

881325
7
2ej



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL LOMAS VERDES

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
NUMERO DE INCORPORACION 8813-25

ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO DE ANSIEDAD ENTRE ENFERMERAS GENERALES Y ENFERMERAS ESPECIALISTAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

P S I C O L O G I A

P R E S E N T A

MARIA EUGENIA JIMENEZ SANCHEZ

DIRECTOR DE LA TESIS: LIC. MA. ANGELINA AGUILERA GOMEZ
ASESOR DE LA TESIS: LIC. PATRICIA ENCINA DIEGUEZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
OBJETIVO	4
CAPITULO 1 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	
1.1 DESARROLLO PSICOSEXUAL	6
1.2 ANGUSTIA-FRUSTRACION	18
1.3 MECANISMOS DE DEFENSA	24
CAPITULO 2 ANSIEDAD	
2.1 HISTORIA DEL STRESS EN PSICOLOGIA	29
2.2 DEFINICION	31
2.3 REACCIONES ANTE SITUACIONES STRESSANTES	47
CAPITULO 3 ENFERMERIA	
3.1 HISTORIA	60
3.2 DEFINICION	70
3.3 SITUACION ACTUAL	74
CAPITULO 4	
INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ANTERIORES	79
CAPITULO 5	
METODO	83
CAPITULO 6	
MATERIAL	87
CAPITULO 7	
ANALISIS DE RESULTADOS	91
DISCUSION	97
CONCLUSIONES	100
APENDICE A	
CUADROS DE RESULTADOS	105
APENDICE B	
PROTOCOLOS Y PLANTILLAS	119
BIBLIOGRAFIA	123

INTRODUCCION

La presente investigación pretende conocer si existe alguna diferencia en el manejo de ansiedad entre las enfermeras especialistas y las enfermeras generales.

En México la investigación es una actividad poco ejercida y la Enfermería no es la excepción. Existen muchas lagunas y dudas en lo que se refiere a la práctica de dicha profesión y a las características del profesionista.

Existen situaciones que no han sido motivo de estudio formal alguno, por ejemplo, se ha observado que de aquellas personas que terminan la licenciatura, no todas muestran interés por ejercerla, mientras que otras lo hacen con gusto y, unas más, se preparan ampliamente mediante cursos de especialización. Pero aún con un curso de especialización, llama la atención que la enfermera no labora en su área específica, sino por el contrario, se dedica a tareas que no tienen que ver con su preparación (Asociación Mexicana de Enfermería) (25).

Una de las características de la enfermera especialista en cuanto a sus funciones, es la calidad y cantidad de las mismas; es decir, la especificidad de sus actividades, las cuales al presentar esa característica,

requieren mayor preparación, responsabilidad y cuidado en su práctica; es quizá el enfrentamiento a estas situaciones lo que obstaculiza el desarrollo profesional de dicha enfermera en su área.

Estas situaciones provocan mayor stress, al mismo tiempo que frustración en el área laboral, y de la manera como sea manejada la ansiedad ante ellas, dependerá el éxito o fracaso profesional; es decir, el manejo que se haga de la ansiedad sería un determinante del buen funcionamiento, tanto personal como profesional y vital en la respuesta que los individuos tengan ante situaciones originadoras de stress.

Conocer alguna característica, como el manejo de ansiedad, que diferencie a la enfermera especialista de la que no lo es, podría ayudar a realizar una selección de participantes a los cursos, más fina y eficaz, que elevaría el nivel y preparación del profesionista; ya que un buen funcionamiento laboral requiere tanto de los factores económicos, sociales y culturales, como de la personalidad y características propias del individuo.

JUSTIFICACION

Debido a que en México existen datos escasos de las características del profesionista activo de enfermería, los egresados quizá, no se encuentren preparados psicológicamente para enfrentarse a la práctica real de su área.

Conocer alguna característica que sea similar en las enfermeras especialistas que laboran, ayudará a que se realice una mejor selección de participantes a los cursos y, de ser necesario, se reestructuren los programas de estudio.

Este conocimiento puede aportar personal especializado mejor preparado y más capaz en la ejecución de sus labores y puede evitar la saturación de cursos de especialización con profesionistas que no ejercerán en su área y que impiden la preparación de profesionistas con características acordes a la especialización.

OBJETIVO

Conocer si existe alguna diferencia en el manejo de ansiedad entre enfermeras especialistas y enfermeras generales.

CAPITULO 1

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

La personalidad del ser humano y cómo se ha desarrollado ésta, ha sido objeto de interés desde la época antigua de la historia de la humanidad. Los pensadores de todas las épocas han abordado su estudio, como por ejemplo Hipócrates, Platón o Aristóteles; más adelante Tomás de Aquino, Bentham, Comte, Hobbs, Locke, Nietzche y Maquiavelo, cuyas aportaciones son aún rescatadas por los teóricos contemporáneos (16).

De ser un tema básicamente médico y filosófico, con el surgimiento de la Psicología, cambió o se trasladó al nuevo campo de estudio, siendo desde siempre, la formación y desarrollo de la personalidad, parte esencial de la naciente ciencia.

De todos es bien sabido que la Psicología ha dado lugar a diferentes teorías que intentan explicar el comportamiento del ser humano, teorías como el psicoanálisis, la gestalt, el conductismo y el existencialismo, entre otras.

No es objeto de estudio analizar las diferentes corrientes psicológicas y llegar a una conclusión cualitativa de alguna de ellas. Lo que se pretende es

explicar la formación y desarrollo de la personalidad desde un solo punto de vista y, en este caso se eligió al psicoanálisis por ser uno de los enfoques psicológicos más amplio y completo, ya que abarca tanto lo inconsciente como lo consciente del ser humano, lo interno y externo para explicar el presente, en función del desarrollo pasado.

1.1 DESARROLLO PSICOSEXUAL

La personalidad está estructurada en base a las experiencias infantiles más remotas y olvidadas por el ser humano adulto.

Freud basa su teoría en la existencia de sexualidad desde la época del nacimiento, quedando determinada la estructura sexual a la edad de cinco años, la cual permanecerá latente e irrumpirá en la pubertad (26).

La presencia de la sexualidad infantil viene dada por la existencia de energías impulsoras que hacen al hombre actuar. Dichas energías se dividen en dos fuerzas opuestas, una de apoyo a la vida y la otra, de estímulo a la muerte o destrucción (8). La energía total es denominada libido.

Por ser la libido la causa de la presencia de la sexualidad en la infancia, será de ella de quien nos ocuparemos.

La libido es una pulsión que, a diferencia de los instintos, no tiene objeto determinado para su satisfacción; es decir, mientras que para calmar la sed existe el agua, para el hambre la comida, la sexualidad o libido es lábil con respecto a su objeto, siendo ésta su característica principal (26). La zona a la cual la libido es canalizada se le llama zona erógena.

La satisfacción libidinal es alcanzada al través del desarrollo humano, de diferentes pero específicas maneras. Para explicar la movilidad de la libido en busca de su gratificación, Freud dividió el desarrollo del individuo en fases psicosexuales, llamadas así por la importancia de la pulsión libidinal en ellas, siendo su presencia y manifestación lo que caracteriza a cada una de las etapas. Las edades marcadas para la aparición de las etapas, no son determinantes, son aproximativas a las experiencias ambientales del medio y a la maduración biológica y física individual.

Se pasará ahora a describir dichas fases, haciendo hincapié en las fuentes de placer-satisfacción y displacer-frustración presentes en cada una.

Etapa Oral

Tanto las necesidades como su satisfacción se concentran en la boca, incluyendo labios, lengua y, posteriormente, dientes.

En un principio, el niño encuentra placer durante el proceso de alimentación, asocia la saciedad de sus impulsos básicos, las caricias y mimos, con la reducción de la tensión experimentada por el hambre y la sed.

La energía libidinal está dirigida a la boca, siendo ésta, la primera parte del cuerpo que el niño puede controlar, convirtiéndose en zona erógena. A partir de entonces, el placer viene a ser dado, no únicamente por la alimentación, sino por todo aquello susceptible de ser llevado a la boca, siendo la falta de un objeto o el impedimento de llevarlo a la zona erógena, fuente de displacer y por lo tanto de frustración.

Sabiendo que no es posible llevar a la boca cualquier clase de objetos, la frustración se hace presente en más de una ocasión, teniendo el niño que aceptarlo ya sea llorando sin parar o buscando un nuevo objeto para satisfacer su necesidad.

Algunas expresiones físicas de estos placeres son, desde fumar, comer con exceso, mascar, chupar, morder, hasta el sarcasmo y la burla (8).

Etapa Anal

El desarrollo biológico conlleva hacia nuevas áreas de atención tanto para la tensión como para la satisfacción. Durante esta etapa, el niño generalmente aprende a controlar el esfínter anal y la vejiga, que con

la participación de los padres, convierten en verdaderos centros de atención, ya sea la micción o la defecación, por el autodescubrimiento de una nueva fuente de placer.

La meticulosidad, la parsimonia y la obstinación son algunas características de placeres anales en la acción adulta (8).

Etapa Fálica

Lo que caracteriza a esta etapa es el conocimiento adquirido por el niño de la diferencia anatómica sexual, la existencia o ausencia de pene. Se desarrolla lo que dentro de la teoría freudiana se conoce como fase edípica: amor hacia el progenitor del sexo contrario y odio hacia el del mismo. La energía libidinal se canaliza al pene presente o ausente, aunada al aumento de fantasía y sueños diurnos.

A diferencia de las etapas anteriores, ésta se lleva al cabo, en los varones y en las mujeres, de diferente manera.

En el varón se presenta el deseo incestuoso de poseer a la madre y hacer desaparecer al padre; pero también le teme y teme ser castrado por él, debido a sus deseos. El Complejo de Edipo nunca puede resolverse en forma total (8); en cambio, reduce al varón a la condición de un ser asexual o inofensivo.

La ansiedad por la castración, el temor y el amor

por su padre y el amor y deseo sexual hacia su madre, son reprimidos durante esta etapa gracias a la actuación del superego en desarrollo.

El problema es similar para las niñas, pero su expresión y solución toma un giro diferente. Ellas desean poseer al padre y ven a la madre como su rival, siendo estos sentimientos poco más complejos que en el varón, ya que la madre es el primer objeto de amor y ahora se desea su desaparición.

Esta ambivalencia, junto con la promesa fantasiosa de poseer un pene más adelante, permiten que la niña supere de manera favorable el conflicto, aunque al igual que los varones, no lo resuelve completamente.

En ambos casos, si los padres no inhiben o prohíben los sentimientos de amor hacia el padre del sexo opuesto y de odio hacia el del mismo sexo, los niños expresan abierta y espontáneamente su intención de casarse con el padre del mismo sexo, cuando crecen.

Durante esta fase, se lleva al cabo una lucha compleja y significativa para el desarrollo de la vida emocional de los niños.

Es un proceso inevitable y no sólo eso, es un paso esencial el desarrollo de la gran ilusión de, un día, poder casarse con el padre del mismo sexo, así como, la lucha y trágica experiencia de tener que dejarlo. Es el

camino normal humano para que los pequeños se preparen y, al convertirse en adultos, puedan amar a una persona del sexo contrario (3).

Nuevamente se encuentran presentes las frustraciones en el intento por satisfacer los deseos y necesidades sexuales.

Etapa Genital (Latencia)

Es en este momento cuando la libido se concentra en las áreas genitales del cuerpo, en los órganos sexuales.

Sin importar la resolución del Complejo de Edipo, los niños modifican su apego a los padres en algún momento después de los cinco años y orientan sus relaciones hacia otros niños, hacia las actividades escolares, hacia los deportes y hacia otras habilidades. Los deseos sexuales irresolubles de la etapa fálica, dejan de ser atendidos por el ego y son reprimidos exitosamente por el superego.

El florecimiento inicial de la vida sexual no progresa, se adormece pero no desaparece, los apetitos sexuales pierden fuerza y gran parte de lo que el niño practicó o sabía anteriormente, deja de existir y se olvida (8).

Aun así, la fase de la latencia no está libre de problemas; este es el momento preciso en que evoluciona el superego, la adaptación internalizada de las normas,

control y amor paterno. El superego funciona siempre en relación al ego, del cual ya se diferenci6, en relación a la realidad y al ahora totalmente inconsciente id.

Paralelo a la evolución del superego, es de igual importancia la separación entre el ego y el id, la cual se lleva al cabo alrededor de los cuatro o cinco años, mediante la represión masiva de las experiencias infantiles. Sin la presencia de los límites entre ego e id, no sería posible el adecuado desarrollo del proceso secundario del pensamiento y la percepción de acuerdo a la realidad.

Este desarrollo, continuamente se ve invadido por la intromisión del proceso primario que impide discernir entre realidad y fantasía, esto continúa hasta el final de la fase cuando, gracias al medio ambiente, la maduración del ego y la maduración lógica del individuo, favorecen el cambio.

Durante la latencia, el niño aún es un miembro de la familia a la que puede regresar y refugiarse cuando las frustraciones externas son mayores a lo que él puede soportar. El niño comienza a tener diferentes roles; por ejemplo, es miembro de una familia y miembro de un grupo externo.

Dentro de este nuevo grupo, el niño aprende patrones de conducta, amistad, agresión y defensa, diferentes a

los de su hogar, de los cuales hace uso para probar su nueva realidad. Así pues, ingresa a la escuela, se separa de los compañeros del sexo opuesto, se relaciona voluntariamente con niños de su mismo sexo, aprende a relacionarse con otros adultos, etc.

Como puede suponerse, existen situaciones stressantes inherentes a esta fase, como son la separación diaria de la familia, la necesidad de adaptarse a la nueva cultura y el sistema escolar, y el incremento de demandas hacia el niño provenientes de todas direcciones, como: nuevas habilidades, mayor control emocional, más conocimientos y nuevos y frecuentes roles sociales (4).

Frecuentemente esto no es apreciado por los adultos, no se dan cuenta que los niños en esta fase necesitan ayuda para establecer límites, para resolver problemas y conflictos personales y para tomar decisiones. La comunidad les presenta muchas oportunidades de acción y gratificación, pero también de frustración. Ellos no pueden hacer lo que los adultos, necesitan conocer de qué son capaces y de qué no.

Además, un niño no nace con autocontrol, lo adquiere por medio de los padres (4), quienes deben distinguir entre la complacencia ciega que convierte niños infantiles, inmaduros e irresponsables, y las demandas

razonables a su edad, ya que de lo contrario surge ansiedad innecesaria e impulsividad. Las capacidades varían con la edad, la experiencia y la inteligencia.

También es evidente que un niño que sufrió fracasos durante épocas anteriores, encontrará mayores dificultades en la competencia, cooperación e interacción grupal, características de la fase de latencia.

Preadolescencia

Es un período, al final de la latencia, en el que ocurren marcados cambios emocionales y sociales sin mucho cambio biológico. Frecuentemente se muestran susceptibles, desafiantes y resentidos hacia sus padres; su conducta parece desorganizada, vagabunda y "que no entra en razón". Critican a sus padres y sus valores, se apartan de ellos, buscan nuevas experiencias, sienten la necesidad de independencia porque el incremento de sus fantasías sexuales ya no se pueden ocultar.

Es el paso inminente a la adolescencia.

Adolescencia

No es únicamente una transición de la infancia a la adultez, es una fase del desarrollo con características muy particulares, que ocupan poco más o menos 10 años de la vida.

La adolescencia es turbulenta e inestable, pero en la mayoría de los casos, transitoria (1).

