlo en el tiempo. Si vemos que no lo han practicado, habrá que explicar de nuevo la importancia que tiene el hecho de que lo lleven a la práctica

1) Introducción teórica:

En primer lugar, debemos plantear la práctica de esta habilidad (y todas las demás), como algo que hace que la gente se sienta bien. En el cumplido, podemos diferenciar dos partes: el darlo y el recibirlo. El hecho de reaccionar de forma positiva ante el halago de alguien o el hecho de expresar algo positivo y sincero a una persona, tiene muchas ventajas. En este momento, expondríamos las ventajas de llevar a la práctica el hecho de hacer cumplidos.

A continuación, a modo de preguntas abiertas, se les plantea a cada uno de ellos cuestiones tales como: ¿Puede alguien poner un ejemplo de un cumplido?, ¿cuándo han hecho un cumplido recientemente?, ¿qué sucedió y cómo se sintieron?

Es interesante además, explicar el hecho de que dar y recibir cumplidos es un proceso circular o recíproco. Es decir, una persona que hace cumplidos sinceros a otras personas, recibirá a cambio, un reforzamiento similar.

Otro paso que habría que dar, sería hacerles conscientes de que no solo son ellos a los que les gusta recibir cumplidos, también a las demás personas les gusta que se los hagan.

En último lugar, habría que explicar la importancia de la sinceridad en el cumplido y la búsqueda del momento apropiado a la hora de hacer el cumplido

2) Objetivos:

- Realizar preguntas a los alumnos sobre qué es lo que piensan acerca de esta habilidad. Por ejemplo: ¿cuánta gente sabe iniciar una conversación?, ¿cuántos de vosotros sabéis tomar parte de una conversación ya iniciada?, ¿cómo mantenéis una conversación?, ¿cómo termináis una conversación?
- Plantear ventajas e inconvenientes de practicar esta habilidad.

3) Técnicas:

Una vez llevada a cabo la discusión anteriormente comentada, pasamos a practicarla mediante las siguientes técnicas:

- En primer lugar, con dos voluntarios, se explican los pasos que se van a llevar a cabo:
 - 1) Decidir lo que se quiere elogiar de la otra persona.
 - 2) Decidir cómo hacer el cumplido.
 - 3) Escoger el momento y lugar para hacerlo.
 - 4) Llevar a cabo el cumplido.

A todo ello hay que añadir, que el cumplido puede ser, por el aspecto de la otra persona, por el comportamiento o por un logro. Es importante que tengan en cuenta, que han de sentirse cómodos y como ya hemos adelantado antes, que el cumplido ha de ser sincero y agradable.

Una vez aclarados todos los pasos, se llevará a cabo la situación que han elegido mediante role-playing . Siguiendo la dinámica de la sesión anterior, comenzaremos los terapeutas

escenificando la situación reflejando los distintos tipos de personalidad, aplicando de esta forma, la técnica de modelado. Será después, cuando los propios alumnos lo practiquen de forma asertiva.

Para finalizar, se les pregunta cómo se han sentido y se les da feedback sobre su actuación.

4) Tareas para casa:

- Hacer un cumplido sincero a un miembro de su familia cada día.
- Hacer, por lo menos, un cumplido sincero a algún maestro.
- Hacer un cumplido del mismo modo, a uno de sus compañeros.
- Cuando reciban un cumplido, que presten atención a cómo se han sentido, es decir, si han sentido vergüenza, orgullo...).

SESIÓN N°5: Saber hacer críticas y recibir críticas.

Repaso breve de la sesión anterior, comprobación de las dificultades que han podido tener los alumnos y reforzar si han realizado las tareas.

1) Introducción teórica:

El tema que esta sesión ocupa consiste en hablar sobre las quejas y del modo en que es conveniente realizarlas. Una queja es una manifestación sobre alguien o algo que no nos gusta. Es importante tomar conciencia de que cuando una persona nos expresa una queja, probablemente es porque quiere que modifiquemos algo que no le gusta de nuestro comportamiento. Además, habría que modificar la connotación negativa de la queja y verlo de otra manera, es decir, que cuando se hace bien, es para mejorar las cosas, no para empeorarlas.

Además hay que distinguir entre: formular una queja y responder a una queja.

Una vez introducido el tema, para que resulte más dinámico, conviene fomentar la participación de los alumnos formulando preguntas para que sean discutidas entre todos.

Serían preguntas tales como: ¿Podéis ponernos ejemplos de quejas?, ¿Cómo os sentía cuando habéis producido una queja?, ¿Qué ocurre normalmente cuando expresáis una queja a otra persona?

2) Objetivos:

- Mediante preguntas abiertas, cuestionar si saben en qué consiste dicha habilidad.
Es decir: ¿os resulta difícil decirle a alguien que no os gusta algo que ha hecho?, ¿cómo os sentís cuando lo hacéis?, ¿os moleste cuando alguien os dice algo negativo de vosotros?, ¿cómo os sentís?-
- Exponer entre los terapeutas y los pacientes, las ventajas e inconvenientes de aprender esta habilidad.

3) Técnicas:

- Como en las sesiones precedentes, los terapeutas explican los pasos que hay que seguir para llevar a cabo la práctica. En este caso, primero expondremos los pasos para formular una queja, y en segundo lugar, los pasos para responder a una queja.

A) Pasos para formular una queja:

- 1) Pensar cuál es la queja. (¿Cuál es el problema?).
- 2) Decidir a quién nos quejaríamos.
- 3) Quejarnos a esa persona, teniendo en cuenta las alternativas: ser amable, asertivo, hacerlo en privado
- 4) Exponer la queja a la otra persona, haciendo sugerencias para resolver el problema.
- 5) Preguntar a la otra persona cómo se ha sentido.

B) Pasos para responder a una queja:

- 1) Escuchar la queja (con atención).
- 2) Pedir a la otra persona que nos explique todo lo que no entendemos.
- 3) Decirle si hemos comprendido la queja.
- 4) Sugerir una solución para los dos. Este paso requiere, comprometerse, defender de manera asertiva nuestra posición y disculparse si es necesario.

Todo ello se llevará a cabo aplicando además técnicas vistas al inicio del programa como: banco de niebla, aserción negativa e interrogación negativa.

Una vez que estén claros todos los pasos, en primer lugar, serán los terapeutas los que expongan la situación a practicar y actúen ellos como modelos. En primer término, de manera agresiva, después de manera sumisa y finalmente de manera asertiva.

Una vez realizado ello, serán los alumnos los que pasen a practicarlo, ofreciéndoles entre todos una crítica constructiva e invitándoles a que expongan sus sensaciones.

5) Tareas para casa.

- Mientras ven la televisión, que escriban algunas situaciones en las que la gente se queja o debiera quejarse. Que se cuestionen qué harían ellos en tales situaciones, cómo contestarían, etc.
- Que hagan lo mismo, con personas más cercanas a ellos, es decir, que observen a amigos, familiares, etc.
- Que hagan como mínimo una queja a la semana y que experimenten cómo se sienten y cómo lo recibe la otra persona.

SESIÓN N°6: Preguntar dudas

Como en las sesiones anteriores, es conveniente hacer alusión a los conceptos aprendidos en el último día y plantear si hay alguna duda que no haya sido aclarada.

1) Introducción teórica:

Esta habilidad, como en todas las demás, puede resultar fácil de realizar para algunas personas, pero esto no es así para todo el mundo. A veces, nos da miedo equivocarnos al formular la pregunta, o tenemos la creencia errónea de que va a ser una tontería, incluso podemos llegar a pensar que todo el mundo nos va a estar mirando y que si nos equivocamos, vamos a hacer el ridículo. Todo ello, hace que optemos por la solución más fácil y rápida, pero no la mejor, que es, no hacer preguntas. Por tanto, en esta sesión vamos a tratar de quitar el miedo a preguntar dudas y para ello, vamos a seguir los siguientes objetivos

2) Objetivos:

- Que los alumnos tomen conciencia de que no tiene importancia el hecho de preguntar dudas, lo haremos mediante preguntas de reflexión del tipo: ¿cómo me siento cuando hago una pregunta en clase?, ¿qué ocurre?, ¿qué hace la persona a la que se lo pregunto?, ¿qué crees que puede pensar esa persona?, ¿cómo te sientes tú?, ¿qué es lo peor que puede ocurrir si realizo una pregunta?
- Una vez discutidas estas cuestiones, plantearíamos entre todos las ventajas e inconvenientes que tiene el hecho de preguntar dudas.

3) Técnicas:

Pasamos a continuación a poner en práctica lo que hemos hablado y discutido durante la sesión, para ello, programamos los pasos o instrucciones a seguir en el ensayo conductual:

- 1) Decidir lo que el alumno quiere averiguar.
- 2) Decidir a quién se lo preguntará. (Que considere la posibilidad de preguntárselo a varias personas).
- 3) Pensar en diferentes formas de hacer la pregunta y elegir una de ellas.
- 4) Elegir el lugar más adecuado y la ocasión para formular la pregunta. (que espere a que haya un descanso, o a que haya cierta intimidad).

Como es habitual en el programa, en primer lugar, serán los terapeutas los que actúen como modelos in vivo, exponiendo la situación desde los diferentes estilos de comportamiento ya aprendidos. En segundo lugar, serán los propios alumnos los que lo practiquen también de manera agresiva, asertiva y sumisa.

Por último, se dará información o feedback específico de cómo se ha efectuado la conducta, para poder analizar cómo mejorarla y reforzar los comportamientos adecuados. Es importante que todos los compañeros refuercen las conductas de los demás.

4) Tareas para casa:

- Que el alumno pida al profesor que le explique algo que no entiende.
- En casa: que el alumno le pida a uno de sus padres por qué no le deja salir.
- En el grupo de amigos: que pregunte a un compañero qué apuntes dieron en la clase que no estuvo.

SESIÓN N°7: Tomar la iniciativa

Se repasarán los conceptos aprendidos en la sesión anterior y se resolverán las dudas que han podido surgir durante la semana

1) Introducción teórica:

No siempre es fácil tomar una iniciativa o una decisión. Seguro que todos recordamos una situación en la que teníamos dudas, no podíamos decidirnos por algo o nos daba vergüenza tomar una iniciativa por si nos equivocábamos. Seguro que esto hace que os sintáis mal. Constantemente nos encontramos con situaciones en las que hay que decidirse o tomar la iniciativa; por ejemplo: qué carrera elegir, pedir salir a un chico/a,

etc. Por tanto, los objetivos que vamos a tratar de conseguir son los siguientes:

2) Objetivos:

- Realizar preguntas para discusión, como por ejemplo: ¿habéis tenido alguna vez problemas para tomar una decisión o tomar la iniciativa para hacer algo?, ¿cómo os sentís cuando tenéis que decidir por algo?, ¿cómo os afecta?, ¿tomáis alguna vez la iniciativa en el grupo?
- Plantear entre todos, en base a lo discutido, las ventajas e inconvenientes que conlleva el aplicar esta habilidad, es decir, ventajas de tomar la iniciativa o tomar una decisión de forma rápida, eficaz e inteligente e inconvenientes de no ser capaces de decidir.

3) Técnicas:

Como en los casos anteriores, en primer lugar los terapeutas darán instrucciones a los chicos de los pasos que hay que llevar a cabo:

- 1) Pensar si están satisfechos con lo que están haciendo o si están aburridos.
- 2) Pensar en situaciones en las que se lo han pasado bien.
- 3) Decidir cuál de esas cosas podrían hacer ahora.
- 4) Poner en práctica dicha actividad.

Los terapeutas aplicarán la técnica de modelado, representando la situación elegida desde los diferentes tipos de comportamiento, y por último, lo harán los alumnos de igual modo. Una vez realizado el ensayo, se resolverán dudas que surjan, se intercambiarán impresiones entre todos y se reforzarán las conductas apropiadas.

A este procedimiento, también le sumamos el empleo de técnicas relacionadas con la resolución de conflictos, diseñados para dotar a los sujetos de estrategias cognitivas para problemas interpersonales.

4) Tareas para casa:

- En la escuela o en el barrio: el alumno elige una actividad extraescolar en la que participar.
- En casa: que tome una decisión que le reporte un beneficio.
- En el grupo de amigos: sugiere al grupo que jueguen a otra cosa diferente

SESIÓN N°8: Explicar un tema determinado

Al inicio de la sesión se resumirán los puntos más importantes de la sesión anterior y se comentarán las dificultades encontradas.

1) Introducción teórica:

Es algo muy común que las personas se sientan algo incómodas cuando tienen que hablar en público, ya sea de sí mismos o de algún tema en particular. En esta sesión nos centraremos en la situación de hablar o explicar un tema. Muchas personas tienen gran dificultad a la hora de explicar un tema a los demás; ya sea porque se sienten inseguros, porque piensan que van a tartamudear, que la gente les está mirando y criticando lo que hacen, que se van a bloquear, etc. Esta serie de pensamientos, a su vez, muchas veces van ligados a la creencia de que “a los demás, no les pasa”. Por tanto, todo ello hace que la mayoría de las veces evitemos el hablar en público. Pues bien, comentado todo esto, vamos a plantear los objetivos que pretendemos en esta sesión:

2) Objetivos:

- Plantear una serie de cuestiones como venimos haciendo hasta ahora, para que reflexionen entre todos, del tipo: ¿recordáis alguna situación en la que os haya dado vergüenza explicar un tema?, ¿qué pasó?, ¿cómo os sentisteis cuando decidisteis no explicarlo?, si lo explicasteis, ¿qué pasó?, ¿cómo reaccionaron los demás?. Poner ejemplos.
- En segundo lugar, plantear y discutir entre todos las ventajas e inconvenientes.

Es decir; ventajas de enfrentarse a la posibilidad de explicar un tema a los demás e inconvenientes que tiene el hecho de no hacerlo.

3) Técnicas:

Una vez clarificados los objetivos, pasamos a practicar dicha habilidad. Es muy probable, que en concreto en esta habilidad, encontremos mayores dificultades, ya que prevemos que pueden detectarse más problemas de ansiedad (a nivel cognitivo, fisiológico y motor) y que en algún caso haya que tratar este problema aparte. Por eso, es posible que antes de pasar al ensayo conductual, haya que reestructurar algunas creencias.

Aclarado esto, pasamos a dar los pasos a seguir:

- 1) Piensa en lo que quieres explicar.
- 2) Razona las ventajas que tiene el hacerlo.
- 3) Date autoinstrucciones a ti mismo (ya se las habremos explicado) del tipo: puedo hacerlo, no pasa nada si me equivoco, voy a hacerlo.
- 4) Piensa en las consecuencias de hacerlo (satisfacción) y qué es lo peor que puede ocurrir si no los haces.
- 5) Elige el tema y exponlo.

En primer lugar, los terapeutas harán de modelo con una de las situaciones que hayan elegido los alumnos. En segundo lugar, cada alumno elegirá una situación diferente y se irán haciendo ensayos conductuales.

4) Tareas para casa:

- En el colegio: que se presten un día voluntarios para explicar la lección que corresponda.
- En casa: que expliquen a algún miembro de su familia algo que les ha pasado durante el día y que sea importante para ellos.
- En el grupo de amigos: que cuenten una película.

SESIÓN N°9: Invitar a salir a alguien del sexo opuesto

Hacemos un breve repaso de la sesión anterior y comentamos las dificultades encontradas a la hora de aplicar la habilidad recomendada.

1) Introducción teórica:

En esta sesión hablaremos sobre un tipo de interacción con los compañeros, lo cual, implica hablar y salir con chicos de vuestra edad. Cuando hablamos de interacción nos referimos al hecho de que los chicos hablen con las chicas y las chicas con los chicos.

Todos podéis aprender y compartir cosas con los demás, y no debería importar si hablamos de chicos o de chicas, hombres o mujeres, lo que pasa es que a veces, no sabemos cómo hacerlo.

2) Objetivos:

- Realizar preguntas para discusión: ¿alguno de vosotros sabe por qué parece que resulta más fácil a un chico hablar con otro chico o a una chica hablar con otra chica?, ¿sobre qué tipo de cosas podéis hablar?
- Intentar que se deshagan de las cosas que entorpezcan tener estas amistades.
- Discutir entre todas las ventajas de tener habilidades para hablar tanto con chicos como con chicas y los inconvenientes de no tener habilidades para conocer y hacer nuevas amistades con chicos y con chicas.

3) Técnicas:

En primer lugar, explicarles los aspectos del contenido verbal y la conducta motora afectiva.

Pasos que hay que dar para concertar una cita:

- 1) Contacto visual.

- 2) Afecto (expresar deseo de otro contacto).
- 3) Conocer si el otro comparte ese interés.
- 4) Propuesta de actividades a realizar.
- 5) Día, hora, lugar, etc.

Como es habitual, los terapeutas se presentarán como modelo, primero de forma sumisa, después agresiva y por último asertiva.

Por último, los alumnos harán lo mismo de manera asertiva, ofreciéndoles los demás el feedback correspondiente y reforzando las conductas adecuadas.

Para practicar esta habilidad, hay que dar importancia a la técnica de libre información.

4) Tareas para casa:

Que elijan una persona que les guste o en la que tengan interés y que le proponga una cita.

SESIÓN N°10: Hablar de uno mismo o de sus problemas.

Se harán comentarios de la última sesión y comprobar si han surgido dificultades.

1) Introducción teórica:

Muchas veces nos resulta muy difícil expresar los aspectos positivos o negativos de nuestra personalidad, nuestra forma de actuar, nuestra forma de vida, nuestras preocupaciones, nuestros sentimientos, etc. Quizás pensamos que a los demás no les interesa lo que contamos, pero ante esto, podríamos plantearnos que no tiene por qué ser siempre así, no debemos adelantarnos a lo que piensan los demás, o mejor dicho, a lo que creemos que piensan los demás.

