

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE



NIVELES DE ANSIEDAD DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES GOYENECHÉ Y HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2014

Tesis presentada por la Bachiller:

Evelyn Carolina Cerpa Escalante

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL Y DEL
MEDIO AMBIENTE**

**AREQUIPA – PERÚ
2015**

La presente investigación es dedicada a:

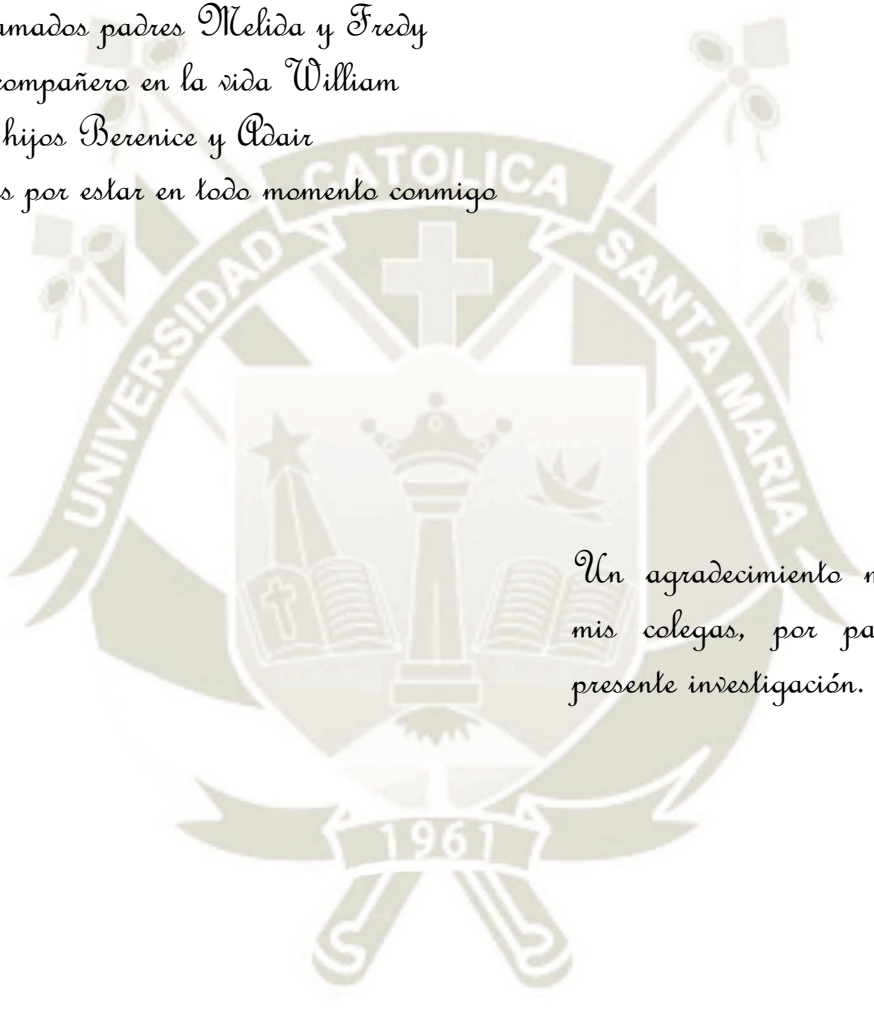
A Dios, guía y amigo sincero

Mis amados padres Melida y Fredy

A mi compañero en la vida William

A mis hijos Berenice y Adair

Gracias por estar en todo momento conmigo



*Un agradecimiento muy especial a
mis colegas, por participar en la
presente investigación.*



*"Apreciar, renovar y prolongar los pequeños gozos de la existencia,
ése es el secreto de la felicidad"*

Catherine Rambert

INDICE

RESUMEN	05
ABSTRACT	06
INTRODUCCIÓN.....	07
CAPITULO UNICO	
RESULTADOS	08
1. INFORMACIÓN GENERAL	09
2. NIVEL DE ANSIEDAD GENERAL	15
3. COMPARACIÓN ENTRE NIVEL DE ANSIEDAD EN ENFERMERAS	16
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	18
CONCLUSIONES	22
SUGERENCIAS.....	23
PROPUESTA	24
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXO	47
ANEXO N° 1. PROYECTO DE TESIS.....	48
ANEXO N° 2. MATRIZ DE DATOS	103

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos identificar el nivel de ansiedad que presentan las enfermeras del Servicio de Emergencia de los Hospitales Goyeneche y Honorio Delgado, y precisar las diferencias y/o semejanzas entre los niveles de ansiedad en las enfermeras de ambos hospitales.

La población estuvo conformada por las enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia de los mencionados hospitales. El método fue descriptivo y comparativo, la técnica utilizada fue el Cuestionario y el instrumento fue el Formulario de Preguntas: Escala de Ansiedad de Zung.

Se concluye que las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa, presentan un nivel de ansiedad mínimo a moderado en un 75.0%, y un 25% presenta nivel de ansiedad marcada a severa. Que las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, presentan un nivel de ansiedad mínimo a moderada en un 82%, y un 18% presenta nivel de ansiedad marcada a severa. Que no existe diferencia entre los resultados obtenidos y no se ha encontrado un grado máximo de ansiedad y existe una tendencia a ser mínimo el nivel de ansiedad que presentan las enfermeras en el Servicio de Emergencia de ambos hospitales.

Palabras claves: Ansiedad – Enfermeras – Servicio de Emergencia - Hospitales

ABSTRACT

The present study aimed to identify the level of anxiety that nurses have the Honorio Delgado and Goyeneche Hospitals and clarify the differences and / or similarities between the levels of anxiety in nurses of both hospitals.

The population consisted of the nurses working in the emergency department of hospitals mentioned. The method was descriptive and comparative, the technique used was the questionnaire and the instrument was the form of questions: Zung Anxiety Scale.

It is concluded that nurses Emergency Service Goyeneche Hospital of Arequipa, have a minimum level of anxiety to moderate in 75.0%, and 25% have anxiety level marked to severe. Nurses Emergency Service Honorio Delgado Hospital in Arequipa, have a minimum level of anxiety to moderate in 82%, and 18% have anxiety level marked to severe. No difference between the results obtained and not found a maximum degree of anxiety and a tendency to be minimal anxiety level having nurses in the Emergency Services both hospitals.

Keywords: Anxiety - Nurses - Hospital Goyeneche - Regional Hospital Honorio Delgado

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una patología mental muy común que se presentan en nuestra sociedad en diferentes grupos, en este caso en el ambiente laboral hospitalario, específicamente en Enfermeras que laboran en los Hospitales públicos, que tienen gran cantidad de pacientes que son atendidos en sus respectivos Servicios de Emergencia.

Si consideramos que la enfermería es considerada una profesión muy estresante, con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionados con la ansiedad, insatisfacción laboral y frecuentes cambios de puestos de trabajo. Sin duda existen múltiples factores que influyen en la presencia de la ansiedad como el grado de responsabilidad, contacto con pacientes, carga de trabajo, ambiente físico en el que realizan su trabajo, la estructura organizacional y la falta de reconocimiento social al trabajo que realizan, ya que son las primeras en atender cualquier emergencia que se de en nuestra ciudad.

En el plano de los servicios de la salud, todo profesional está expuesto a un grado de ansiedad, como es el caso de las enfermeras que realizan un trabajo asistencial, y que la presencia de ansiedad tendría como consecuencia una práctica profesional inadecuada hacia las personas que reciben atención de emergencia. Cuando existe este desequilibrio se pone en riesgo no sólo la salud física sino mental de la enfermera, por lo que buscamos saber el nivel de ansiedad que presentan dichas profesionales para proponer Programas que nos permitan disminuir la Ansiedad con cara a mejorar la actual salud de estos profesionales.

Por todo lo mencionado con anterioridad, presentamos el presente trabajo de investigación como un aporte para mejorar las actuales estadísticas y poder encontrar los puntos a fortalecer en la salud de nuestras colegas enfermeras, tanto del Hospital Goyeneche como del Hospital Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa.



CAPITULO UNICO

RESULTADOS

1. INFORMACIÓN GENERAL

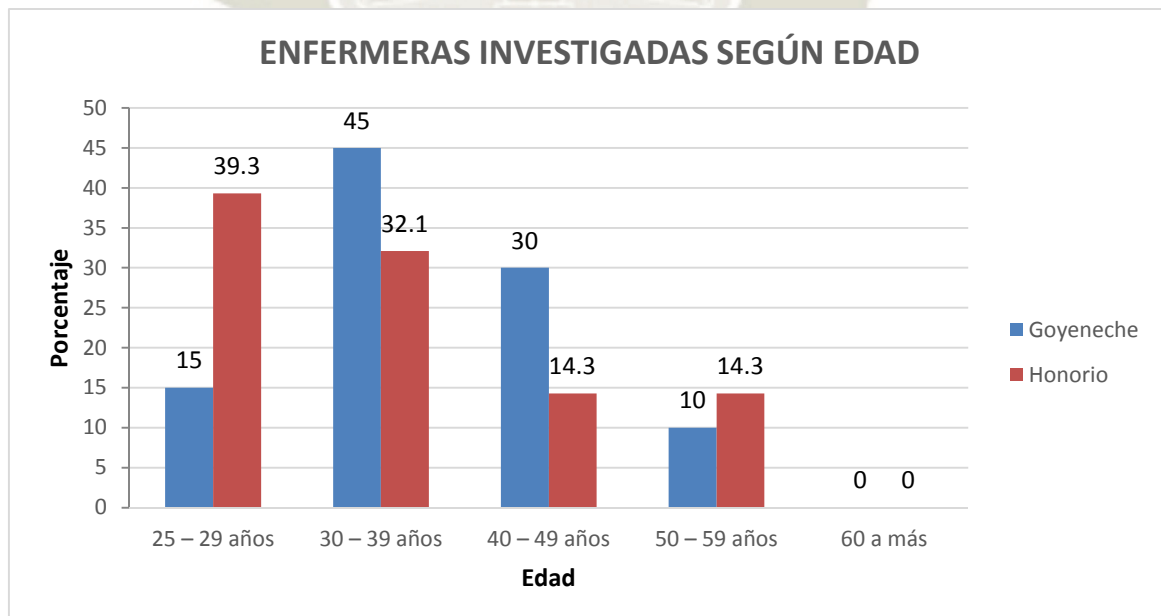
TABLA N° 1

ENFERMERAS INVESTIGADAS SEGÚN EDAD

Edad	HOSPITAL			
	Goyeneche		Honorio Delgado	
	N°	%	N°	%
25 – 29 años	3	15.0	11	39.3
30 – 39 años	9	45.0	9	32.1
40 – 49 años	6	30.0	4	14.3
50 – 59 años	2	10.0	4	14.3
60 a más	0	0.0	0	0.0
Total	20	100.0	28	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICA N° 1



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 1, podemos observar que las enfermeras investigadas del Servicio de Emergencia presentan las siguientes características en cuanto a edad:

- En el Hospital Goyeneche, el 45.0% presenta edades de 30 a 39 años, seguido de un 30.0% con 40 a 49 años, un 15.0% que tienen de 25 a 29 años y un 10.0% que tiene de 50 a 59 años, no habiendo enfermeras de 60 a más años laborando actualmente en el Servicio de Emergencia.
- En el Hospital Honorio Delgado Espinoza, el 39.3% presenta edades de 25 a 29 años, seguido de un 32.1% con 30 a 39 años, un 14.3% que tienen de 40 a 49 años y el mismo porcentaje se da en las edades de 50 a 59 años, no habiendo enfermeras de 60 a más años laborando actualmente en el Servicio de Emergencia.