La adolescencia está cargada de fuertes incrementos de energía que se canalizan al incremento intelectual, habilidades motoras, desarrollo físico, incremento del lenguaje y la lógica y la experiencia de relaciones interpersonales dentro del grupo social.

Al abandonar el grupo familiar, no se abandonan ni los valores ni los ideales, los cuales se encuentran ya internalizados en el superego. Con ayuda de esas identificaciones, el adolescente prueba su realidad, incluyendo la realidad externa, la interna y la psicológica. De esta manera, surgen nuevas figuras de identificación y nuevos objetos de amor, que por lo general, presentan características que son admiradas por el joven adolescente.

En el inicio de la adolescencia, los jóvenes forman grupos sociales homosexuales, para posteriormente, cuando finaliza la etapa, cambiar sus relaciones a grupos heterosexuales.

El punto principal de esta etapa es la búsqueda de la identidad e individualidad; el joven percibe primero que sus padres, que él ya no es un niño y que sus intereses de relación han cambiado. Durante el camino a la consecución de aquello, el adolescente pasa por desequilibrios de toda índole, por desintegraciones, experiencias y cambios para, finalmente, lograr la

integración, el equilibrio y la cristalización de su personalidad, la cual está en función de la aceptación, respeto y estima, tanto propia como de los adultos que lo rodean.

Con la consecución de esto, y dependiendo del contexto sociocultural del propio individuo, el siguiente paso a seguir es tomar la decisión o elegir, la vida laboral. La elección vocacional depende mayormente de causas culturales, sociales y económicas y, en el menor de los casos, a una verdadera habilidad o gusto en la elección (4).

La elección de una carrera universitaria o técnica, está influenciada por varios factores, tanto internos como externos a la persona.

De estos últimos se puede mencionar el factor económico, el cultural y el social. Entre los factores internos o propios del individuo se encuentran el factor físico y el psicológico.

Adultez

No se puede marcar una edad precisa que marque el inicio de la vida adulta. Se podría decir que la adolescencia ha llegado a su fin cuando existe control emocional, autorespeto, aceptación de responsabilidades adultas, independencia auto-assertiva de pensamiento y juicio y predictibilidad en general. Además de

canalización de la agresión y la sexualidad, integración del ego y organización del superego que permitan adecuada autoestima y autocondenación.

Por estas razones, cuando se habla de madurez, se hace en términos relativos y no de edad o condiciones externas ambientales. En general la madurez implica un estado de equilibrio entre lo que se toma y lo que se deja, sin exceso o indebido stress, aceptando las inevitables frustraciones y conflictos, con el mínimo de conductas o experiencias infantiles. Este equilibrio requiere gran cantidad de experiencias externas para su desarrollo y mantenimiento.

El desarrollo de la adultez presenta diferentes características en ambos sexos; del hombre se espera iniciativa, actividad y agresión fuera del hogar. La mujer tiende a buscar marido y su actividad se dirigirá al hogar (4).

La persona adulta debe ser capaz de controlar y canalizar sus emociones sin perder iniciativa ni placer, sin tener que emplear excesiva inhibición ni sufrir distorsiones de carácter. Su organización defensiva debe ser adecuada para protegerlo de exceso de ansiedad e impedir la intromisión del proceso primario de pensamiento e innecesaria interferencia del superego. Su ego debe ser capaz de competir exitosamente con el medio

externo y el stress de la vida, en pro de adecuadas relaciones interpersonales y el enriquecimiento en experiencias en muchos aspectos. La organización superyoica debe proveer autoestima y apoyo en las adversidades; representar las normas éticas y morales en ausencia de otros o en oposición a sus opiniones y un balance entre lo permisible y lo prohibido.

Las interacciones de los diferentes componentes de la personalidad se van equilibrando con el paso del tiempo. Ellas deben desviar la energía cuando las circunstancias demanden una redistribución interna, antes que un cambio en las condiciones externas. El adulto debe soportar sus problemas ordinarios, las inevitables frustraciones y desacuerdos de la vida humana, sin tener mas que un desequilibrio temporal. Intervendrán en las actividades adultas con cooperación y competición; podrá mantener relaciones heterosexuales estables; será capaz de expresar un grado razonable de agresión, cólera, alegría y afecto, acordes a las condiciones sociales y sin esfuerzo indebido o culpa innecesaria. Pero, finalmente, en la vida actual, no se encuentran parámetros de perfección.

1.2 ANGUSTIA-FRUSTRACION

En términos generales, de esta manera se desarrolla

la personalidad, la cual incluye la participación de las tres instancias psíquicas (Id, Ego y Superego), las cuales, activamente, buscan el equilibrio que maximice el placer y disminuya el dolor. Pero como se observó anteriormente, el desarrollo de un ser humano incluye estados de intensa y dolorosa tensión, la cual, cuando se sale de control, provoca estados traumáticos manifestados por diferentes emociones, siendo una de ellas, la angustia. "Las crisis emocionales se producen cuando el control normal del ego se vuelve relativamente insuficiente debido a flujo de excitación demasiado grande o bloqueo previo de la salida (predisposición)" (9, p.35).

La angustia es un estado afectivo que como tal, comprende descargas y sensaciones de dos clases: 1) percepciones de acciones motoras realizadas y 2) sensaciones de placer-displacer que le dan el tono fundamental al estado afectivo. Freud habla del nacimiento, como el origen de la angustia (angustiae = estrechez, en latín).

Como definición tomaremos a la angustia como una reacción al peligro; los síntomas son creados para llevar al ego a la liberación del peligro, actuando en vez de angustia (11). Así pues, la libido es substituida por la angustia y ésta por los síntomas. Dependiendo de su

origen, la angustia puede ser involuntaria y automática o provocada por el ego, cuando una situación amenaza y hay que eludirla. "El ego produce y/o modifica la angustia de acuerdo a sus necesidades" (11, p.1248).

Se habla de diversas clases de angustia, las cuales funcionan de manera distinta una de otra.

1. Angustia primaria. Sensaciones y percepciones de lo vegetativo o involuntario, originada por estímulos internos o externos experimentados con dolor consciente, pasividad y resignación.

2. Angustia real. Reacción a la percepción de un peligro exterior, daño esperado o previsto; es una manifestación del instinto de conservación. Los objetos y situaciones que la producen dependen de los conocimientos del individuo y de su sentimiento de potencia ante el mundo exterior. Un niño mimado desarrolla un gran terror a perder la protección o ayuda siempre obtenida y a no encontrar satisfacción por medios externos, sintiéndose impotente, motora y psíquicamente.

3. Angustia neurótica. Es la tercera forma de angustia, que se define como la espera ansiosa del pesimista que espera siempre la desdicha. Se subdivide en tres:

- cuando la angustia es flotante esperando adherirse a algo, se convierte en neurosis de angustia,

- cuando se adhiere a objetos o situaciones se llama

fobia (cuando el peligro substituye a la libido); puede ser peligro real, posible peligro aunque dudoso y peligro sin relación aparente. No importa tanto el objeto como la intensidad, y

. cuando no hay relación entre la angustia y un miedo o peligro que la justifique.

Mientras que la angustia real defiende al ego del mundo exterior, la angustia neurótica lo defiende del interior, de los instintos (libido) mediante la formación de síntomas. Un peligro externo se vuelve interno cuando tiene algún significado para el ego, lo que explica la excesiva, inadecuada y paralizadora angustia experimentada hacia el primero.

En base a la angustia experimentada, el ego puede actuar de tres formas ante las demandas del id:

- . tantea y actúa como señal de angustia,
- . se retira y deja actuar a la angustia plenamente, u
- . opone una carga contraria.

La angustia puede ser originada por causas externas e internas, pero siempre existe una inadecuada satisfacción y descarga de la libido, la cual no desaparece.

Como ya sabemos, la satisfacción de las necesidades no siempre puede llevarse al cabo de manera directa en la realidad, se trate de necesidades sexuales o de

conservación. Esta privación o impedimento de descarga se experimenta como un estado emocional desagradable, al que se denomina frustración. La frustración surge una y otra vez en el curso natural de las contingencias de la vida y lleva a patrones de resolución en función de los contextos de su alertamiento y de las consecuencias de las respuestas que ocurren en ellos (5). "El desarrollo de la humanidad viene dado por la frustración dictada por la realidad, por el apremio de la vida" (12, p.323).

Así pues, la frustración engendra un conflicto a nivel yoico que genera angustia; pero existen muchas vías de satisfacción. La tendencia al desplazamiento y la predisposición a adoptar substitutos, contrarrestan con fuerza el efecto patógeno de la frustración. Esta no es omnímana y absoluta; para producir efectos patógenos tiene que recaer en la forma de satisfacción que la persona tiene con exclusividad, de la que sólo ella es capaz (12).

Dentro de cada organismo, las pulsiones o necesidades sexuales y de conservación no se comportan de la misma manera ante el apremio real; las segundas son fáciles de educar hacia los señalamientos de la realidad, las sexuales son más difíciles, ya que pertenecen al plano "irracional" (12).

La resolución de éstas está dada en base a la

economía psíquica; es decir, el destino que de la excitación o energía anímica se haga. El placer está ligado a la reducción, rebaja o extinción de volúmenes de excitación que obran en el interior del aparato psíquico; el displacer se refiere a la elevación de esa excitación.

Pero sea cual fuese la forma como se substituye la satisfacción de la necesidad, la libido no desaparece; el grado de libido insatisfecha que el ser humano puede soportar o tolerar, es limitado.

La tolerancia a la frustración es el grado de demora, impedimento o negación que una persona puede soportar sin desintegración de la personalidad, ni regresión (4). Existe diferente tolerancia en diferentes áreas de experiencia, condiciones externas, organización social y condiciones psicológicas. Algunos factores como la fatiga, el hambre, la sed, la soledad y la desesperanza son idóneos para reducir la tolerancia a la frustración. La buena salud, moral alta, buenas compañías y autoconfianza, la incrementan.

La frustración es parte de todos los seres humanos y condición esencial para el desarrollo normal (4). Es entera y necesaria para aprender a soportar todo y como experiencia plena de gratificaciones apropiadas. Para aprender a manejar esas situaciones se requiere la presencia o ayuda del adulto;

introducir al niño de manera prematura o tardía a la frustración, es inadecuado; antes no lo puede manejar y después se vuelve sobreprotección.

Un niño que no aprende con ayuda adecuada o benévola a tolerar las frustraciones inevitables que se le presentan, no puede crecer y ser un miembro sano de la sociedad adulta.

Es una parte del principio de realidad. Una persona debe aprender a organizar su conducta, sus experiencias y sus metas, más o menos de acuerdo con la realidad psicológica y social del mundo, incluyendo las relacionadas con su cuerpo y potencialidades.

Las experiencias de dominio, destreza y habilidad, con ayuda adulta adecuada, están entre lo mejor de la preparación temprana para lograr el dominio independiente. Si fuera posible que toda necesidad se viera inmediatamente satisfecha, probablemente no llegaría a crearse nunca un concepto de realidad.

La frustración está presente a lo largo de todo el desarrollo de la personalidad, manifestándose distintamente en cada una de ellas.

1.3 MECANISMOS DE DEFENSA

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la psique, es buscar la manera de hacerle frente a la

angustia, la cual, puede desarrollarse en cualquier situación, ya sea real o imaginaria, y la tensión provocada es demasiado grande que no puede ser controlada o liberada.

Freud menciona cuatro prototipos de situaciones que causan ansiedad:

1. Pérdida de un objeto deseado (padre, amigo, etc.).
2. Pérdida del amor (rechazo, no aprobación, etc.).
3. Pérdida de la identidad (castración, ridículo, etc.).
4. Pérdida del amor hacia uno mismo (culpa, desaprobación, etc.).

Ante estas situaciones puede responderse de dos maneras distintas, intentando siempre disminuir la ansiedad. La primera de ellas es enfrentando directamente la situación; por ejemplo, resolviendo el problema o alejándose de él.

La segunda manera de afrontar la situación ansiosa es mediante los mecanismos de defensa, los cuales defienden al ego, deformando o negando la situación misma, falseando la naturaleza de la amenaza, bloqueando la expresión directa de las necesidades instintivas. Estos mecanismos son inconscientes y están presentes por igual en neuróticos y psicóticos, como en quienes no lo son; la diferencia estriba en el uso que de ellos se

haga, para adaptarse a la realidad y resolver problemas.

Entre los mecanismos de defensa más utilizados se encuentran (8) y (4):

Introyección. Incorporación simbólica de cualquier situación externa que el ego percibe y representa como algo propio.

Proyección. Atribución simbólica de cualquier situación originada en el id o superego hacia los demás, ya sea animal, persona o cosa.

Identificación. Inhabilidad para distinguir las características propias, de las ajenas; una persona puede identificarse con un objeto de amor, con un objeto perdido, con el agresor, etc.

Regresión. Es uno de las defensas que más frecuentemente se encuentran en la psicopatología, ya que preserva la integridad de la psicodinamia. Es el retorno o regreso a una etapa anterior del desarrollo, más segura, y una forma más simple o infantil de expresión. Es la forma más primitiva de enfrentarse a los problemas.

Represión. Es la mejor defensa contra las exigencias del id y del superego, alejando de la conciencia todo suceso, idea o percepción que pueda ser un provocador, en potencia, de ansiedad; su esencia es "desviar cualquier cosa y mantenerla a cierta distancia de lo consciente"

(8, p.26).

Negación. Ignorar percepciones, pensamientos y sentimientos; no aceptar como real un evento que perturba al ego.

Formación reactiva. Está constituida por las conductas o sentimientos diametralmente opuestos al deseo real, es una inversión del deseo, explícita y generalmente inconsciente.

Intelectualización. Es el transportar todos los conflictos hacia el plano del proceso secundario de pensamiento.

Racionalización. Justificación de pensamiento, sentimiento o acción, inaceptables para el ego, mediante la distorsión de los hechos y empleando una pseudológica.

Aislamiento. Separar del resto de la psique, las partes de una situación que suscitan ansiedad, cortar una situación, de tal manera que haya poca o ninguna reacción emocional al respecto; puede llegar a perder contacto con sus propios sentimientos.

Sublimación. Es la más completa y exitosa de las defensas; implica la transformación de algo originalmente sexual, hacia algo genuinamente no sexual, como amistad, creatividad o altruismo. Es la construcción de canales de desviación socialmente aceptables y culturalmente justificados.

Conociendo algunos mecanismos de defensa, podemos decir que evitan la realidad (represión), la excluyen (negación), vuelven a definirla (racionalización) o la invierten (formación reactiva). Sacan los sentimientos interiores al mundo exterior (proyección), dividen la realidad (aislamiento) o se alejan de ella (regresión).

Pero sea cual fuere el mecanismo utilizado, se necesita energía libidinal para mantener la defensa, restando flexibilidad y fuerza al ego; limitando la energía que el ego pudiera ocupar en otras actividades.

CAPITULO 2

ANSIEDAD

2.1 HISTORIA DEL STRESS EN PSICOLOGIA

El término stress ha sido utilizado desde el siglo XIV para denotar estados de pena, angustia o adversidad; en el siglo XVIII y el XIX, se usó para referirse a una fuerza o agresión sobre un objeto o persona. La Física tomó el término para explicar las fuerzas externas que, aplicadas a un objeto, actúan sobre él y producen deformaciones.

William Osler en 1892 introdujo el término stress al área de las ciencias biológicas, al tratar de relacionar las tensiones de la vida diaria con el desarrollo de las enfermedades físicas o mentales; relacionó específicamente el trabajo pesado y las preocupaciones, con las enfermedades cardíacas (14).