2) Objetivos:

- Plantear a los alumnos preguntas para que reflexionen entre todos: ¿a quién de vosotros os resulta difícil expresar vuestros sentimientos o preocupaciones?, ¿Qué sientes cuando lo haces?, ¿qué ocurre en el otro?, si tenéis que contar un problema a un amigo, ¿qué crees que pensará?
- Expresar las ventajas y los inconvenientes de hablar de uno mismo.

3) Técnicas:

Como en sesiones anteriores, los terapeutas dan instrucciones de cómo llevar a cabo la habilidad y se plantean los siguientes pasos:

- 1) Concéntrate en lo que está sucediendo en tu cuerpo y en lo que estás pensando.

- 2) Piensa en lo que ha sucedido para que te pongas así.
- 3) Piensa en lo que sientes. (feliz, triste, preocupado...). El terapeuta pedirá que quede clara la emoción que tiene.
- 4) Piensa en las distintas formas que tienes para expresar uno de tus problemas y cómo te sientes, eligiendo una de ellas.
- 5) Elige cómo, cuándo, dónde y con quién podrás expresar lo que sientes.

Los terapeutas harán de modelo para que los alumnos observen diferentes formas de llevar a cabo la habilidad. Posteriormente, practicarán una situación determinada elegida por ellos y se hará role-playing. Como es habitual, es importante que los alumnos expresen cómo se han sentido y que lo demás les den feedback.

Estas técnicas estarán combinadas con técnicas asertivas del tipo: libre información, aserción negativa, autorrevelación, etc.

4) Tareas para casa:

- En el colegio: expresar a un profesor que tiene dificultades para aprender una asignatura determinada, o que le cuesta concentrarse, etc.
- En el grupo de amigos: contarle a un amigo algo que le preocupe o un problema que tenga últimamente.
- En casa: hacer lo mismo con un miembro de su familia.

SESIÓN N°11: Dar una negativa o decir “no”

Repaso de la sesión anterior y comentario de las dificultades encontradas.

1) Introducción teórica:

Vamos a discutir en esta sesión lo que es la negativa y cómo utilizarla de forma correcta. Negarse, consiste en ser capaz de decir no de forma adecuada cuando alguien nos pide que hagamos algo. Existen formas de decir no que tienen pocas posibilidades de herir los sentimientos de la otra persona. Por este motivo, es importante aprender a negarse correctamente. Para ello, los objetivos que planteamos son los que exponemos a continuación:

2) Objetivos:

- Planteamiento de preguntas tales como: ¿ puede alguno de vosotros poner un ejemplo de una ocasión en la que tuvo que negarse o debiera haberse negado?, ¿qué sucedió cuando

dijiste que no de forma adecuada, o cuando te enfureciste y dijiste que no?, ¿cuándo querías decir que no y dijiste que sí?

- Ventajas de aprender a negarnos o a decir no e inconvenientes de no aprender a negarnos o a decir no.

3) Técnicas:

Se plantean los pasos que se han de llevar a cabo a la hora de poner en práctica la situación:

1) Piensa en una situación en la que quieras decir que no y no sabes cómo hacerlo. Elige a la persona a la que se lo quieres decir.

2) Piensa en cuál es tu postura y por qué quieres decir que no.

3) Expresa tu postura y mantenla.

A la hora de hacer el role- playing, ya sean los terapeutas o los alumnos, hay que tener siempre presentes las técnicas vistas en la sesión que tuvimos sobre asertividad. Es decir, aplicaríamos: banco de niebla, autorrevelación, disco rayado, etc.

4) Tareas para casa:

- En el colegio o en el grupo de amigos: que escuche los argumentos persuasivos de un compañero que intenta que hagan novillos.

- En casa: que escuche y se defienda de manera asertiva cuando sus padres le digan lo que se tiene que poner para ir a un determinado sitio.

SESIÓN N° 12: Habilidades sociales no verbales (I).

Durante esta sesión y la siguiente, vamos a centrarnos en este tipo de habilidades, con la finalidad de que los alumnos sean capaces de agrupar todos los tipos de habilidades vistos hasta ahora y que sean capaces de relacionarlas con la comunicación no verbal.

Es decir, que busquen la coherencia entre el mensaje verbal que queremos transmitir y el mensaje no verbal.

1) Introducción teórica:

Vamos a hablar sobre algo que todos utilizamos y que vemos utilizar a los demás cuando hablan: la comunicación no verbal o hablar sin palabras. Cuando hablamos con otra persona estamos dando y recibiendo constantemente señales no verbales. Cuando sonreímos, fruncimos el ceño, miramos sorprendidos, cuando parecemos enfadados, saludamos con la

mano, etc, nos estamos comunicando sin palabras. Cuando hacemos estas cosas, facilitamos que los demás comprendan exactamente lo que queremos decir.

A continuación, pasamos a explicar los tipos de comunicación no verbal:

- Postura: expansiva o compresiva.
- Expresión facial: sonrisa, mirada, contacto ocular, cabeza alta.
- Espacio que guardamos entre los demás y nosotros.
- Voz: volumen, ritmo, inflexiones.
- Brazos y manos: movimientos, contacto.
- Cuerpo: movimientos, postura relajada, orientación hacia el otro

2) Objetivos:

- Preguntas para discusión: ¿pueden poner ejemplos de señales no verbales?, ¿ayuda la comunicación no verbal a comprender el sentido del mensaje?, ¿qué sucedería si no utilizarais señales no verbales cuando tuvierais que decir algo?
- Ventajas de utilizar la comunicación no verbal de forma correcta e inconvenientes de no utilizarla o de utilizarla de manera incorrecta.

3) Técnicas:

Se realizarán prácticas del siguiente tipo:

- Presentarles varias secuencias de películas (sin volumen) en las que haya mucha comunicación no verbal. La tarea consistirá en que observen las secuencias y escriban lo que creen que dicen los personajes según las señales que observen.

4) Tareas para casa:

- Que observen a otros alumnos en el colegio y a otros miembros de su familia, y que escriban la forma en que se comunican no verbalmente.

SESIÓN N°13: Habilidades sociales no verbales (II).

A lo largo de esta sesión continuaremos con las técnicas que se han de llevar a cabo para aprender a utilizar bien la comunicación no verbal.

Se repasarán los conceptos vistos en la sesión anterior y realizaremos las siguientes tareas:

- Buscar fotografías en revistas y periódicos de gente que hace que los demás sepan cómo se siente a través de la comunicación no verbal. Analizar qué intentan comunicar.

- Que cada uno de los alumnos elija una situación para practicarla. Una vez elegida, se hará role-playing y se grabará en video, con la finalidad de que se observen a sí mismos y que se pueda comentar entre todos los aspectos a mejorar y las áreas a reforzar.

SESIÓN N°14: Repaso general.

Dedicaremos esta sesión a repasar todos los conceptos aprendidos durante el programa, los objetivos planteados, las técnicas utilizadas y las dificultades encontradas. Recogeremos la opinión personal de cada uno de los alumnos acerca cómo ha transcurrido el programa; cómo se han sentido, si consideran que ha resultado eficaz y aspectos que habría que mejorar y las áreas a reforzar⁸.

EVALUACIÓN: Se realizará mediante la aplicación del instrumento: Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES-C)



⁸http://habilidadesparaadolescentes.com/equipos/HSociales_adolescencia_derechos_asertivos_Modulo%203.pd-f14-08-12

INSTRUMENTO PARA MEDIR TALLERES DE INTERVENCIÓN EN HABILIDADES SOCIALES PARA JÓVENES

Información de la Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES-C)

Autor: Vicente E. Caballo.

Mide: Habilidades Sociales

Tipo de instrumentos: Escala autoadministrada.

Objetivos: EMES-C es un cuestionario dirigido a evaluar pensamientos negativos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales.

Población: General

Descripción: instrumento auto-administrado tipo Likert de 0 a 4 puntos, donde 0 equivale a nunca o muy raramente, 1 equivale a raramente, 2 equivale a de vez en cuando, 3 equivale a habitualmente o a menudo y 4 a siempre o muy a menudo.

Consta de 44 ítems, los mismos que están relacionados con pensamientos negativos asociados a situaciones de interacción social. Ofrece información acerca de 12 diferentes factores las mismas que agrupan las siguientes situaciones: Temor a la expresión en público y enfrentarse con superiores; temor a la desaprobación al expresar sentimientos negativos y rechazar peticiones; temor a hacer y recibir peticiones; temor a hacer y recibir cumplidos; preocupación por la expresión de sentimientos y la iniciación de interacciones con el otro género; temor a la evaluación negativa de los demás al manifestar conductas asertivas; temor a una conducta negativa de los demás ante la expresión de conductas positivas apropiadas; preocupación por la expresión de los demás ante la expresión de sentimientos propios; preocupación por la impresión causada en los demás; temor a expresar sentimientos positivos; temor a la defensa de derechos; temor a asumir posibles carencias propias.

Fiabilidad: EMES-C- consistencia interna: 0,92. Fiabilidad test-retest: 0,83.

Validez: La escala EMES-C posee buenas correlaciones con otras medidas de ansiedad social, como la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE); la Escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD): 0,57; y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollin y Kendall (ATQ): 0,49 (ATQ-F) y 0,48 (ATQ-I). La validez concurrente empleando la FNE (Temor a la evaluación negativa, Watson y Friend, 1969), la SAD (Escala de evitación y Ansiedad Social, Watson y Friend, 1969) y la ATQ (Cuestionario de Pensamientos Automáticos, Hollin y Kendall, 1980) como criterios se refleja en las siguientes correlaciones: FNE (0,58), (0,57), ATQ-F (0,49) y ATQ-I (0,48).

Tiempo de aplicación: 30 minutos aproximadamente.

Normas de aplicación: El sujeto debe puntuar la escala (44 ítems) dependiendo de la frecuencia con la que presente conductas o pensamientos planteados en cada una de las preguntas y que se relacionan con la presencia o ausencia de habilidades sociales.

Corrección e interpretación: Proporcionan una puntuación sobre la habilidad social global de la persona, así como la habilidad social específica para cada una de las dimensiones. Se establece de esta manera si una persona tiene o no habilidades sociales. Sumando los totales de los ítems, se obtiene una puntuación global del cuestionario, que nos da una idea clara de la habilidad social de una persona en el aspecto general, es decir, en diferentes situaciones sociales. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la expresión social.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LA EXPRESIÓN SOCIAL-COGNITIVA (EMES- C) - (V. CABALLO)

Nombre:.....**Fecha:**.....

Edad:.....

Esta prueba ha sido diseñada para proporcionar información sobre algunos sentimientos o pensamientos que pudiera Ud. tener en sus relaciones con las demás personas. Al contestar, coloque una X en la alternativa más apropiada, usando la siguiente escala:

- 4= Siempre o muy a menudo (más del 90% de las veces)
- 3= Habitualmente o a menudo (entre 66 y 90% de las veces)
- 2= De vez en cuando (entre 35 y 65% de las veces)
- 1= Raramente (entre 10 y 34% de las veces)
- 0= Nunca o muy raramente (menos del 10% de las veces)

Su contestación debe reflejar la frecuencia con que Ud. Presenta cada aspecto planteado.

	Siempre o muy a menudo	Habitualmente o a menudo	De vez en cuando	Raramente	Nunca
1. Temo “dar la nota” en las reuniones de grupos, aunque con ello exprese mis opiniones personales.					
2. Si un superior me molesta, me preocupa tener que decírselo directa y claramente.					
3. Temo expresar opiniones personales en un grupo de amigos/as por miedo a parecer incompetente.					
4. Pienso que si no estoy seguro/a de lo que voy a decir es mejor que no inicie una conversación porque podría equivocarme o hacer el ridículo.					
5. Me preocupa que al expresar mis sentimientos negativos justificados hacia los demás, pueda con ello causarles una mala impresión.					
6. Temo a la desaprobación de mis amigos/as si me enfrento con ellos/as cuando se están aprovechando de mí.					
7. Me preocupa empezar una conversación con mis amigos/as cuando sé que no están de humor.					
8. Pienso que es mejor ser humilde y minimizar los cumplidos que me hagan mis amigos/as, en vez de aceptarlos y poder causar una impresión positiva					
9. El hacer cumplidos a otra persona no va con mi forma de ser.					
10. Cuando cometo un error en compañía de mi pareja, temo que él/ella me critique.					
11. Temo hablar en público por miedo a hacer el ridículo.					
12. Me importa bastante la impresión que cause a personas del otro género cuando estoy defendiendo mis derechos.					

13. Me preocupa “hacer una escena” cuando defiendiendo mis derechos personales ante mis padres.					
14. Ha pensado que los demás tenían de mí una opinión desfavorable cuando expresaba ideas contrarias a las de ellos.					
15. Cuando un/a superior/a me critica injustamente, temo enfrentarme con él/ella porque puedo fallar en la argumentación.					
16. He pensado que es responsabilidad mía ayudar a la gente que apenas conozco, simplemente porque me lo han pedido					
17. Temo o siento difícil el expresar cariño hacia mis padres.					
18. Me preocupa hablar en público por temor a lo que los demás puedan pensar de mí.					
19. Si hago un cumplido a una persona del otro género, me preocupa notablemente hacer el ridículo.					
20. He estado preocupado/a sobre qué pensarían las otras personas de mí, si defiendiendo mis derechos frente a ellos.					
21. Al momento de expresar mi enfado por una conducta de mi pareja, temo su desaprobación.					
22. Pienso que no es agradable recibir cumplidos y que la gente no debería prodigarlos tan a menudo.					
23. He pensado que si una persona del otro género rechaza una cita para salir conmigo, me está rechazando a mí como persona.					
24. Me preocupa notablemente iniciar conversaciones con desconocidos/as, cuando no hemos sido presentados.					
25. Pienso que si me hacen un cumplido lo más conveniente es hacer como si no me hubiera dado cuenta.					

26. Me preocupa que mantener una conversación con una persona del otro género tenga que depender de mí					
27. Me importa bastante hablar en público por miedo a parecer incompetente.					
28. Temo o siento difícil rechazar las peticiones de mis padres.					
29. Me importa bastante expresar desacuerdo ante personas con autoridad, cuando ello podría suponer una opinión desfavorable.					
30. Me preocupa lo que puedan pensar mis amigos/as, cuando expreso mi afecto hacia ellos/as.					
31. Me preocupa lo que piense la gente de mí, si acepto abiertamente un cumplido que me hayan hecho					
32. He pensado que una persona, a la que conozco poco, no tiene derecho de pedirme algo que me cueste hacer.					
33. Si hago peticiones a personas con autoridad, temo la desaprobación de esas personas.					
34. He pensado que alguien que hace peticiones poco razonables, sólo puede esperar malas contestaciones.					
35. He pensado que alabar o hacer cumplidos o un/a extraño/a nunca es el modo de empezar a conocerle.					
36. Al momento de expresar cariño a mi pareja me preocupa notablemente que él/ella no me corresponda siempre.					
37. He pensado que si me enfrento a las críticas de mis amigos/as, probablemente dé lugar a situaciones violentas					
38. Me importa notablemente que, al alabar a los demás, alguien piense que soy un/a adulator/a.					
39. Rechazar hacer lo que mi pareja me ha pedido es una forma segura de sentirme luego culpable.					
40. Me preocupa hablar en público por miedo de hacerlo mal.					

41. Temo que la gente me critique.					
42. Me preocupa notablemente que, al expresar sentimientos negativos hacia el otro género, pueda causar una mala impresión.					
43. Si pido favores a personas poco o nada conocidas para mí, temo causarles una impresión negativa.					
44. Me preocupa bastante expresar sentimientos de afecto a personas del otro género					



Hoja de calificación

F – 1: Temor a expresarse en público y a enfrentarse con superiores.

1	3	11	18	20	27	40	T/28	%	2	15	29	33	T/16	%
---	---	----	----	----	----	----	------	---	---	----	----	----	------	---

F-2: Temor a la desaprobación al expresar sentimientos negativos y rechazar peticiones.

5	6	13	28	39	T/20	%
---	---	----	----	----	------	---

F-3: Temor a hacer y recibir peticiones.

32	33	34	43	T/16	%
----	----	----	----	------	---

F-4: Temor a hacer y recibir cumplidos.

8	9	19	22	25	35	T/24	%
---	---	----	----	----	----	------	---

F-5: Preocupación por la expresión de sentimientos y la iniciación de interacciones con el otro género.

19	23	24	26	35	44	T/24	%
----	----	----	----	----	----	------	---

F-6: Temor a la evaluación negativa de los demás al manifestar conductas asertivas.

6	14	20	37	T/16	%
---	----	----	----	------	---

F-7: Temor a una conducta negativa de los demás ante la expresión de conductas positivas apropiadas.

7	26	38	41	T/16	%
---	----	----	----	------	---

F-8: Preocupación por la expresión de los demás ante la expresión de sentimientos propios.

21	30	36	T/12	%
----	----	----	------	---

F-9: Preocupación por la impresión causada en los demás.

10	31	38	41	42	T/20	%
----	----	----	----	----	------	---

F-10: Temor a expresar sentimientos positivos.

3	17	23	44	T/16	%
---	----	----	----	------	---

F-11: Temor a la defensa de derechos.

12	13	16	20	T/16	%
----	----	----	----	------	---

F-12: Temor a asumir posibles carencias propias.