Lo que evidencia que las Enfermeras investigadas pertenecen al grupo de adulto joven y maduro.

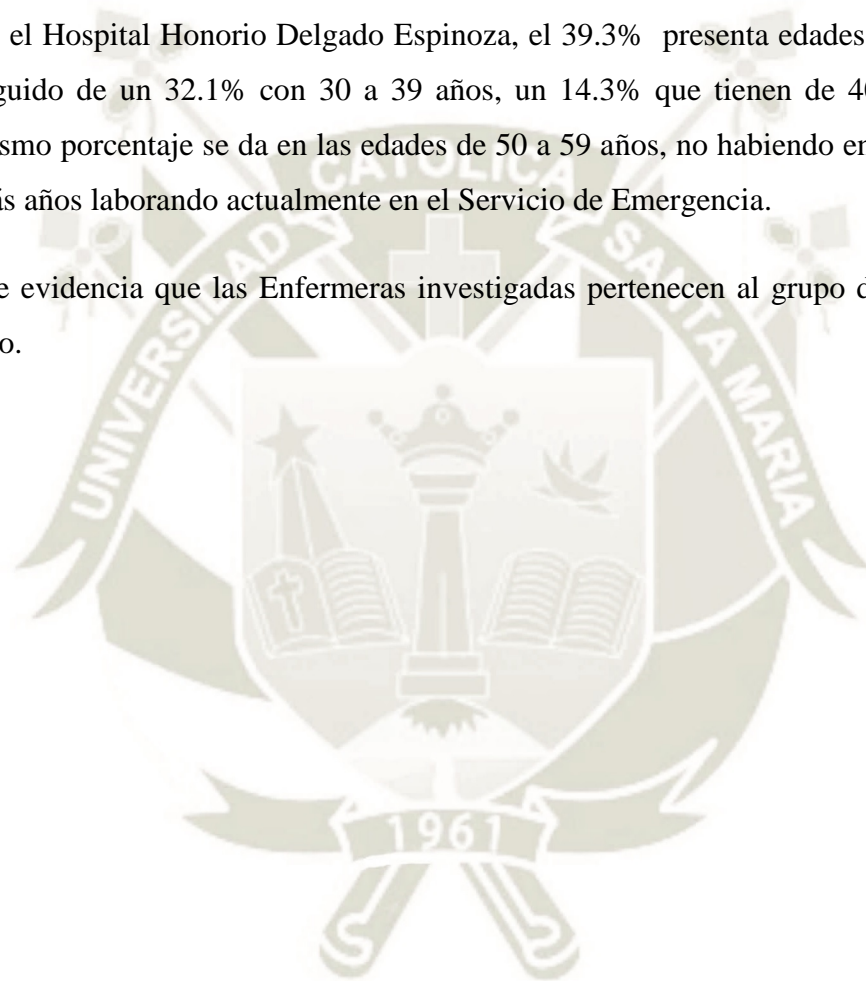


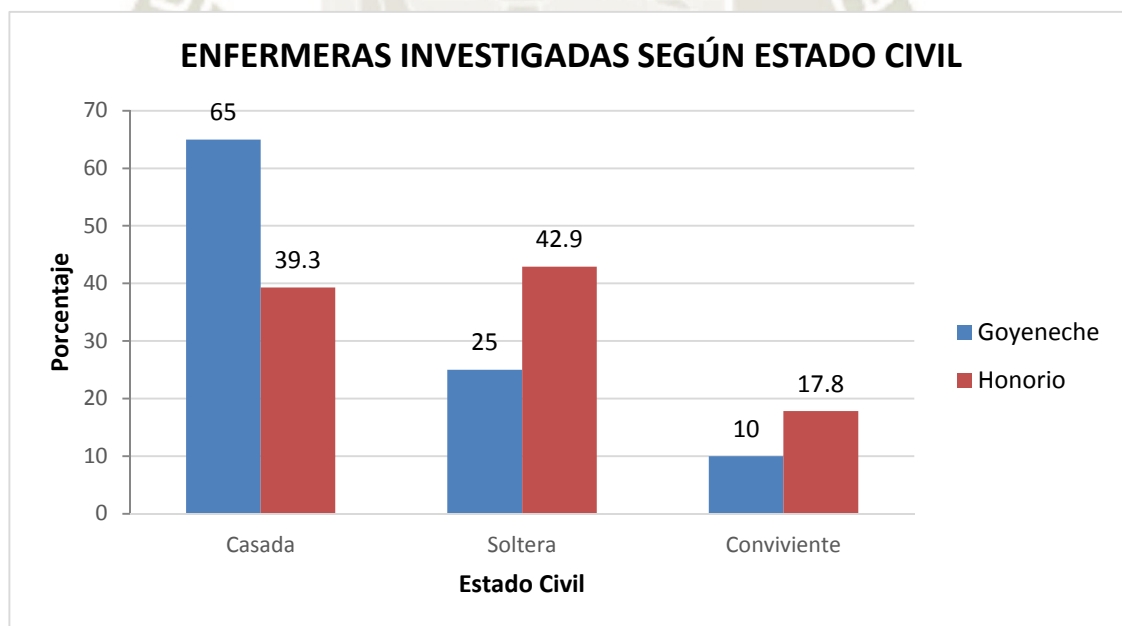
TABLA N° 2

ENFERMERAS INVESTIGADAS SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado Civil	HOSPITAL			
	Goyeneche		Honorio Delgado	
	N°	%	N°	%
Casada	13	65.0	11	39.3
Soltera	5	25.0	12	42.9
Conviviente	2	10.0	5	17.8
Total	20	100.0	28	100.0

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICA N° 2



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 2, podemos observar que las enfermeras investigadas del Servicio de Emergencia presentan las siguientes características en cuanto a estado civil:

- En el Hospital Goyeneche, el 65% son casadas, un 25% son solteras y un 10 % son convivientes.
- En el Hospital Honorio Delgado Espinoza, el 42.9% son solteras, un 39.3% son casadas y un 17.8% son convivientes.



TABLA N° 3

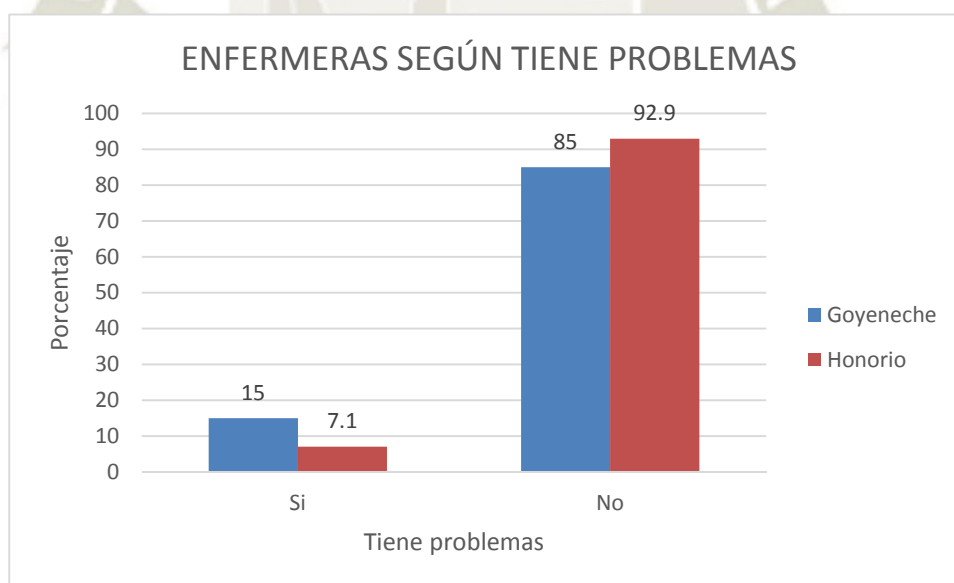
ENFERMERAS INVESTIGADAS SEGÚN PRESENCIA DE PROBLEMAS

Presencia de Problemas	HOSPITAL			
	Goyeneche		Honorio Delgado	
	N°	%	N°	%
Si	3	15.0	2	7.1
No	17	85.0	26	92.9
Total	20	100.0	28	100.0

Fuente: Elaboración propia

$\chi^2 = 0.75$ N.S. ($\chi^2_{5\%} = 3.84$, GL = 1)

GRÁFICA N° 3



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 3, podemos observar que las enfermeras investigadas del Servicio de Emergencia presentan las siguientes características en cuanto a presencia de problemas:

- En el Hospital Goyeneche, el 85.0% afirma no tener problemas y sólo un 15.0% ha respondido que “sí”
- En el Hospital Honorio Delgado Espinoza, el 92.9% afirma no tener problemas y sólo un 7.1% respondió que si los tiene.



2. NIVEL DE ANSIEDAD EN GENERAL

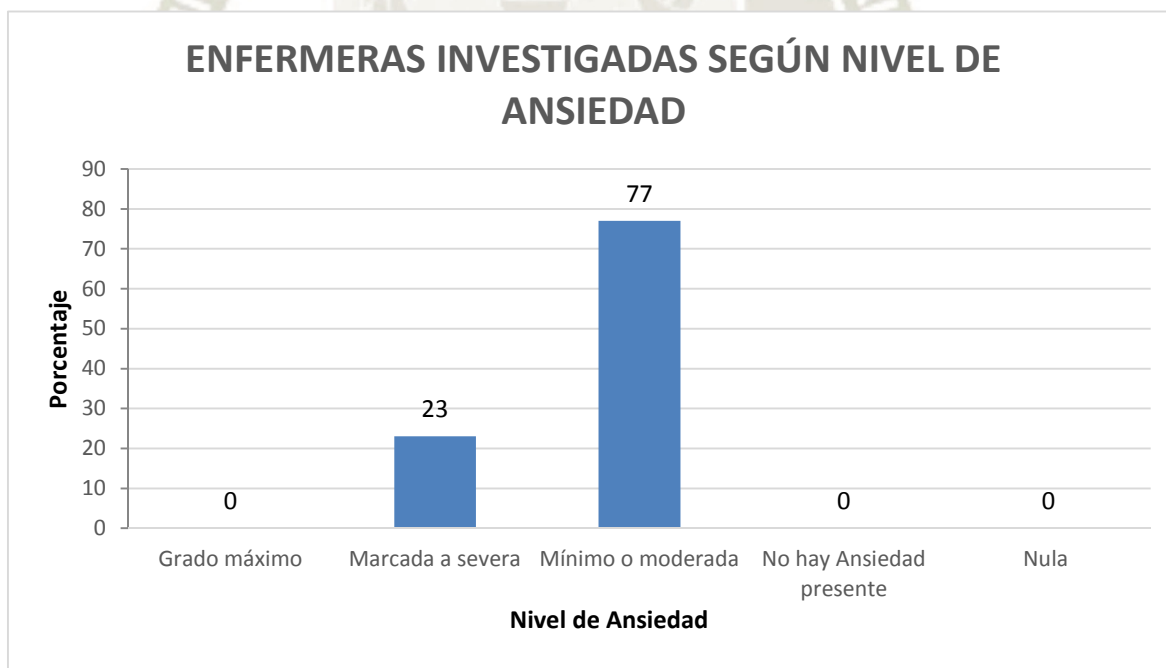
TABLA N° 4

ENFERMERAS INVESTIGADAS SEGÚN NIVEL DE ANSIEDAD

Nivel de Ansiedad	N°	%
Grado máximo	0	0
Marcada a severa	11	23
Mínimo o moderada	37	77
No hay Ansiedad presente	0	0
Nula	0	0
Total	48	100

Fuente: Elaboración propia. Arequipa

GRÁFICA N° 4



En la tabla 4 se observa que en las enfermeras investigadas en un 77% presentan un nivel de ansiedad mínimo a moderado y un 23% presentan un nivel de ansiedad marcado a severo.

3. COMPARACIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN ENFERMERAS

TABLA N° 5

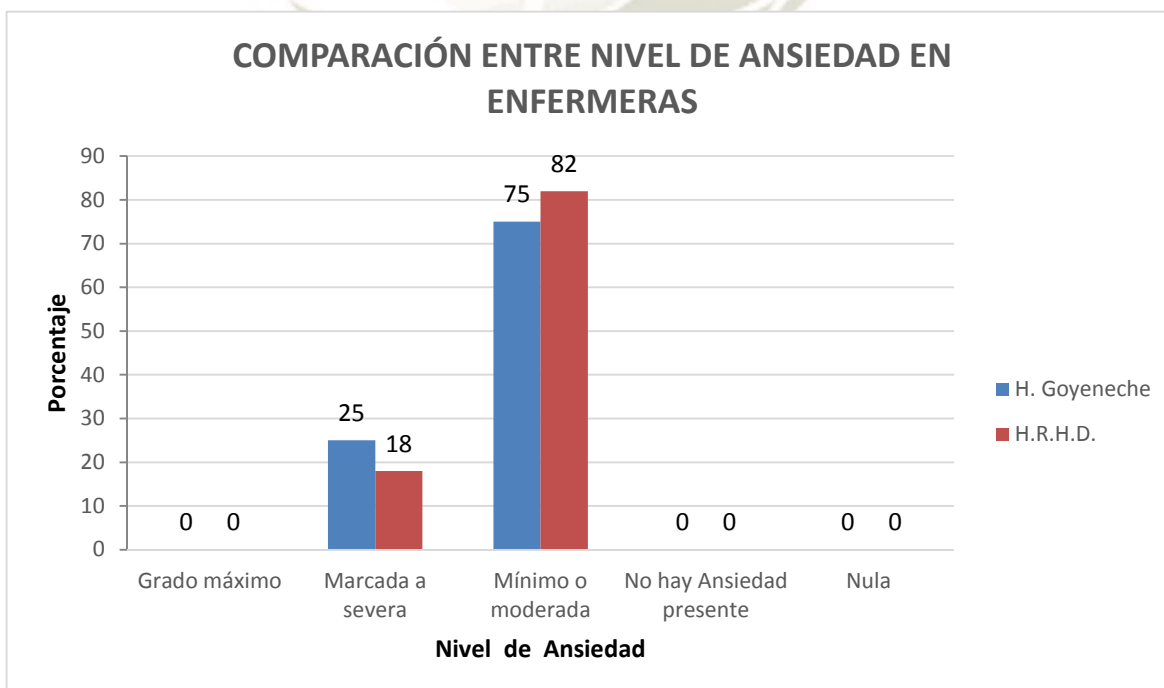
ENFERMERAS INVESTIGADAS SEGÚN NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS
HOSPITALES: GOYENECHÉ Y HONORIO DELGADO

Nivel de Ansiedad	Hospital Goyeneche		Hospital Honorio Delgado	
	N°	%	N°	%
Grado máximo	0	0	0	0
Marcada a severa	5	25	5	18
Mínimo o moderada	15	75	23	82
No hay Ansiedad presente	0	0	0	0
Nula	0	0	0	0
Total	20	100	28	100

Fuente: Elaboración propia. Arequipa

$\chi^2 = 0.33$ N.S. (χ^2 5% = 9.49, GL = 4)

GRÁFICA N° 5

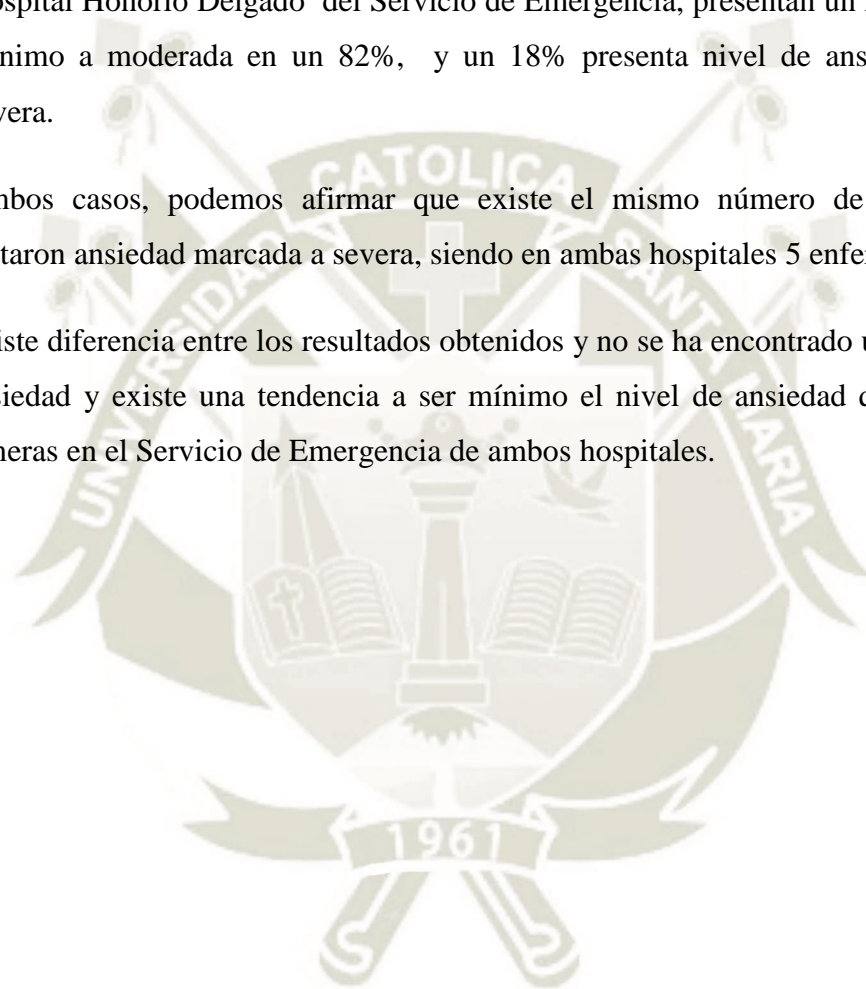


En la tabla N° 5, podemos encontrar que las enfermeras investigadas del:

- Hospital Goyeneche del Servicio de Emergencia, presentan un nivel de ansiedad mínimo a moderada en un 75.0%, y un 25% presenta nivel de ansiedad marcada a severa.
- Hospital Honorio Delgado del Servicio de Emergencia, presentan un nivel de ansiedad mínimo a moderada en un 82%, y un 18% presenta nivel de ansiedad marcada a severa.

En ambos casos, podemos afirmar que existe el mismo número de enfermeras que presentaron ansiedad marcada a severa, siendo en ambas hospitales 5 enfermeras.

No existe diferencia entre los resultados obtenidos y no se ha encontrado un grado máximo de ansiedad y existe una tendencia a ser mínimo el nivel de ansiedad que presentan las enfermeras en el Servicio de Emergencia de ambos hospitales.



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Los resultados del presente estudio, nos permiten comprobar que los problemas de salud se están presentando más en los profesionales de la salud, siendo el más frecuente los de salud mental, así tenemos que la ansiedad que presentan las enfermeras que trabajan en los hospitales públicos de nuestra ciudad va en aumento. En comparación con la investigación realizada por **Gutierrez Neyra J. (2009)** se puede encontrar que el nivel de ansiedad, se midió en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, las cuales presentaron ansiedad en un nivel leve a moderado, al igual que nuestra investigación donde el resultado fue el mismo.

El nivel de ansiedad se ha visto incrementado en la actualidad, debido a que existe una exponencial aparición de problemas ligados a la ansiedad, más aún en los Servicios de Emergencia debido a que el día a día de la actividad profesional, trae consigo un sin número de pacientes que buscan ser atendidos en situaciones que luchan entre la vida y la muerte; cómo no comprender al ser humano (enfermera) comprometido en su cuidado, que se ve afectado por todos los problemas que esto conlleva, el atender al paciente con deficiencia de estructura y de presupuestos en los hospitales del MINSA en nuestra Región.

Debemos afirmar que la mayoría de enfermeras que padece ansiedad, tienen reacciones fisiológicas negativas, sentimientos subjetivos de malestar y trastornos en general. A diferencia del estrés, la ansiedad no es adaptativa y por tanto no nos supone necesariamente ningún beneficio, por lo que es clave el poder eliminarla y liberarnos de todos sus efectos perjudiciales.

En nuestro país no se cuenta con un plan de acción que priorice los problemas de salud mental que presente el profesional de salud, por lo tanto no se ataca de manera inmediata los síntomas, y no se puede erradicar los aspectos que nos invalidan o limitan en nuestra vida y actividad diarias.

Si bien es cierto la ansiedad constituye una reacción normal en la vida de toda persona, a bajos niveles es favorable, ya que motiva y aumenta la capacidad de reacciones. Sin embargo, su exceso o una respuesta exagerada ante estímulos son dañinos. Esto puede predisponer a las personas a una salud general deficiente.

Contrastando con lo anteriormente mencionado, podemos encontrar que los resultados obtenidos en la presente investigación, nos proporcionan la información plasmada en estadísticas que evidencian que en las enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospitales Goyeneche y Honorio Delgado, existe un mismo porcentaje de enfermeras que presentan un nivel de ansiedad marcada a severa y la gran mayoría de enfermeras presenta un nivel de ansiedad de mínimo a moderada.

Coronado Luna L. (2006) ha considerado como unidades de estudio a Enfermeras que laboran en áreas críticas y medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. **Ayvar Polo, G. (1989)** ha tomado en cuenta a las enfermeras del Servicio de Emergencia del Instituto Peruano de Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen. Como podemos evidenciar ambos trabajaron con enfermeras que trabajan en los considerados “servicios con mayor demanda de estrés” en los que están expuestas a mayor carga de trabajo y atención de pacientes.

Actualmente en el Hospital Honorio Delgado de Espinoza, las enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia tienen un menor rango de edad (25 a 29 años) con un 39.3%, son solteras (42.9%) y no tienen problemas con un 92.9%. En cambio las enfermeras del Hospital Goyeneche sus edades oscilan más entre los 30 a 39 años (45.0%), y existe un porcentaje de 65% que están casadas y no tienen problemas un 85%, lo que tal vez determinaría el hecho de que, aunque se planteó la hipótesis que era probable que las enfermeras que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado presenten mayores niveles de ansiedad que las enfermeras que trabajan en Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche, en razón a la mayor cantidad y complejidad de las atenciones que brindan, se ha demostrado que en ambos hospitales, se encuentra un nivel de ansiedad moderado.