Al comenzar el siglo XX, las investigaciones de Pavlov avanzaron más, ya que mostraron que en animales, este despertar de emociones con producción de funciones orgánicas, puede aprenderse; en tales circunstancias, un símbolo actúa como un estímulo condicionado, o sea, el sustituto del estímulo o situación original que produjo la emoción.

En 1932, estudios fisiológicos de Cannon demostraron

que cuando se despiertan emociones en los animales, pueden producirse diversos cambios en las secreciones, en las tensiones musculares y en la circulación. Esta demostración fue transpolada al humano, gracias a los estudios realizados por Wolf y Wolff (23).

En 1934, Dunbar y cols., desarrollaron el concepto dentro de la Psicología y trataron de explicar la respuesta al stress al través de patrones de la personalidad (14).

Hans Selye, uno de los autores más productivos en el área de efectos de la tensión en los procesos corporales, en 1936, dió mayor importancia al término al introducirlo como objeto de estudio en la medicina, explicando que el stress es un proceso general que involucra a todo el organismo, denominando al proceso como un Síndrome General de Adaptación o síndrome de stress. Definió al S.G.A. como el "estado manifestado por un síndrome específico que consiste en todos los cambios no específicos inducidos dentro de un sistema biológico" (33, p.19).

El término stress ha sido utilizado de forma heterogénea, tanto conceptual como metodológicamente; para la Psicología, el stress es sinónimo de conflicto, implicación del ego, frustración, amenaza o emoción; mientras que para los fisiólogos y endocrinólogos, el

stress implica un proceso general que involucra a todo el organismo en una respuesta fisiológica global (14).

Cada vez son mejor admitidos los efectos que el stress tiene sobre la salud física y el bienestar emocional; pero aún no se llega a un acuerdo en cuanto a su definición.

2.2 DEFINICION

Existen varias definiciones sobre stress pero, en realidad, no existe un concepto que englobe todas o casi todas sus características. Se tratará de englobar el término para los fines que persigue el presente trabajo.

La primera conferencia americana sobre stress emocional y la enfermedad cardíaca, describe al stress como una evidente situación dolorosa o fuerza adversa que induce a angustia, tensión física o emocional.

Desde el punto de vista psicológico, se ha descrito no sólo como una condición ambiental o psicosocial desfavorable, sino como un sinónimo de conflicto, frustración, que amenaza al ego y a la seguridad. Se define como la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier exigencia a la que se le somete (14).

El stress también ha sido considerado como la fuerza impulsora, constructiva que lleva a la creatividad y al éxito en los negocios, la ciencia, el arte, los deportes

y todas las demás esferas del esfuerzo humano; en este caso, el stress puede ser sumamente agradable, ya que resulta de un triunfo o suceso estimulante; este tipo de stress no es dañino, a menos que se acumule en rápida sucesión.

Otros autores definen al stress como el estado resultante de la interacción del organismo con estímulos nocivos, físicos, químicos y psicosociales. Acerca de estos últimos, algunos investigadores lo han definido como una característica del entorno, una serie de fuerzas externas que inciden en el individuo o el grupo; esta visión relaciona la respuesta del individuo cuando se encuentra en un entorno desafiante o amenazador, lo que implica tanto reacción psicológica como física.

En 1981, Lazarus comentó que los individuos no son meras víctimas del stress, sino que su manera de apreciar los acontecimientos stressantes (interpretación primaria) y sus propios recursos y opciones de afrontamiento (interpretación secundaria), determinan la naturaleza del stress, siendo éste el resultado de una transacción que refleja la relación entre la persona y el entorno, apreciado por aquella como gravosa o que excede a sus recursos y pone en peligro su bienestar. Los procesos de interpretación del individuo influyen en la relación dinámica o transacción entre éste y el entorno social.

En tal contexto, el afrontamiento se refiere a los esfuerzos conductuales y cognitivos para reducir o tolerar las exigencias internas y/o externas creadas por las transacciones stressantes (Lazarus y Folkman, 1984) (27).

Si la situación de stress permanece a pesar de las respuestas adaptativas, el organismo puede sufrir daños de diversa gravedad como: hipertensión, trastornos respiratorios, úlceras, cáncer, enfermedades del corazón, etc., pudiendo llegar a la muerte (33).

Tomando en consideración todo lo anterior y para fines de este trabajo se definirá al stress como: "Un proceso dinámico que involucra la interacción de tres elementos: a) situaciones stressantes como fuente generadora de esfuerzo, b) los moduladores, que se refieren a la forma como cada individuo vive la agresión y c) las manifestaciones fisiológicas que representan el grado de respuesta neuroendócrina al estímulo" (14, p.4).

Situaciones stressantes. Son aquellas situaciones adversas, que se encuentran en los diferentes ambientes y cuya característica es imposibilitar a un individuo en algunas oportunidades, para obtener información significativa o para darse cuenta de que sus acciones tienen las consecuencias deseadas o esperadas, por lo

tanto, alteran los patrones de vida establecidos (14).

Lazarus y Cohen (1977), propusieron tres categorías de stressores, con base en una serie de dimensiones.

La primera categoría contiene los fenómenos cataclísmicos que son agudos y afectan a un gran número de personas, son súbitos, tienen un gran poder destructivo, y son incontrolables. Algunos eventos, como cambios políticos, crisis económicas y guerras, guardan características similares.

En la segunda categoría se encuentran eventos que desafían igualmente las capacidades adaptativas de los individuos, pero que afectan a unas cuantas personas, por ejemplo: pérdida del empleo, muerte de un familiar y cambios ambientales bruscos.

La tercera categoría la constituyen las presiones cotidianas, aquellos problemas estables y repetitivos que surgen diariamente y que en apariencia no representan gran dificultad para adaptarse a ellos. Se le considera ya lugar común, son crónicos y no "urgentes".

Las circunstancias que producen stress se encuentran a cada día y en cada etapa del desarrollo humano (profesión, empleo, pareja, vejez, jubilación, etc.), y cada uno de ellos presentan muchas y diversas fuentes potenciales de stress.

Se podría pensar que todo este estado de cosas es

absolutamente negativo y que todas las tensiones posibles deben evitarse con el fin de reducir el daño psicológico (ansiedad, preocupación, depresión, etc.) y algunas veces físico (dolores de cabeza, gastritis, afecciones de la piel, etc.) que implica el adaptarse a ellas; pero, al igual que todos los organismos, los humanos necesitan ajustarse y adaptarse para sobrevivir. Dicha adaptación al stress constituye un desafío a la amenaza, lo que trae consigo la vitalidad necesaria para sobrevivir.

Sostener tal posición obviamente no significa recomendar la búsqueda de la amenaza, ni la participación deliberada en las circunstancias que producen tensión; para cada una de ellas hay un nivel después del cual la debilidad o el daño, más que el fortalecimiento y la vitalización, son el resultado del ajuste y la adaptación a ellas.

El Dr. Thomas Holmes, profesor de psiquiatría de la Universidad de Washington, en 1976 formuló un sistema de puntaje llamado Escala de Evaluación del Reajuste Social (EERS), que evalúa situaciones típicas y corrientes (no situaciones complejas y personales), causantes de stress y que a menudo se presentan en la vida personal y laboral.

Sus investigaciones indican que es peligroso que el adulto típico experimente stress equivalente a 300 puntos o más por año (14). El autor asigna el siguiente puntaje

a los cambios agradables y desagradables que se presentan en la vida:

Tabla de Stress de Holmes

(F) Muerte del cónyuge	100
(F) Separación entre esposos	65
(S) Muerte de un amigo íntimo	63
(I) Lesiones o enfermedad	53
(I) Matrimonio	50
(O) Pérdida del empleo	47
(F) Cambio en el estado de salud de un familiar	44
(F) Embarazo de la esposa	40
(I) Dificultades sexuales	39
(F) Ingreso de un nuevo miembro a la familia	39
(I) Cambio de situación financiera	38
(F) Aumento o disminución en el número de discusiones con el cónyuge	35
(S) Hipoteca muy gravosa sobre su vivienda	31
(S) Juicio hipotecario o demanda judicial sobre un préstamo	30
(O) Nuevas responsabilidades en el trabajo	29
(F) El hijo(a) dejan la casa paterna	29
(F) Problemas con la familia política	29
(O) La esposa consigue trabajo o cesa en él	29
(I) Gran triunfo personal	28
(I) Alteración de los hábitos personales	24
(O) Problemas con un superior jerárquico	23
(O) Cambio de horas o condiciones de trabajo	20
(S) Cambio de residencia	20
(O) Cambio de escuela	20
(S) Cambio de actividades sociales	18
(I) Cambios en las horas o manera de dormir	16
(I) Cambios en los hábitos de comer	15
(F) Cambios en el número de reuniones familiares	15
(S) Vacaciones	13
(S) Violaciones menores a la ley	11

La letra que aparece al inicio de cada situación, indica a qué categoría o esfera pertenece: (F) familiar, (O) ocupacional, (S) social e (I) individual.

Moduladores. La intensidad de stress que la gente muestra no puede predecirse sólo por la intensidad de sus causas. Las personas, típicamente confrontan condiciones de stress con una variedad de comportamientos, percepciones y cogniciones que son frecuentemente capaces de alterar las condiciones difíciles o de mediar su impacto.

Los individuos invocan los moduladores como autodefensa ante el stress (14). De estos moduladores se distinguen dos tipos: apoyo o soporte social y conductas de afrontamiento.

1. Apoyo o soporte social. Son efectos protectores o amortiguadores del stress que dependen de su naturaleza, intensidad y disponibilidad, para poder ser tomados como protectores.

El sujeto infiere estar apoyado socialmente cuando: a) se le expresa afecto positivo, acuerdo y sintonía, b) se le alienta a expresar ideas y sentimientos, y c) se le ayuda con apoyo material. En cualquier caso, no se está hablando del número de amigos, ni de la frecuencia con que se asiste a reuniones, sino del grado de intimidad, solidaridad y confianza que se comparte con otras personas (33), de la profundidad de la relación o de la frecuencia de la interacción. El soporte psicosocial puede ser familiar, ocupacional o social.

La presencia de recursos de redes sociales está asociada con la salud física y mental y se relaciona con los factores individuales, comunitarios y ambientales (14). Los recursos sociales también están relacionados con la probabilidad de permanecer sanos bajo stress y, con la rapidez para recuperarse de la enfermedad.

La percepción de accesibilidad a los recursos humanos, más que su uso, parece ser más importante para proteger a los individuos, de los efectos psicológicos dañinos de los stressores; la efectividad de los recursos dependen de su significado (14).

2. Conductas de afrontamiento. En el hombre, la conducta adaptativa persigue la activación provocada por una concepción del ambiente, lo que implica valorar el riesgo que se corre y las posibilidades para afrontarlo. Por esto, se habla de conductas de afrontamiento y no de naturaleza refleja que, aunque adaptativas, excluyen la apreciación del organismo como sujeto de conocimiento.

Para Lazarus (1966) y Lazarus y Folkman (1984), afrontar una amenaza equivale a "abordarla mentalmente", estableciendo un plan de acción a partir de cómo la percibe el sujeto. La percepción, que puede estar ya deformada por la intervención de mecanismos defensivos, va seguida de la evaluación primaria (muy dependiente de

las características de la estimulación activadora) y de la evaluación secundaria (determinada por la consideración de la circunstancia personal y de los recursos del sujeto). La estrategia que resulta de todo ello puede consistir en tratar de reestructurar el medio interno, a expensas de mecanismos psicológicos de defensa o la modificación del medio externo al través de acciones (conductas) directas sobre él (33).

Las conductas de afrontamiento están relacionadas con la personalidad del individuo. La personalidad es la organización dinámica interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característico. Está constituida por: temperamento, carácter y conducta (14).

Temperamento: se refiere a los fenómenos característicos de la naturaleza emocional de un individuo, incluyendo su susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza y la velocidad con que se acostumbran a producirse las respuestas, su estado de humor preponderante y todas las peculiaridades de fluctuación o intensidad del estado de humor, considerándose a estos fenómenos como dependientes, en gran parte, de la estructura constitucional y predominante, hereditarios.

Carácter: es la parte especial de la personalidad, el

grado de organización éticamente eficaz de todas las fuerzas del individuo, es una evaluación de la personalidad. Es una disposición psicofísica duradera para inhibir impulsos, de acuerdo con un principio regulador.

. Conducta: es toda respuesta de un organismo vivo a un estímulo objetivamente observable, aún en el supuesto caso de que no tenga carácter uniforme, en el sentido de que varíe o pueda variar en relación a una situación determinada.

Puede decirse que las situaciones pueden modificar la conducta considerablemente, pero sólo en el grado en que le permitan las posibilidades de su personalidad.

La fuerza de la situación es tan poderosa que se ha de considerar que la personalidad no es nunca una entidad o modelo fijo, sino un sistema complejo de márgenes potenciales de conducta que pueden ser evocados por las diversas condiciones físicas, sociales y culturales que se encuentren en un momento dado.

Cada uno de los actos que realiza una persona tiene un aspecto expresivo y otro adaptativo, cada uno de los cuales realizados por una persona; tiene una adaptación del ambiente y un enfrentamiento con él.

Puede considerarse a la adaptación, como un predicado de la acción (lo que hacemos) y la

expresión con el adverbio de la acción (cómo lo hacemos). Dentro de las conductas adaptativas figuran las conductas sustitutivas; entre ellas se ha incluido el desplazamiento de la agresión y la autoestimulación (fumar, beber, comer, trabajar, practicar la sexualidad o hacer ejercicio); es decir, acciones encaminadas a recibir estímulos distintos a los que crean stress (33). Estas conductas cambian los términos de la situación al operar sobre el entorno y constituyen una estrategia adaptativa eficaz.

La conducta adaptativa es deliberada y especialmente motivada, está determinada por las necesidades del momento o por la situación, es formalmente producida y fácilmente controlada por el sujeto (inhibida, modificada, convencionalizada). La conducta adaptativa se propone modificar el ambiente y es consciente, aunque se empleen con ella actitudes automáticas.

Manifestaciones clínicas. A mediados de 1930, Hans Selye, profesor de Cirugía y Medicina Experimental en la Universidad de Montreal y endocrinólogo famoso, inició sus famosos experimentos acerca de los efectos del stress en los procesos fisiológicos, los cuales son controlados por el hipotálamo. Cuando un agente lo excita, se inicia una compleja cadena de procesos neurales y bioquímicos que alteran el funcionamiento de casi todas las partes

del cuerpo.

El corazón acelera su actividad, enviando más sangre al cerebro y a los músculos; los vasos sanguíneos se contraen y el tiempo de coagulación disminuye, la respiración es más rápida y profunda, proveyendo así más oxígeno; la saliva y las mucosidades se resecan, aumenta el diámetro de los conductos que llevan aire a los pulmones y el aumento de la transpiración enfría el cuerpo. Durante las reacciones de tensión, muchos músculos se ponen rígidos, preparando al cuerpo para una acción rápida y vigorosa, las pupilas se dilatan y se producen más glóbulos blancos. Los cambios fisiológicos preparan al animal o a la persona para una vigorosa respuesta de lucha o escape.

Selye denominó a la suma de estas reacciones fisiológicas que resultan de la exposición a estímulos nocivos, como el "Síndrome General de Adaptación" (S.G.A.).