1	4	27	T/12	%
---	---	----	------	---



CRONOGRAMA

	Talleres de relajación muscular progresiva	Talleres de intervención en habilidades sociales para jóvenes
1° semana	Primera sesión	Introducción
2° semana	Segunda sesión	Lección sobre Asertividad
3° semana	Tercera sesión	Iniciar y mantener conversaciones
4° semana	Cuarta sesión	Hacer y recibir cumplidos
5° semana	Quinta sesión	Saber hacer críticas y recibir críticas
6° semana	Sexta sesión. Evaluación	Preguntar dudas
7° semana		Tomar la iniciativa
8° semana		Invitar a salir a alguien del sexo opuesto
9° semana		Explicar un tema determinado
10° semana		Hablar de uno mismo o de sus problemas.
11° semana		Dar una negativa o decir “no”
12° semana		Habilidades sociales no verbales (I).
13° semana		Habilidades sociales no verbales (II).
14° semana		Repaso general. Evaluación

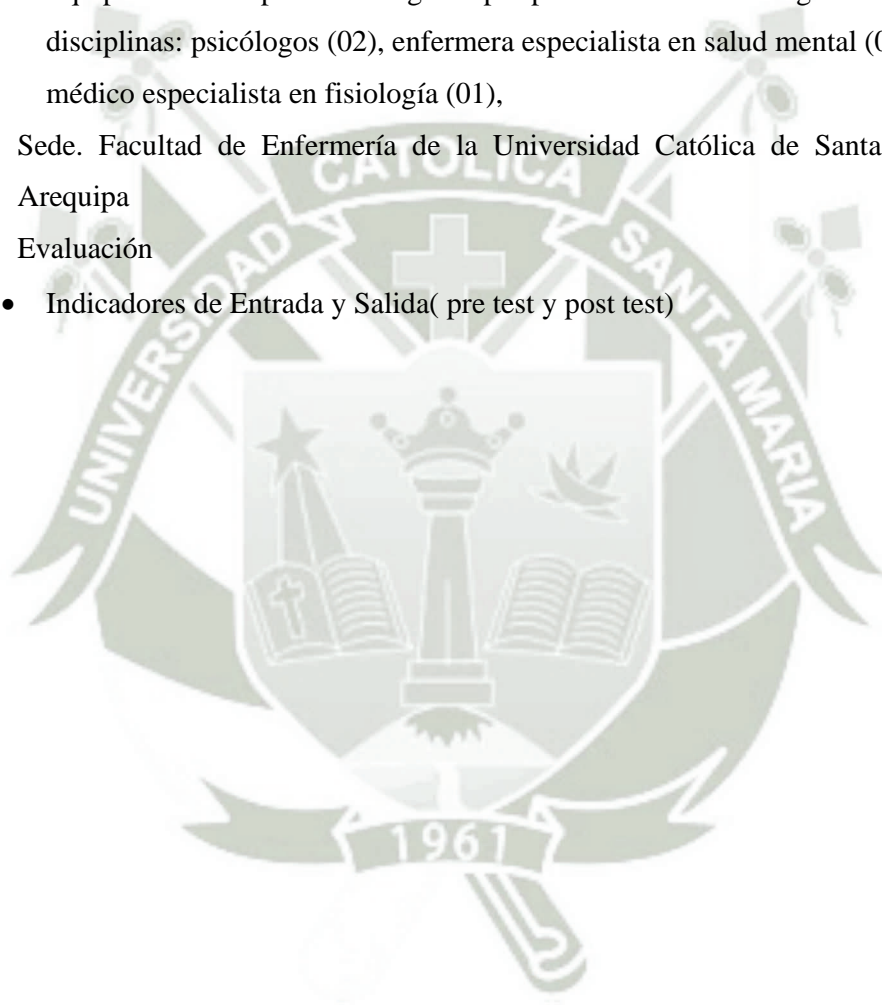
1. Responsables

- De la Coordinación General
Docentes de práctica clínica.
Docentes de Psicología.
- Coordinación Ejecutiva y de Informe final
Docentes responsables de las asignaturas
- Docentes
Equipo multidisciplinario integrado por profesionales de las siguientes disciplinas: psicólogos (02), enfermera especialista en salud mental (01), médico especialista en fisiología (01),

2. Sede. Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa

3. Evaluación

- Indicadores de Entrada y Salida(pre test y post test)



BIBLIOGRAFÍA

- ACKERMAN, NATHAN. “Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares”. Editorial Paidós. 2da Edición. Buenos Aires. 2000
- AHMADIASL Y COL., Effect of Exercise on Learning Memory and Levels of Epinephrine in Rats Hipocampus. Journal of Sports Science and Medicine N° 2. 2003
- ÁLVAREZ PAREDES Y COLS. Inteligencia emocional y nivel de ansiedad de las estudiantes de la facultad de enfermería, UNSA Arequipa 2008. Pág. 34
- BUSTAMANTE SEBASTIÁN. Enfermería familiar: principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Perú. 2004 Págs 15-20
- CARNEGIE, DALE. Como Suprimir las Preocupaciones y gozar de la Vida. Editorial Sudamericana. 2001.
- CERVANTES N. (2004) Arequipa. Incidencia de Ansiedad y sus principales Características Epidemiológicas en alumnos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María
- CONGRAIS MARTIN. EDUARDO. Filósofos, Grandes Hombres de la Historia. Editorial Gacela. Argentina. 1980.
- DACO, PIERRE. Los Prodigios y Victorias de la Psicología Moderna. 3ª Edición. Editorial Daimon. España. 1978.
- DAVIDOLFF, L. Linda. “Introducción a la Psicología”. Editorial Emograf S.A. 1ra Edición. España. 2000. Pág. 27, 64, 420.
- DAVIS, KEITH. Comportamiento Humano en el Trabajo. 11ª edición. Mc Graw-Hill. México. 2003.

- DICCIONARIO ENCICLOPEDICO HACHETT CASTELL. Editorial Castell. 1981.
- DSM-IV. American Psychiatric Association. “Ansiedad. Un Abordaje Clínico”. Editorial S.A. Montgomery Wold. PsychiatricAsociation. 1ra Edición. 1999
- GINER, José. Trastorno de Ansiedad Generalizada. Editorial EGRAF S.A. Madrid. 2005.
- GISPERT, Carlos. Enciclopedia de la Psicología. Editorial Océano. Tomo IV. 2004.
- GOLEMAN, DANIEL. LA Salud Emocional. Editorial Kairos. U.S.A. 2001.
- GUYTON, ARTHUR Y HALL, JOHN. Tratado de Fisiología Médica. Editorial Mc Graw Hill. 9ª Edición. México. 2001.
- HILL, NAPOLEON. Como Hacerse Rico sin Preocupaciones. Editorial Grijalbo. México. 1997.
- HOWARD, C. WARREN. “Diccionario de psicología”. Editorial Grijalbo. 3era edición. México 1999.
- HURLOCK, E. “Psicología del Adolescente”. Editorial Paidos. 2da Edición. Buenos Aires 1998. Pág. 31, 39
- JERSIL, A.T. La Personalidad del Maestro. Editorial Paidós. Argentina. 2000.
- LLOSA ROJAS, TEOBALDO. El Estrés del Ejecutivo. Editorial Ecomédica. Perú. 1999.
- MEJIAS-LIZANCOS, FRANCISCO Y SERRANO PARRA MARÍA DOLORES. “Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental”. Difusión Avances de Enfermería. 2da Edición. Madrid- España. 2002. Pág. 216, 231.
- MERANI, A. “Diccionario de psicología”. Editorial Grijalbo. 2da Edición. México 1998. Pág. 76

- MORRIS, CHARLES. “Psicología”. Editorial Prentice Hall. 1ra Edición México. 1998. Pág. 94
- PAPALIA D. Y WEDKS S. “Psicología”. Editorial Mc Graw Hill. 1ra Edición. España. 1997.
- PAREDES NÚÑEZ, JULIO E. Manual para la Investigación Científica. 4ta. Ed. UCSCM – EPG. Arequipa – Perú, 2003.
- REINA, VALERA. Santa Biblia. Editorial Sociedad Bíblicas Americana. 1992.
- RODRÍGUEZ A. (2001) AREQUIPA. Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con el nivel socioeconómico en los alumnos de los centros pre universitarios particulares y estatales
- SHARFETTER, CHRISTIAN. “Introducción a la Psicología General”. Editorial Morata. S.A. 1ra Edición. Madrid. 1999.
- SOLOMON, PHILIP. Psiquiatría Laboral. Editorial Manual Moderno, México. 1997.
- STORA, JEAN BENJAMIN. ¿Qué se acerca del Estrés?, Editorial Cruz, 1ª Edición. México D.F. 1997.
- TORO G. RICARDO JOSÉ. YEPES R.- LUIS EDUARDO. “Fundamentos de Medicina Psiquiátrica”. Corporación para investigaciones biológicas Medellín 3ra Edición. Colombia 2002. pág. 39
- TRICKETT, SHIRLEY. “Supera la ansiedad y la depresión”. Edit. Hispanoeuropea S.A. 1ra Edición. Barcelona - España. 2000. Pág. 35, 98
- WELLA, A. PAPAGEORGIU, C. BRIEG. “Cognitive Therapy for Social Phobia A case series Behaviors Research and Therapy”. Editorial Interamericana 1ra F México 2001. Pág. 49
- WONG Donna L. “Enfermería Pediátrica”. 4ta Edición. Editorial DoymaMosby Libros S.A. Madrid - España 2000. Pág. 417

BIBLIOGRAFÍA DIGITAL

- **BAEZA VILLARROEL, J. C.** (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad. Madrid y Barcelona. Disponible en: <http://www.clinicadeansiedad.com/02/257/Causas-de-la-ansiedad:-origen-y-mantenimiento.htm>
- **BARRETO MARA Y COLS** (2003) Farmacología de benzodiazepinas, hipnóticos y ansiolíticos no benzodiazepínicos, psicoestimulantes, etanol y neuroactivadores cognitivos disponible en:<http://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/04/farmacologiade-las-benzodiazepinas-ansioliticos-hipnoticos-no-benzodiazepinicos-psicoestimulantes-y-neuroactivadores-cognitivos.pdf>. disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/Urgenciastoxicologicas/Inhibidoresselectivos.htm> _20.05.09
- **BAZÁN QUIÑONES** Edgar. Maduración bio-psico-social en la etapa de la adolescencia disponible en: http://www.uclm.es/ab/educacion/ensayos/pdf/revista11/11_9.pdf
- **BERTOGLIA LUIS.** (2005). Chile. Ansiedad y rendimiento en adolescentes escolares: una alternativa de acción. Disponible en:<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/22/22>
- **DIVERIO IRENE Y COLS** (2006) España. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Pág. 19-22. Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20entorno_completo.pdf
- **FERNÁNDEZ MANUELA** (2005) España. Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia .Pág. 22 disponible en http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_manuela.pdf

- **GRANDIS AMANDA** (2009) Argentina Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. Disponible en: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/grandis_amanda_mercedes.pdf
- **INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL.** Trastornos de ansiedad (2009) disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>
- **LIGA ESPAÑOLA DE LA EDUCACIÓN.** (2010) Adolescentes de hoy aspiraciones y modelos. Disponible en: <http://convivenciaenlaescuela.es/wp-content/uploads/2012/06/Adolescentes+de+hoy.pdf>. pág. 26
- **LINARES AURELIA** (2007) Desarrollo cognitivo: Las teorías de Piaget y Vygotsky disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf
- **PARQUI PAOLA Y COLS** (2009) Estresores en la práctica clínica de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional De San Agustín: propuesta de un programa de intervención. Arequipa 2009. Pág. 15
- **SCHUTT-AINE, J. Y MADDALENO, M.** (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, DC. Disponible en: http://intpsiquiatria.inteliglobe-mex.com/inp_piloto/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf
- **THE ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS** (2007). Disponible en: www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf
- **ZUBEIDAT IHAB** (2005). Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes. España. Pág. 99. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/FobiaSocial.pdf

- www.ansiedad.net/sintomas_23.05.06
- [www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/BBA20614AE1689CC052577850073DE6C/\\$FILE/delincuencia-y-drogas.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/BBA20614AE1689CC052577850073DE6C/$FILE/delincuencia-y-drogas.pdf) 15.8.12
- www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_14/ponencias/1495-F.pdf. 15-11-13
- <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1812/1/T-UCCE-0007-16.pdf> 15.8.12
- www.eutimie.com/trmentales/ansiedad.htm 17.05.06
- www.fobiasocial.net/sintomas_23.06.06
- http://habilidadesparaadolescentes.com/equipos/HSociales_adolescencia_derechos_aseptivos_Modulo%203.pdf 15.8.12
- www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2EwNHNIMDNzYjAy 24.06.08
- www.monografias.com/trabajos11/transtans/transtans.sht.ml 20.05.06
- www.monografias.com/trabajos23/F.S./F.S./SHTml 29.06.06
- www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones/index.shtml 01.10.2009
- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm 6.16.2011
- http://pseva.blogspot.com/2010_09_01_archive.html
- www.psicocentro.com/cgi_bin/articulo_52.asp?texto=art-2c001b 11.06.06
- <http://revistagriot.uprrp.edu/archivos/2011040103.pdf>
- www.siicsalud.com/dato/autoeu/b01410018.htm 15.05.06

- www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf_0
2.05.08
- <http://queeslaansiedadycomosecura.blogspot.com/2013/01/ansiedad-sintomas.html>15.8.12
- www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b49542b6-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL2.pdf 20-5-2008 pág. 49.5.8.12







UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN EDUCACIÓN SUPERIOR



PROYECTO DE TESIS

“NIVELES DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA, AREQUIPA, 2012”

Proyecto de tesis presentada por la Bachiller:
JUANA DE LA SALLE GUTIÉRREZNEYRA
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN EDUCACIÓN SUPERIOR

AREQUIPA – PERÚ
2014

I. PREÁMBULO

La evidencia del problema de Ansiedad en la población estudiantil, problema observado durante el trabajo realizado como docente en las Facultades de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María y Universidad Nacional de San Agustín, motiva e induce a la realización del presente trabajo de investigación, en especial aquella población que tiene que enfrentar al paciente de medicina de alta complejidad y que requieren de cuidados de enfermería. Esta y otra experiencia acaecida en los servicios considerados “Áreas Críticas”, producen en los estudiantes de enfermería reacciones compatibles con los estados de ansiedad, angustia, etc.

Se considera asimismo, que el análisis de un hecho o fenómeno, en este caso de la ansiedad, como reacción emocional básica nos aportan elementos para revisar, ajustar, modificar, reestructurar las acciones académicas y administrativas, tendentes a elevar el nivel de la salud mental de los estudiantes y por consiguiente, de su calidad de vida.

Es fundamentalmente necesario declarar en este caso que, desear realizar un estudio que tenga utilidad y sirva a los propósitos institucionales es una cosa y descubrirlo es otra, esto es precisamente, lo que caracteriza al problema elegido ya que la mente alerta y responsable de un maestro comprometido con el bienestar del estudio universitario sugiere el tema.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

NIVELES DE ANSIEDAD EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, DURANTE LA PRÁCTICA CLÍNICA, AREQUIPA, 2012.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área de Conocimiento

Área General : Ciencias de la Salud

Área específica : Salud Mental

Línea : Ansiedad

1.2.2. Operacionalización y definición de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>Ansiedad</p> <p>Reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza.</p>	<p>1. Afectivos</p> <p>1.1. Reacciones Emocionales</p> <p>1.2. Funciones Intelectuales</p> <p>2. Somáticos</p> <p>2.1. Síntomas musculares</p> <p>2.2. Síntomas somáticos generales</p> <p>2.3. Síntomas de sistema nerviosos autónomo</p>	<p>Niveles:</p> <p>1. Ausentes</p> <p>2. Leves</p> <p>3. Moderadas</p> <p>4. Graves</p> <p>5. Intensamente graves</p> <p>1. Normales</p> <p>2. Ligeramente disminuidas</p> <p>3. Medianamente disminuida</p> <p>4. Intensamente disminuida</p> <p>5. Ausentes</p> <p>1. Ausentes</p> <p>2. Leves</p> <p>3. Moderadas</p> <p>4. Graves</p> <p>5. Intensamente graves</p>

1.2.3. Interrogantes

- a. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad afectiva que presentan los estudiantes de la Facultad de Enfermería durante la Práctica Clínica?
- b. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad somática que presentan los estudiantes de la Facultad de Enfermería durante la Práctica Clínica?

1.2.4. Tipo y Nivel de Problema

Tipo : De campo.

Nivel : Cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

La investigación surge porque el tema de la salud mental de los estudiantes, en la que está inmersa la reacción emocional “ansiedad” cobra cada día mayor importancia, dada la alta incidencia de este cuadro, ahondado más en los grupos de estudiantes universitarios por la característica de adolescentes.

Cuando el estudiante con Trastorno de Ansiedad se encuentra en situaciones temidas, experimenta una preocupación constante y teme que los demás lo vean como una persona ansiosa, débil, rara o tonta. Además, estas jóvenes pueden tener miedo a realizar cualquier tipo de actividad ante los demás, por ejemplo: hablar en público, escribir, comer, beber, o incluso cruzar una sala porque creen que éstos se darán cuenta de su nerviosismo, entonces experimentan síntomas y/o signos como temblor de la voz o las manos, y/o porque harán algo inapropiado, (como equivocarse al hablar, tropezarse, o no saber que decir).⁹

En muchas ocasiones, el temor es tan intenso que los estudiantes evitan completamente las situaciones sociales que temen. En otras, las soportan pero con considerable angustia y malestar. En cualquier caso, tanto el miedo como la evitación

⁹ Wella, A. Papageorgiou, C. Brieg Cognitive Therapy for Social Phobia A case series Behaviors Research and Therapy.2001.pág. 49

limitan las posibilidades de desarrollo personal y afectan a la calidad de vida en general, al interferir en sus estudios y en la actividad diaria cotidiana. De ahí que este estudio sea de relevancia humana y social.