Flores Villavicencio M. y colaboradores (2010) en su estudio: Ansiedad y Estrés en la Práctica del Personal de Enfermería en un Hospital de Tercer Nivel de Guadalajara. Considera que en la esfera de la salud todo profesional de enfermería está expuesto a un grado de estrés y ansiedad de origen asistencial y sus consecuencias se revierten en una práctica profesional inadecuada a las personas que reciben sus cuidados, el síntoma de estrés y ansiedad se presentan cuando existe un desajuste entre el trabajador, el puesto de trabajo y la propia organización, en la práctica del profesional esta combinación equivale a un mayor riesgo de salud física o mental de origen laboral, que son la causa de alteración de la salud, ausentismos y de baja motivación en el trabajo.

Concordamos con Flores Villavicencio M., ya que en la realidad mundial, el personal más propenso a presentar estrés y ansiedad es el profesional de salud, y en este grupo las enfermeras son las que más presentan niveles de ansiedad y estrés en un nivel moderado.

En otros trabajos de investigación, como el de **Díaz Águila, H., Véliz Sánchez M. y Hernández Rivera Y. Cuba (2010)** En el que se concluyó que tanto, el horario nocturno de trabajo del personal de enfermería, como la guardia médica, incrementan el nivel de ansiedad de los profesionales en las Unidades de Cuidados Intensivos. Situaciones que servirían para mejora la presente investigación, en razón a que sería bueno conocer cómo es que los turnos nocturnos (guardias) que realizan las enfermeras de nuestra investigación determinar la presencia de ansiedad-

Otra mejora que nos ofrece **Lizarte Castillo M. y colaboradores, España (2012)**. Quienes concluyeron que hay una tendencia a padecer más trastornos de ansiedad entre aquellos profesionales sanitarios que llevan más años en la profesión. Es bueno conocer el tiempo de servicios de los profesionales de enfermería, ya que esto determinaría también los niveles de ansiedad y si existe en ambos hospitales públicos una tendencia o disminución del mismo.

En el artículo de **García Blanco M y colaboradores. España (2007)**. Se encontraron niveles de ansiedad en el 46% de los sujetos, y sabemos que ésta aumenta el número de errores en el trabajo con las consecuencias que conllevan. Por esto nos planteamos la

conveniencia de intervenir con programas de disminución de la ansiedad de cara a mejorar la actuación de estos profesionales.

Por lo que en nuestra investigación se ha planteado que se realicen actividades de prevención de la ansiedad en el personal de enfermería, con el desarrollo de estrategias que ayuden a que exista un adecuado desempeño y atención en los servicios de Emergencia de los hospitales públicos de la ciudad de Arequipa.



CONCLUSIONES

- PRIMERA** : No existe diferencia entre los resultados obtenidos y no se ha encontrado un grado máximo de ansiedad ni existe una tendencia a ser mínimo el nivel de ansiedad que presentan las enfermeras en el Servicio de Emergencia de ambos hospitales.
- SEGUNDA** : Las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa, presentan un nivel de ansiedad mínimo a moderado en un 75.0%, y un 25% presenta nivel de ansiedad marcada a severa.
- TERCERA** : Las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, presentan un nivel de ansiedad mínimo a moderada en un 82%, y un 18% presenta nivel de ansiedad marcada a severa.
- CUARTA** : La hipótesis ha sido nula, en razón a que las enfermeras que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado no presentaron mayores niveles de ansiedad que las enfermeras que trabajan en Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche.

SUGERENCIAS

En razón a las conclusiones, se sugiere:

1. A la Dirección Regional de Salud de Arequipa, que plantee la necesidad de realizar una evaluación a todos los profesionales en salud que laboran en las áreas críticas de los Hospitales, para poder establecer los problemas existentes que se presentan en su diaria labor y como esto afecta su salud laboral.
2. A los Directores de los Hospitales: Goyeneche y Honorio Delgado de Arequipa, que deben hacer un examen psicológico, para diagnosticar tempranamente, la presencia de ansiedad; y así evitar que se afecte la salud de las Enfermeras y su eficiencia laboral. Además que se busca identificar los factores causales de la ansiedad, para determinar las posibles soluciones en pro de la salud de las Enfermeras.

PROPUESTA

I. DENOMINACIÓN

Programa Educativo para disminuir y evitar la ansiedad en las Enfermeras de los Hospitales: Goyeneche y Honorio Delgado de Arequipa

II. FUNDAMENTACIÓN

El estudio desarrollado sobre ansiedad en las Enfermeras 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 laboral.

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

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

III. OBJETIVOS

- 3.1. Desarrollar un programa educativo que contribuya a prevenir la ansiedad en las Enfermeras.
- 3.2. Fortalecer las habilidades intrapersonales e interpersonales de las Enfermeras que incrementen su nivel de competencias profesionales.

IV. METODOLOGÍA

- Las sesiones se realizarán los fines de semana para poder evitar la interrupción con los turnos laborales de las enfermeras, con una duración de 2 horas por sesión.
- Las sesiones serán predominantemente participativas.
- Discusiones dirigidas.
- Testimonios vivenciales.
- Representación de roles

- Participación de expertos en cada tema.

- 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.

V. CONTENIDO

El programa implica la aplicación de un pre-test y post- test. Siendo el instrumento utilizado la escala multidimensional de la expresión social-cognitiva.

SESIÓN N° 1: Introducción.

La primera sesión será de carácter introductorio, irá encaminada a transmitir a los profesionales 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 profesionales sobre el instrumento. Una vez que todos los profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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	Respeto los derechos de otros	No respeta 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 profesionales 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 profesionales y con situaciones distintas. Cada vez que se realice un cambio de papeles, se les preguntará a los profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales los que pasen a practicarlo, ofreciéndoles entre todos una crítica constructiva e invitándoles a que expongan sus sensaciones.

4) 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 profesionales 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 todas 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 profesionales 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 profesionales 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 todas 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 profesionales.

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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales , hay que tener siempre presentes las técnicas vistas en la sesión que tuvimos sobre asertividad. Es decir, aplicaríamos: banco de niebla, autorevelación, 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 profesionales 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 reforzar.

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

VI. PERIODICIDAD

Se desarrollará en los meses de Marzo a Mayo del 2015

Se realizará el programa sólo una vez al año.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Semanas	Sesiones	Temas
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	Séptima sesión	Tomar la iniciativa
8° semana	Octava sesión	Invitar a salir a alguien del sexo opuesto
9° semana	Novena sesión	Explicar un tema determinado
10° semana	Decima sesión	Hablar de uno mismo o de sus problemas.
11° semana	Onceava sesión	Dar una negativa o decir “no”
12° semana	Doceava sesión	Habilidades sociales no verbales (I).
13° semana	Treceava sesión	Habilidades sociales no verbales (II).
14° semana	Catorceava sesión	Repaso general. Evaluación

VIII. RESPONSABLES

- Directores de ambos hospitales públicos.
- Equipo multidisciplinario integrado por profesionales de las siguientes disciplinas: psicólogos (02), enfermera especialista en salud mental (01)

IX. SEDE.

Auditorio de los Hospitales: Goyeneche y Honorio Delgado.

X. PRESUPUESTO

A) Recursos Humanos

DENOMINACIÓN	No.	COSTO DIARIO	DÍAS	COSTO TOTAL
- Psicólogos	2	100.00	7	1400.00
- Enfermera especialista Salud Mental	1	100.00	7	700.00
TOTALES	3	S/.100.00	5	S/.2100.00

B) Recursos materiales y bienes y servicios.

DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Papel Bond	1000	22.00
Fichas Personales	100	10.00
Lapiceros	100	100.00
Copias Fotostáticas	450	45.00
Otros materiales:		250.00
TOTAL		S/. 397.00

C) Costo Total de Proyecto y Ejecución de Investigación.-

DENOMINACIÓN	COSTO TOTAL
- Recursos Humanos	2100.00
- Recursos Materiales y Bienes y Servicio	397.00
COSTO TOTAL GENERAL	S/. 2497.00

BIBLIOGRAFÍA

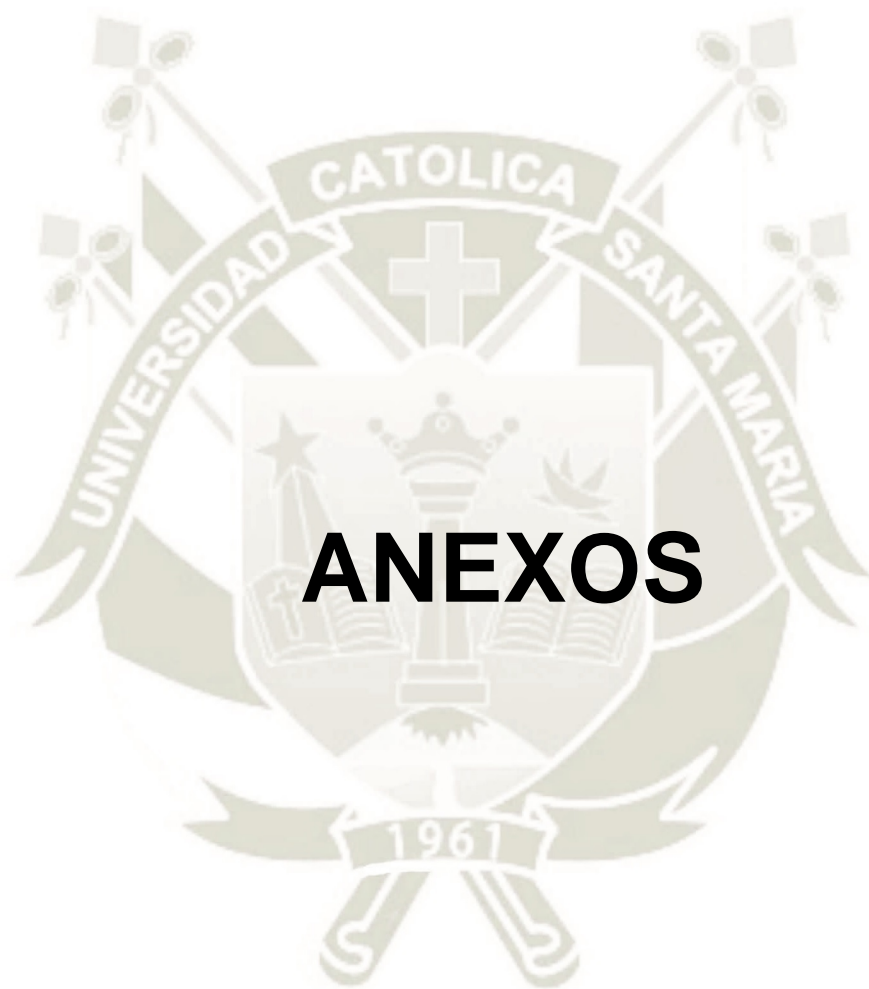
1. **ACKERMAN, NATHAN.** “Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares”. Editorial Paidós. 2da Edición. Buenos Aires. 2000
2. **DAVIDOLFF, L. Linda.** “Introducción a la Psicología”. Editorial Emograf S.A. 1ra Edición. España. 2009.
3. **DSM-IV. American Psychiatric Association.** “Ansiedad. Un Abordaje Clínico”. Editorial S.A. Montgomery Wold. Psychiatric Association. 1ra Edición. 1999
4. **HOWARD, C. WARREN.** “Diccionario de psicología”. Editorial Grijalbo. 3era edición. México 1999.
5. **SHARFETTER, CHRISTIAN.** “Introducción a la Psicología General”. Editorial Morata. S.A. 1ra Edición. Madrid. 1999.
6. **MEJIAS-LIZANCOS, FRANCISCO Y SERRANO PARRA MARÍA DOLORES.** “Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental”. Difusión Avances de Enfermería. 2da Edición. Madrid- España. 2002.
7. **MORRIS, CHARLES.** “Psicología”. Editorial Prentice Hall. 1ra Edición México. 1998.
8. **PAPALIA D. Y WEDKS S.** “Psicología”. Editorial Mc Graw Hill. 1ra Edición. España. 1997.
9. **TORO G. RICARDO JOSÉ. YEPES R.- LUIS EDUARDO.** “Fundamentos de Medicina Psiquiátrica”. Corporación para investigaciones biológicas Medellín 3ra Edición. Colombia 2002.
10. **TRICKETT, SHIRLEY.** “Supera la ansiedad y la depresión”. Edit. Hispanoeuropea S.A. 1ra Edición. Barcelona - España. 2000.