El S.G.A. consta de tres etapas que van a producir distintas reacciones y de intensidad cada vez mayor en el cuerpo; las etapas son:

1) Reacción de alarma

Producida por la exposición repentina a la situación angustiosa o de stress y, que al no estar el organismo adaptado ni cualitativa ni cuantitativamente, produce una

suma de fenómenos generales no específicos.

Al primer contacto con el factor que produce la tensión, el cuerpo trata de evitar o frenar este estímulo fortaleciéndose con hormonas y mediante cambios coordinados con el sistema nervioso central. Esta es una etapa peligrosa en la que la resistencia del cuerpo se ve disminuida.

2) Etapa de resistencia

Cuando la exposición al agente se prolonga, sigue una etapa de resistencia, los signos de la primera etapa disminuyen conforme el mecanismo homeostático intenta adaptarse a dicho agente y sobreviene una resistencia superior a la normal, presentándose reacciones corporales específicas para contener los efectos de la situación causante de stress y ansiedad.

Pero esta "resistencia" emplea energía que puede ser necesaria para otras funciones vitales, por lo que existen ciertos límites para la capacidad de adaptación del organismo.

3) Etapa de agotamiento o exhaustación

A la larga, después de estar sometido al stress durante un tiempo prolongado, la energía de adaptación se agota y se difunden por todo el cuerpo reacciones dañinas; pero si el uso y abuso de la adaptación al agente ha agotado por completo los recursos de defensa

del organismo, el stress continuado puede causar la muerte, por lo cual, esta etapa se le considera como la deficiencia en la reacción, cuando la adaptación no puede ser más tiempo contenida.

Selye (1964) hizo hincapié en que, si bien el stress grave y prolongado puede provocar depresión emocional, la etapa del agotamiento no es una depresión, sino un proceso físico.

El stress excesivo y de larga duración puede causar enfermedades varias como alta presión arterial, úlceras, colitis, artritis, diabetes y ataques cardíacos y de otro tipo.

Considerar amenazante a una situación parece ser el factor crítico que interviene entre los agentes y las reacciones de stress, dando como resultado el surgimiento de la ansiedad y la actuación del S.G.A.; el cual no es simplemente una reacción de emergencia sino que perdura aún, después de los efectos de los agentes stressantes, con el fin de prevenir una hipotética exposición futura del organismo al stress (30).

No es el estímulo el que provoca una excesiva actividad neuroendócrina, sino la percepción individual ante las circunstancias que provocan stress.

Algunos estudios en el ser humano han demostrado que el stress psicológico puede precipitar significativamente

transtornos, observándose una disminución del umbral de presentación ventricular y muerte súbita (14). Después del infarto al corazón, el stress provoca arritmias ventriculares adversas, incluyendo taquicardia ventricular o extrasístoles.

Ahora bien, aunque el stress ha sido considerado básicamente una reacción de tipo orgánico, ya se admite un valor sintomático o un elemento no fisiológico: la ansiedad (30).

(NOTA: A partir de este momento y para los fines del presente estudio, tomaremos a la ansiedad como sinónimo de angustia, según la definición mencionada en páginas anteriores, por así convenir y coincidir con el concepto que de la ansiedad maneja el Dr. Rogelio Díaz Guerrero en el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (31); es decir, como una reacción ante el peligro).

La ansiedad se encuentra presente, tanto en un estado de intensa ansiedad como de depresión.

Como menciona Tobías Brocher: "El encontrarse sobrepasado por los estímulos y las tensiones propios de una determinada situación laboral o existencial, sumado a una imposibilidad de expresar los sentimientos o canalizar las agresiones, que a veces ni siquiera son admitidos como tales, conduce a la depresión, como una arma defensiva contra sentimientos que no son reconocidos

por el individuo".

No se ha encontrado una inmediata identificación entre la ansiedad y el stress. Lo que otorga a un síntoma las características definidas de señal de alerta, es su intensidad y su persistencia.

La vida cotidiana está llena de agentes stressantes que desestabilizan el equilibrio hormonal, dando lugar a que funcione el S.G.A.

Muchos individuos atraviesan por las etapas del stress sin siquiera advertirlo; una amplia gama de factores inciden en la intensidad y en las formas de la perturbación.

En consecuencia, uno podría afirmar que la gente reaccionará con stress en cierta forma y grado a una situación dada, sólo cuando comparten situaciones y motivos sentidos como amenazantes. Puesto que los motivos varían entre individuos, lo que es amenazante para cada uno de ellos también variará incluyendo factores psicológicos stressantes de tipo universal, tales como la amenaza de morir. Las diferencias individuales en las reacciones parecen estar ligadas a las diferentes metas personales.

Se puede resumir diciendo que cualquiera que sea el papel que desempeñe el hombre, dentro de su compleja maraña de relaciones, el stress resulta un problema

real o inminente; empleados o ejecutivos, profesionaes o trabajadores manuales, estudiantes, amas de casa o funcionarios públicos, cada uno a su modo, todos están expuestos a ser víctimas de una particular manifestación de este fenómeno.

El cuerpo humano proporciona una respuesta específica ante cada estímulo que recibe, ya sea físico o psíquico y, cuanto más intenso sea éste, más lo será también la respuesta. Pero cuando el estímulo sobrepasa, en duración o intensidad, los umbrales habituales, aparecen respuestas que no son las acostumbradas; es entonces cuando sobreviene el stress.

Los estímulos excesivos pueden tener orígenes placenteros, los cuales raramente llegan a tener efectos nocivos; pero también el origen puede deberse a hechos angustiosos con reacciones más acentuadas y prolongadas y a menudo concluyen en dimensiones patológicas.

2.3 REACCIONES ANTE SITUACIONES STRESSANTES

Desde tiempos ancestrales, el stress ha sido uno de los factores más importantes en el desarrollo del hombre. A medida que éste fue teniendo conocimiento de fenómenos queparecían inexplicables, fue teniendo más control sobre ciertos aspectos que causaban stress. Este, que pone en acción la capacidad física y mental del

hombre, ha provocado una reacción evolutiva y de progreso en el ser humano.

Los peligros o situaciones de stress a los que se enfrentan los sujetos, es algo real que no puede evitarse y que muchas veces pasa inadvertido para ellos, ya que viven con ello día a día.

Ahora bien, particularmente, cuando los estímulos que provocan stress entrañan relaciones con otras personas, hay otra respuesta posible que la de luchar o huir y es la de adaptarse. En todos los estados extremos, la tendencia natural del organismo se orienta hacia el inmediato alivio de la tensión provocada por el stress. Tal apremio puede impedir un manejo racional comprensivo y adaptativo de todos los factores externos e internos en esa situación emocional.

El stress excesivo, prolongado y constante, puede provocar estado de ansiedad en el sujeto. El stress así producido es un factor de riesgo para la salud física y mental generado a partir de los estilos de vida de los individuos (Cohen, 1982) (33).

Cuando el funcionamiento de un individuo no se ajusta a una situación demandante, las presiones del ambiente engendran tensiones, desgaste, ansiedad y en extremo, agobio; reacciones todas, componentes de stress. Las presiones pueden generarse en forma de esfuerzo

excesivo y la consiguiente fatiga; pero en la mayoría de los casos, una desadaptación severa sólo puede comprenderse en función de presiones específicas que obran de maneras específicas sobre la estructura de la personalidad de un individuo durante períodos más o menos prolongados. (Franz, 1982) (33).

El tipo de problemas, la forma en que le afectan a cada persona, así como su intento de solucionarlos, abarca un espectro muy amplio y complejo que incluye problemas intra e interpersonales, que producen una cantidad cada vez mayor de stress.

Los factores externos son los que de una manera directa y objetiva están siendo motivo de stress en el individuo, los cuales al no poder controlarse, provocan ansiedad. Los factores internos son los que provienen de la psique del individuo, la cual está generalmente relacionada con la experiencia previa de sujeto, y sus conflictos emocionales, que van a dar cierta pauta de reacción a determinadas tensiones. Las reacciones físicas pueden ir desde una enfermedad real hasta una psiconeurosis, pasando por hipocondriasis. Los efectos del stress son peores cuando la persona afectada siente que no tiene control sobre la situación (17).

El mismo tipo y nivel de stress afecta a distintas

gentes en forma diferente, ya que el hecho de que resulten más o menos afectados físicamente, puede depender de su condición interna; el eslabón más débil de la cadena es el que se rompe bajo el stress, aún cuando todas las partes hayan estado expuestas por igual.

La gente necesita cierta cantidad de stress para ser feliz. Por supuesto, hay grandes diferencias en cuanto a la cantidad de stress gratificadora que una persona necesita para ser feliz; por lo tanto, es importante que cada una halle el nivel particular de este stress en el cual se sienta más cómoda (15).

Los trastornos de stress, habitualmente se desarrollan en forma lenta, a menudo, furtivamente, sin que la víctima se percate claramente de lo que le está sucediendo.

Un trastorno de stress es esencialmente un agotamiento paulatino de las reservas de energía del cuerpo. El principal síntoma de alguna gente es la fatiga, y de otra gente son la ansiedad o la depresión. Esto conlleva a un estado de ansiedad que se caracteriza por una sensación de tensión constante, acompañada por temores exagerados, debido a la aceleración de los procesos corporales, que conlleva un consumo constante de energía (Spielberger, 1980) (15).

Síntomas de ansiedad

Las primeras señales de advertencia de la existencia de ansiedad, que por su nivel puede considerarse como consecuencia de un problema, son a menudo fisiológicas; pero además, la ansiedad produce síntomas psicológicos que se manifiestan en los hábitos de vida y de trabajo de los sujetos.

El Dr. John R. O'Connor (1976), destaca que cualquier cambio súbito, importante e inexplicable en la vida personal o profesional de cualquier persona puede ser una señal de peligro que indique que esa persona está en situación de stress excesivo.

Tipos de ansiedad

Cualquier individuo experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, que aunque en esencia es la misma, presentan diferencias sustanciales en las personas, en cuanto a la frecuencia e intensidad con la que se experimenta.

Debido a esto, el Dr. Charles D. Spielberger habla de dos tipos de ansiedad que caracterizan a las diferentes manifestaciones individuales, ante situaciones stressantes. Dicha clasificación la conforman: la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.

. Ansiedad estado (A-Estado). Es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del

organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y, por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar al través del tiempo (31).

Realizando una analogía con el concepto de energía cinética empleado en la física, la A-Estado se refiere a un proceso empírico de reacción, que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad.

. Ansiedad rasgo (A-Rasgo). El término ansiedad rasgo o peculiar, se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad; es decir, en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un prolongado lapso de tiempo (31), ya que si una persona evalúa inadecuadamente una situación que implica peligro físico, responde con mayor intensidad de ansiedad, que otra persona que la evalúa acorde a la realidad.

La A-Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. Es un motivo que permanece latente hasta que las señales de una situación

lo activa (Atkinson, 1964), e involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta.

El Dr. Otto Fenichel (1971), afirma que la capacidad de control depende de factores constitucionales, así como de toda la experiencia previa del individuo.

Cantidades de excitación no controlados, crean sensaciones de ansiedad sumamente dolorosas, que ponen en marcha respuestas arcaicas y patológicas de control; se crea una especie de régimen automático de descarga de emergencia en contra y sin la participación del yo.

Los orígenes de las diferencias individuales en la A-Rasgo son especialmente importantes, sobre todo aquellas experiencias infantiles que juegan un papel primordial en la formación de la autoestima, característica esencial de la A-Rasgo (15).

Resumiendo, la intensidad y duración de una reacción emocional de ansiedad, será proporcional a la cantidad de amenaza que la situación representa para el individuo y a la persistencia del estímulo provocador. Las características objetivas de la situación, los pensamientos y los recuerdos que se insinúan o evocan, la capacidad que el individuo tiene para enfrentárseles, así

como las experiencias ante circunstancias similares, contribuyen a la evaluación de una situación, como amenazante en mayor o menor grado (Spielberger, 1980).

A-Rasgo y A-Estado se encuentran íntimamente relacionadas en las respuestas emocionales que cada ser humano experimenta y manifiesta y que lo hacen comportarse de manera particular y así, ser diferente de otros seres humanos.

La vida está llena de acontecimientos que provocan en el hombre, tensión; dichas situaciones pueden presentarse en el hogar, en la calle, en una playa, en el club, en el trabajo y en la existencia misma. Por esta razón y para dar una explicación más esquemática de dicho estado emocional, se le ha clasificado en cada uno de los campos de acción del ser humano.

Para el presente estudio se hablará de lo que se conoce como ansiedad normal-existencial y más detalladamente de la ansiedad laboral.

Ansiedad normal-existencial

Es evidente que la estructuración de la propia vida interior y el modo de conducción exterior de cada hombre está influido por fuerzas de muy diversa índole. El medio en que vive un individuo es, mas que medio físico, interacción personal y familiar, presiones culturales, valores, sociedad, economía, etc. Existen factores

sociales que son inherentes a la vida de cada individuo; son muchos los motivos que mueven al individuo a permanecer en este mundo, aunque no siempre el esfuerzo se identifica plenamente con su auténtico sentido de la vida.

Todo hombre tendrá que afrontar una y otra vez, en el curso de su vida, la tarea de realizar lo posible y de soportar lo inmodificable y, ello, al través de una ininterrumpida cadena de decisiones particulares. En realidad, sólo podemos hablar de una verdadera madurez y una integridad personal, cuando se ha desarrollado cabalmente la capacidad para tomar decisiones responsables en el exterior, conservando la homeostasis con el interior (15).

Estas decisiones son las que van a provocar ansiedad en los individuos, ya que implican un conflicto y por lo tanto, una tensión; pero debe quedar bien claro que esta ansiedad es proporcional al estímulo que lo está ocasionando, hablando en términos de normalidad y no neurosis. La ansiedad normal es proporcional al peligro o situación causante, de una manera real y objetiva.

Pero en la vida moderna, época de crisis existencial, podemos decir que el hombre atraviesa por una era de tensión y ansiedad flotantes. El mundo exige, cada vez, mayor entrega de cada uno de

nosotros; las tensiones que esto trae como consecuencia, implican ansiedad, ya que la diaria lucha por la vida va minando poco a poco las fuerzas físicas y emocionales, si no se controlan adecuadamente las reacciones.

Las guerras, el hambre, la pobreza, el creciente armamentismo, la información angustiante, en fin, tantas cosas que el hombre tiene que soportar en su vida, aparte del ritmo tan veloz y desquiciante de las grandes ciudades, le provocan crisis existencial(15).

Por ende, la vida diaria de trabajo está en principio ya determinada por la tendencia a asegurar la propia existencia. Así, el sujeto que ocupa un puesto de responsabilidad, se enfrenta a mayores exigencias y, por lo tanto, a mayores tensiones. Si el sujeto tiene predisposición a la ansiedad o si existe demasiada presión continua causante de ansiedad, puede haber reacciones dañinas físicas y/o emocionales.

Ansiedad laboral

Uno de los factores externos que pueden provocar ansiedad, es el hecho de ocupar un puesto de responsabilidad, dependiendo de los niveles de adaptación, madurez emocional y estructura interna.

La responsabilidad es un factor de status, de autoridad, de ejecución, que exige eficacia, audacia, decisión, capacidad y tiempo y, aunque el sujeto ponga

todo su empeño en cumplir con su trabajo, suele sufrir fracasos (Levinson, 1968) (15).