Asimismo, el presente estudio es factible de realizarlo por contar con los recursos de la institución respectiva.

Es de interés para la autora del estudio de investigación porque interesa motivar el bienestar de los estudiantes universitarios, así como el cuidado y preservación de su salud mental orientados a contribuir a su óptimo desarrollo psicosocial.

Se le considera un trabajo no original sino innovador, ya que se encuentran a nivel local estudios relacionados al problema a investigar.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. LA ADOLESCENCIA

La adolescencia abarca el periodo entre el comienzo de la pubertad y el logro de la madurez sexual. El comienzo de la adolescencia no está tan claramente marcado en los niños como en las niñas. Para la Organización Mundial de la Salud, es el período comprendido entre los 10 y 19 años¹⁰. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años y varía de acuerdo a circunstancias sociales.

La adolescencia ha sido definida por numerosos autores como un periodo de transición que vive el individuo desde la niñez a la edad adulta. En los diferentes modelos teóricos del ciclo vital de la familia se menciona como un periodo crítico o como una de las principales transiciones de la vida familiar¹¹.

¹⁰ www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf_02.05.08

¹¹ Fernández Manuela (2005) España. Relaciones familiares y ajuste en la adolescencia. Pág. 22 disponible en http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_manuela.pdf4-3-12

2.1.1. Desarrollo Físico

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. La hormona del crecimiento produce una aceleración del crecimiento que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Este rápido crecimiento se produce antes en las mujeres que en los varones, indicando también que las primeras maduran sexualmente antes que los segundos. La madures sexual en las mujeres viene marcada por el comienzo de la menstruación y en los varones por la producción de semen. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias. En los varones aparece el vello facial, corporal y púbico, y la voz se hace más profunda.

En las mujeres aparece el vello corporal y púbico, los senos aumentan y las caderas se ensanchan. Estos cambios físicos pueden estar relacionados con las modificaciones psicológicas; de hecho, algunos estudios sugieren que los individuos que maduran antes están mejor adaptados que sus contemporáneos que maduran más tarde¹².

2.1.2. Desarrollo Intelectual

El proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget, va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal. Esto tiene como consecuencia el que los adolescentes tengan una mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan el contextosocial

¹²http://pseva.blogspot.com/2010_09_01_archive.html15-8-12

de las conductas, piensen en las alternativas y en las consecuencias que conlleva la toma de decisiones, evalúen la credibilidad de la información, consideren las implicaciones futuras de las acciones y controlen sus impulsos

Estas habilidades cognitivas evolucionan con el tiempo, y no aparecen en un momento predeterminado. Los cambios cognitivos que se dan durante la pubertad hacen que los jóvenes puedan pasar del pensamiento concreto a pensamientos y conductas más abstractas. Durante esta etapa de pensamiento concreto, los adolescentes se preocupan de sí mismos y manifiestan una conducta egocéntrica. Los adolescentes tienden a creer que son siempre el centro de atención, y tienen una “audiencia imaginaria”. Los jóvenes tienden a soñar despiertos o a fantasear, y establecen metas no realistas sobre su futuro. El interés en sí mismos y la conducta introspectiva son comunes, y los adolescentes tienden a pasar más tiempos solos. Con frecuencia los jóvenes creen que sus problemas son únicos y que no tienen solución y por lo tanto nadie puede comprenderlos. Durante este periodo, las personas jóvenes experimentan con roles y fantasías con el fin de desarrollar su identidad, la cual incluye su propio concepto sobre sexualidad, identidad de género y orientación sexual.

A medida que los adolescentes tienden a pensar de forma más abstracta, están más capacitados para tomar decisiones que puedan contribuir a conductas saludables. Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento sólidas, los adolescentes necesitan práctica y experiencia para manejar sus nuevas experiencias y situaciones, y los adultos deben promover estas prácticas. Es importante explorar la influencia que tienen la percepción, los valores y las actitudes de los jóvenes sobre su conducta¹³.

Sin embargo, los datos de las investigaciones posteriores no apoyan esta

¹³Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, DC. http://intpsiquiatria.inteliglobemex.com/inp_piloto/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf

hipótesis y muestran que la capacidad de los adolescentes para resolver problemas complejos está en función del aprendizaje acumulado y de la educación recibida.

2.1.3. Desarrollo Sexual

Las manifestaciones observables de la maduración sexual aparecen según una secuencia ordenada y el estado de madurez puede estimarse en función del aspecto de la misma. La edad en la que se observan estos cambios y el tiempo requerido para progresar de un estadio a otro puede variar de forma considerable entre los niños. El período que va desde la aparición de las yemas mamarias hasta su completa maduración puede ser de 1 ½ años hasta 6 años para las adolescentes, y a veces son necesarios de 2 a 5 años para que los genitales masculinos alcancen el tamaño adulto. Los estadios del desarrollo genital y de los caracteres sexuales secundarios se utilizan como guía para estimar la madurez sexual y son denominados, por lo general, estadios de Tanner.

Maduración sexual en las niñas. En la mayoría de los casos, el primer indicio de la pubertad es la aparición de las yemas mamarias, un acontecimiento conocido como telarquía. A continuación, a los 2 ó 6 meses aproximadamente, le sigue el crecimiento del vello púbico en el monte de Venus, conocimiento como adrenarquía.

La aparición inicial de la menstruación o menarquía, se produce unos 2 años después de la aparición de los primeros cambios de la pubescencia, y en torno a 1 año después de alcanzar el pico de velocidad de aumento de altura y 6 meses después de alcanzar el pico de velocidad de aumento de peso. La menarquía se ha relacionado con un aumento crítico del contenido graso corporal (a mayor contenido graso, menarquía más precoz), aunque es un dato controvertido. El margen normal de edades de la menarquía es entre los 10 y los 15 años, siendo la media de 12 ½ años para las niñas norteamericanas. Al principio, los períodos

menstruales son, normalmente, ligeros, irregulares y anovulatorios. La ovulación se produce, por lo general, de 12 a 24 meses después de la menarquía.

Maduración sexual en los niños. Los primeros cambios de la pubertad en los niños comienzan con el crecimiento testicular y el de las estructuras internas, pero con un desarrollo mínimo del pene. La piel del escroto se vuelve arrugada y rojiza, prosigue el crecimiento del pene y de los testículos, comienza la espermatogénesis y aparece el vello púbico. Al avanzar la pubertad, el pene aumenta en longitud y anchura, la piel del escroto se pigmenta de oscuro y el patrón de distribución características del pelo resulta evidente. Hacia el final de la adolescencia, al incrementarse los niveles de testosterona sérica durante un período de 12 meses, los picos de velocidad de aumento de altura y de peso se alcanzan a la vez.

En los niños no se da un cambio físico súbito que indique la pubertad, como la menarquía en las niñas. La señal manifiesta en ellos es el comienzo de emisiones nocturnas de líquido seminal, que se producen de forma espontánea durante el sueño a intervalos periódicos. A diferencia de la producción de óvulos cíclica en la mujer, la espermatogénesis es un proceso continuo que normalmente está bien establecido hacia los 17 años de edad. El intervalo medio de edad en el que los niños alcanzan la pubertad es de 12 ½ a 16 ½ años, con una media de 14 años.¹⁴

2.1.4. Desarrollo Emocional

El psicólogo estadounidense G. Stanley Hall (Psicología del Adolescente) afirmó que la adolescencia es un periodo de estrés emocional producido por los cambios psicológicos importantes y rápidos que se producen en la pubertad. Sin embargo, los estudios de la antropóloga estadounidense Margaret Mead mostraron que el estrés emocional es evitable, aunque está determinado por

¹⁴WONG Donna L. Enfermería Pediátrica. 4ta Edición. 2000. Pág. 417

motivos culturales. Sus conclusiones se basan en la variación existente en distintas culturas respecto a las dificultades en la etapa de transición desde la niñez hasta la condición de adulto. El psicólogo estadounidense Erik Erikson (Psicología) entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continua a lo largo de toda la vida.

El objetivo psicosocial del adolescente es la evolución desde una persona dependiente hasta otra independiente, cuya identidad le permite relacionarse con otros de un modo autónomo. La aparición de problemas emocionales es muy frecuente entre los adolescentes.¹⁵

2.1.5. La identidad del adolescente: Se entiende como el ser uno mismo en tiempo y espacio, en relación con los demás y con uno mismo.

Construir durante la adolescencia una identidad diferenciada, elaborar un propio proyecto vital, averiguando que quieren hacer con su vida origina un alto nivel de incertidumbre, que sumado a los actuales cambios sociales, puede resultar en algunos casos soportar sobre todo en una edad tan vulnerable¹⁶. Tras la crisis de identidad que ocurre durante la adolescencia, enmarcada en una etapa de cambios físicos, psicológicos, y sociales, el adolescente encamina hacia la consolidación de una individualidad que lo diferencia de otros. Autores como Erickson señalan que este proceso de transformaciones es expresada con frecuencia mediante una desdeñosa y presuntuosa hostilidad hacia el papel que es ofrecido como adecuado o deseable por la propia familia o comunidad inmediata. A l proceso de construcción en el que los individuos definen su forma de ser adultos contribuyen además del medio familiar, el papel del sistema educativo, el grupo de pares, medios de comunicación, entre otros¹⁷.

¹⁵Davidolff, L. Linda. Introducción a la Psicología. Pág. 420 Biblioteca de Consulta Microsoft. Encarta, 2004.

¹⁶Diverio Irene y cols (2006) España. La adolescencia y su interrelación con el entorno. Pág. 19-22
http://www.injuve.es/sites/default/files/LA%20ADOLESCENCIA%20y%20%20entorno_completo.pdf

¹⁷Liga española de la educación. (2010) Adolescentes de hoy aspiraciones y modelos
<http://convivenciaenlaescuela.es/wp-content/uploads/2012/06/Adolescentes+de+hoy.pdf>. pág. 26.15-8-12

2.1.6. Personalidad en la Adolescencia

Es el conjunto único de características y patrones de conducta, (incluidos pensamientos y emociones) de carácter estable, que influyen en la forma en que el sujeto se ajusta a su entorno.

Podemos entender por personalidad la forma de ser típica de cada persona. Si bien no constituye una realidad directamente observable es una organización interna, que se manifiesta a través de la conducta.

Según Erik Erikson, la personalidad se va formando conforme el individuo atraviesa por ocho etapas en el transcurso de la vida las cuales son:

Primera Etapa: En el primer año se enfrentan a un conflicto entre la confianza básica y la desconfianza.

Segunda Etapa: Tercer año de vida, el niño se enfrenta a la segunda crisis, la de la autonomía contra la vergüenza y la duda; durante esta etapa las facultades del niño se desarrollan con celeridad.

Tercera Etapa: Entre los tres y ocho años de edad son activos; se enfrentan a un nuevo conflicto; al de la iniciativa contra el sentimiento de culpa.

Cuarta Etapa: entre los seis y once años de edad, en un mundo nuevo, la escuela con sus metas, limitaciones, fracasos y logros, se enfrenta al reto de gran importancia: diligencia contra la inferioridad (pubertad).

Quinta Etapa: Durante la adolescencia ocurre la crisis de identidad contra la confusión del papel personal.

Sexta Etapa: Durante la primera juventud surge, un nuevo reto: intimidad en compañía, contra el aislamiento los adultos jóvenes están ya preparados para formar vínculos sociales durables, caracterizados por la consideración, el compartir y la confianza.

Séptima Etapa: El adulto de edad mediana debe optar generatividad y

absorción en sí mismo. El término de generatividad denota un compromiso en el futuro y la nueva generación.

Octava Etapa: Al aproximarse la vida a su fin, el adulto se enfrenta a la última crisis, plenitud contra desesperación, es decir, cuando acepta su existencia por algo valioso.

Enfocaremos con mayor interés la etapa de la adolescencia por ser factor importante en la investigación.¹⁸

2.2.ADOLESCENCIA Y FAMILIA

2.2.1. FAMILIA

Es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización.

La familia es un sistema gobernado por reglas, que sus miembros se conducen entre sí de una manera organizada y repetitiva, esta estructuración de las conductas puede ser considerada como un principio que preside la vida familiar.¹⁹

Los padres tienen que caminar sobre una línea muy fina entre otorgar a sus hijos suficiente independencia y protegerlos de vacíos de inmadurez en sus juicios; si la separación o la independencia emocional de la familia se presenta muy temprano puede traducirse en problemas para el joven, que puede tomar la forma de aislamiento, susceptibilidad a la influencia de compañeros negativos, comportamiento insano.²⁰

La familia es importante para la supervivencia del individuo y el moldeamiento de su personalidad. Está demostrada su gran adaptabilidad para adecuarse a las continuas transformaciones sociales. Con todas sus limitaciones, la familia desempeña un rol

¹⁸Davidolff, L. Linda. Introducción a la Psicología. Pág. 27 Biblioteca de Consulta Microsoft. Encarta, 2004.

¹⁹Ackerman, Nathan. (1982). Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires. Edit.

Paidós

²⁰Papalia D. y Wedks S. (1997). Psicología. España. Mc Graw Hill

fundamental para la supervivencia y el desarrollo de la especie humana.

Para fines prácticos podemos entender a la familia como un grupo de personas vinculada por lazos de parentesco consanguíneo o de relación conyugal. Desde el punto de vista de sociología, la familia cubre las tareas sociales necesarias fundamentales; como la crianza y educación de los hijos, el cuidado de los ancianos y de la salud de sus miembros. Desde el punto de vista de psicología, la familia es observada como una unidad afectiva, en donde se forma y desarrolla el carácter de las personas en su ámbito de intimidad y privacidad.²¹

Y desde el punto de vista de salud, la familia es la suma de la salud de cada uno de sus miembros, ya que se trata de un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, semejanzas y complementariedades, que lucha por su preservación, y desarrollo en el tiempo y espacio al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada²².

2.3. ADAPTACIÓN Y ADOLESCENCIA

- **CONCEPTO**

La adaptación se refiere en particular a procesos que hacen más efectivas y ajustadas las actividades de trabajo o de proceso de aprendizaje. Se habla de adaptación social cuando se dan modificaciones de la conducta que mejoran las relaciones con el ambiente social. Podría decirse que los puntos más relevantes de la adaptación del adolescente son los que se refiere a la aceptación de su aspecto físico, consecución de su independencia emocional, respecto a los padres, relación con los compañeros y en general con las personas de su entorno social.²³

La adaptación es todo intento exitoso o fallido de superar el estrés, por adaptarse al ambiente físico y social por lograr la armonía entre los propios deseos y las

²¹ Howard, C. Warren. (1996). Diccionario de psicología. México: Grijalbo.

²²Bustamante Sebastián (2004) Perú. Enfermería familiar: principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. Págs 15-20

²³Merani, A (1998). Diccionario de psicología. México Grimaldo. pág. 76

exigencias y restricciones que impone el medio.²⁴

Todos los organismos nacen con la capacidad para ajustar sus estructuras mentales o conducta a las exigencias del ambiente; para adaptarse a ambientes complejos, la gente utiliza esquemas que posee, siempre que funcionen y modifica y aumenta sus esquemas cuando se requiere algo nuevo²⁵

2.3.1. Adaptación Socio-Emocional

La adaptación socio-emocional se realiza en función del aprendizaje social y consiste básicamente en la aceptación de las normas de un grupo determinado dentro de este ámbito, es importante que el individuo tenga un dominio de sí mismo lo que significa un nivel de madurez emocional y autocontrol de sus emociones que no interfiera con el clima social de su ambiente.

Adaptarse quiere decir cambiar en conducta, en su organismo de tal modo que las nuevas influencias ambientales les sean cada vez menos extrañas, chocantes hasta que dejen de serlo por completo.

“Es el ajuste o modificación de la conducta individual necesarios para la interacción armoniosa con otros individuos; especialmente la conformidad con costumbres y tabúes”

El grupo deberá contribuir a la realización de la dignidad o independencia individual, al crecimiento y a la expansión de cada miembro.

En el plano social se habla de un proceso de cambios en cuanto a las conductas es menester adoptarlas para que sea aceptado dentro del grupo a la sociedad.

Los jóvenes si se encuentran en un medio ambiente muy distinto de aquel en que lo criaron puede mejorar muchas veces, mejorar su adaptación adquiriendo

²⁴ Morris, Charles (1992). Psicología, México: Prentice Hall. pág. 94

²⁵ Linares Aurelia (2007) Desarrollo cognitivo: Las teorías de Piaget y Vygotsky disponible en: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/Teorias_desarrollo_cognitivo.pdf15-8-12

las facilidades que el nuevo medio ambiente exige. Estas destrezas sociales pueden ser cosas relativamente superficiales pero adquiriéndolas un individuo puede mejorar su participación social y con ello la adaptación de su responsabilidad.

La adaptación del grupo, sus normas, roles, etc. son un signo evidente de adaptación, como la dependencia con respecto al grupo sin que ello signifique la aceptación plena de los demás en este sentido siempre existe el criterio del alumnado para aceptar o no las impresiones del grupo, las relaciones afectivas, algunas son decisivas en el aprendizaje social y el rol que el individuo cumple dentro del grupo.

“La aceptación social significa que el grado en el que la compañía de una persona es tenida por otras como satisfactoria para el mantenimiento de las relaciones estrechas solo puede alcanzarse cuando el adolescente se conforma a las expectativas del grupo con el cual desea identificarse”.