11. WELLA, A. PAPAGEORGIOU, C. BRIEG. “Cognitive Therapy for Social Phobia
A case series Behaviors Research and Therapy”. Editorial Interamericana 1ra Edición.
México 2001

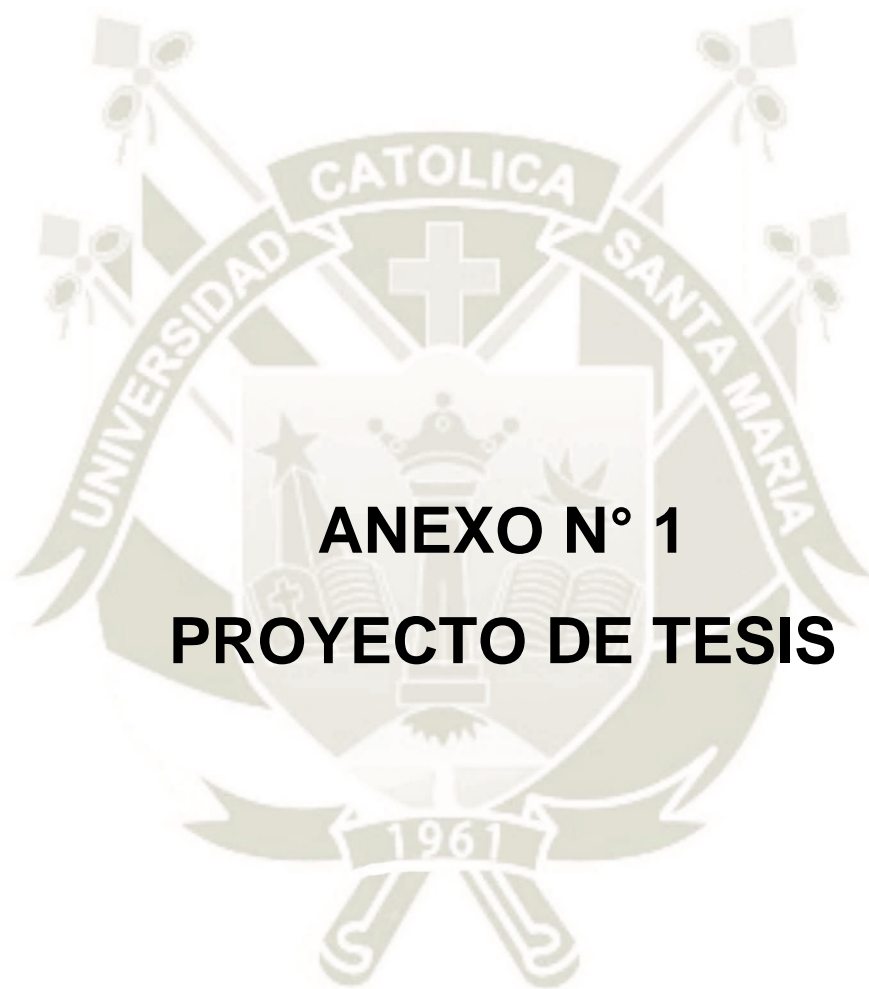
12. WONG Donna L. “Enfermería Pediátrica”. 4ta Edición. Editorial Doyma Mosby
Libros S.A. Madrid - España 2000.

INTERNET

- www.eutimie.com/trmentales/ansiedad.htm_17.05.06
- www.ansiedad.net/sintomas_23.05.16
- www.monografias.com/trabajos11/transtans/transtans.sht.ml_20.05.06
- www.monografias.com/trabajos23/F.S./F.S./SHTml_29.06.06
- www.psicocentro.com/cgi_bin/articulo_52.asp?texto=art-2c001b_11.06.06
- www.siicsalud.com/dato/autoeu/b01410018.htm_15.05.06



ANEXOS



ANEXO N° 1
PROYECTO DE TESIS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN SALUD OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE



NIVELES DE ANSIEDAD DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES GOYENECHÉ Y HONORIO DELGADO DE AREQUIPA. AREQUIPA, 2014

Proyecto de tesis presentado por la Bachiller:

Evelyn Carolina Cerpa Escalante

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER EN SALUD OCUPACIONAL Y DEL
MEDIO AMBIENTE**

**AREQUIPA – PERÚ
2014**

I. PREÁMBULO

La evidencia del problema “Ansiedad en las enfermeras de los servicios de emergencia”, problema observado durante el trabajo realizado como enfermera asistencial en las unidades de hospitalización tanto en el MINSA como en EsSalud, motivó a la autora la realización del presente trabajo de investigación, en especial en aquella población que tiene que enfrentar a los pacientes en estado crítico y que requieren atención intensiva de enfermería, situación que les ocasiona reacciones compatibles con los estados de ansiedad, angustia, depresión, etc.

El analizar el significado de la ansiedad como reacción emocional básica nos aporta elementos para revisar, ajustar, modificar, reestructurar el trabajo de enfermería con el fin de elevar el nivel de la salud mental de las enfermeras y, por consiguiente, el bienestar de los pacientes.

Es también necesario afirmar que se desea realizar un estudio que tenga utilidad y sirva a las instituciones de salud mediante el estudio del tema en sí, de los resultados y de las propuestas correspondientes a fin de aportar soluciones al problema encontrado.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

NIVELES DE ANSIEDAD DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES GOYENCHE YHONORIO DELGADO DE AREQUIPA. AREQUIPA, 2014

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área de Conocimiento

Área General : Ciencias de la Salud

Área específica : Salud Ocupacional y del Medio Ambiente

Línea : Salud Mental

1.2.2. Operacionalización y definición de variables

El estudio es de variable única: Niveles de Ansiedad

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
<p>Niveles de Ansiedad</p> <p>Formas mayores y menores de reacciones emocionales ante una determinada situación agrupadas en tres sistemas de respuestas</p>	<p>1. Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento</p> <p>2. Síntomas motores</p> <p>3. Síntomas fisiológicos</p>	<p>1.1. Inseguridad</p> <p>1.2. Miedo o temor</p> <p>1.3. Pensamiento negativo</p> <p>1.4. Incapacidad</p> <p>1.5. Desconcentración</p> <p>1.6. Dificultad para la toma de decisiones</p> <p>2.1. Hiperactividad</p> <p>2.2. Paralización motora</p> <p>2.3. Movimientos torpes</p> <p>2.4. Tartamudeo</p> <p>2.5. Conducta de evitación</p> <p>3.1. Cardiovasculares</p> <p>3.2. Respiratorios</p> <p>3.3. Gastrointestinales</p> <p>3.4. Genito-urinarios</p> <p>3.5. Neuromusculares</p>

1.2.3. Interrogantes

- A. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad de las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa?
- B. ¿Cuáles son los niveles de ansiedad de las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa?
- C. ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias en los niveles de ansiedad de las enfermeras de los Hospitales Goyeneche y Honorio Delgado de Arequipa?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema

Tipo: De Campo

Nivel: Descriptivo, comparativo y de corte transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

Se tomó la decisión de realizar la presente investigación en razón a que el tema o problema seleccionado es de salud mental, en este caso, de las enfermeras en la que está inmersa la reacción emocional “Ansiedad” cobra cada vez mayor importancia, dada la alta incidencia de este cuadro en el sector salud: enfermeras, médicos, técnicos en salud, etc.

Cuando las enfermeras con sintomatología del Cuadro Ansiedad se encuentran en situaciones temidas, experimenta una preocupación constante y temen que los demás las vean como una persona ansiosa, débil, rara o tonta.

Además, pueden mostrar miedo a realizar procedimientos o atenciones complejas al atender a los pacientes en estado crítico, teniendo como consecuencia equivocaciones u omisiones, colocando a los pacientes en riesgo de complicaciones y/o muerte.

En muchas ocasiones, el temor es tan intenso, que las enfermeras evaden el trabajo asignando o concursan en repetidas inasistencias. En cualquier caso, tanto el miedo como la evitación limitan las posibilidades de desarrollo personal y afectan a su calidad de vida en general. De ahí que el presente estudio sea de actualidad y relevancia humana y social, que requiere ser investigado.

Así mismo, el estudio considerado innovador es factible de realizarlo por contar con los recursos institucionales respectivos.

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

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. ANSIEDAD

La palabra ansiedad proviene de un vocablo latino “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 mundo.

La **ansiedad** es 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 el 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 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..., 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.

2.2. 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 como 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".

2.2.1. 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 Toma de Decisiones
- Sensación General de Desorganización o pérdida de Control sobre el Ambiente.

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.
- 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.¹

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

2

¹ Mejias-Lizancos, Francisco y Serrano Parra María Dolores. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. p. 216 - 231

²Trickett, Shirley. "Supera la ansiedad y la depresión". p. 34

2.2.2. 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 la ansiedad se hace patente cuando el individuo intenta resistir las obsesiones o las compulsiones. 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 reexperiencia 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.

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.

3

2.2.3. 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

³ Davidolf, L. Introducción a la Psicología. p. 64

piernas e incapacidad para relajarse

- 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 un diagnóstico acertado de 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.

"Yo siempre pensé que era aprensivo. Me sentía inquieto y no podía descansar. A veces estas sensaciones iban y venían. Otras veces eran constantes. Podían durar días. Me preocupaba por la cena que iba a preparar para la fiesta o cuál sería un magnífico regalo para alguien. Simplemente no podía dejar nada de lado.

Tenía serios problemas para dormir. Hubo ocasiones en que despertaba ansioso en la mañana o en la mitad de la noche. Me costaba trabajo concentrarme aún mientras leía el periódico o una novela. A veces me sentía un poco mareado. Mi corazón latía apresuradamente o me golpeaba en el pecho. Esto me preocupaba aún más."

Tratamiento:

El tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada incluye la utilización de **medicación** o formas específicas de **psicoterapia**, el tratamiento más efectivo para el TAG suele combinar psicoterapia y medicación.

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 acostumbamiento y a una necesidad de incrementar la dosis.

Por 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 acostumbamiento (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 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 predominantes 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.

2.2.4. 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.