En consecuencia, esto se convierte en un factor de stress, ya que a veces, al no poder controlar o enfrentar esas situaciones ante las cuales debe hallarse preparado, provocan en él gran ansiedad. Las reacciones ante las situaciones de stress en el trabajo han sido estudiadas por diversos autores.

Con respecto a la estructura de personalidad del individuo, Kobasa en 1979 descubrió que a pesar de que existen diferentes factores que pueden inducir a un stress constante, los sujetos con puestos de responsabilidad están expuestos a mayor presión y, por lo tanto, a mostrar más ansiedad (15). El Dr. Tobías Brocher (1976) demostró la presencia de la depresión como problema común en sujetos que ocupan puestos de responsabilidad.

La reacción de algunas personas frente al trabajo pesado y las responsabilidades, es de preocupación y ansiedad, en tanto que en otras, la misma cantidad de trabajo puede ser desafiante y gratificadora. Cada empleo contiene fuentes potenciales de stress que pueden ocasionar presiones nocivas (Spielberger, Ch., Tensión y Ansiedad; Harper and Row Latinoamericana, 1980) (15).

French y Caplan (1979) reducen el número de factores

de stress en el área laboral a tres: 1) el trabajo ambiguo, 2) demasiado trabajo y 3) relaciones pobres con los demás. El primer factor es el que provoca más ansiedad con respuestas físicas, psicológicas y conductuales.

Según el estudio de Arthur Kornhauser (1965), los hombres dedicados a labores rutinarias muestran en promedio una salud mental menos satisfactoria que aquellos que se dedican a trabajos más calificados y variados; entendiéndose la salud mental como: las actitudes, sentimientos y comportamientos que conforman las reacciones de una persona ante las situaciones de toda su vida.

El stress excesivo en el trabajo puede ocasionar que el S.G.A. deje de cumplir su función, o bien, se abuse de la resistencia de adaptación y sobrevengan problemas físicos, conductuales y psicológicos. El sujeto con alta responsabilidad en su trabajo debe contar con los elementos, tanto propios como externos, para poder hacerle frente a los problemas inherentes a su cargo.

Antes se mencionó que el exceso de trabajo ocupa un lugar importante en la etiología de los trastornos mentales; actualmente se piensa en general que, cuando la dedicación desmedida al trabajo constituye un esfuerzo agotante, es un síntoma y no una causa de trastorno

mental.

El éxito o prestigio proporciona fuerza a un yo inseguro y con sentimientos de inferioridad; puede ser la única manera de tener contacto con los demás, para una persona retraída. Finalmente, el trabajo satisfactorio es importante para la salud mental, proporciona gratificaciones tan saludables como la expresión creadora, el compañerismo y el sentimiento de logro.

Los factores en la vida moderna que producen trastornos nerviosos y mentales, probablemente radican no tanto en el exceso de trabajo, en la velocidad, en la distracción o factores parecidos, sino más bien, en la insatisfacción, en la inseguridad, en el trabajo desagradable y en la falta de incentivos (15).

CAPITULO 3

ENFERMERIA

3.1 HISTORIA DE LA ENFERMERIA

La historia de la Enfermería tiene una estrechísima relación con la historia de la medicina, con la historia universal y con la historia de México, ya que la Enfermería nació y ha ido evolucionando conforme lo han hecho la medicina y conforme los cambios sociales y políticos lo han requerido.

Durante la era precrística, el hombre se enfrentó a innumerables problemas relacionados con la lucha por la vida y su adaptación al medio, sin contar con elementos sofisticados de curación o prevención de enfermedades, siendo su comportamiento al respecto, como en general en aquella época, semejante al animal.

Con el surgimiento de las primeras civilizaciones, el tratamiento de las enfermedades sufrió cambios; comenzaron a surgir gentes sabias a quienes acudían los enfermos para tratar sus males, en diferentes lugares como Egipto, Babilonia, la India, Judea, Irlanda, Grecia y Roma. Con algunas diferencias, el tratamiento de los enfermos y enfermedades era el mismo en todos estos lugares. En cuanto al papel de la mujer dentro

del área de salud, por lo general se encargaban de atender los partos (comadronas) y, posteriormente en la atención del enfermo en general, de los heridos, en la higiene personal y social.

La medicina y las creencias religiosas no se distinguen claramente en este período de la historia; la mayor parte de las veces, la práctica de la medicina era una combinación de medicina empírica, magia y superstición. Sin embargo, estaba muy avanzada en el conocimiento de enfermedades (aunque no su causa), la farmacología y la cirugía.

La enfermería era practicada por sirvientas y esclavas que en algunas ocasiones recibían el nombre de enfermeras, como en Grecia (13), pero la Enfermería no estaba organizada como una profesión, ni se le consideraba una vocación.

Cristianismo y Edad Media

El cuidado de los enfermos fue uno de los primeros trabajos de la Iglesia naciente, actividad realizada por diaconesas con toda caridad; eran agrupaciones formadas por algunas viudas que se empeñaban en dedicar su tiempo y dinero al servicio de la Iglesia, ayudando a necesitados y enfermos por amor a Dios, por altruismo y humanidad. Las diaconesas atendían a los enfermos en sus domicilios, pero había doncellas que trabajaban en

hospitales. Por todas partes de Europa se establecieron hospitales a principios del Cristianismo y en el Medievo.

Entre las diaconesas y matronas famosas están: Fabiola, Febe y Paula. Esta época es una de las que mejor tradición ha dejado en la Enfermería, ya que muchas mujeres empezaron a dedicarse a ella inspiradas por la religión, que las impulsaba a la caridad (3).

Los primeros hospitales fueron los monasterios donde se ayudaba a enfermos y necesitados (monaquismo); ya los hospitales y la atención eran también para los pobres. Mayormente, el trabajo de Enfermería estaba en manos de religiosas ayudadas por seglares; el cuidado de los enfermos tenía bases domésticas, mas que científicas.

El Cristianismo se esforzó por organizar a las personas en el cuidado del enfermo; entonces se formaron diferentes órdenes religiosas, de las cuales algunas todavía existen a la fecha. Todas, ya fueran masculinas, femeninas o mixtas, tenían como misión, servir y atender al enfermo, enseñar y adiestrar a otras personas en esas labores y tratar de llevar vida sencilla y humilde.

Las cruzadas produjeron las órdenes militares de enfermeros, además de enfermedades y epidemias tales como la peste y la lepra, donde la Enfermería junto con la caridad y amor a Dios, favorecieron y acrecentaron su actividad.

Esta época influyó y marcó precedente en la Enfermería de hoy en día, con características tales como la disciplina, la bondadosa y delicada atención al que sufre, el interés al necesitado, sacrificando los propios intereses (enfermeros santos como: Santa Hildegarda, San Francisco de Asís, Santa Isabel de Hungría, entre otros), la creación de la Enfermería en tiempos de guerra, así como la enseñanza de las personas que tenían bajo sus órdenes (3).

Renacimiento

Al caer el imperio romano, hubo en Europa, principalmente, un nuevo florecimiento de las ciencias y las artes; estos acontecimientos recibieron el nombre de Renacimiento. Además de aquellas dos áreas, surgió un gran auge e interés en la medicina, la cual obtuvo en esta época, gran número de descubrimientos y beneficios, ya que los servicios para conservar la salud tuvieron un lugar primordial en el interés de los individuos, porque la salud es objeto de necesidad común.

Este período de la historia trastornó instituciones y personas dedicadas a la protección de la salud, debido a que hubo modificaciones de valores y creencias, y la Enfermería se sumió en su fase más oscura (13), con el consecuente desorden e irresponsabilidad entre aquellos que se dedicaban al cuidado y atención de enfermos,

llegando a quedar al cuidado de gente inculta y viciosa que por ejemplo, cobraba al público por permitirles entrar y divertirse con los enfermos mentales (3) o se embriagaba con frecuencia. Todo esto dió lugar a que nadie, que se preciara de ser honrada, culta, educada u honesta, deseara dedicarse a la Enfermería.

Aún así, hubo gente que luchó por reconstruir y elevar el servicio de Enfermería, del cual la humanidad no puede prescindir. Una de estas personas fue el Dr. Teodoro Fleadner, quien fundó en 1836 la escuela para enfermeras de Kaiserswert (Alemania).

Es, a partir de esta fecha, que se habla de la Epoca Moderna de la Enfermería (3). De dicha escuela egresaban jóvenes profesionistas, sujetas a un reglamento, con estudios y prácticas técnicas de enfermería; en su mayoría de filiación protestante, no dedicadas exclusivamente al servicio de la Iglesia, sino actuando por el deseo de desempeñar una profesión, teniendo como finalidad principal, curar a los enfermos y atender a los necesitados. Este grupo de personas con conocidas como diaconisas (diferente a las diaconesas).

Otra brillante personalidad de la época y quizás una de las más conocidas, fue la Srta. Florencia Nightingale quien, con su deseo y voluntad de servir y ayudar al necesitado, sentó las bases técnicas, científicas y

administrativas de la profesión de Enfermería.

Enfermería en América

En América, las mujeres ancianas se hacían cargo de los enfermos por medio de sangrías, yerbas medicinales y purgas confeccionadas con cáscara sagrada al inicio de la enfermedad. Desaparecidos los signos de gravedad, se dejaba al enfermo sin atención alguna, dejando actuar a la naturaleza, así fuera en recuperación o en la muerte (13).

Al llegar de Europa las órdenes religiosas, (s. XV), se encargaron de cuidar a los enfermos; poco después de la conquista se fundaron las congregaciones hospitalarias.

De E.U.A. y Canadá no hay datos del manejo primitivo de los enfermos, pero se dice que era empírico, al igual que en cualquier otra parte del mundo; posteriormente, hubo órdenes religiosas y de caridad hasta llegar a hospitales organizados y laicos. En E.U.A. a partir de 1886, las enfermeras se unen para impulsar su carrera por medio del esfuerzo colectivo.

El más grande ejemplo de ayuda organizada a enfermos y necesitados a nivel mundial para proteger y devolver la salud, proporcionando técnicas y material tanto humano como no humano, es la Cruz Roja Internacional (13).

Enfermería en México

Los orígenes de la enfermería son similares a los de otros pueblos que ya hemos mencionado. Contaban con gente que atendía a los heridos de guerra y curaba a los enfermos, así como con parteras; todos ellos eran gente humilde, por lo que no importaba grandemente si tenían o no preparación. Se utilizaban plantas y hierbas medicinales y los conocimientos los adquirían de gente mayor, experimentada.

Durante la época colonial, se llevó al cabo la evangelización por parte de los conquistadores; las diversas órdenes religiosas crearon centros de apoyo y caridad para el indígena. Así pues, surgieron instituciones hospitalarias para atender a la población: había sitios para indígenas, para la mujer, para dementes, etc. Eran atendidos por religiosas y pocas mujeres no religiosas quienes conocían el poder curativo de las yerbas y gustaban de cuidar enfermos.

Finalmente se percataron que el cuidado de los enfermos dejaba mucho que desear y no estaba organizado. Durante la Independencia, la situación no cambió mucho; posteriormente se crearon nuevos hospitales y aunque los conocimientos estaban estancados, se lograron algunos avances de tipo tecnológico. Las constantes guerras político-sociales favorecieron la creación de

hospitales.

La enseñanza de la medicina fue realizada en diversos sitios, pero desde un principio se le permitió a la mujer asistir a las clases de obstetricia.

Durante la época de la Reforma, fue de gran importancia la congregación de las Hijas de la Caridad, quienes después de haber ofrecido sus servicios con características profesionales durante 30 años aproximadamente a los enfermos mexicanos, fueron expulsadas del país por problemas político-religiosos.

A pesar de la firma de las Leyes de Reforma, se crearon nuevos hospitales dirigidos por órdenes religiosas, que hasta la fecha continúan vigentes.

El período moderno de la Enfermería en México se inicia en 1905 cuando se inaugura el Hospital General de la Ciudad de México y la enseñanza de la profesión se regulariza con bases firmes, para llevar al cabo el desempeño eficaz de la misma.

Llegaron enfermeras del extranjero (Francia y U.S.A.) a traer los conocimientos a las mexicanas, quienes necesitaban su certificado de primaria para formar parte del grupo de internas que estudiaban y practicaban dentro del hospital. Se les exigía pulcritud y limpieza en su persona y en sus uniformes; se les ofrecía una remuneración mensual de acuerdo al año que cursaran. En

los años 20's había pocas, muy humildes y de baja preparación; servían al médico, cumpliendo una funciónseudoprofesional y de servicio doméstico; el trabajo y horario eran pesados.

El primer curso que se impartió fue el de obstetricia, con duración de un año, para después aumentar a dos. Dentro del Hospital de San Andrés, la carrera de Enfermera Hospitalaria contaba con tres niveles: aspirante, segunda y primera; las cuales variaban en la cantidad de conocimientos, en la experiencia y en el vestir. Los estudios eran:

- . 1er. año: Anatomía, Fisiología y Curaciones.
- . 2do. año: Higiene y curaciones en general.
- . 3er. año: Farmacia y cuidados.

Al terminar se expedía un diploma por la dirección de la Beneficencia Pública.

En 1927 esta escuela obtuvo el reconocimiento universitario, pasando a formar parte de la Facultad de Medicina.

En el mismo hospital comenzaron a impartirse cursos de Auxiliares de Enfermería (S.S.A.) debido a la gran demanda en toda la República; también la Cruz Roja organizó cursos de enfermería.

Al final de la Revolución, el interés por el progreso en todos los aspectos, fue notable. La

medicina mexicana comienza a tener reconocimiento a nivel mundial en cardiología y cirugía, entre otras especialidades. La Enfermería no se queda atrás. En 1935 se pide la secundaria para estudiar Enfermería y este curso para el de obstetricia.

Hacia 1939 había diferencia de status de un servicio a otro; diversas funciones daban cierta especialización práctica a las enfermeras, así se hablaba de enfermeras de niños, de contagiosos, de enajenados, anestesistas, auxiliar, masajista, laborantinas, etc. (25). Poco después (1941), se crearon los primeros hospitales de especialidades y con ello surgieron los primeros cursos: pediatría (1941), anestesia (1945), sanitaria (1949), psiquiatría, hematología (1952), administración para jefe de servicio (1953) y quirúrgica (1956).

Estos cursos estaban respaldados por organismos internacionales o fundaciones, como Kellog's y Rockefeller; pero como la profesión en México no contaba con el nivel de licenciatura, eran muy pocas personas las que los tomaban.

En 1945 se crea la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, E.N.E.O., incorporada a la U.N.A.M., y posterior a esto le siguen muchas otras escuelas especializadas en la preparación de las profesionistas en enfermería, como la Cruz Roja, Cruz Blanca, Cruz Verde,

Hospital Militar, E.S.E.O., etc., además de las pertenecientes a instituciones como el I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., Hospital Español, Hospital Anglo Americano, etc.

A partir de 1955 mejora la situación y las mismas instituciones de salud y educación organizan cursos post-básicos de diversas áreas; además de las anteriores: rehabilitación, terapia intensiva, cardiología, comunitaria, salud pública, etc.

Actualmente la enfermera tiene la posibilidad de informarse y actualizarse mediante numerosos congresos, enalteciendo su profesión mediante la demostración de su importancia dentro del mantenimiento de la salud.

3.2 DEFINICION

Una enfermera es la persona preparada en una escuela oficialmente reconocida, en la que le proporcionan bases humanísticas y científicas necesarias para desarrollar su función técnica, administrativa, educativa y de investigación para la atención de la salud de la población (14).