De todo lo expuesto podemos establecer que dentro del concepto sociológico y psicológico la adaptación está considerada como una consecuencia que tiene base física y espiritual que modifica la conducta y el comportamiento social.

La adaptación es importante porque el individuo recibirá con agrado las nuevas relaciones con los demás que lo llevan a guardar estabilidad emocional y hallar apoyo para sus estados de ánimo, sentimientos, preocupación, y ser amistoso con los demás.²⁶

2.3.2. Adaptación y Conducta Social

La vida del hombre es individualmente social y la psicología humana debe por tanto referirse a las relaciones entre individuos y grupo.

La definición que nos propone HILGARDE sobre la conducta social nos dice:

²⁶Hurlock, E. (1994) Psicología del Adolescente. Buenos Aires. Editorial Paidós. pág. 39

“Son las manifestaciones que presentan los individuos, como es el comportamiento de estas, los problemas que surgen en las interacciones entre individuos, percepción personal, relaciones interpersonales, opiniones, y sus cambios”.

Frente al ambiente natural social y cultural el hombre tiene una extraordinaria capacidad, adaptarse quiere decir, cambiar en su conducta y en su organismo de tal modo que las nuevas influencias ambientales sociales y culturales le son cada vez menos extrañas y chocantes hasta que dejan de serlo por completo.

No se puede decir que una persona adaptada carece de conflictos emocionales. “La adaptación se refiere a la forma de tratar los conflictos, a la manera de vivir con ellos en una cultura como la nuestra siempre surgen conflictos”

Una persona mentalmente sana es caracterizada como adaptada. Esta afirmación significa que no se sienta indebidamente afectada por los conflictos con los que se enfrenta, ataca sus problemas de una manera realista, acepta lo inevitable, comprende y admite sus propias definiciones y las de aquellas con quienes tiene que tratar. La conducta es el fruto de la voluntad, el carácter del hombre se expresa en su conducta y se revela por medio de sus acciones, los motivos y propósitos de su realización.

“Las actividades volitivas del hombre supone razonamiento correcto, juicio correcto, evaluación adecuada de motivos y decisiones acertadas, se manifiesta más claramente en sus actos deliberados de elección, por medio de las decisiones que toma, sabe de lo que es capaz”.²⁷

2.3.3. Adaptación en la Familia

La familia es un factor importante para la buena adaptación del ser humano ya que en su seno se recibe la crianza modeladora donde cabe notar que hay

²⁷Hurlock, E. (1994) Psicología del Adolescente. Buenos Aires. Editorial Paidós. pág. 31

familias cultas, incultas, unidas, desunidas, autoritarias, tolerantes o equilibradas, etc.

La familia en sentido estricto está compuesta por los padres e hijos pero en sentido amplio comprende también a los parientes de los padres y a los descendientes de los hijos.

En el seno familiar donde el niño aprende a amar y a ser amado, incluso mucho más antes que aprenda a distinguir entre ambas cosas. Trabajos de investigación han demostrado que cuando hay privación afectiva como alimenticia es ahí donde se generan posteriormente los problemas de adaptación.

2.3.4. Adaptación en la Universidad

Los peculiares problemas psicológicos del estudiante reflejan al grupo de edades al cual pertenecen y a la naturaleza de la experiencia universitaria, el estudiante mientras completa o fracasa en sus obligaciones universitarias, también enfrenta cierto número de tareas de desarrollo. Hasta cierto punto está involucrado en la transición normal del estado adolescente al adulto, y en la medida que sea así, es propenso a preocuparse por los problemas de identidad y por las estrechas relaciones con otras personas. En la medida en que va a la universidad representa una súbita ruptura con el hogar y con el ambiente más estructurado de la escuela secundaria ya que la identidad estudiantil tiene un carácter transitorio y la identidad laboral aun no está formulada, o se encuentra muy lejos; y por lo cual sus relaciones se restringirán, el estudiante es particularmente propenso a los problemas de identidad y también es capaz de aplazar su solución y se encuentra expuesto a esa alternativa.

La salud física y mental del alumno en combinación con la universidad como institución y los tutores individuales pueden influir en las percepciones de los estudiantes y deformarlos, ya sea por ejemplo por una actitud incoherente, desatenta o autoritaria, la cual tiene igual importancia entrando en convivencia

perjudicial con la fantasía, pueden distorsionar el sentido de la realidad de los estudiantes y minar su capacidad de valerse por sí mismos.

Durante los años de universidad las principales circunstancias que contribuyen al estrés suelen estar relacionadas con: dejar la casa, tener que viajar, hacerse cargo de su economía, compartir departamento, vivir solo, atender las clases y relaciones personales etc²⁸. La universidad puede exigir a un estudiante condiciones de vida, modalidades de enseñanza u otros factores que condicionan sus objetivos o necesidades personales o incluso universitarias, o entran en conflictos con ellos. En tales casos los estudiantes pueden desarrollar síntomas de “ESTRES” y pueden optar de alguna manera por el abandono, las razones de deserción son:

- La atmósfera de libertad que reina en las universidades, que asigna a los estudios la tarea de tomar decisiones sobre la asistencia a clase, la conducta sexual, etc.
- La imposibilidad de adquirir hábitos de trabajo apropiados, que son necesarios cuando se eleva el nivel de competencia al ingresar a la universidad.
- Sentimiento de culpabilidad por la libertad sexual en la universidad contrario a las costumbres.
- Presión para participar en actividades sexuales para las cuales no están preparados en su desarrollo.

La mayor parte de los estudiantes que comienzan sus estudios universitarios son adolescentes en el sentido de que continúan aun el proceso de maduración. Continúan creciendo en capacidad intelectual. Muchos adolescentes afrontan tareas como las de hallarse así mismos y esforzarse por conseguir la independencia y una gran parte están indecisos por su vocación.²⁹

²⁸Parqui Paola y cols (2009) Estresores en la práctica clínica de estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional De San Agustín: propuesta de un programa de intervención. Arequipa 2009. Pág. 15

²⁹ Shirley Trickett. (2000) Supere la ansiedad y la depresión. pág. 98

2.4. ANSIEDAD

La palabra ansiedad proviene del latín *anxietas*, que significa conjuga o aflicción, inquietud o zozobra del ánimo, agitación, preocupación por lo desconocido y también está relacionado con la palabra griega que significa “comprimir o estrangular”. La ansiedad es una reacción de la vida frente al mundo³⁰.

La ansiedad antes que nada una característica de los seres humanos y de otros animales, que tiene por objeto un incremento de la activación fisiológica para ponernos en alerta ante posibles amenazas externas y movilizarnos hacia la acción para sortear dichas amenazas, y que sin duda ha sido fundamental para la supervivencia de nuestra especie. Desde este punto de vista la ansiedad es algo sano y positivo que nos ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinados peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

Sin embargo, en las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica, y muchas personas la viven como una emoción negativa y muy desagradable, hasta el punto que una persona con un alto grado de ansiedad se considera que tiene un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), enfermedad mental reconocida por la Organización Mundial de la Salud.

La ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo, y deseo de huir, sin que quien lo sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diverso tipo a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana, y sobre todo de la forma en que interioriza y piensa acerca de sus problemas.

La ansiedad es una emoción normal en el ser humano que cumple una función adaptativa, es decir, sirve para algo, prepara para la lucha o la huida cuando se percibe un peligro. Sin embargo, dado que el ser humano es más complejo, puede experimentar

³⁰Grandis Amanda (2009) Argentina Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. pág. 1
http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/grandis_amanda_mercedes.pdf

ansiedad frente a muchas más situaciones que éstos, y lo que en principio eran mecanismos adaptativos, pueden dar lugar a un serio obstáculo para desempeñar las actividades de la vida diaria.

La ansiedad es una sensación incómoda que se produce como respuesta al miedo a ser herido o de perder algo valioso. Algunos autores distinguen entre los sentimientos de miedo y de ansiedad. Cuando se hace esta distinción, el miedo es un sentimiento que surge de un peligro real y concreto, mientras que la ansiedad es un sentimiento que surge de una causa ambigua e inespecífica o desproporcionada al peligro.

Se puede definir la ansiedad como una respuesta emocional o conjunto de respuestas que se manifiestan en cuatro áreas de la persona: cognitiva o de pensamiento, conductual, motora y psicofisiológica.

Las reacciones de ansiedad pueden ser provocadas tanto por estímulos internos como externos, es decir por hechos ocurridos a la persona, por pensamientos, o por ideas o imágenes mentales que son percibidos por el individuo como amenazantes. La ansiedad como reacción emocional ante la percepción de una amenaza o peligro está presente a lo largo de toda la vida, y en ocasiones nos sirve de protección ante posibles peligros. Ejemplo: ansiedad ante un animal peligroso evitaría acercarnos a él y protegernos.

Los cambios corporales que tienen lugar durante la reacción emocional o estado de ansiedad; como el aumento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, la elevación del tono muscular, el aumento del ritmo de la respiración, la disminución de la función digestiva y sexual, etc., sirven para llevar a cabo con más posibilidades de éxito una reacción de huida o ataque ante aquello que suponemos una amenaza. Un ruido inesperado, pasos en una calle solitaria entre otros, pueden producir de forma inmediata una reacción de ansiedad que prepara a las personas para la acción. Estamos ante niveles adecuados y sanos de ansiedad.

Existe otro tipo de ansiedad, la patológica. Estos mecanismos son patológicos cuando se presentan ante estímulos y/o situaciones mínimos y que no son en sí peligrosos, con una intensidad o duración exagerada.

Las respuestas inadecuadas de ansiedad aparecen en un individuo

- a. En su forma de pensar, caracterizada fundamentalmente por la preocupación, la inseguridad, el miedo o temor, la aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza, dificultad para concentrarse, tomar decisiones, sensación de desorganización y pérdida de control sobre el ambiente, dificultad para pensar con claridad.
- b. En aspectos fisiológicos o corporales. Ej. taquicardia, sudoración, dificultad respiratoria, rubor facial, náuseas, vómitos, diarreas, molestias digestivas, tensión muscular, temblores, fatigabilidad excesiva etc.
- c. En su forma de actuar, que suelen implicar comportamientos inadecuados (movimientos repetitivos o torpes, movimientos sin una finalidad concreta, paralización, tartamudeo, evitación de situaciones etc.).

Ejemplos de amenazas psicológicas triviales son: discusión con jefe, pareja, atascos de tráfico, facturas pendientes.... La ansiedad es un problema cuando:

1. Es de intensidad, frecuencia y duración alta.
2. No es proporcional con la gravedad objetiva de la situación.
3. El grado de sufrimiento subjetivo es alto.
4. El grado de interferencia en la vida cotidiana es alto.

Cuando la ansiedad se cronifica, es estrés. Alerta permanente del organismo. Afecta al sistema inmunológico. Se favorece la hipertensión arterial. Hay conductas inadecuadas de afrontamiento como comer en exceso, fumar, automedicarse, beber... que alivian tensión momentánea pero contribuyen a mantener el problema a largo plazo.

A veces la distinción entre ansiedad crónica y depresión puede ser difícil.

Ansiedad crónica:

- Sentimiento de incapacidad.
- Disolución de la estructura psicosocial.
- Alteraciones psicosociales.

- Pérdida de autoestima.

2.5. TRASTORNO DE LA ANSIEDAD

Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Significa esto que ejercen una función protectora de los seres humanos.

El ser humano durante miles de años se ha tenido que enfrentar a infinidad de peligros; cuando estos se presentaban, las respuestas más eficaces para preservar la integridad del sujeto eran dos: LA HUIDA O LA LUCHA.

Los mecanismos, psicofisiológicos humanos, que preparan para la huida o la lucha (respuestas de ansiedad) han cumplido un eficaz papel a lo largo de los tiempos. El problema es que el ser humano ya no tiene que enfrentarse con animales que corren detrás de él para convertirlo en su cena; en cambio otros muchos agentes estresantes le rodean y le acompañan a lo largo de su existencia, haciendo que el fantasma del peligro le aceche detrás de cualquier situación inofensiva. Citaremos al Catedrático de Terapia de Conducta del País Vasco Enrique Echeburúa (prólogo de Avances para el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad PIRÁMIDE 96), para ilustrar, con un magnífico ejemplo, cómo funciona el mecanismo de la ansiedad:

"En el caso de los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente. Precisamente el ser humano actual está abocado a abordar el fascinante problema de cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo (que se pueden manifestar psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de ansiedad) conservando, sin embargo sus beneficios protectores".

Cuando las personas toman la conducta de comparación con otras personas, los resultados son negativos, de insatisfacción o hay dificultad para superar el criterio empleado para juzgar. Entonces cuanto más elevado sea el criterio de comparación más

va ser el nivel de ansiedad social experimentado³¹.

Respuestas de Ansiedad Agrupadas en los Tres Sistemas de Respuesta Humana.

1. Síntomas Subjetivos, Cognitivos o de Pensamiento

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos Negativos (Inferioridad)
- Incapacidad
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de Concentración
- Dificultad para la Tomade Decisiones
- Sensación General de Desorganización opérdida de Control sobre el Ambiente³².

2. Síntomas Motores u Observables.

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

3. Síntomas Fisiológicos o Corporales.

- SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

³¹Ihabzubeidat (2005). Evaluación de las características de la ansiedad social específica y generalizada en jóvenes. España. Pág. 99 http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Tesis_Digitales/FobiaSocial.pdf.15-8-12

³²Álvarez paredes y cols. Inteligencia emocional y nivel de ansiedad de las estudiantes de la facultad de enfermería, UNSA Arequipa (2008). Pág. 34

- SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- SÍNTOMAS NEUROMUSCULARES: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.³³

**CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD
(D.S.M. IV).-**

TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA
TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA
AGORAFOBIA
FOBIA ESPECÍFICA
FOBIA SOCIAL
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO
TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO
TRASTORNO POR ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA
TRASTORNO POR ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS
TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

34

³³Mejias-Lizancos, Francisco y Serrano Parra María Dolores. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Difusión Avances de Enfermería. 2da Edición. Madrid – España 2002. pág. 216 - 231

³⁴Trickett, Shirley. “Supera la ansiedad y la depresión”. Edit. Hispanoeuropea S.A. 1ra Edición. Barcelona - España. 2000.

2.5.1. Diferenciación de los Trastornos por Ansiedad.

Los rasgos característicos de este grupo de trastornos son síntomas de ansiedad y conductas de evitación. En el trastorno por angustia y en el trastorno por ansiedad generalizada la ansiedad suele ser el síntoma predominante mientras que la conducta de evitación casi siempre se da en el trastorno por angustia con agorafobia. En los trastornos fóbicos la ansiedad aparece cuando el sujeto se enfrenta con el objeto o situación temidos. En el trastorno obsesivo-compulsivo las personas tienen pensamientos persistentes y perturbadores (obsesiones) y usan los rituales (compulsiones) para controlar la ansiedad producida por estos pensamientos. La mayoría de veces, los rituales terminan controlando a esas personas³⁵.

La conducta de evitación casi siempre está presente en los trastornos fóbicos y con frecuencia en los obsesivos-compulsivos. En el trastorno por estrés postraumático el síntoma predominante es la re-experiencia de un trauma y no la ansiedad o la conducta de evitación. Sin embargo, en este trastorno son muy frecuentes los síntomas ansiosos y la conducta de evitación. También hay siempre una elevada activación.

La ansiedad producida por la separación de figuras paternas es una forma de reacción fóbica, siendo clasificada como trastorno por angustia de separación.

Estudios recientes indican que los trastornos por ansiedad son los que se dan con más frecuencia entre la población general. La fobia simple es probablemente el más común de los trastornos por ansiedad en este tipo de población pero, en cambio, el trastorno por angustia es el más frecuente entre la población que busca tratamiento. Los trastornos por angustia, los trastornos fóbicos y los trastornos obsesivos-compulsivos son aparentemente más frecuentes entre los parientes biológicos de primer grado de las personas afectadas que entre la población general.

³⁵Instituto nacional de salud mental. Trastornos de ansiedad (2009) disponible en:
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/trastornos-de-ansiedad.pdf>.15-8-12

DIFERENCIA ENTRE ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Episodios poco frecuentes. Intensidad leve o media. Duración limitada.	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
SITUACIÓN O ESTÍMULO ESTRESANTE	Reacción esperable y común.	Reacción desproporcionada.
GRADO DE SUFRIMIENTO	Limitado y transitorio.	Alto y duradero.
GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDACOTIDIANA	Ausente o ligero.	Profundo.

36

2.5.2. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El síntoma fundamental es la ansiedad, que es persistente en el tiempo (dura más de 6 meses) y generalizada, sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), no estando restringida a una situación en particular como en las fobias.

La ansiedad está asociada muy frecuentemente a preocupaciones excesivas (llamada expectación aprensiva). Por ejemplo: miedo a que algún familiar cercano o la misma persona que sufre este trastorno puedan tener un accidente, enfermarse o morir. A la persona le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o más de los siguientes síntomas:

- Nerviosismo, inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad (cansancio) fácil
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse

³⁶Davidolff, L. Linda. Introducción a la Psicología. Pág. 64 Biblioteca de Consulta Microsoft. Encarta, 2004.

- Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador
- Sudoración, palpitaciones o taquicardia, problemas gastrointestinales, sequedad de boca, mareos, hiperventilación (aumento del número de respiraciones por minuto)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.