2.2.5. Características según los niveles de ansiedad

<i>Nivel de ansiedad</i>	<i>Conductuales</i>	<i>Afectivas</i>	<i>Cognitivas</i>
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 perceptual es amplio. Puede tener sueños durante el día, fantasías.
Moderado.	Puede haber temblores finos de las manos. Alguna dificultad para quearse 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 de solución 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 sobrevivirá 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.

4

2.2.6. 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,

⁴Trickett, Shirley. "Supera la ansiedad y la depresión". p. 79

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 un aumento de la 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.

2.2.7. 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 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 cardíaca 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 atendidas.

Síntomas físicos:

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

Síntomas cognitivos (pensamientos):

- 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", "quedaré bloqueado y 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.⁵

2.2.8. Etiología de la Ansiedad

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

⁵ www.fobiasocial.net/sintomas_23.06.06

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 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 postraumático (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.⁶

2.2.9. 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.

⁶ Sánchez Mandy. Diga no a la Depresión y Ansiedad. p. 15

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 aquélla. 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 afectos de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotoninérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad.⁷

- 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 (flumacenil) es capaz de provocar frecuentes y graves crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico pero no en controles sanos.

⁷ www.monografías.com/trabajos11/transtans/transtans.sht.ml._21.06.06

2.2.10. 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.⁸

2.2.11. 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

⁸ Toro G. Ricardo José. Yepes R.- Luis Eduardo. Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. p. 39

mayoría de las 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.⁹

2.2.12. 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.

2.2.12.1. 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.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches,

⁹ www.eutimie.com/trmentales/fobiasoc.htm_19-06-06

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).¹⁰

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

La CIE-10 considera también a la 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.
- B. Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.

¹⁰DSM-IV. American Psychiatric Association. Fobia Social. Trastorno de Ansiedad Social. Un Abordaje Clínico. 2004.

C. Es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas.

2.2.13. 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 dismorfórbico 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.¹¹

¹¹Toro G. Ricardo José. Yepes R.- Luis Eduardo. Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. p. 41

2.2.14. Pronóstico y Evolución

El curso de la ansiedad suele ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. 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.¹²

2.2.15. 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.

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

¹² www.siicsalud.com/dato/autoeu/b01410018.htm_15.05.06

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 como su propio nombre indica tiene una parte cognitiva que consiste en enseñar a cambiar los pensamientos irracionales por otros más de acuerdo con la realidad. 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.¹³

1. Clasificación de las terapias cognitivo-conductuales

Aplicadas como instrumentos terapéuticos de la enfermedad de salud mental que 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

¹³Trickett, Shirley. "Supera la ansiedad y la depresión". p. 35

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 propanolol (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 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. Benzodiacepinas.-

Son eficaces en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, pero su acción es limitada para yugular los síntomas de la trastorno de ansiedad social. 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 diarios y las dosis de clonazepam entre 1.5-3.0mg diarios.

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

Son eficaces en el tratamiento de los trastornos ansiosos y depresivos. 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 sertrina (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 clonicina (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 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, palpitations 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.

2.2.16. 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.

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.

2.3. INSTRUCCIÓN 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 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

Habiendo hecho una búsqueda de trabajos de investigación relacionado a la Ansiedad en Enfermeras, hemos podido comprobar que no existen trabajos similares al presentado, por lo que se ha visto por conveniente tomar en consideración las investigaciones relacionadas al Estrés Laboral en Profesional de la Salud.

3.1. Locales

- **Gutiérrez Neyra, Juana De La Salle. Arequipa (2009)** “Niveles de Ansiedad en Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María durante la Práctica Clínica”, las variables estudiadas fueron: 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 moderadas. Es un estudio de campo, descriptivo, relacional - cualicuantitativo, efectuado de setiembre 2012 a Abril 2010. 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 somáticos. 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.¹⁴

3.2. Nacionales

- **Ayvar Polo, Gloria Elena. Lima (1989)** “Condiciones de trabajo y nivel de stress laboral, de las enfermeras del Servicio de Emergencias del Instituto Peruano de Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen“ Este trabajo de investigación tiene como propósito alcanzar bases informáticas que permitan a la Institución y al Departamento de Enfermería mejorar las condiciones de trabajo en que se desempeñan las Enfermeras asistenciales del servicio de emergencias afín de contribuir a prevenir y enfrentar el estrés laboral y así mejorar y garantizar la calidad de atención que se brinda al paciente, lo que se logrará con sus objetivos planteados que son: Identificar las condiciones de trabajo en que se desempeñan las Enfermeras que laboran en el servicio de

¹⁴ Biblioteca Universidad Nacional de San Agustín

Emergencias del Instituto Peruano de Seguridad Social Guillermo Almenara Irigoyen y Determinar el nivel de Estrés laboral en las Enfermeras asistenciales, del Servicio de Emergencia del Instituto Peruano de Seguridad Social. Luego del estudio entre sus conclusiones más significativas indican que en lo que respecta al “Estrés laboral” se señala que las Enfermeras del servicio de Emergencias, se encuentran en su mayoría dentro de un nivel aceptable (67%) y medianamente aceptable (17%), quienes están en riesgo a exacerbar a niveles altos y negativos de Estrés laboral teniendo como factor desencadenante condiciones de trabajo desfavorable e insatisfactorios para el ejercicio profesional adecuado y de alta calidad

- **Coronado Luna Liz Karina. UNMSM. Lima (2006).** “Factores laborales y niveles estrés laboral en enfermeros de los servicios de áreas críticas y medicina del Hospital Nacional Daniel A. Carrión” –2006, en esta investigación se trabajó con una muestra de 45 profesionales de enfermería, habiendo llegado a las conclusiones: En lo relacionado al nivel de estrés que experimentan los enfermeros podemos concluir que la mayoría del personal de Enfermería estudiado presentan un nivel de estrés Medio con ligera tendencia a Bajo, que puede traer serias consecuencias el desgaste físico y mental de estos profesionales, que podrían incidir en el deterioro inminente de su salud e influir en la calidad de atención que brindan los profesionales de Enfermería al paciente, familia y comunidad.” Sobre el nivel de estrés asociado a la dimensión de despersonalización, se concluye que la mayoría de los enfermeros presenta un nivel de estrés que va de Medio a Bajo, ello está relacionado a los ítems de “Siento que me he vuelto más duro con la gente” y “Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente” evidenciándose que el enfermero siente que no actúa como él sabe que debería hacerlo, lo cual podrían generar un deterioro en su propio bienestar emocional del profesional de Enfermería.

- **Calsina Díaz, Y. Tacna (2011).** “Nivel de Estrés de las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital III Salcedo - Puno – 2011”, ha considerado en sus objetivos los siguientes Determinar el nivel de estrés de las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital III Salcedo - Puno - 2011.; Identificar el nivel de estrés de las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital III Salcedo - Puno - 2011. Identificar el nivel de estrés de las enfermeras según edad, estado civil y tiempo de servicio de las enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital III Salcedo– Puno - 2011., habiendo concluido al final de la investigación en :

El mayor porcentaje de enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital III Salcedo presentan un nivel de estrés laboral moderado, así como en sus tres dimensiones: cansancio emocional 62.5%, despersonalización 50% y falta de realización personal 50%. El mayor porcentaje de enfermeras son adultas maduras ya que están entre los 36 y 44 años, son casadas, tienen un tiempo de servicio de cuatro años a más y son contratadas. Las enfermeras que se encuentran entre los 45 a 53 años de edad presentan un nivel de estrés laboral leve(50%), las que tienen entre 27 a 35 años de edad presentan un nivel de estrés laboral moderado(100%). Con respecto al estado civil las enfermeras que son casadas presentan estrés laboral moderado (80%); mientras que las que enfermeras que son solteras presentan estrés laboral leve (50%) En relación al tiempo de servicio tenemos que las enfermeras que tienen más de cuatro años presentan un nivel de estrés leve (50%), las que presentan un tiempo de servicio menor de un año tienen estrés laboral moderado (50%) y de igual manera presentan nivel de estrés laboral alto(50%)

3.3. Internacionales

- **Blanco, G., Venezuela (2004),** en un estudio titulado “Estrés Laboral y Salud en la Enfermeras Instrumentistas.” Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela, Caracas; cuyo objetivo fue describir y analizar la relación existente entre el Estrés Laboral, la distribución de responsabilidades en el hogar, como una variable extralaboral y la salud percibida en las enfermeras instrumentistas que laboran en centros asistenciales del área Metropolitana de

Caracas. Las participantes constituyeron 54 enfermeras instrumentistas, pertenecientes a cinco centros asistenciales del área metropolitana, con una edad promedio de 37 años. Las variables a considerar fueron evaluadas a través del modelo de Karasek e incluyeron: Estrés Laboral (Demanda-Control y Apoyo Social), Distribución de Responsabilidades en el Hogar, Salud Física y Mental. Los resultados del estudio demostró que el grupo de enfermeras percibió altas demandas laborales, pero al mismo tiempo una mayor capacidad de decisión y apoyo social. En la distribución de responsabilidades en el hogar se observó una mayor participación de estas mujeres en la planificación y gerencia de las tareas, sin embargo en cuanto a la realización de las mismas recibían ayuda de otros familiares, incluyendo a la pareja y ayuda externa. Las altas demandas laborales se asociaron con un mayor reporte de síntomas, así como la percepción de tener una gran capacidad de decisión derivan la presencia de una mayor autoestima y menores niveles de depresión y menor porcentaje de síntomas; en cuanto al apoyo social se asoció con un menor reporte de síntomas.

- **Flores Villavicencio M. E. y colaboradores. México (2010)** en su estudio: Ansiedad y Estrés en la Práctica del Personal de Enfermería en un Hospital de Tercer Nivel de Guadalajara. Considera que en la esfera de la salud todo profesional de enfermería está expuesto a un grado de estrés y ansiedad de origen asistencial y sus consecuencias se revierten en una práctica profesional inadecuada a las personas que reciben sus cuidados, el síntoma de estrés y ansiedad se presentan cuando existe un desajuste entre el trabajador, el puesto de trabajo y la propia organización, en la práctica del profesional esta combinación equivale a un mayor riesgo de salud física o mental de origen labora, que son la causa de alteración de la salud, ausentismos y de baja motivación en el trabajo. **Objetivo:** Identificar el impacto del estrés y la ansiedad en la práctica de la enfermera, así como su relación con la salud y la eficiencia laboral. **Material y métodos,** se seleccionaron a 214 enfermeras de un hospital de tercer nivel de Guadalajara, los instrumentos de valuación fueron el Inventario de Síntomas de Estrés (ISE), Escala de predisposición a la

activación (EPA) inventario de ansiedad cognitiva y somática (CAS) y un cuestionario para evaluar la práctica profesional de enfermería. Resultados obtuvieron como un porcentaje considerable del personal de enfermería de 40 a 49 años de edad manifestaban síntomas de estrés y ansiedad de tipo cognitivo, incrementándose en el personal de más antigüedad laboral, independientemente de su categoría. **Conclusión:** con estos datos se pudiera justificarse un programa de intervención preventiva en las enfermeras de los servicios con mayores condiciones estresantes para contribuir a reducir sus manifestaciones de estrés y ansiedad para mejorar la calidad de la práctica profesional.¹⁵

- **García Blanco M, Azpiroz Imaz J, De la Fuente Rodríguez Y, García Laso M, González Calvete B. España (2007).** La Ansiedad en el Personal Sanitario: Premio al mejor Póster Forum en el XXVIII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Resumen: El estrés y la ansiedad son dos de las patologías mentales más comunes entre la sociedad española, y por lo tanto también en el personal dedicado a los servicios sanitarios. En este artículo se pretende descubrir si el personal sanitario está afectado por estas patologías, y si están relacionadas con variables como la satisfacción intrínseca y la autoeficacia. Tras la evaluación encontramos una relación positiva entre la ansiedad estado y la edad y negativa respecto a la satisfacción laboral. En cuanto a la ansiedad rasgo encontramos relación positiva con la antigüedad y satisfacción con el puesto y relación negativa con la autoeficacia y la satisfacción con la supervisión. También se encontraron niveles de ansiedad en el 46% de los sujetos, y sabemos que ésta aumenta el número de errores en el trabajo con las consecuencias que conllevan. Por esto nos planteamos la conveniencia de intervenir con programas de disminución de la ansiedad de cara a mejorar la actuación de estos profesionales.