La enfermera cumple con un papel amplio al proporcionar cuidados primarios de salud a la comunidad,

orientados tanto a la promoción de la salud, como a la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades.

La ética de normas y principios universales, además, forman la estructura para madurar una actitud personal, recta y digna de respeto a la posición que cada persona adopta al ejercer su profesión.

La enfermería tiene múltiples aspectos, tales como la responsabilidad profesional individual, conocimientos cabales de la interacción entre los sistemas corporales y la naturaleza dinámica del proceso vital, reconocimiento y apreciación de la individualidad, peculiaridad, relaciones sociales y ambientales significativas, apreciación de la colaboración de todos los miembros del personal en el cuidado de la salud.

La enfermera, como ser humano y como parte de un equipo de trabajo multidisciplinario, está sometida a un ambiente de stress; a los problemas que enfrenta en el ejercicio de sus funciones y la responsabilidad en el trabajo, a las complejas relaciones personales con los compañeros, supervisores, subalternos, pacientes y sus familiares, en el medio hospitalario, así como el poco reconocimiento a su labor, entre otros. Estas situaciones generadoras de stress se van intensificando conforme sea la especificidad y complejidad de las

tareas y, en alguna medida, con el paso de los años de ejercicio profesional (19).

El Manual de Técnicas, Procedimientos y Normas Administrativas de Enfermería de la S.S.A. (7) definió a la enfermera especialista como aquella enfermera que con un curso de especialización reconocido, es capaz de asumir funciones ejecutivas, de asesoría y de docencia en áreas específicas de la Enfermería. El stress ocupacional es proporcional a la función que desempeña la enfermera; por lo tanto, siendo las funciones de las especialistas más delicadas y detalladas, su nivel de stress es mayor que en el trabajo de la enfermera general; está expuesta a mayor número de riesgos ocupacionales (psicosociales), ya que la enfermera en las diferentes unidades de atención, juega un papel de suma importancia; los pacientes requieren de cuidados específicos, tanto médicos como de enfermería. Son las enfermeras las que cuidan integralmente al paciente a lo largo de muchas horas ininterrumpidas, colectan y obtienen parámetros fisiológicos básicos, hemodinámicos, respiratorios, administrativos y quirúrgicos, de cuya valoración exacta depende la acción a seguir; revelan, en general el estado clínico de los pacientes, su estado neurológico; asimismo, interaccionan con los enfermos

conscientes, haciéndoles más llevadero el período agudo de su enfermedad.

Las funciones de las enfermeras en las diferentes especialidades, varían de una a otra, así como las características de personalidad ideales para realizar dichas actividades. Por ejemplo:

Pediatría. Dentro de sus funciones están la observación e interpretación de manifestaciones clínicas, comunicación con el personal, el paciente y los familiares, utilización del equipo de monitoreo, incubadoras, ventiladores, etc., participación en el tratamiento y preparación para estudios de gabinete. Para esto requiere de adaptabilidad, desarrollo de la afectividad, extroversión, seguridad, paciencia, flexibilidad, espontaneidad y no agresión.

Quirúrgica. Debe conocer el funcionamiento de los aparatos electromédicos; capta y atiende el estado emocional del paciente, informa cualquier aspecto que pueda modificar el acto quirúrgico, participa en paro cardíaco, en endoscopia (manejo minucioso de lentes y fibras ópticas), prepara y cuida los injertos y prótesis, cambia material infectado, identifica material quirúrgico y supervisa cicatrización de tejido operado. Debe contar con capacidad perceptual y de decisión, habilidad motriz, debe ser observadora, ordenada y rígida, segura,

adaptable a situaciones difíciles, con iniciativa, obsesiva y responsable.

Psiquiatría. Ella favorece la adaptación del enfermo, dándole protección y seguridad cuando así lo requiera y atiende a pacientes con dosis altas de psicofármacos, en estado de crisis o agresión. Por lo tanto, debe ser segura, independiente emocionalmente, colaboradora, no sugestionable, entusiasta, sociable, objetiva, dinámica, reservada en el manejo de su afectividad, tener capacidad para trabajar en equipo y buenas relaciones humanas (18).

3.3 SITUACION ACTUAL

En la sociedad en que vivimos, la mayoría de la población no posee bienes de producción y se ve obligada a ofrecer su fuerza de trabajo. De la división del trabajo surge la división técnica del trabajo, en función de la cual, los trabajadores realizan tareas cada vez más especializadas, estrechas y fragmentarias.

Las profesiones reflejan esta fragmentación de sus servicios en sus crecientes especialidades y, con ello, surge una nueva estratificación social, determinada por la relevancia de los servicios que cada profesión ofrece.

De esta división surgen dos consecuencias:

- 1) La remuneración dependerá de la valoración que del

trabajo se establezca, basada en la separación del trabajo intelectual (organización y supervisión) y el manual (ejecución) y

2) Esta remuneración determinará la extracción social de quienes aspiren a ejercer esa profesión (25).

En México, el trabajo de enfermería es básicamente femenino por sus características propias: relación con hijos, atención cuidadosa, suavidad; es decir, las características que como rol sexual, adquieren. Por otro lado, debido al tipo de remuneración, la extracción social de la enfermera es fundamentalmente de estratos y medios socioeconómicos bajos de la sociedad (10). La baja remuneración inclina a laborar dos o tres turnos, con disminución de la atención adecuada de los enfermos, debido al cansancio, stress y ansiedad (25).

Tomando como base esto y la misma profesión, se obtuvo una caracterización sociológica de la carrera de Enfermería (25):

1) Profesión femenina. No es sólo el carácter femenino de la profesión, sino que sus características laborales atraen a las mujeres a ingresar en ella.

2) Baja extracción social. Una mujer que cuenta con posibilidades, estudia otra carrera. Debido a las actividades que realiza la enfermera (trabajo manual), la superación alcanzada o por alcanzar es mínima y esto no

atrae a los otros sectores de la sociedad.

3) Subordinación al médico. Existe una dependencia formal extraordinariamente rígida (que en la práctica, contradictoriamente se invierte), que la desplaza de sus funciones.

4) Bajos salarios.

5) Carácter cautivo del ejercicio profesional. Poca libertad, rutina, no creatividad, no iniciativa.

6) Debilidad gremial y política. Por falta de conciencia profesional.

Con el paso del tiempo y al organizarse y ampliarse los servicios de salud, se vió la necesidad de extender la formación básica en Enfermería, hacia un nivel más elevado en docencia y administración de los servicios. Cada área de especialización necesita enfermeras que se caractericen por su destreza clínica y formación científica.

Los niveles académicos del subsistema de educación en Enfermería son:

1) Auxiliar. Se adquiere con secundaria y un curso no formal de preparación básica que va de un mes a un año.

2) Intermedio o técnico. Se adquiere con secundaria y tres años de estudios.

3) Universitario. Obtenido con bachillerato y cuatro años de estudio. Este nivel fue concebido, apenas hace

20 o 25 años (1966-1970).

4) Especialización. Se obtiene con nivel licenciatura y un año de estudios. Los únicos cursos reconocidos son aquellos que se encuentran incorporados a la U.N.A.M. Estos cursos tiene como finalidad el preparar enfermeras especializadas en los diferentes campos a que se refieren sus denominaciones, para desempeñar funciones específicas clínicas de carácter especializado.

Los cursos post-básicos evolucionaron en base a las necesidades del sector salud, hasta llegar, hoy en día, a la atención en hospitales especializados o de especialidades.

La Asociación Mexicana de Enfermería ha detectado que existen enfermeras con cursos acumulados de especialización que no ponen, al servicio de la mayoría, los conocimientos adquiridos en ellos, y menos aún, en la atención directa del paciente, sino que se dedican a la administración y supervisión de servicios. Quizás porque el afán de las enfermeras por estudiar cursos, no siempre se inspira en el interés de superarse, sino en el deseo de acumular curriculum para mejorar sus ingresos.

Por tal motivo, es importante acabar con la proliferación de cursos de especialización que presionan a la enfermera hacia un credencialismo estéril y organizar la oferta de cursos conforme a prioridades

objetivas y con verdadero rigor académico (25).

Los planes de estudio vigentes en la E.N.E.O., han servido de pauta a las demás escuelas de Enfermería del país (25). Aunque también existen otros centros que no están reconocidos y ofrecen gente preparada para laborar en el área de salud.

Además, la E.N.E.O. cuenta con perfiles ideales de personalidad de las especialidades que en ella se imparten; fueron obtenidos mediante el análisis de las actividades que cada una de ellas realiza. Pero, no obstante, realizando junto con los exámenes de admisión de conocimientos, un examen psicológico, no cuentan aún con un perfil psicológico real de las personas que ejercen cada una de las distintas especialidades.

Se considera fundamental el unificar los tipos de preparación con base en un perfil profesional de Enfermería, que contemple tanto los niveles académicos, como los niveles de atención, para el ejercicio de su profesión. De lo contrario, se presenta confusión y dificultad para delimitar las funciones de enfermería, utilizando al personal indistintamente sin atender a su preparación y, esta confusión, se extiende a la elaboración de programas de estudio.

CAPITULO 4

INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ANTERIORES

La investigación con respecto al tema que ocupa este estudio es escasa en México; los estudios sobre enfermería se refieren básicamente al manejo que tiene la enfermera ante enfermos y enfermedades específicas (quemados, intoxicados, gravídicos, sidosos, etc.). Por otro lado, en lo que se refiere a investigaciones del extranjero hechas con población de enfermería, algo de lo realizado que ha llegado a México, es lo siguiente:

El rubro en el cual existe mayor información sobre la personalidad de la enfermera es en cuanto a la especialidad en cuidados intensivos; por ejemplo, en 1989, Topf estudió la personalidad de dichas enfermeras en relación con su trabajo, hallando que no existe interacción entre la personalidad fuerte y el stress ocupacional (32). Un año antes se encontró que las enfermeras intensivistas tienden a ser agresivas, asertivas, competitivas, perseverantes, moralistas, mañosas y mecánicas, con identificación sexual androgénica y elevada autoestima; estos datos los obtuvieron Levine y cols. (24), mediante el test de Cattell, el Personal Attributes Questionnaire (PAQ) y el

Texas Social Behavior Inventory (TSBI).

Dentro de la personalidad, la identidad sexual de la enfermera ha llamado la atención de los estudiosos como Carlsson en 1988, Ganong y cols. en 1987 y Patterson dos años antes. La imagen y el rol de la enfermera fueron estudiados por Kinney (1985), quien investigó el desarrollo del ego, la identificación sexual y la asertividad en enfermeras recién egresadas y encontró los rasgos masculino-femenino y masculinos altos de manera significativa en los tres aspectos investigados (22).

También se han obtenido perfiles de personalidad; en la India, Das realizó en 1986 el de la profesión en general; en U.S.A. Sullivan elaboró el de las supervisoras y Rich y Rich (1987), hicieron el de las enfermeras generales, encontrando correlación en la falta de personalidad fuerte en aspectos tales como control, cambio y trabajos por comisión (28).

Las comparaciones entre perfiles también ha sido objeto de estudio, ya sea entre enfermeras en distintos campos de desarrollo (Armente, 1984), o entre enfermeras egresadas y estudiantes, investigando mediante el Personality Research Form (PRF) cuales serían los rasgos deseables de la enfermera profesionalista; los rasgos en los que coincidieron fueron: alta afiliación, flexibilidad, intelecto, orden, autonomía y baja agresión

e impulsividad (Bradham, 1990) (2).

Sobre el punto de desenvolvimiento de la enfermera en su área de trabajo, Kadandara en 1989 encontró que la supervisión de enfermeras, a la vez que resulta fascinante, demandante y creativa, requiere mayor responsabilidad por parte de la enfermera en jefe, quien responde con mejor atención personal y mayores cuidados (21).

En 1990, en términos de ansiedad, Graigner estudió cuales podrían ser los posibles interruptores de la ansiedad y Galán y colbs. se dedicaron a investigar la ansiedad ante situaciones específicas de displacer.

La ansiedad medida en enfermeras (estudiantes, pedagogas, generales y administrativas) la realizaron en 1989 Jacobson, Holder y Dearer, mediante el Oetting Computer Anxiety Scale (COMPAS) encontrando diferencias significativas extra e intragrupales (20).

Ahora bien, aunque el manejo de ansiedad no ha sido tema de estudio en el trabajo de enfermería, aquí en México, sí se ha investigado en otras áreas.

En 1980 se comparó la ansiedad, antes y después de una terapia de apoyo, en grupos de pacientes en salas de terapia intensiva, encontrándose una diferencia significativa a raíz del tratamiento (6). En 1985 se realizó una tesis titulada "La ansiedad en sujetos que

ocupan puestos de responsabilidad", no hallándose diferencia entre aquellos que los ocupan y los que no (15).

También se investigó, en 1988, el manejo inadecuado del stress al través de materiales televisados y se observó diferencia significativa entre un grupo, antes y después de la presentación del material (33).

Estas investigaciones y otras más, fueron realizadas mediante el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado, prueba estandarizada para la población mexicana por el Dr. Rogelio Díaz-Guerrero. Es una prueba que puede utilizarse para detectar toda reacción ansiosa, antes y después de una consulta médica, una operación quirúrgica y al personal administrativo en situaciones difíciles (31).

Debido a que no existen parámetros de comparación dentro de las investigaciones en enfermería, se decidió utilizar este instrumento para detectar y comparar el manejo de ansiedad entre el personal de enfermería especializado y el no especializado.

CAPITULO 5

METODO

Planteamiento del problema

¿Existe diferencia en el manejo de ansiedad laboral entre enfermeras especialistas y enfermeras generales?

Hipótesis

Si el trabajo de la enfermera especialista es más stressante que el de la enfermera general y el stress requiere mejor manejo de ansiedad, entonces el trabajo de la enfermera especialista requiere mejor manejo de ansiedad que el de las enfermeras generales.

Hipótesis.....Nula. Si la enfermera es especialista, entonces no presenta diferencia en el manejo de ansiedad en comparación con la enfermera general.

Hipótesis...Alternativa. Si la enfermera es especialista, entonces presenta diferencia en el manejo de ansiedad en comparación con la enfermera general.

Variables

Variable Independiente. Enfermera especialista

Enfermera que con un curso de especialización reconocido, es capaz de asumir funciones ejecutivas, de asesoría y de docencia en áreas específicas de la enfermería (7).

Variable Dependiente. Manejo de Ansiedad

Control que se tiene del estado emocional, caracterizado por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos, conscientemente percibidos (31).

Diseño experimental y Prueba estadística

Se trata de un diseño:

- . comparativo: estudia dos muestras,
- . abierto: el investigador conoce las variables del experimento,
- . observacional: el investigador no interviene en el fenómeno,
- . prospectivo: se obtendrán datos de hechos que se presentan en el futuro y
- . transversal: los datos se obtienen sólo una vez por

cada individuo.

Por tratarse de un diseño comparativo, no habrá grupo control ni grupo experimental y, por lo tanto, no habrá tratamiento activo alguno.

Se trabajará con dos grupos mediante una escala ordinal, analizada estadísticamente con la T-student mediante una distribución muestral por diferencias para muestras menores de 30 sujetos, ya que permite el manejo de dos muestras y conocer la diferencia entre ellas.

El nivel de significancia para aceptar o rechazar la hipótesis nula será de 0.05 o 95%.

Selección de la muestra

Universo. Grupo de enfermeras especialistas y generales que laboren en el Distrito Federal, en área hospitalaria dentro del sector público.