Los síntomas de ansiedad en el Trastorno de Ansiedad Generalizada son constantes a diferencia de lo que ocurre en el Trastorno de Pánico donde la ansiedad-pánico aparece en forma paroxística tomando la forma de una Crisis de Pánico. La Crisis de Pánico no suele durar más de 30 minutos pero deja a quien la padece con mucho temor a presentar una nueva crisis. Este "miedo al miedo" se lo denomina "Ansiedad Anticipatoria" y puede confundírsele con un Trastorno de Ansiedad Generalizada, cuando en realidad, no lo es.

Es importante además descartar que los síntomas de ansiedad no sean debidos a la ingesta de algún tipo de sustancia ansiogénica: cafeína, anfetaminas o a una enfermedad médica (hipertiroidismo por ej.). Existen muchas causas que pueden provocar ansiedad en forma secundaria, mayor información al respecto se encuentra disponible en la página Ansiedad Secundaria. Asimismo los Trastornos Depresivos se asocian con mucha frecuencia a ansiedad. Es muy importante realizar un correcto "Diagnóstico Diferencial" para poder arribar a lo que le ocurre a quien se encuentra padeciendo un cuadro de ansiedad. La principal causa de fracaso terapéutico es la falta de diagnóstico o un diagnóstico errado.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aun cuando nada parece provocarlas. El padecer este trastorno

significa anticipar siempre un desastre, frecuentemente preocupándose excesivamente por la salud, el dinero, la familia o el trabajo. Sin embargo, a veces, la raíz de la preocupación es difícil de localizar. El simple hecho de pensar en afrontar el día puede provocar ansiedad.

Tratamiento:

Por lo general, se trata con psicoterapia, medicamentos o ambos.

Psicoterapia. El tipo de psicoterapia llamada terapia cognitiva-conductual es especialmente útil para tratar el TAG. Le enseña a la persona diferentes maneras de pensar, comportarse y reaccionar a distintas situaciones con el objetivo de ayudarla(o) a sentirse menos ansiosa o preocupada.

Los medicamentos son muy efectivos para mitigar los síntomas de ansiedad. Se pueden utilizar medicamentos Ansiolíticos o Antidepresivos con efecto ansiolítico (no todos los antidepresivos lo poseen). Los Ansiolíticos no deberían utilizarse por períodos mayores a un mes ya que con el transcurso del tiempo tienden a producir dependencia y a una necesidad de incrementar la dosis³⁷.

Para tratarse el TAG de un trastorno de larga duración lo más recomendable para el manejo psicofarmacológico de los síntomas de ansiedad es la utilización de Antidepresivos con efecto ansiolítico asociado. A modo de ejemplo podemos citar al Escitalopram, VenlafaxinaXR, Paroxetina, Fluvoxamina, Mirtazapina y Clomipramina. Los Antidepresivos, a diferencia de los Ansiolíticos, no producen acostumbramiento (tolerancia). De allí que es preferible utilizarlos en el tratamiento a largo plazo de la Ansiedad. Por otro lado la calidad del sueño generada por los Antidepresivos sedativos es muy superior a la de los Ansiolíticos, ya que generan un sueño más profundo y reparador.

En la actualidad existen cada vez más medicamentos disponibles para el

³⁷www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones/index.shtml 01.10.2009

tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. De tal manera que, si un medicamento no da el resultado esperado, generalmente hay otros que se pueden utilizar. Además, se están descubriendo nuevos medicamentos para el tratamiento de los síntomas de ansiedad.

Las investigaciones también han demostrado que la Terapia del Comportamiento y la Terapia Cognitiva son efectivas para el tratamiento del TAG. También son útiles las Técnicas de Relajación y de Bio-Retroalimentación (Biofeedback) para controlar la tensión psíquica y muscular.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo:

Existen considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad (p.ej., en algunas culturas la ansiedad se expresa a través de síntomas predominante0s somáticos, y en otras a través de síntomas cognitivos). Es importante tener en cuenta el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de algunas preocupaciones. En los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen hacer referencia al rendimiento o la competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando estos individuos no son evaluados por los demás. A veces la puntualidad es el tema que centra las preocupaciones excesivas. Otras veces son los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción a la vista de que los resultados no llegan a la perfección. Al perseguir la aprobación de los demás pueden mostrar un recelo característico; necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos que motivan su preocupación.

En general, los síntomas del TAG tienden a disminuir con la edad.El trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones cuando se estudian muestras de centros asistenciales (aproximadamente el 55-60% de los diagnósticos se efectúan en mujeres). En estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres.

Prevalencia:

En muestras de población general la prevalencia anual del trastorno de ansiedad generalizada se sitúa en el 3% aproximadamente, mientras que la prevalencia global llega hasta el 5%. En los centros médicos para trastornos de ansiedad aproximadamente el 12% de los individuos presenta un trastorno de ansiedad generalizada. Muchos individuos con trastornos de ansiedad generalizada se consideran ansiosos o nerviosos de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés.

Patrón familiar:

La ansiedad como rasgo muestra una evidente incidencia familiar. Se han descrito hallazgos todavía inconsistentes que muestran un patrón familiar para el trastorno de ansiedad generalizada, aunque la mayoría de ellos no han sido capaces de demostrar un patrón concreto de agregación familiar.

2.5.3. Teorías de la Ansiedad**A. Genética**

Isaac Marks (1986) ha proporcionado un elegante resumen de la genética de los trastornos de temor y ansiedad:

De los protozoarios a los mamíferos, los organismos se han engendrado de manera selectiva con diferencias genéticas para la conducta defensiva, acompañadas de diferencias en el cerebro y en otras funciones biológicas. Estudios en gemelos indican algún control genético del temor humano normal desde la infancia en adelante, de la ansiedad como síntoma y como síndrome, y de fenómenos fóbicos y Obsesivo-compulsivos. Los trastornos por ansiedad son más comunes entre los parientes de los sujetos afectados que los de los controles, especialmente entre las mujeres y los parientes de

primer grado; el alcoholismo y la depresión secundaria también pueden estar sobrerrepresentados. Se han encontrado influencias familiares en el trastorno por angustia, agorafobia y problemas obsesivo-compulsivos. El trastorno por angustia en sujetos deprimidos incrementa el riesgo en sus parientes de fobia, así como de trastorno por angustia, depresión mayor y alcoholismo. La más fuerte historia familiar de todos los trastornos de ansiedad se ve en la fobia a las heridas sangrientas; aun cuando pueda tratarse exitosamente por exposición, su raíz puede yacer en una susceptibilidad autónoma específica, determinada genéticamente. Algunos efectos genéticos pueden modificarse por medios ambientales.

B. Psicodinámica

Al principio, Freud propuso una base fisiológica de la ansiedad, pero posteriormente concluyó que ésta servía como una señal para el yo del surgimiento de conflicto o impulso inconscientes. Su teoría llevó al desarrollo del psicoanálisis, empleado para el estudio y tratamiento de los trastornos emocionales. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la ansiedad se ve como una emoción del yo (la parte de nuestro aparato mental que equilibra los impulsos y demandas de nuestro ello infantil, la austeridad y controles punitivos de nuestro super yo paternal y la realidad externa). La ansiedad también se observa como el indicio clave de un conflicto psicológico oculto.

C. Aprendida

Los terapeutas conductuales sostienen que la ansiedad es una respuesta aprendida ante algún estímulo o situación nocivos. Cuando una situación o estímulo provocan ansiedad en una persona, ésta aprende a reducirla evitando las situaciones que la provocan. El trastorno por ansiedad generalizada puede resultar de un reforzamiento positivo y negativo imprevisible: la persona no está segura de cuándo las conductas de evitación serán efectivas para reducir

la ansiedad, o si lo conseguirán.

También es posible desarrollar la ansiedad en respuesta a estímulos generalmente positivos o neutrales, si los mismos se acompañan de un estímulo nocivo o aversivo.

D. Bioquímica

Cuando se comparan con controles normales, los pacientes con trastornos por ansiedad tienen un funcionamiento fisiológico significativamente diferente (p. ej., frecuencia cardíaca más elevada, concentraciones de lactato sanguíneo más elevadas, y mayor déficit de oxígeno durante el ejercicio moderado). Los pacientes con trastornos por angustia son más sensibles a ciertas sustancias (como cafeína, lactato, isoproterenol, adrenalina, yohimbina y piperoxan). Muchas de estas sustancias incrementan la actividad del locus coeruleus el núcleo del cerebro medio que suministra cerca de 70% de las neuronas liberadoras de noradrenalina en el sistema nervioso central (SNC).

Las personas a las que se les dan estas sustancias manifiestan un aumento en la ansiedad, y los monos exhiben conductas de temor similares a las que muestran cuando se les coloca en un ambiente de confrontación. La estimulación eléctrica del locus coeruleus en los monos produce una respuesta de temor similar, mientras que su ablación reduce las conductas de temor. Los medicamentos que inhiben el funcionamiento del locus coeruleus también reducen las respuestas de temor en los monos y la ansiedad en humanos con trastornos de ansiedad, al igual que en los controles.

Aunque los agonistas α_2 y los bloqueadores de los receptores P adrenérgicos han mostrado poseer algunas propiedades ansiolíticas, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos inhibidores de monoaminoxidasa y benzodiazepinas, que regulan el sentido de una disminución de la función del locus caeruleus (noradrenalina), son los más

útiles en términos clínicos.

Las benzodiazepinas tienen un supuesto segundo modo de acción en que potencian al ácido γ -amino-butírico (GABA), un neurotransmisor inhibitor ampliamente distribuido. El descubrimiento de receptores debenzodiazepina en el SNC condujo a la búsqueda de benzodiazepinas endógenas, y éstas se han encontrado ahora. Se cree que la neurotransmisión anormal de serotonina explica parte de la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo, y los potentes inhibidores de captación de serotonina son el fármaco más efectivo predecible para este trastorno.

2.5.4. Características según los niveles de ansiedad

Nivel de ansiedad	Conductuales	Afectivas	Cognitivas
Leve, o mínimo.	Se sienta calmado, relajado. El contenido de la conversación es adecuado, ya ritmo normal, voz tranquila. Puede llevar a cabo técnicas bien sabidas, juegos no competitivos.	No preocupado. Se siente cómodo, seguro.	El campo perceptuales amplio. Puede tener sueños durante el día, fantasías.
Moderado.	Puede haber temblores finos de las manos. Alguna dificultad para quedarse quieto sentado. Aumento de la salida verbal, se eleva la velocidad del discurso. A menudo se produce durante juegos competitivos.	Preocupado por lo que pueda ocurrir. Se siente nervioso tímido. Puede gustarle la sensación de reto.	El campo perceptual se estrecha. Usa la conducta desolución de problemas. Óptimo nivel para el aprendizaje.
Grave.	Movimientos espasmódicos con notables sacudidas de las manos. La posición del cuerpo cambia con frecuencia. Habla demasiado con aumento de la velocidad, tono y volumen del discurso; el discurso a veces no es claro. Puede haber dificultad con el habla.	Teme lo que pueda ocurrir. Siente necesidad de responder. Se siente inadecuado, ineficaz, inseguro.	El campo perceptual se estrecha más. Disminuida autoevaluación e ideas de inadecuación. Disminución de la concentración, olvidadizo. Dificultad para tomar decisiones. Anticipa lo peor.
Pánico.	Temblores grandes del cuerpo que interfieren con la capacidad de realizar tareas. Conducta sin propósito y primitiva. Habla constante que es difícil de entender. Voz chillona y al nivel de grito. Puede huir o golpear a otros.	Teme no sobrevivir a la experiencia. Teme la muerte inminente. Se siente consternado, atrapado, amenazado, abandonado. Siente terror y desamparo.	Campo perceptual extremadamente limitado. Pensamiento concreto. Divagaciones, bloqueo de pensamiento. Confusión. Escaso juicio. Incapaz de solucionar problemas.

2.5.5. Teorías causales de la ansiedad

No hay una teoría sencilla que pueda explicar adecuadamente la causa y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad. Se entienden mejor como una interacción compleja de muchas teorías.

Teorías biológicas. Parece que hay en las familias algún componente de ansiedad, pero la vulnerabilidad exacta no se conoce en este momento. Ilustrando esto, el índice de trastorno de pánico en familias es del 20 por 100, comparándolo con el 4 por 100 de la población en general. Algunos creen que los individuos ansiosos tienen un sistema nervioso autónomo fundamentalmente de respuesta relacionado con una disfunción de la neurotransmisión de la serotonina y norepinefrina. Un sistema nervioso autónomo principalmente activo puede ser responsable de las características de niveles de ansiedad severa y pánico. La investigación está continuando en las siguientes áreas: una deficiencia en ciertos receptores, que produce oleadas de norepinefrina, anormalidades del SNC, especialmente en el locus ceruleus del puente, que inhibe la capacidad de moderar la entrada sensorial; y aun aumentada sensibilidad al dióxido de carbono, conduciendo a respiración rápida y sensaciones de asfixia. Se cree que se presenta alguna vulnerabilidad biológica la cual —combinada con ciertos sucesos psicológicos, sociales y ambientales— conducen al desarrollo de trastornos de ansiedad.

2.5.6. Manifestaciones Clínicas de la Ansiedad

La característica esencial, es un miedo persistente y severo en una o más situaciones en la que el individuo se siente expuesto al posible escrutinio de otros y teme hacer el ridículo o actuar en una forma que produzca humillación. La exposición a la situación social produce ansiedad intensa e inmediata. Los

³⁸Trickett, Shirley. “Supera la ansiedad y la depresión”. Edit. Hispanoeuropea S.A. 1ra Edición. Barcelona - España. 2000.

pacientes reconocen que su miedo es excesivo e irracional y en la mayoría de los casos la situación social o la actuación son evitadas, aunque algunas veces es preciso enfrentarlas y el paciente es presa del terror.

SÍNTOMAS

Los síntomas más comunes de esta condición son taquicardias, sensación de ahogo, sensación de pérdida del conocimiento, transpiración, rigidez muscular, debilidad muscular, insomnio, inquietud motora, dificultades para la comunicación, pensamientos negativos y obsesivos, etc.

Cabe notar que los síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardiaca y la hipoglicemia. Se recomienda a los pacientes someterse a un examen médico completo para descartarlos.

La ansiedad también puede convertirse en un trastorno de pánico, en el cual la persona cree que va a desmayarse, fallecer o sufrir algún otro percance fisiológico. Es común que las personas con ansiedad visiten la sala de emergencias con cierta frecuencia, y típicamente se sienten mejor luego de ser atendidas³⁹.

Síntomas somáticos:

- Ruborización
- Temblores de manos, pies o voz
- Sudor corporal, especialmente en las manos
- Ataques de pánico
- Tensión muscular
- Dificultad para respirar , sensación de falta de aire
- Sequedad de boca
- Palpitaciones

³⁹www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003211.htm _6.16.2011

- Falta de concentración
- Dolor u opresión torácica
- Deseos urgente de orinar
- Cefaleas
- Molestias gastrointestinales
- Escalofríos
- Sensación de fatiga
- Insomnio
- Mareos⁴⁰.

Síntomas cognitivos (pensamientos) y afectivos:

- Idea de que uno se atrabancará, tartamudeará, toserá, etc.
- Temor a la evaluación negativa, la persona piensa que está siendo juzgado o criticado por los demás.
- Pensamientos negativos, como "voy a hacer el ridículo", "no sabré que decir", "seguro que no les interesa mi opinión"
- Sensación de irrealidad, de estar separado.
- Sensación de que todos tienen la mirada puesta en uno.
- Creer ser visto como ansioso, débil, loco o estúpido.
- Temor extremo a conocer gente nueva.
- Creencia no saber comportarse de un modo adecuado o competente.
- Evasión total de un evento social (Aislamiento)
- Ansiedad intensa o temor extremo frente a un grupo de personas.
- Temor a manifestar síntomas de ansiedad.⁴¹

2.5.7. Etiología de la Ansiedad

Existen factores predisposicionales como son las variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo

⁴⁰<http://queeslaansiedadycómoessegura.blogspot.com/2013/01/ansiedad-sintomas.html>15.8.12

⁴¹www.fobiasocial.net/sintomas_23.06.06

desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores podríamos considerar también algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje. Estos factores predisposicionales no son la ansiedad ni condenan a padecerla. Son factores de vulnerabilidad. Dicho en otras palabras, hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible, por un lado, y más complejo de desactivar una vez disparado, por otro. En cierto sentido, son personas que se encuentran regularmente en una especie de pre-alerta que condiciona su disposición hacia el medio -externo o interno-, la advertencia y el registro de determinados acontecimientos, y la prefiguración de un tipo de respuestas –defensivas- como más probables⁴². La ansiedad puede desencadenarse por una variedad de factores, incluidos las experiencias de vida y los rasgos psicológicos. Específicamente, el aumento del estrés y los mecanismos inadecuados de afrontamiento de situaciones adversas pueden contribuir a la ansiedad. Los antecedentes familiares y la genética también se han implicado en la etiología de los trastornos de ansiedad.

Estudios muestran que hay un vínculo entre la ansiedad y áreas específicas del cerebro, y que un desequilibrio en determinados neurotransmisores cerebrales que regulan la ansiedad, como noradrenalina, serotonina y ácido gamma aminobutírico (GABA), pueden contribuir a los síntomas de la enfermedad.