¹⁵ Flores Villavicencio M.E. y colaboradores México (2010). Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol.3. N° 1. Ansiedad y Estrés en la Práctica del Personal de Enfermería en un Hospital de Tercer Nivel en Guadalajara. p. 1.

- **Pousa Faria D. y Chaves Maia E. Brasil (2007).** Ansiedades y Sentimientos de los Profesionales de Enfermería en Situaciones de Terminalidad en Oncología: Rev Latino-am Enfermagen 2007 noviembre-diezembro: 15 (6). Se trata de una investigación transversal que evaluó el nivel de ansiedad del equipo de enfermería que se dedica al enfermo terminal con cáncer, investigando los factores que influyen en este equipo, así como los sentimientos de los profesionales ante la atención a estos enfermos. Fueron analizados 50 auxiliares y técnicos de enfermería del hospital de referencia de atención al cáncer de Rio Grande do Norte, Brasil. Datos fueron recolectados a través de un cuestionario y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Resultados revelaron que el 69,8% posee ansiedad-estado media y el 30,2% alta. El número de enfermos atendidos y 'trabajar en otra institución' interfirieron en el nivel de ansiedad-estado. Los sentimientos más destacados fueron sufrimiento y tristeza, y 'niño' fue indicado como el grupo de edad más difícil de dedicarse. Se verifica la necesidad de estrategias de apoyo para los profesionales a fin de reducir y/o prevenir altos niveles de ansiedad y estrés.
- **Díaz Águila, H., Véliz Sánchez M. y Hernández Rivera Y. Cuba (2010)** Evaluación de la Ansiedad en Profesionales del Servicio a Pacientes Graves de un Hospital Universitario: Rev Cub Med Int Emerg 2010; 9(2) 1758-1763. Resumen: El trabajo con enfermos graves provoca ansiedad en las personas responsabilizadas con su atención. Con el objetivo de evaluar la ansiedad en profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Mártires del 9 de Abril", se realizó un estudio descriptivo durante los meses de noviembre de 2008 hasta marzo de 2009. La muestra estuvo constituida por 18 profesionales. Se aplicó el instrumento CUBANSIOPAT para determinar el estrés al comienzo del turno y comparar los resultados obtenidos con las evaluaciones realizadas al culminar el trabajo nocturno en enfermeros y médicos. Se observó el alto nivel de ansiedad en enfermeros y que la mitad de los médicos presentaron ansiedad patológica. Se concluye que tanto, el horario nocturno de trabajo del personal de

enfermería, como la guardia médica, incrementan el nivel de ansiedad de los profesionales en las Unidades de Cuidados Intensivos.

- **Lizarte Castillo M., Montero Madej A., Peral Bueno N., Postigo Higuera E., España (2012).** Efectos de la turnicidad sobre la ansiedad y la salud psicológica en profesionales sanitarios de centros hospitalarios: Resumen: El objetivo de este estudio correlacional es analizar el efecto que tiene el turno rotatorio sobre la ansiedad y la salud psicológica autopercebida del personal sanitario de enfermería, frente a aquellos profesionales de la misma categoría que tienen un turno fijo. Para ello se administraron dos cuestionarios que recogían las variables de interés, a una muestra de 140 profesionales de enfermería que trabajan en los hospitales de la provincia de Granada. Los resultados han mostrado que no hay evidencia significativa entre la ansiedad y la salud psicológica autopercebida sobre la turnicidad, sin diferencias relevantes con el turno fijo. Se concluye que hay una tendencia a padecer más trastornos de ansiedad entre aquellos profesionales sanitarios que llevan más años en la profesión.¹⁶

4. OBJETIVOS

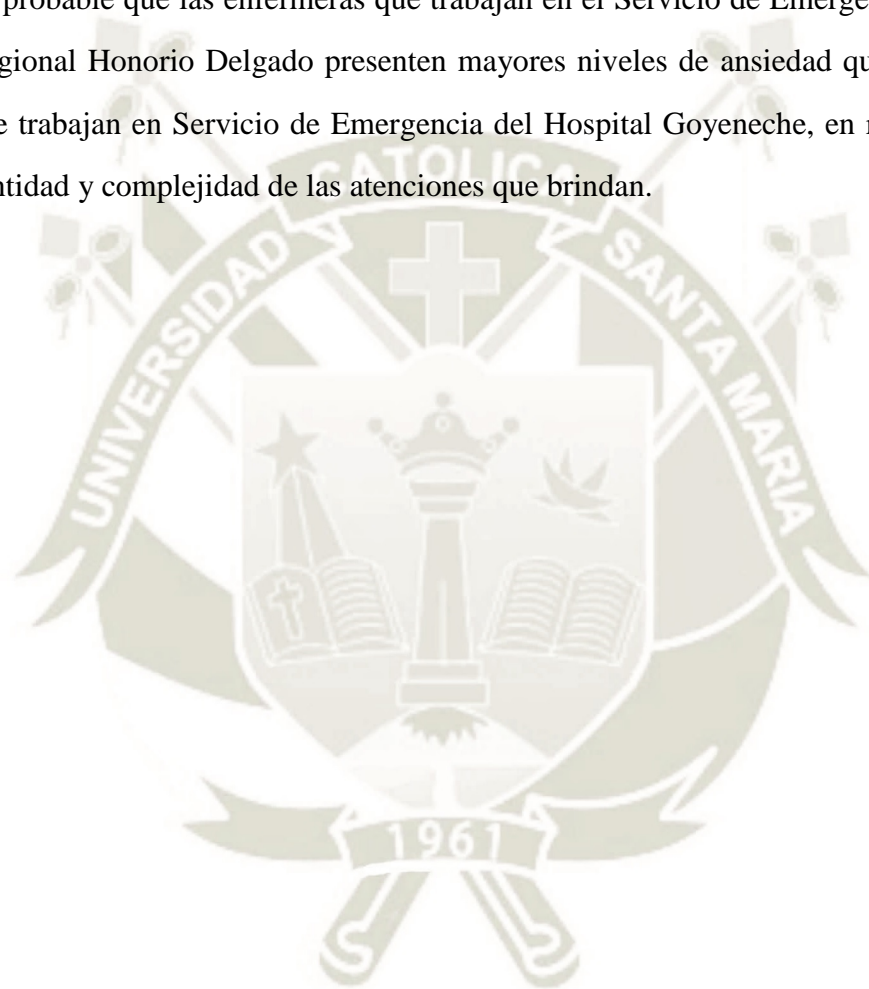
- A. Identificar los niveles de ansiedad en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- B. Identificar los niveles de ansiedad en las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital Honorio Delgado de Arequipa.
- C. Precisar las diferencias y/o semejanzas entre los niveles de ansiedad en las enfermeras de los Servicios de Emergencia de los Hospitales Goyeneche y Honorio Delgado de Arequipa.

¹⁶ Localizador: <http://www.ugr.es/local/miguelgr/ReiDoCrea-Vol.1-Art.3-Lizarte-Montero-Peral-Postigo.pdf>

5. HIPÓTESIS

Dado que la ansiedad es una reacción emocional negativa caracterizada por síntomas subjetivos, cognitivos, motores y fisiológicos en diversos niveles que se presentan en las personas en determinadas situaciones.

Es probable que las enfermeras que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado presenten mayores niveles de ansiedad que las enfermeras que trabajan en Servicio de Emergencia del Hospital Goyeneche, en razón a la mayor cantidad y complejidad de las atenciones que brindan.



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICA

Para la obtención de los datos se hará uso del Cuestionario.

1.2 INSTRUMENTO

Como instrumento se usará el Formulario de Preguntas: Escala de ansiedad de Zung

1.2.1. Cuadro de Coherencias

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES	Técnica e Instrumento	Estructura del Instrumento
Niveles de Ansiedad Formas mayores y menores de reacciones emocionales ante una determinada situación agrupadas en tres sistemas de respuestas	1. Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento	1.1. Inseguridad 1.2. Miedo o temor 1.3. Pensamiento negativo 1.4. Incapacidad 1.5. Desconcentración 1.6. Dificultad para la toma de decisiones	Cuestionario y Formulario de preguntas	1-2-3-14-20
	2. Síntomas motores	2.1. Hiperactividad 2.2. Paralización motora 2.3. Movimientos torpes 2.4. Tartamudeo 2.5. Conducta de evitación		6 – 8 - 4
	3. Síntomas fisiológicos	3.1. Cardiovasculares 3.2. Respiratorios 3.3. Gastrointestinales 3.4. Genito-urarios 3.5. Neuromusculares		7-10-11-12-15-16-18 <i>Ítems sintomáticos negativos</i> 5 – 9 – 13 – 17 – 19

1.2.1. Prototipo de Instrumento

FORMULARIO DE PREGUNTAS

I. DATOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

1. EDAD:
- 25 – 29 () 30 – 39 ()
- 40 – 49 () 50 – 59 ()
- 60 a más ()
2. ESTADO CIVIL: Casada () Soltera () Conviviente ()
3. Tiene problemas en su hogar Si () No ()
4. 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 o nervioso que de costumbre	1	2			
2. Me siento atemorizado sin motivo	1	2	3		
3. Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3		
4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos	1	2	3		
5. Creo que todo está bien y no a pasar nada	4	3	2	1	
6. Me tiemblan los brazos y las piernas	1	2	3		
7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda	1	2	3		
8. Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3		
9. Me siento tranquilo y me es fácil estar quieto	4	3	2	1	
10. Siento que el corazón me late a prisa	1		3		
11. Sufro mareos		2			
12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2			
13. Puedo respirar fácilmente		3			
14. Se me duermen y me hormiguean los dedos de la mano y de los pies	1				
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. _____

Calificación de la Ansiedad:

- | | | | |
|----------------------------|-------------|-------------------------|---|
| - Grado Máximo | 80 a 65 pts | Nunca o casi nunca | 1 |
| - Marcada a severa | 64 a 49 pts | A veces | 2 |
| - Mínimo o moderada | 48 a 33 pts | Con bastante frecuencia | 3 |
| - No hay ansiedad presente | 32 a 17 pts | Siempre o casi siempre | 4 |
| - Nula | 16 a 0 pts | | |

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizará en los Servicios de Emergencia de los Hospitales Goyeneche sito en la Avenida Goyeneche s/n y Honorio Delgado de Arequipa, sito en la Av. Alcides Carreón s/n.