Muestra. Del Universo disponible (Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital General Tacuba-ISSSTE y Hospital General Dr. Rubén Leñero) se seleccionarán mediante un muestreo accidental probabilístico, 30 enfermeras especialistas y 30 enfermeras generales del total de enfermeras que laboren en ellos.

Los criterios de selección serán los siguientes:

1. Criterios de Inclusión.

Licenciadas en enfermería general,
Licenciadas en enfermería general con un
curso de especialización
Cualquier turno laboral y
Experiencia mínima de tres años y
máxima de cinco en su área.

2. Criterios de Exclusión.

Enfermería auxiliar,
Enfermería técnica y
Experiencia menor a tres años y mayor a
cinco en su área.

3. Criterios de Eliminación.

No existen.

CAPITULO 6

MATERIAL

Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)

La captación de la información será mediante el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado, cuyas siglas son IDARE.

Se eligió como instrumento de esta investigación al IDARE debido a su gran confiabilidad y validez, y por haber sido utilizado en varios estudios.

El IDARE está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad-Rasgo y 2) la llamada Ansiedad-Estado. (Ambas dimensiones ya fueron definidas en el Capítulo 2).

La escala A-Rasgo del inventario consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos, describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra, del otro. La escala A-Estado es designada SXE y la escala A-Rasgo es

designada SXR. (ANEXO 1 y ANEXO 2).

El desarrollo de este inventario fue iniciado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en el otoño de 1964 en la Universidad de Vanderbilt, creando un instrumento de investigación objetivo, de autoevaluación que pudiese ser utilizado para medir la A-Estado y la A-Rasgo en adultos normales. En 1967 estas actividades continuaron en la Universidad Estatal de Florida y las metas fueron ampliadas tanto para propósitos clínicos como de investigación, para incluir su utilización en individuos emocionalmente perturbados.

Para elaborarlo se tomaron como base tres escalas de ansiedad, el IPAT (Anxiety Scale - Cattell y Scheier, 1963), el TMAS (Taylor Manifest Anxiety Scale, 1953) y el WEICH (Anxiety Scale, 1956). Lo que resultó de todo el proceso de eliminación y reemplazo de reactivos, se denominó IDARE.

La confiabilidad test-retest de la escala A-Rasgo es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado tienden a ser bajos, como es de esperarse en una medida que se diseñó para ser influenciada por factores situacionales. La validez se obtuvo correlacionando el IDARE con las escalas en las cuales se basó el inventario.

La traducción al español por el Dr. Rogelio

Díaz-Guerrero en 1975 no alteró ni modificó la validez y confiabilidad del test. El IDARE es un instrumento útil y versátil para la medición, tanto de la A-Estado como de la A-Rasgo y su contenido, su validez de construcción y concurrente se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas.

El IDARE fue diseñado para ser autoadministrable y puede ser aplicado ya sea individualmente o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas.(ANEXO 1 y ANEXO 2).Las instrucciones para la escala A-Rasgo deberán ser siempre las que están impresas en el protocolo respectivo; para la escala A-Estado las instrucciones pueden ser modificadas a fin de evaluar su intensidad para cualquier situación o intervalo de tiempo que pudiese ser de interés a un experimentador o a un clínico. Por otro lado, el inventario no tiene límite de tiempo.

Se recomienda aplicar primero la escala A-Estado y enseguida la escala A-Rasgo, cuando ambas escalas se aplican juntas. Puesto que la escala A-Estado fue diseñada con el fin de que fuese sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional que se puede crear si se aplica primero la escala A-Rasgo.

El examinado responde a cada uno de los reactivos del IDARE llenando el círculo del número apropiado, que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo (ANEXO 1 y ANEXO 2).

La dispersión de posibles puntuaciones para el inventario varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, en ambas escalas. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala SXE son: 1. No en lo absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la SXR son: 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Para calificar cada escala, simplemente se coloca la plantilla (ANEXO 3 y ANEXO 4) sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo.

CAPITULO 7

ANALISIS DE RESULTADOS

La comparación entre enfermeras especialistas y enfermeras generales se analizó por separado, una escala a la vez.

En la primera escala SXE (ansiedad-estado) se observa que la puntuación promedio de las especialistas es menor que la de las generales, obteniéndose como resultado final una t menor que el grado de libertad aceptable para la muestra; este dato indica que no existe diferencia significativa entre unas enfermeras y otras (CUADRO NO.1).

En lo referente a la escala SXR (ansiedad-rasgo) (CUADRO NO. 2), igual que en la anterior, la puntuación media más baja corresponde a las especialistas, obteniéndose en la comparación estadística, una t mayor que el grado de libertad, con la consecuente aceptación de la existencia de diferencia significativa entre las muestras.

Comparando los dos aspectos de la ansiedad mediante las medias (CUADRO NO. 3), el primer lugar en ambas escalas es ocupado por las especialistas, lo cual indica que su promedio es menor y su manejo de ansiedad, mejor.

En el CUADRO NO. 4 se encuentra la distribución del total de enfermeras en cada una de las variables que se tomaron en consideración para obtener más información sobre su comportamiento. Por ejemplo, conocer que de nuestra muestra existen más enfermeras especialistas casadas que generales casadas; de las primeras, la mayoría tiene entre 31 y 35 años, concentradas en el primer turno. Por otro lado, la mayoría de las enfermeras generales son jóvenes, con edades entre los 21 y 25 años, mitad casadas y mitad solteras, quienes frecuentemente laboran en el turno vespertino.

Analizando este cuadro más detalladamente, tenemos que, en cuanto al estado civil, existen más enfermeras casadas (53.33%) que solteras (46.66%); de las casadas, más de la mitad (53.13%) son especialistas, contrario a lo que sucede con las solteras, de quienes más de la mitad son generales (53.57%). En el turno matutino son más las enfermeras casadas (53.12%), mientras que en la tarde se pueden encontrar a más solteras (50%) (CUADRO NO. 5).

En relación al obtejo de estudio, no existe diferencia significativa entre un estado civil y otro (CUADRO NO. 6). Pero haciendo una comparación por medias (CUADRO NO. 7) tenemos que en SXE, las que tienen mejor puntaje son las solteras, contrario a lo que sucede en

SXR, donde el mejor corresponde a las casadas.

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas por las combinaciones entre preparación y estado civil (CUADRO NO. 8 y 9), sucede que las enfermeras especialistas solteras manejan mejor la ansiedad que las demás en la escala SXE, mientras que en la escala SXR, la mejor es la especialista casada. El último lugar lo ocupa la general casada, en ambas escalas, situación que no acontece con la enfermera especialista casada, con quien en la escala SXR, presenta diferencia significativa.

Pasando a otro aspecto, en el CUADRO NO. 10 se observa que la mayoría de las enfermeras (40%) tienen entre 31 y 35 años y la minoría (6.66%) entre 36 y 40 años.

En cuanto a su preparación, las especialistas se encuentran mayormente agrupadas entre los 31 y 35 años (28.3%) y las generales entre los 21 y 25 años (15%). Donde hay menos generales es en el rango de 36 a 40 años y, por lo que se refiere a las especialistas, es en el de 21 a 25 años, siendo cada uno de ellos el 1.6% del total.

La mayor parte de las enfermeras casadas (16.6%) y también solteras (23.3%), tienen entre 31 y 35 años; esta misma edad la tienen la mayoría de las enfermeras que trabajan en la mañana (18.3%), y en la tarde (18.3%). La edad más frecuente en el turno nocturno está entre 26 y

30 años (5%).

La distribución de las enfermeras en cuanto a preparación, estado civil y turno, de manera más específica de acuerdo a cada rango de edad, se presenta en la serie de cuadros no. 11.

Entre 21 y 25 años la mayoría son enfermeras generales (90%) y solteras (55.5%) que trabajan en la tarde (83.3%) (CUADRO NO. 11-A). Entre 26 y 30 años (CUADRO NO. 11-B) también son la mayoría, generales (58.3%), pero en este caso, las casadas (57.15%). En el siguiente rango (CUADRO NO. 11-C) la mayoría son especialistas (70.83%) solteras (58.82%) y se encuentran en el turno vespertino (50%). En el CUADRO NO. 11-D está el rango de 36 a 40 años, donde están más especialistas (75%) que generales y más casadas que solteras (66.6%). El último cuadro (CUADRO NO. 11-E) presenta una mayoría de enfermeras generales (60%) casadas (66.6%).

Analizando los cinco cuadros anteriores, tenemos que conforme aumenta la edad, hasta los 40 años, se eleva también el porcentaje de enfermeras especialistas; posterior a esa edad, el número de enfermeras especialistas disminuye. El estado civil de las enfermeras generales no lleva relación alguna con la edad, pero aumentan las enfermeras casadas especialistas conforme a la edad.

Además de ser mayoría, las enfermeras entre 31 y 35 años están mejor distribuidas a lo largo de los tres turnos, situación que no se repite en los demás rangos de edad.

En relación al objeto de estudio, no se encontró diferencia significativa ni en SXE ni en SXR conforme a las edades en la gran mayoría; siendo las enfermeras entre 31 y 35 años y las que tienen entre 41 y 45, quienes muestran diferencia significativa en ambas escalas (CUADRO NO. 12).

Comparando las puntuaciones medias (CUADRO NO. 13) en ambas escalas acorde a la edad, se obtiene que la enfermera con mejor puntuación en SXE es aquella que tiene entre 36 y 40 años y en SXR es la que fluctúa entre 31 y 35 años. En ambas escalas, quienes tienen la más alta puntuación, es decir, el peor manejo de ansiedad, son las de mayor edad.

Pasando ahora al turno laboral, la única diferencia significativa encontrada fue al comparar el segundo con el tercer turno en SXR (CUADRO NO. 14). De los tres turnos, el que tiene mejor control de la ansiedad en ambas escalas es el turno nocturno (CUADRO NO. 15).

Las enfermeras especialistas que más prevalecen abundan en la muestra son las quirúrgicas, siendo 11, contra solamente una instrumentista. Observando las

puntuaciones medias de las especialistas en ambas escalas (CUADRO NO. 16) se obtiene que la que controla mejor la ansiedad en SXE y SXR es la instrumentista, seguida de la especialista en terapia intensiva; el último sitio lo ocupa la enfermera obstetra en las dos escalas (CUADRO NO. 17).

DISCUSION

Para la realización de la investigación y durante su desarrollo, se presentaron algunas situaciones que vale la pena mencionar.

En primer lugar, el permiso por parte de las instituciones, para realizar el estudio, a pesar de que en alguna de ellas se llevó más de 30 días, fue favorable en los tres hospitales elegidos en primera instancia; dichos hospitales fueron el Hospital General Manuel Gea González, Hospital General Dr. Rubén Leñero y Hospital General Tacuba-ISSSTE. En todos ellos, el trato fue directamente con los directivos del Area de Investigación y Enseñanza, siendo en todo momento cordial y amable. Los encargados proporcionaron las facilidades necesarias para realizar el protocolo y llevar al cabo el estudio.

En todos los casos mostraron amplia disponibilidad en apoyar y ayudar para la elaboración de la tesis, quedando el compromiso de proporcionar al final del trabajo, un ejemplar del mismo.

Como segundo punto, en el transcurso de la investigación se presentaron variables que pudieron haber afectado la representatividad de la muestra y los resultados finales, pero por el hecho de ser extrañas, no

podieron ser controladas.

Al seleccionar la muestra en cada hospital, se tomaron en cuenta todas aquellas enfermeras que, a la fecha del estudio, estuvieran en nómina (cabe señalar que la mayoría del personal cuenta con una preparación a nivel universitario, siendo la minoría con un nivel de especialización. En alguno de los hospitales, apenas se cubrió el número de enfermeras especializadas requeridas para la muestra); pero al tener el nombre de las seleccionadas, algunas de ellas estaban de vacaciones, de permiso, no asistieron a trabajar o alguna situación similar.

Al no encontrarse ellas, hubo que realizar una segunda selección con las enfermeras presentes. Por otro lado, en algunos casos, debido a los horarios manejados por los hospitales (por ejemplo, las enfermeras especialistas laboran un día sí y dos no), la aplicación del IDARE no pudo realizarse el mismo día a toda la muestra.

Para fines de investigaciones posteriores, se recomienda contemplar dichas variables para tener mejor control de ellas.

Ahora bien, la disponibilidad y accesibilidad de las enfermeras siempre fue favorable, fuera cual fuera el horario y su carga de trabajo en ese preciso momento,

contestaron el inventario de buena manera y dentro de los límites marcados por el manual.

La mayoría mostró gran interés en conocer el motivo del estudio y los resultados del mismo, alegando al respecto, que cuando llegaron a encontrarse como parte de una investigación, pocas veces se les proporcionaron los datos finales.

En cuanto al manejo estadístico de los datos, no hubo problema alguno, desde el inicio se eligió la distribución muestral por diferencias, y los resultados del tratamiento se muestran en un capítulo aparte.

Por último y a manera de resumen, puede decirse que el trabajo se llevó al cabo en ambientes agradables y con amplia disponibilidad de participantes e involucrados, en general.

CONCLUSIONES

La razón de este estudio fue conocer si existía diferencia en el manejo de ansiedad entre enfermeras especialistas y enfermeras generales.

Debido a que los resultados arrojan datos acerca de dos situaciones y únicamente existe una hipótesis por confirmar, se analizan ambos aspectos con la misma hipótesis. Dichas situaciones son:

- 1) El manejo de ansiedad ante situaciones de stress, y
- 2) El manejo de ansiedad como rasgo de personalidad.

En la primera se observa que no existe diferencia significativa entre especialistas y generales, lo cual indica que ambas enfermeras responden de similar manera ante una situación de presión o stress y logran aprender de ella. Las enfermeras actúan de acuerdo a sus conocimientos profesionales, sin que interfiera la ansiedad y bloquee la acción inmediata y precisa. Aunque la respuesta ante situaciones amenazantes o peligrosas no presenta diferencia significativa entre las enfermeras, las especialistas tienen mejor control de la ansiedad ante esas situaciones.

En la segunda situación sí existe diferencia significativa en favor de la enfermera especialista, quien en la vida cotidiana responde mejor ante la

ansiedad y tiene mayor control sobre ésta, en comparación con la enfermera general; es decir, su nivel adaptativo es más elevado.

Comparando ambas escalas y, acorde a lo que menciona el Dr. Charles D. Spielberger en el manual del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (31), las enfermeras generales, al presentar una puntuación elevada en la escala de Ansiedad-rasgo, tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como peligrosas o amenazantes y, por lo tanto, presentan elevada la otra escala (Ansiedad-estado). Esta situación no se observa en las enfermeras especialistas.

Para conocer si esta diferencia es debida a la preparación de la enfermera, se analizan otras variables como el estado civil, la edad y el turno laboral. Otros aspectos, como la remuneración económica o el trabajar en más de un empleo (aspecto mencionado por Martínez Benítez y cols. en 1985) (25), no son tomados en cuenta por ser insignificante la diferencia (150 o 200 mil pesos mensuales) o mínima la muestra (13.33%), respectivamente.

En el análisis de dichas variables se encuentra, en cada una, lo siguiente:

- 1) Estado Civil.- diferencia significativa en la ansiedad-rasgo entre enfermeras especialistas casadas y generales casadas.

2) Edad.- diferencia significativa en ambas escalas entre enfermeras con edad de 31 a 35 años y aquellas que tienen entre 41 y 45 años.

3) Turno laboral.- diferencia significativa en la ansiedad-rasgo entre el turno vespertino y el nocturno.