El prosencéfalo es la zona más afectada en las personas con ansiedad. También se cree que el sistema límbico, implicado en el almacenamiento de los recuerdos y la creación de las emociones, juega un papel central en el procesamiento de toda la información relacionada con la ansiedad. Tanto el locus ceruleus como el rafe dorsal se proyectan hacia el circuito del septohipocampo que, a su vez, se proyecta hacia otras áreas del sistema límbico

⁴²Baeza Villarroel, J. C. (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad. Madrid y Barcelona. <http://www.clinicadeansiedad.com/02/257/Causas-de-la-ansiedad:-origen-y-mantenimiento.htm>

que generan ansiedad. El hipocampo y la amígdala tienen una importancia crucial porque están interconectados y se proyectan a los núcleos subcorticales y corticales. Curiosamente, en algunas personas con trastorno por estrés posttraumático (TEPT), el hipocampo es más pequeño. Esto puede deberse a la degeneración de las dendritas en esta parte del cerebro, que aparentemente es causada por el aumento de la concentración de glucocorticoides provocado por el estrés.

Otras estructuras cerebrales implicadas en el control de las emociones, como el hipotálamo, también pueden estar implicadas en la patogenia de los trastornos de ansiedad, por lo general, las personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) muestran un aumento de actividad en los núcleos basales, especialmente en el cuerpo estriado y otras áreas del lóbulo frontal del prosencéfalo.⁴³

2.5.8. Fisiología de la Ansiedad

a. Hipótesis de la serotonina

Los sistemas serotoninérgicos están implicados en el control de la ansiedad y, casi con total seguridad, en la patogenia de los trastornos de ansiedad. Aunque se ha investigado mucho sobre el papel de la serotonina en el cerebro, especialmente su función e influencia en la hendidura sináptica, todavía no se ha descubierto completamente su función, sobre todo en las enfermedades. Sin embargo, el descubrimiento de que los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), que estimulan la neurotransmisión mediada por serotonina, son beneficiosos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del estado anímico conduce a la hipótesis de que una disfunción de la serotonina es importante en la etiología de estas enfermedades.

⁴³ Sánchez Mandy. Diga no a la Depresión y Ansiedad. Pág. 15 (1991)

Hay varias teorías que asocian la función de la serotonina y sus receptores con las acciones de los fármacos ansiolíticos y antidepresivos. La manipulación farmacológica para estimular la concentración de serotonina en el cerebro aumenta la ansiedad, y la reducción de la concentración de serotonina se asocia a una disminución de la ansiedad. Esto sugiere que la ansiedad es causada por aumentos anómalos de la concentración de serotonina y la depresión, por disminuciones anómalas de aquella. Sin embargo, ésta es una simplificación excesiva del problema y actualmente se ha planteado la hipótesis de que los receptores de serotonina se adaptan a los aumentos de concentración de serotonina y se produce una regulación por decremento de los receptores inhibidores de 5-HT_{1A}, que conduce a un flujo excesivo de impulsos neuronales.

Algunos estudios demuestran que la administración experimental en humanos de agonistas serotoninérgicos tanto de tipo directo (m-clorofenilpiperacina) como indirectos (fenfluramina) pueden provocar ansiedad en pacientes afectados de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotoninérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad.⁴⁴

- b. **HIPÓTESIS GABAérgica:** El GABA es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal asociado a los canales de cloro, de modo que al unirse el GABA junto al receptor ingresan los iones cloro produciendo así una despolarización y por tanto se inhibe la neurona. Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA, este último se ve apoyado por hechos que como un antagonista benzodiazepínico (flumacénil) es capaz de provocar frecuentes y graves crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico pero no en controles sanos.

⁴⁴ www.monografías.com/trabajos11/transtans/transtans.sht.ml._21.06.06

2.5.9. Epidemiología de la ansiedad.

La OMS señala que el cuadro clínico se inicia en la adolescencia, criterio que no comparten algunos autores quienes consideran que el cuadro se inicia en la infancia y se intensifica en la adolescencia, etapa de desarrollo donde el individuo soporta mayores estímulos y contactos sociales que desencadenan el cuadro de trastornos de ansiedad social que una vez instaurado, cursa con tendencia a la cronicidad, con periodos cortos de remisión.

Los estudios epidemiológicos reportan una mayor frecuencia en las mujeres, mientras que las investigaciones clínicas han demostrado una incidencia mayor en varones, al parecer porque el hombre al contrario de las mujeres, se ve sometido a más tempranas y frecuentes tensiones sociales que desencadenan la sintomatología clínica.⁴⁵

2.5.10. Prevalencia de la Ansiedad

Los estudios epidemiológicos han puesto de relieve una prevalencia global para la ansiedad que oscila entre el 3 y el 13%. Estas cifras pueden variar dependiendo de los umbrales definidos para cuantificar el malestar clínico o la afectación de la actividad global del individuo y los tipos de situaciones sociales objeto de estudio. En uno de estos trabajos el 20% de los casos manifestaba un miedo excesivo a hablar o actuar en público, pero sólo un 2% aproximadamente parecía experimentar suficiente malestar o afectación general como para poder asegurar que se trataba de un trastorno de ansiedad. En la población general la mayoría de los individuos con trastorno de ansiedad social temen hablar en público, mientras que un poco menos de la mitad de estos casos confesaba tener miedo de hablar con extraños o conocer gente nueva. Otros temores relacionados con las actuaciones en público (p.ej., comer, beber o escribir delante de los demás, o permanecer en una sala de espera) parecen menos frecuentes. En los centros asistenciales la gran mayoría de las

⁴⁵ Toro G. Ricardo José. Yepes R.- Luis Eduardo. Ob. Cit. Pág. 39

personas con trastorno de ansiedad sienten temor por más de un tipo de situación social. El trastorno de ansiedad rara vez constituye un motivo de ingreso hospitalario. Entre los pacientes con trastorno de ansiedad en régimen ambulatorio, un 10-20% presentan igualmente algún tipo de trastorno de ansiedad social, si bien estas cifras varían ampliamente de unos estudios a otros.⁴⁶

2.5.11. Diagnóstico.

La ansiedad es una enfermedad que frecuentemente es subdiagnosticada, con frecuencia las personas con trastorno de ansiedad asisten a consultorios cuando presentan una enfermedad comórbida.

2.5.11.1. Criterios del DSM-IV diagnóstico de la Ansiedad.-

A. Temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: en los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provocan casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

⁴⁶ www.eutimie.com/trmentales/fobiasoc.htm_19-06-06

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional.

Nota: En los niños pueden faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente en la rutina normal del individuo, en sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo; drogas, fármacos) o de una enfermedad médica, y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo; trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad)

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el criterio A no se relaciona con estos procesos (por ejemplo; el miedo es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

I. Especificar SI:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de personalidad por evitación).⁴⁷

2.5.11.2. Criterios Diagnósticos CIE-10 (F40.1).-

La CIE-10 considera también ala Ansiedad como una entidad nosológica concreta que se caracteriza por: Inicio en la adolescencia.

- a. Temor a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño.
- b. Evitación de situaciones sociales temidas. La conducta de evitación suele ser intensa, y en los casos extremos pueden llevar a un aislamiento social casi absoluto.
- c. Existencia de los dos subtipos: restringidas (por ejemplo: a comer en público) y difusas (que abarcan casi todas las situaciones sociales fuera del círculo familiar).
- d. Baja autoestima y temor a las críticas.
- e. Poder manifestarse como preocupación por ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción, y, a veces, la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en una crisis de pánico.

A continuación se enumeran las pautas para el diagnóstico que exige la CIE-10:

- A. Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas.

⁴⁷DSM-IV. American Psychiatric Association. 1994. Fobia Social. Trastorno de Ansiedad Social. Un Abordaje Clínico. Editor: S.A. Montgomery Wold. Psychiaric Asociation.

- B. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- C. Es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas.

2.5.12. Diagnóstico Diferencial

Es requisito indispensable para hacer el diagnóstico de trastorno de ansiedad, que el cuadro clínico no sea debido a los efectos fisiológicos por el abuso de una sustancia psicotrópica, o la ingesta de medicamentos adrenérgicos; o una enfermedad, como el hipertiroidismo o el parkinson; o que sea desencadenado por otro trastorno mental, como la crisis de pánico, el trastorno de ansiedad de separación, el trastorno dismoforfbico o un trastorno de personalidad esquizoide o limítrofe.

El DSM-IV especifica que el miedo a las situaciones sociales no está originando por crisis de angustia como sucede en el trastorno de pánico. En muchos casos es difícil realizar el diagnóstico diferencial, especialmente cuando las crisis de pánico se presentan ante situaciones sociales. Sin embargo, puede ayudar para el diagnóstico, tener en mente que el trastorno de ansiedad se presenta ante múltiples estresores sociales y las crisis de angustia ante una circunstancia determinada y circunscrita; además, la edad de aparición la distribución por sexo, la búsqueda de ayuda, las conductas evitativas, la calidad y los patrones del sueño, la sensibilidad a la cafeína y al lactato de sodio y la misma respuesta farmacológica, permite diferenciar clínicamente a los trastornos.

Por último, el paciente con trastorno de ansiedad muestra una mayor sensibilidad interpersonal y menor grado de extroversión, que el paciente con crisis de Pánico, quien presenta mayores niveles de somatización y mejores relaciones interpersonales.⁴⁸

⁴⁸ Toro G. Ricardo José. Yepes R.- Luis Eduardo. Ob. Cit. Pág. 39

2.5.13. Pronostico y Evolución

Aunque suele remitir por largos periodos de años, se comporta como una enfermedad crónica con recaídas. Tanto la frecuencia como el curso del trastorno son bastante variables. Cuando reciben el tratamiento adecuado, más del 50% de los pacientes mejora⁴⁹.

La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o la profesión.

Puede complicarse al asociarse con trastornos depresivos, conductas suicidas, alcoholismo y abuso de sustancias.

No existe acuerdo sobre el curso del trastorno de ansiedad, debido a su reconocimiento relativamente reciente como enfermedad mental.

La ansiedad puede ir asociada a una morbilidad mayor de la que se reconocía con anterioridad. Dependiendo del grado en que una condición fóbica interfiera en el funcionamiento normal de una persona, el paciente puede depender económicamente de otras personas y pueden ver seriamente alterada su vida social, su éxito profesional, y en el caso de la gente joven, su rendimiento académico.⁵⁰

2.5.14. Tratamiento

Los mejores resultados terapéuticos se obtienen utilizando psicofármacos asociados a estrategias de terapia cognitiva o conductuales, para cada paciente en particular, teniendo en cuenta el cuadro clínico, los trastornos comórbidos y la vulnerabilidad a los efectos secundarios de los psicofármacos.

⁴⁹www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b49542b6-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL2.pdf 20-5-2008 pág.49

⁵⁰ www.siicsalud.com/dato/autoeu/b01410018.htm 15.05.06

Roy-Byrne recomienda hacer una monitorización de los síntomas de “alarma”, para trabajar psicofarmacológica y cognitivamente sobre ellos.

A. Tratamiento psicológico:

La técnica más conocida y más efectiva para estos casos según la mayoría de los psicólogos es la terapia cognitivo-conductual que ayuda a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. Estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil. De ella pueden derivarse: pensamientos, emociones, sensaciones físicas y comportamientos⁵¹.

También se intenta exponer al paciente a las situaciones temidas pero cambiando su forma de pensar. La parte conductual consiste principalmente en la relajación para disminuir los síntomas físicos y en la enseñanza y práctica de habilidades sociales para enfrentarse a las situaciones sociales con más habilidades.

Varios estudios reportan la eficacia de las psicoterapias cognoscitivo-comportamentales en el trastorno de ansiedad. Se recomienda combinar los métodos de exposición (enfrentar la situación fóbica) y de reestructuración cognitiva (aumentar el autoestima, disminuir los temores irracionales o cogniciones de evaluación negativa).

Se ha utilizado técnicas de exposición graduales en vivo y en la imaginación, así como estrategias de relajación, entrenamiento de estrategias sociales, etc. Generalmente estas terapias son de tipo grupal.⁵²

1. Clasificación de las terapias cognitivo-conductuales

Aplicadas como instrumentos terapéuticos de la enfermedad de salud mental que

⁵¹ The Royal College of Psychiatrists (2007) disponible en:
www.sepsiq.org/file/Royal/LA%20TERAPIA%20COGNITIVO-CONDUCTUAL.pdf15.8.12

⁵²Trickett, Shirley. “Supera la ansiedad y la depresión”. Edit. Hispanoeuropea S.A. 1ra Edición. Barcelona - España. 2000. Pág. 35

pretenda ayudar a sus pacientes con herramientas operativas ya probadas, y muy útiles para el abordaje de determinados y variados problemas. Estas son:

- **Técnicas de reestructuración cognitiva**

Identificar y modificar las cogniciones desadaptativas resaltando su impacto perjudicial sobre las emociones y la conducta.

En ella se parte del supuesto de que la forma en que percibimos los hechos interactúa con nuestra interpretación de los mismos (evaluación cognitiva), afectando a nuestras emociones y nuestra conducta. Ello significa que, puesto que los problemas psicológicos se deben a la presencia de pensamientos desadaptativos o irracionales, las personas pueden aprender a controlar sus propios problemas, a través de la identificación, la modificación y la sustitución por otros, de los valores, las creencias o los pensamientos perturbadores; lo que les posibilita un cambio en los sentimientos y en las conductas. Pero, además, trata de ir más allá, pretende enseñar a la persona una metodología cognitiva que le proporcione las herramientas necesarias para emprender por sí misma su propia reestructuración en problemas sucesivos, con el fin de superar las emociones negativas que le causan ansiedad y aumentar, además, su tolerancia a la frustración.

Ellis considera que esta terapia, presenta una nueva filosofía de la vida de orientación existencialista, que trata de enseñar a las personas que es posible aceptarse como seres valiosos, exclusivamente por el hecho de existir y de vivir. Ataca con firmeza las ideas que sobre la valía de las personas tiene reconocidas la sociedad, como el éxito, la popularidad, las metas logradas... y sitúa la superación de las alteraciones emocionales, tan profundamente arraigadas, en la simple aceptación de sí mismo, sin dar importancia a la competencia o al éxito y sin mirar el reconocimiento o la valoración de los demás.

- **Técnicas de habilidades de afrontamiento**

Consiste en adquirir habilidades para afrontar de forma activa la gran variedad de situaciones estresantes. Desarrollan patrones de conducta adaptativa y desadaptativas. Actúa como educador que evalúa los procesos cognitivos desadaptativos para modificarlos.

- **Técnicas de resolución de problemas**

Entrenar en una metodología sistémica (análisis, objetivos, alternativas, valoración de resultados para abordar los problemas.

La meta de la solución de problemas consiste en formar a la persona en la utilización de las habilidades y métodos sistemáticos en una situación de conflicto, con la idea clave de enfrentar los problemas sobre bases lógicas, y encontrando alternativas eficaces y válidas. Si tenemos en cuenta que todos los días es necesario resolver problemas, encontrar un método que ayude a dar con la solución más adecuada, puede ser un entrenamiento muy válido para la persona, que aumentará su competencia social y su conocimiento en las situaciones conflictivas, fomentando las posibilidades de autocontrol de las mismas. La resolución de problemas aumenta la competencia social y el afrontamiento de conflictos personales y sociales, a través de un método progresivo que favorece la eficacia en los resultados y la satisfacción de la persona.

B. Tratamiento farmacológico:

Sobre todo en los últimos años se está empezando a tratar con fármacos, sobre todo con la famosa píldora de la timidez, aunque hay que decir que los fármacos no pueden hacer cambiar la forma de pensar, lo que hacen es reducir la ansiedad, los síntomas físicos y los estados depresivos, de forma que es más fácil enfrentarse al problema. Entre los medicamentos más utilizados y más efectivos están los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que además no

producen adicción ni prácticamente efectos secundarios, entre ellos los más usados son los que contienen paroxetina como el Seroxat. Además para mitigar los síntomas físicos se suelen usar otro tipo de medicamentos, tales como ansiolíticos o betabloqueantes.

1. Betabloqueadores:

Teniendo en cuenta la teoría de James Lange, que supone que la ansiedad es una respuesta a la percepción de las sensaciones periféricas de la ansiedad, como taquicardias, sudoración, las cuales al inhibidas por los betabloqueadores, disminuyen el componente ansioso central, merced a un mecanismo de retroalimentación positiva. En forma empírica los betabloqueadores han sido utilizados durante varios años por artistas y actores, para aumentar su rendimiento profesional y limitar las manifestaciones de ansiedad al actuar en público.

Los betabloqueadores han demostrado ser efectivos para el tratamiento de la ansiedad, por ejemplo hablar en público. La dosis utilizada es de 50-100 mg diarios de atenolol (Blokium, Diluxen, Tenormin) o 40-80 mg de propranolol (Artesol, Inderal), suministrados en las mañanas o por lo menos una hora antes del evento, que origina la crisis de fobia social.

2. Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO).-

Los inhibidores de la monoaminoxidasa se utilizan mucho menos que los antidepresivos tricíclicos y relacionados o que los ISRS y relacionados, debido a los peligros de interacción alimentaria y farmacológica y a que resulta más fácil prescribir los IMAO cuando no han surtido efecto los antidepresivos tricíclicos que viceversa. La tranilcipromina es el IMAO más peligroso por su acción estimuladora. Los fármacos de elección son la fenelzina o la isocarboxazida, que poseen menos efecto estimulante y

resultan, en consecuencia, más inocuos⁵³.

Los primeros estudios de la fenelzina (Nardil) en el tratamiento de la fobia social, fueron llevados a cabo por Leibowitz en 1986, al lograr mejoría de los síntomas en los 11 pacientes a los cuales les fue administrada. Este resultado fue interpretado como debido a las cualidades ansiolíticas y no a las propiedades depresivas de la fenelzina. Versiani y Liebowitz han reportado resultados similares con la tranilcipromicina.