El **Hospital Goyeneche** de Arequipa está ubicado en la Av. Goyeneche s/n. es un Órgano dependiente e integrante del Gobierno Regional de Arequipa, que cumple su Rol Social, contribuyendo a solucionar los problemas de Salud de la población, dentro del ámbito que le corresponde, brindando una Atención Integral de Salud con calidad y eficiencia.

Hospital Regional Honorio Delgado está ubicado en la Av. Daniel Alcides Carrión 505, La Pampilla. Cercado, reza su lema “Que los sanos no se enfermen y que los enfermos no se mueran, el **Hospital Regional Honorio Delgado** fue creado hace 48 años, nosocomio que pese a sus presupuestos, ha logrado sobrevivir salvando muchas vidas humanas curando y asistiendo a miles de personas a lo largo de su vida institucional.

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio es coyuntural y se realizará de setiembre a noviembre del 2014.

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio son las enfermeras que laboran en el Servicio de Emergencia de los Hospitales Goyeneche de Arequipa y Honorio Delgado de Arequipa.

2.3.1 Universo

Está constituido por las enfermeras del Servicio de Emergencia de ambos Hospitales en número de 59.

Se trabajará con el universo.

2.3.2. Muestra

Para la precisión del número total o universo se aplicará los criterios de inclusión y exclusión.

De Inclusión:

- D. Enfermeras con más de 2 años de tiempo del servicio de cualquier área crítica.
- E. Enfermeros de ambos géneros

De Exclusión

- F. Enfermeras que no deseen participar en la investigación
- G. Enfermeras que se encuentran en período de vacaciones y/o licencia por enfermedad.

La muestra queda conformada por 48 enfermeras

Hospitales	N°	%
Goyeneche	20	42
Regional Honorio Delgado	28	58
Total	48	100

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización Administrativa

Para efecto de la recolección de datos se solicitará por escrito a la Dirección del Hospital Honorio Delgado y del Hospital Goyeneche, el permiso correspondiente para efectuar la investigación.

3.2. Recursos

A. Humanos

Evelyn Carolina Cerpa Escalante

B. Materiales y Costo

Partida	Unidad	Cantidad	Costo unidad	Costo total
Bienes				
Papel Bond	Millares	1	30	30
CD's	Unidades	4	1.5	6
Textos	Unidades	3	120	360
Monografías	Unidades	6	10	60
Lapiceros	Unidades	5	4	20
Resultados	Unidades	1	4	20
Laptop - USB	Unidades	1		2035
			Sub total	S/.2511.0
Servicios				
Impresión	Hojas	500	0.05	25
Fotocopias del Informe	Hojas	500	0.1	50
Empaste	Hojas	3	10	30
Internet	Horas	351	1	351
Movilidad		-	150	150
Asesoramiento	Persona	1	1000	1000
Digitador	Persona	1	450	450
			Sub total	S/. 2156.00
			Total	S/.4667.00

C. Financieros

Autofinanciado o financiado por la autora

3.3. Validación del instrumento

El instrumento es validado: Escala Autoaplicada de Zung (EZ-D) presenta un índice de sensibilidad de 85% y su especialidad alcanza un 75% (35)

3.4. Criterio para el manejo de resultados

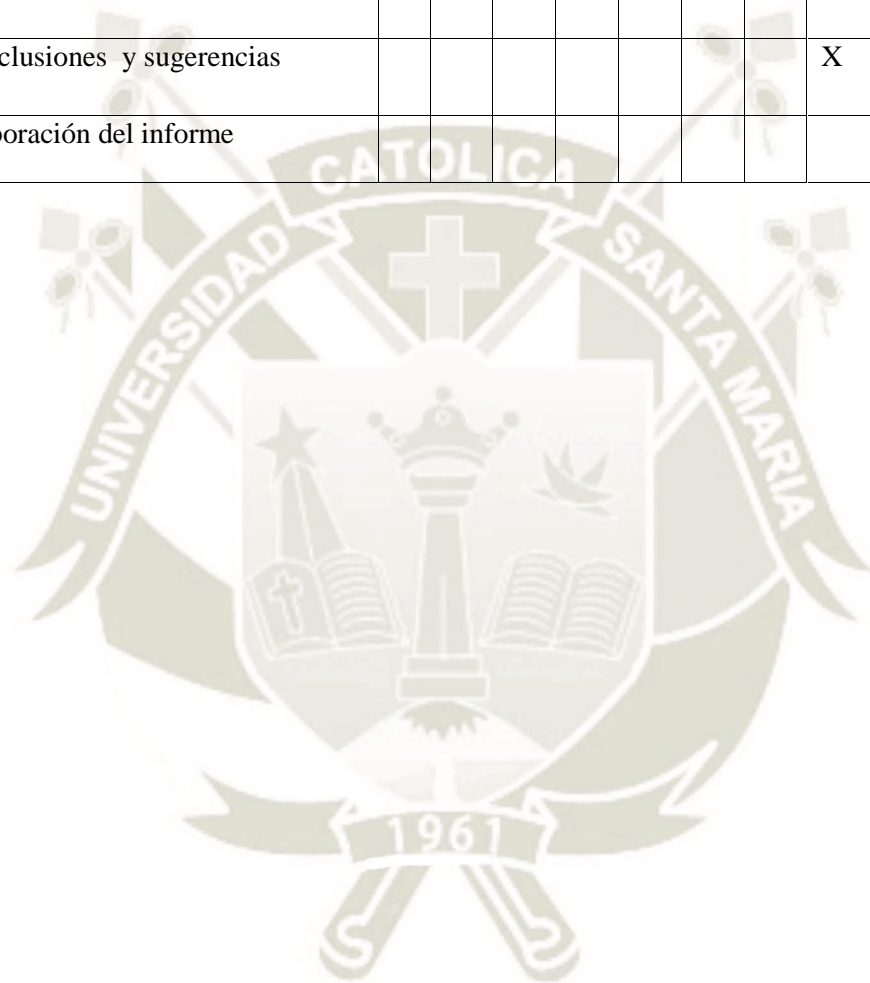
Concluida la recolección de datos se procederá a la tabulación, análisis e interpretación de los mismos.

Se procederá a la elaboración de los cuadros estadísticos y elaboración de las gráficas correspondientes. El análisis estadístico consistirá en la determinación de las frecuencias y porcentajes con tratamiento estadístico del χ^2 .

Se presentará las conclusiones del trabajo.

IV. CRONOGRAMA

Tiempo Actividad	2014											
	Setiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1 Recolección de datos			X	X								
2 Sistematización					X	X	X					
3 Conclusiones y sugerencias								X	X			
4. Elaboración del informe										X	X	



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Yo de años de edad,
identificado con DNI y con domicilio
..... habiéndome explicado en lenguaje, claro y
sencillo sobre el proyecto de investigación: NIVELES DE ANSIEDAD DE
ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LOS HOSPITALES
GOYENECHÉ Y HONORIO DELGADO DE AREQUIPA. AREQUIPA, 2014, el que se
llevará a cabo a partir del mes de junio.

Dicha investigación publicará los resultados guardando reserva de mi identidad.

Habiéndome informado de todo lo anteriormente señalado y estando en pleno uso de mis
facultades mentales, es que suscribo el presente documento.

Fecha:

Firma.....



ANEXO N° 2
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

N°	EDAD					Estado Civil			MODELO DE LA ESCALA DE EAA SEGÚN ZUNG ANSIEDAD																						
	25-29	30-39	40-49	50-59	60 a más	Casada	Soltera	Convive	Sí	No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1			1			1			1		2	3	3	3	3	2	3		4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	
2				1			1			1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	3	1	2	2	
3			1			1				1	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	3	2
4	1						1			1	2	1	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2	1	1	2	3	2	2	3	
5		1				1			1		3	3	3	1	4	2	3	3	4	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2	3	
6			1					1	1		2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	
7		1				1				1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	2	3	2	3	2	
8			1			1				1	3	3	3	2	2	2	4	2	3	3	2	1	2	2	3	2	3	1	2	2	
9		1				1				1	2	2	3	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	1	4	2	2	1	
10		1				1				1	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	4	2	3	2	
11		1				1				1	2	2	2	1	2	2	3	3	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	2	2	
12				1			1			1	2	3	3	2	3	2	4	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	
13			1			1				1	2	2	2	1	3	2	3	3	3	2	2	1	2	2	2	2	4	2	2	2	
14		1				1				1	2	3	3	2	3	2	4	3	3	2	2	1	2	2	2	2	3	3	3	2	
15	1							1		1	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	4	2	1	2	
16			1			1				1	2	2	3	2	3	2	4	3	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	
17		1				1				1	2	2	3	1	3	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	
18	1						1			1	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2	1	1	1	2	2	1	4	2	1	2	
19		1				1				1	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	2	
20		1					1			1	2	3	3	2	2	2	4	3	3	3	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	
21			1			1				1	3	2	3	1	2	2	4	2	3	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	
22	1					1				1	2	2	3	1	3	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	
23	1						1			1	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	2	3	2	3	1	1	
24				1		1				1	2	2	3	3	3	2	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	
25			1					1		1	3	3	2	2	3	2	4	4	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	3	
26		1				1				1	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	4	2	2	1	
27	1						1			1	4	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	3	1
28	1						1			1	4	2	2	1	1	2	2	2	3	4	1	1	2	1	2	2	3	3	1	1	
29		1						1		1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	1	2	1	4	2	2	1	4	3	2	1	
30	1						1			1	2	1	2	2	3	1	3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	4	3	3	2	
31		1				1				1	2	2	3	1	2	1	3	3	3	2	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	
32			1			1				1	2	2	3	1	3	1	3	3	3	2	1	1	2	1	2	2	3	2	2	2	
33		1				1				1	2	1	3	1	2	1	3	3	3	2	1	1	2	2	2	3	1	3	2	2	
34	1						1			1	2	3	3	1	1	1	2	3	2	3	1	1	1	2	2	4	2	2	2	2	
35	1						1			1	2	2	1	1	2	1	3	3	3	2	1	2	2	2	3	2	3	1	2	2	
36	1					1				1	2	2	2	2	2	4	2	2	3	1	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	
37		1					1			1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	3	2	1	2	2	3	2	3	2	2	2	
38	1							1		1	3	3	3	2	3	2	4	3	3	3	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	
39		1						1		1	3	2	2	2	2	2	4	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	
40			1			1				1	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	3	2	4	1	2	2	2	
41		1					1			1	4	3	3	2	2	2	4	3	3	3	2	2	2	3	2	3	1	3	2	2	
42		1						1		1	3	3	3	2	2	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	1	
43	1						1			1	2	2	4	1	3	2	2	3	3	2	1	2	2	2	3	2	3	2	2	3	
44				1		1				1	3	3	2	2	2	4	3	3	3	2	1	1	3	2	2	3	3	2	3	1	
45				1			1			1	4	3	3	2	3	2	4	3	3	3	2	1	2	2	1	4	2	2	2	2	
46		1					1		1		3	2	3	1	2	2	4	3	3	3	1	1	1	3	2	2	3	3	3	2	
47				1		1			1		2	3	3	2	3	2	4	3	3	3	2	1	2	2	2	4	2	2	2	2	
48	1						1			1	3	2	2	1	2	1	3	2	2	2	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2	

57
45
43
42
56
55
42
47
39
39
40
51
44
49
35
46
43
37
44
47
43
48
42
52
50
35
34
37
46
43
39
41
40
40
41
37
48
43
46
51
42
46
38