Los IMAO han demostrado ser superiores en eficiencia al placebo y a betabloqueadores, tipo atenolol, especialmente en los cuadros de Ansiedad generalizada y son eficaces en la disminución de la hipersensibilidad interpersonal. Los resultados obtenidos con los IMAO reversibles, tipo moclobemida, han sido halagadores y permiten emplearlos con mayor seguridad en los pacientes con ansiedad y evitan las restricciones dietéticas que implican la administración de los IMAO tradicionales. La moclobemida (Aurorix) es tolerada mejor que la fenelzina y debe ser administrada en dosis plenas (300-600mg diarios), como en los cuadros depresivos.

3. Benzodiazepinas.-

Las benzodiazepinas aumentan la acción inhibitoria del neurotransmisor GABA. (Principal neurotransmisor inhibitorio) a nivel del SNC. Desde su aparición y hasta la actualidad, las benzodiazepinas se han convertido en los fármacos de mayor prescripción en el tratamiento psicofarmacológico de la ansiedad. El alprazolam (Xanax) y el clonazepam (Rivotril) han demostrado ser eficaces en el tratamiento del trastorno de ansiedad social, pero la ansiedad y las conductas de evitación reaparecen al suspender la administración del fármaco. Las dosis de alprazolam oscilan entre 1.5-6.0mg

⁵³ www.imedicinas.com/GPTage/Open.php?Y2EwNHNIMDNzYjAy_24.06.08

diarios y las dosis de clonazepam entre 1.5-3.0mg diarios⁵⁴.

4. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).-

Los ISRS incrementan la actividad serotoninérgica, principalmente en los receptores 5HT_{2A}, reduciendo la liberación de dopamina, lo que genera un efecto antidepresivo; sin embargo, su mecanismo de acción no es del todo conocido⁵⁵.

La fluxetina (Prozac), ha mostrado resultados positivos, especialmente en los pacientes en quienes los síntomas fóbicos han aparecido en la edad adulta y la duración del trastorno no ha sido prolongada. Estudios preliminares muestran que la sertralina (Zolof) es eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad.

5. Otros Psicofármacos.-

- Buspirona (Buspar) han demostrado una buena respuesta, pero con menor eficacia que la obtenida por los IMAO.
- Goldstein, ha obtenido resultados satisfactorios al utilizar la clonidina (Catapres) para el tratamiento de los pacientes que se han mostrado refractarios al tratamiento con IMAO o betabloqueadores.
- Para unos mejores resultados lo mejor es combinar los dos tipos de tratamientos acudiendo a un psiquiatra para que nos ponga un tratamiento médico y a un psicológico.
- Además de los tratamientos mencionados anteriormente hay otro tipo de terapia que podíamos llamar socioterapia y que para los casos en que la falta de relaciones sociales es uno de los principales problemas, ayuda mucho a superar el problema. Esta terapia consistiría en realizar actividades sociales, tales como el salir con amigos, el apuntarse a algún

⁵⁴Barreto Mara y cols (2003) Farmacología de benzodiazepinas, hipnóticos y ansiolíticos no benzodiazepínicos, psicoestimulantes, etanol y neuroactivadores cognitivos disponible en:<http://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/04/farmacologiade-las-benzodiazepinas-ansioliticos-hipnoticos-no-benzodiazepinicos-psicoestimulantes-y-neuroactivadores-cognitivos.pdf>

⁵⁵<http://www.encolombia.com/medicina/Urgenciastoxicologicas/Inhibidoresselectivos.htm> _20.05.09

tipo de actividad, etc.

C. Tratamiento Quirúrgico

Se realizó un estudio que incluyó 51 pacientes con Ansiedad crónica, las cuales habían sido sometidos a un procedimiento quirúrgico para disminuir o bloquear la descarga autonómica: simpaticotomía torácica endoscópica. Los síntomas de sudoración, enrojecimiento, temblores, palpitaciones y ansiedad fueron aliviadas con la cirugía en el 88%, de los pacientes. No tuvieron complicaciones post-quirúrgicas, simpaticotomía torácica endoscópica puede ser una alternativa prometedora para el tratamiento de la ansiedad.

2.5.15. Prevención de la Ansiedad

Algunas de las cosas que podemos hacer para aprender a manejar nuestra ansiedad y así evitar que se convierta en patológica son: Respiración controlada y relajación.

Relajarse implica dejar conductas de estrés, aprender a ver las cosas con relatividad y experimentar autocontrol. Una forma de hacerlo puede ser la siguiente:

Busca un lugar tranquilo, donde no te vayan a interrumpir y reserva media hora para ti. Puedes sentarte en un lugar cómodo o echarte; si quieres ponte una música suave, tranquila; cierras los ojos y empiezas a sentir tu respiración, cómo entra y sale el aire. Intenta bajarlo hasta el estómago y llenar luego el pecho. Observa, y cuando tengas tu propio ritmo empieza a contar respiraciones de uno a diez, unas cuantas veces intentando ralentizar la cuenta... Vas tomando sensación de tu cuerpo y empiezas a pararte en cada zona. Toma sensación de los pies... siente las piernas detenidamente... el peso... el calor, el contacto de la piel con la ropa, déjate llevar por tus sensaciones, toma después sensación de tus caderas... la zona genital... los glúteos... deja que tu respiración se profundice, llega hasta la parte baja del tronco... siente la parte baja de la espalda... deja que los hombros caigan...

siente los brazos, abandónalos a su peso... toma de nuevo sensación de tu respiración..- siente el cuello... la cabeza... siente la cara... explora cada una de sus partes... déjate respirar...

Pon el pensamiento al servicio de la sensación y si alguno aparece simplemente déjalo pasar y vuelve de nuevo, tantas veces como haga falta sentir...

La relajación se aprende con la práctica. Si tienes dificultad en sentir alguna zona utiliza el método de tensar-destensar los músculos y observa la diferencia entre tensión y relajación.

Duerme lo suficiente, aliméntate bien y haz ejercicio físico.

Aliméntate bien: elige la fruta, la verdura, las proteínas magras y los cereales integrales, que proporcionan energía a largo plazo (en vez de la inyección de energía de corta duración que proporciona un exceso de azúcar o la cafeína).

Hacer ejercicio regularmente para enviar oxígeno a todas las células de tu cuerpo a fin de que tu cerebro y tu cuerpo puedan funcionar al cien por cien.

Conectarse con otras personas. Pasa tiempo con amigos o familiares. Las actividades organizadas son estupendas, pero salir simplemente a dar una vuelta también va bien. Hacer cosas con personas que nos aprecian y a quienes apreciamos nos ayuda a estrechar lazos y a sentirnos apoyados y seguros. Y la diversión y la experiencia de compartir nos alegra la vida y nos ayuda a preocuparnos menos por las cosas. Si hay algo que te preocupa o estresa, el hecho de hablar sobre ello con alguien que sepa escuchar y que te aprecie puede ayudarte a sentirte comprendido y más capaz de afrontar tus problemas. Te ayudará a recordar que todo el mundo se siente estresado de vez en cuando y que no estás solo.

Conéctate con la naturaleza. Dar un paseo por un parque, hacer una excursión por el monte o adentrarse en un bosque puede ayudar a cualquiera a sentirse en paz y

conectado con la tierra. (Elige un lugar donde te sientas seguro para que te puedas relajar y disfrutar del entorno.) Actividades como pasear, hacer montañismo, coger la bicicleta de montaña o calzarse unas raquetas de nieve ofrecen el beneficio añadido del ejercicio físico.

Piensa en positivo. Una buena forma de alejar las preocupaciones de tu mente es centrándote en cosas que sean buenas, bonitas y positivas. Permítete soñar, desear e imaginar lo mejor que puede ocurrir⁵⁶.

Exposición a situaciones evitadas

Necesitamos aprender a afrontar todas aquellas situaciones y/o estímulos que nos producen temor, pero para ello hay que ponerse metas u objetivos graduales a aquello que tememos.

Reestructuración cognitiva

Muchos de estos miedos son producto de nuestros pensamientos que no ven la realidad de una manera objetiva, por lo que necesitamos cuestionamos nuestra manera de ver las cosas y enfocarlas de una manera más real y positiva.

Autoinstrucciones

Una vez que hemos identificado los pensamientos que nos conducen a la ansiedad, podemos cambiarlos por otros más operativos. Técnica de distracción cognitiva.

Consiste en poner nuestra atención en otra cosa en el momento que aparezca un pensamiento que nos produzca malestar o ansiedad. Nos puede ayudar el centrarnos en algo que tengamos alrededor, otras personas, un paisaje, etc.

2.6. PRÁCTICA CLÍNICA

El ejercicio de la Enfermería ha heredado una filosofía de responsabilidad y comportamiento ético para el cuidado de la vida humana, sustento que le da significado a su práctica, la misma que contribuye para que el hombre obtenga bienestar en todos

⁵⁶http://kidshealth.org/teen/en_espanol/mente/anxiety_tips_esp.html 01.05.2013

los aspectos de la vida.

La práctica de la Enfermería está dirigida al bienestar social en coadyuvancia con otras disciplinas. Su mística es el cuidado del hombre en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual, por lo que requiere aplicar un método sistemático que permita prevenir y cuidar haciendo uso de la valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación de sus intervenciones en los usuarios con el fin de prevenir enfermedades, conservar y recuperar la salud. Para tal efecto, dichos profesionales poseen fundamentos científicos propios, cristalizados en el proceso de la atención de enfermería que guía en forma planeada, sistematizada y organizada sus acciones. En particular, esta metodología se aplica a los pacientes con diversas enfermedades que ofrece el Campo Clínico.

Las estudiantes de Enfermería realizan su práctica por distintos servicios de las Instituciones Hospitalarias en donde adquieran experiencias de aprendizaje al lado del paciente. “Proporcionar “Cuidado” al individuo, la familia y/o comunidad en estado de salud o de enfermedad coronaria, con una concepción holística del hombre”

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. Internacionales

Mercedes Grandis Amanda (2009) Argentina. Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios, concluyó que la mayor cantidad de los alumnos encuestados posee nivel de ansiedad medio frente los exámenes en 1º año del cursado de las distintas carreras bajando en los posteriores años dicho nivel, aumentado nuevamente en el último año del cursado de las carreras, se comprobó que los niveles medios y altos de ansiedad frente a los exámenes es un fenómeno de elevada asiduidad en los alumnos estudiados con las consecuencias negativas en la salud mental que ello implica.

Silva Laura y cols (2005) Chile. Ansiedad en estudiantes de 7º y 8º básico de escuelas municipales. Chillán, concluyeron que los adolescentes mayoritariamente tenían moderado nivel de ansiedad, entre 13 y 14 años, siendo mayoritariamente del género femenino, de una situación económica regular

además de existir una relación directa entre el consumo de alcohol y la ansiedad.

3.2. Locales

Álvarez Sandra y cols. (2008) Arequipa. Inteligencia emocional y nivel de ansiedad de las estudiantes de la facultad de enfermería, UNSA Arequipa 2008, concluyendo que existe una asociación estadística altamente significativa entre ambas variables y que los estudiantes presentan en un alto porcentaje un nivel de ansiedad normal, seguido de estudiantes con una ansiedad leve.

Norman Jael, Cervantes Juárez. (2004) Arequipa. Incidencia de Ansiedad y sus principales Características Epidemiológicas en alumnos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, concluyendo en que la mayor incidencia de Fobia Social se encontró entre el rango de edad de 21 a 25 años en el sexo femenino, con un 97.5% con marcada cifra en el grado de leve y una significativa cifra de moderado grado correspondiente a tercer y cuarto año de estudios y procedentes de Arequipa, Lima y Cuzco en orden de frecuencia.

Rodríguez Mogrovejo, Alina Nereida. (2001) Arequipa. Prevalencia de síntomas de Ansiedad y su relación con el nivel socioeconómico en los alumnos de los centros PRE universitarios particulares y estatales, concluyendo que los alumnos del nivel socioeconómico medio del centro preuniversitario estatal presentaron mayor sintomatología, siendo el principal síntoma la evitación y cuyas edades se encuentran entre los 17 y 18 años respectivamente.

4. OBJETIVOS

- Determinar los niveles de ansiedad que presentan los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.
- Precisar los niveles afectivos y somáticos de ansiedad que presentan los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

5. HIPÓTESIS

Es probable que los niveles de ansiedad en las estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María durante la Práctica Clínica sean leves y moderados.



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICA

Para los datos de las unidades de estudio se utilizó el cuestionario

1.2 INSTRUMENTO

Formulario de Preguntas y Escala de ansiedad de Zung

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

Variable	Indicadores y Subindicadores	Técnicas	Instrumento
Ansiedad	Datos de las Unidades de Estudio Edad Estado Civil Ciclo Semestral Ingreso Económico	Cuestionario	Formulario de Preguntas: Escala de ansiedad de Zung
	1. Afectivos 2.1. Reacciones Emocionales 2.2. Funciones Intelectuales 2. Somáticos 2.1. Síntomas musculares 2.2. Síntomas somáticos generales 2.3. Síntomas de sistema nerviosos autónomo		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado estudiante me encuentro realizando un proyecto de investigación y como parte del mismo es necesario realizar un cuestionario que consisten en una serie de preguntas, tus respuestas no son malas ni buenas todo es de importancia para este estudio. La información que proporcionas será estrictamente confidencial y se utilizará solamente para los fines del presente trabajo, sin repercutir negativamente en tu persona. En cualquier momento podrás solicitar información sobre el estudio o sobre algún aspecto que tengas duda, la cual se te brindará al momento.

Si decides participar, solicito tu consentimiento verbalmente y por escrito donde consta que aceptas participar libremente en el estudio y no bajo presión. Agradezco el tiempo dedicado, y sobre todo por la sinceridad con que des tus respuestas .

Firma del participante

Firma del evaluador

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

I. DATOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

1. EDAD:
2. ESTADO CIVIL: Casada () Soltera () Conviviente ()
3. CICLO SEMESTRAL: II () IV () VII ()
4. ¿Con quién vive Ud.? Padres () Familiares () Amigos () Solo ()
5. ¿Cuál es el ingreso económico de sus padres?
Mínimo () Más del mínimo () Menos del mínimo ()
6. Considera Ud. que el ingreso económico de sus padres es satisfactorio para sus necesidades como estudiante: Si () No ()
7. Tiene problemas en su hogar Si () No ()
8. Tipo de Problema.....
.....

II. MODELO DE LA ESCALA DE EAA SEGÚN ZUNG ANSIEDAD

	Nunca o casi nunca	A Veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje
1. Me siento más tranquilo y nervioso que de costumbre					
2. Me siento atemorizado sin motivo					
3. Me altero o me angustio fácilmente					
4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos					
5. Creo que todo está bien y no a pasar nada					
6. Me tiemblan los brazos y las piernas					
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda					
8. Me siento débil y me canso fácilmente					
9. Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto					
10. Siento que el corazón me late a prisa					
11. Sufro mareos					
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme					
13. Puedo respirar fácilmente					
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de la mano y de los pies					
15. Sufro dolores de estómago o indigestión					
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia					
17. Generalmente tengo las manos secas y calientes					
18. La cara se me pone caliente y roja					
19. Me duermo fácilmente y descanso por la noche					
20. Tengo pesadillas					

Diagnóstico: _____ Índice: _____ EAA: _____ S.T. _____

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ZUNG.

Validez: Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la Autoevaluación de la ansiedad como de la Autoevaluación de la depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnósticos de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas estándar antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas y las recogidas con otras pruebas, se encontró asimismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educacional e ingresos económicos. En 1968, se realizó la validación transcultural aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia, Alemania y Suiza. Las autoevaluaciones en dichos países eran comparables, encontrando que existen diferencias entre un grupo de pacientes con diagnóstico de ansiedad aparente y pacientes ansiosos.

Confiabilidad: Para hallar la confiabilidad se utilizó Alpha de Cronbach, obteniéndose los siguientes resultados.

Consistencia interna

Participantes	Alpha de Cronbach
Varones	0,7750
Mujeres	0,6714
Total	0,7850

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizará en el ámbito de la Universidad Católica de Santa María, en la Facultad de Enfermería situada en la Urb. San José s/n Umacollo en Arequipa.

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó en el 2012.

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio están constituidas por los estudiantes de la Facultad de Enfermería del II, IV, VI y VIII Semestres académicos. No se consideró a los estudiantes de quinto grado porque ya se encuentran realizando el internado.

2.3.1 Universo

Está formado por 210 estudiantes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Católica de Santa María, que hace el 100%.

UNIVERSO DE ESTUDIANTES

Programa Profesional	Semestre				Total
	II	IV	VI	VIII	
Enfermería	52	50	53	55	210

Se trabajará con el universo.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se cumplirá con las siguientes acciones de coordinación a nivel de la Universidad:

- Se realizó la prueba piloto en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la

Universidad Nacional De San Agustín de Arequipa, en una población de 11 estudiantes, que representan el 5% de la población en estudio.

- Coordinaciones con la Decana de la Facultad de Enfermería.
- Motivación para que los datos sean veraces.
- Aplicación del instrumento el cual se realizará durante los horarios de mañana y tarde.
- Con los resultados obtenidos se procederá a la elaboración y presentación de los mismos en tablas estadísticas.



4. CRONOGRAMA

Tiempo Actividad	2012																															
	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elaboración del proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X																							
2. Recolección de datos									X	X	X	X	X	X																		
3. Sistematización															X	X	X	X	X	X												
4. Conclusiones y sugerencias																					X	X	X	X								
5. Elaboración del informe																									X	X	X	X	X			



MATRIZ DE TABULACIÓN DE DATOS