El mayor status social, preparación y reconocimiento que proporciona la especialización, se encuentra presente en cada una de las tres diferencias anteriormente mencionadas. Lo que diferencia a unas enfermeras de otras, en el caso no. 1, no es el estado civil sino la preparación; por lo que a la edad se refiere, las más jóvenes, en ese caso, tienen una preparación más especializada en su mayoría, mientras que las otras son minoría; esta misma situación está presente en el tercer caso, siendo las enfermeras especialistas mayoría en la noche, contra una minoría en el turno vespertino, no fue el turno ni la edad la causa de la diferencia.

Así pues, no habiéndose encontrado diferencia por estado civil, edad o turno laboral, la diferencia en SXR (escala Ansiedad-Rasgo) entre las enfermeras especialistas y generales, probablemente se deba al nivel académico y preparación de la enfermera, lo cual le proporciona mayor seguridad y autoconfianza para enfrentarse a los problemas diarios de la vida y a las situaciones de stress, así como para darles soluciones

adaptativas. Por otro lado, dicha preparación le aporta mayor status, reconocimiento y valoración de su trabajo, favoreciendo aún más su autoestima.

Por tales razones, se puede decir que tener buen manejo de ansiedad no inclina -a las enfermeras generales- al estudio de una especialidad y su posterior ejercicio profesional, sino que dicho rasgo se adquiere como consecuencia de la preparación; es decir, el buen manejo de ansiedad es una consecuencia de la especialización. Por lo tanto, no es requisito conocer el manejo de la ansiedad que tienen las enfermeras generales antes del curso, para aceptar o rechazar a las candidatas.

Ahora bien, por tratarse de gente de escasos recursos económicos y estratos socio-culturales bajos, buscan aunque sea de manera inconsciente, seguridad y reconocimiento, y la posesión de conocimientos se las dá. Por tal motivo, probablemente deseen estudiar cursos para "alimentar su ego", olvidando por momentos el objetivo principal y fundamental de la profesión.

Como mencionó Salvage en 1990, nadie le ha dado a la profesión el valor e importancia que realmente tiene (29). Quizá sea necesario crear conciencia de la importancia de la especialización en la práctica, como parte imprescindible del trabajo interdisciplinario que

se requiere -y se necesita- dentro de cualquier institución en general y, en este caso, del sector salud, y no como simple acumulación de curriculum, como lo ha detectado la Asociación Mexicana de Enfermería y como lo ha mencionado Martínez Benitez y cols desde 1985 (25).

Por lo anteriormente esbozado, se podría sugerir para futuras investigaciones, la diferenciación en rasgos de personalidad en cuanto a las especialidades (pediatría, psiquiatría, cardiología, etc.), porque probablemente en ese rubro se encuentren datos significativos que ayuden a elaborar un perfil de personalidad más veraz y amplio de la enfermera especialista y, finalmente, quizá la mención de que para el papel tan importante que juegan nuestras estudiadas en cuanto a la atención y recuperación de los pacientes a su cargo, deberían ser sujetos de mayor interés y estudio.

APENDICE A

CUADROS DE RESULTADOS

CUADRO NO. 1

COMPARACION DE SXE ENTRE ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS GENERALES

DATOS

	Especialista	General
$\sum x$	933	1,015
\bar{x}	31.1	33.8333
$\sum x^2$	29,945	35,565

TRATAMIENTO

Especialistas

$$\sigma = \sqrt{\frac{29,945}{30} - 967.21}$$

$$\sigma = \sqrt{998.1666 - 967.21}$$

$$\sigma = \sqrt{30.9566}$$

$$\sigma = 5.5639$$

$$\sigma \bar{x} = \frac{5.5639}{5.3852}$$

$$\sigma \bar{x} = 1.0332$$

Generales

$$\sigma = \sqrt{\frac{35,565}{30} - 1,444.6921}$$

$$\sigma = \sqrt{1,185.5 - 1,444.6921}$$

$$\sigma = \sqrt{40.8079}$$

$$\sigma = 6.3881$$

$$\sigma \bar{x} = \frac{6.3881}{5.3852}$$

$$\sigma \bar{x} = 1.1862$$

$$odif = \sqrt{1.0332^2 + 1.1862^2} = \sqrt{1.0675 + 1.4071} = \sqrt{2.4746}$$

$$odif = 1.5731$$

$$t = \frac{31.1 - 33.8333}{1.5731} = \frac{2.7333}{1.5731} = -1.7375$$

$$gl = 30 + 30 - 2 = 58 \rightarrow 2.00$$

$$t < gl$$

CUADRO NO. 2

COMPARACION DE SXR ENTRE ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS GENERALES

DATOS

	Especialista	General
$\sum x$	912	1,026
\bar{x}	30.4	34.2
$\sum x^2$	28,498	36,554

TRATAMIENTO

Especialista

$$\sigma = \sqrt{\frac{28,498}{30} - 924.16}$$

$$\sigma = \sqrt{949.9333 - 924.16}$$

$$\sigma = \sqrt{25.7733}$$

$$\sigma = 5.0767$$

$$\sigma_{\bar{x}} = \frac{5.0767}{5.3852}$$

$$\sigma_{\bar{x}} = 0.9427$$

General

$$\sigma = \sqrt{\frac{36,554}{30} - 1,169.64}$$

$$\sigma = \sqrt{1,218.4666 - 1,169.64}$$

$$\sigma = \sqrt{48.8266}$$

$$\sigma = 6.9876$$

$$\sigma_{\bar{x}} = \frac{6.9876}{5.3852}$$

$$\sigma_{\bar{x}} = 1.2976$$

$$odif = \sqrt{0.9427^2 + 1.2976^2} = \sqrt{0.8887 + 1.6838} = \sqrt{2.5725}$$

$$odif = 1.6039$$

$$t = \frac{30.4 - 34.2}{1.6039} = \frac{-3.8}{1.6039} = -2.3692$$

$$gl = 30 + 30 - 2 = 58 \rightarrow 2.000$$

$$t > gl$$

CUADRO NO. 3

POSICION ORDINAL POR PUNTUACION MEDIA EN LAS ESCALAS
SXE Y SXR DE ACUERDO A LA PREPARACION

Orden	SXE	SXR
1ro.	Especialista	Especialista
2do.	General	General

SXE = ansiedad estado

SXR = ansiedad rasgo

CUADRO NO. 4

NUMERO DE ENFERMERAS ESPECIALISTAS Y ENFERMERAS GENERALES
POR ESTADO CIVIL, EDAD Y TURNO

	Estado civil		Edad					Turno		
	C	S	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	M	V	N
ESP	17	13	1	5	17	3	4	15	8	7
GEN	15	15	9	7	7	1	6	13	16	1

ESP = especialistas

GEN = generales

C = casadas

S = solteras

M = matutino

V = vespertino

N = nocturno

CUADRO NO. 5

PORCENTAJE DE ENFERMERAS DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL
EN CUANTO A SU PREPARACION Y TURNO LABORAL

	Casadas			Solteras		
	53.33%			46.66%		
Preparación	Especialista	General		Especialista	General	
%	53.13	46.87		46.43	53.57	
Turno	M	V	N	M	V	N
%	53.12	31.25	15.63	39.28	50	10.72

M = matutino
V = vespertino
N = nocturno

CUADRO NO. 6

COMPARACION DE SXE Y SXR DE ACUERDO
AL ESTADO CIVIL

Estado civil		Casadas	Solteras
SXE	\bar{x}	32.6875	32.2143
	σ_{dif}	1.9997	
	t	0.2366	
SXR	\bar{x}	30.3125	31.7857
	σ_{dif}	2.9158	
	t	-0.5052	

SXE = ansiedad estado
SXR = ansiedad rasgo

CUADRO NO. 7

POSICION ORDINAL POR PUNTUACION MEDIA EN LAS ESCALAS
SXE Y SXR DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL

Orden	SXE	SXR
1ro.	Solteras	Casadas
2do.	Casadas	Solteras

SXE = ansiedad estado
SXR = ansiedad rasgo

CUADRO NO. 8

COMPARACION DE SXE Y SXR ENTRE LAS COMBINACIONES DE
PREPARACION Y ESTADO CIVIL

	gl	SXE			SXR		
		\bar{x}	odif	t	\bar{x}	odif	t
CE	2.042	31.29	2.2559	-1.3177	25.47	5.0502	-2.0453
CG		34.26			35.80		
SE	2.059	30.84	3.4293	-0.7447	30.69	1.4558	-1.4019
SG		33.40			32.73		
CE	2.048	31.29	2.1205	0.2112	25.47	5.0331	-1.0374
SE		30.84			30.69		
CG	2.048	34.26	3.3936	0.2554	35.80	2.4469	1.2533
SG		33.40			32.73		

CE = casada especialista
CG = casada general
SE = soltera especialista
SG = soltera general
SXE = ansiedad estado
SXR = ansiedad rasgo

CUADRO NO. 9

POSICION ORDINAL POR PUNTUACION MEDIA EN LAS ESCALAS
SXE Y SXR DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL Y PREPARACION

Orden	SXE	SXR
1ro.	SE	CE
2do.	CE	SE
3ro.	SG	SG
4to.	CG	CG

Clave igual al cuadro no. 8

CUADRO NO. 10

PORCENTAJE DE ENFERMERAS DE ACUERDO A LA EDAD EN CUANTO
A LA PREPARACION, ESTADO CIVIL Y TURNO

Edad	NT	%	Preparación %		Edo. civil %		Turno %		
			E	G	C	S	M	V	N
21-25	10	16.6	1.6	15	5	11.6	3.3	11.6	1.6
26-30	12	20	6.6	13.3	13	6.6	11.6	3.3	5
31-35	24	40	28.3	11.6	16.6	23.3	18.3	18.3	3.3
36-40	4	6.6	5	1.6	5	1.6	3.3	----	3.3
41-45	10	16.6	6.6	10	13	3.3	11.6	5	---

NT = total de enfermeras
E = especialista
G = general
C = casada
S = soltera
M = matutino
V = vespertino
N = nocturno

CUADRO NO. 11

PORCENTAJE DE ENFERMERAS DE ACUERDO A LA EDAD EN CUANTO
A SU PREPARACION, ESTADO CIVIL Y TURNO LABORAL

P = preparación
E.C. = estado civil
T = turno
Espec = especialistas
Gener = generales
Cas = casadas
Sol = solteras
Mat. = matutino
Vesp = vespertino
Noct = nocturno

CUADRO NO. 11-A

21 - 25 años

N = 10

P	%	E.C	%	T	%
E s p e c	10	C a s	---	Mat.	---
				Vesp	---
				Noct	---
		S o l	100	Mat.	100
				Vesp	---
				Noct	---

P	%	E.C	%	T	%
G e n e r	90	C a s	---	Mat.	33.3
				Vesp	66.6
				Noct	---
		S o l	66.6	Mat.	16.6
				Vesp	83.3
				Noct	---

CUADRO NO. 11-B

26 - 30 años

N = 12

P	%	E.C	%	T	%
E s p e c	41.66	C a s	80	Mat.	50
				Vesp	---
				Noct	50
		S o l	20	Mat.	---
				Vesp	---
				Noct	100

P	%	E.C	%	T	%
G e n e r	58.3	C a s	57.15	Mat.	50
				Vesp	50
				Noct	---
		S o l	42.85	Mat.	100
				Vesp	---
				Noct	---

CUADRO NO. 11-C

31 - 35 años

N = 24

P	%	E.C	%	T	%
E s p e c	70.83	C a s	41.18	Mat.	57.14
				Vesp	28.57
				Noct	14.28
		S o l	58.82	Mat.	40
				Vesp	50
				Noct	10

P	%	E.C	%	T	%
G e n e r	29.16	C a s	42.85	Mat.	66.66
				Vesp	33.33
				Noct	---
		S o l	57.15	Mat.	25
				Vesp	75
				Noct	---

CUADRO NO. 11-D
36 - 40 años
N = 4

P	%	E.C	%	T	%
E s p e c	75	C a s	66.6	Mat.	50
				Vesp	---
				Noct	50
		S o l	33.3	Mat.	100
				Vesp	---
				Noct	---

P	%	E.C	%	T	%
G e n e r	25	C a s	100	Mat.	---
				Vesp	---
				Noct	100
		S o l	---	Mat.	---
				Vesp	---
				Noct	---

CUADRO NO. 11-E
41 - 45 años
N = 10

P	%	E.C	%	T	%
E s p e c	40	C a s	100	Mat.	75
				Vesp	25
				Noct	---
		S o l	---	Mat.	---
				Vesp	---
				Noct	---

P	%	E.C	%	T	%
G e n e r	60	C a s	66.6	Mat.	50
				Vesp	50
				Noct	---
		S o l	33.3	Mat.	50
				Vesp	50
				Noct	---

CUADRO NO. 12

COMPARACION DE SXE ENTRE EDADES

Edad	g1	SXE		
		\bar{x}	odif	t
21-25	2.086	33.1	2.9999	0.7556
26-30		30.8		
21-25	2.042	33.1	1.6603	0.8884
31-35		31.6		
21-25	2.179	33.1	2.8977	1.5875
36-40		28.5		
21-25	2.101	33.1	3.0268	1.4206
41-45		37.4		
26-30	2.030	30.8	3.9421	-0.2008
31-35		31.6		
26-30	2.145	30.8	4.7423	0.4920
36-40		28.5		
26-30	2.086	30.8	3.6845	1.7823
41-45		37.4		
31-35	2.056	31.6	2.5606	1.2204
36-40		28.5		
31-35	2.042	31.6	2.2274	2.5927
41-45		37.4		
36-40	2.179	28.5	4.7898	1.8581
41-45		37.4		

CUADRO NO. 12 (continuación)

COMPARACION DE SXR ENTRE EDADES

Edad	gl	SXR																																																														
		\bar{x}	σ_{dif}	t																																																												
21-25	2.086	38.5	2.9437	0.3397																																																												
26-30		32.5			21-25	2.042	38.5	1.8613	2.0147	31-35	29.7	21-25	2.179	38.5	2.8654	1.0470	36-40	30.5	21-25	2.101	38.5	3.7880	1.1616	41-45	37.9	26-30	2.030	32.5	8.2907	0.3317	31-35	29.7	26-30	2.145	32.5	4.6134	0.4335	36-40	30.5	26-30	2.086	32.5	4.1772	1.2927	41-45	37.9	31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386	36-40	30.5	31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136
21-25	2.042	38.5	1.8613	2.0147																																																												
31-35		29.7			21-25	2.179	38.5	2.8654	1.0470	36-40	30.5	21-25	2.101	38.5	3.7880	1.1616	41-45	37.9	26-30	2.030	32.5	8.2907	0.3317	31-35	29.7	26-30	2.145	32.5	4.6134	0.4335	36-40	30.5	26-30	2.086	32.5	4.1772	1.2927	41-45	37.9	31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386	36-40	30.5	31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9				
21-25	2.179	38.5	2.8654	1.0470																																																												
36-40		30.5			21-25	2.101	38.5	3.7880	1.1616	41-45	37.9	26-30	2.030	32.5	8.2907	0.3317	31-35	29.7	26-30	2.145	32.5	4.6134	0.4335	36-40	30.5	26-30	2.086	32.5	4.1772	1.2927	41-45	37.9	31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386	36-40	30.5	31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9											
21-25	2.101	38.5	3.7880	1.1616																																																												
41-45		37.9			26-30	2.030	32.5	8.2907	0.3317	31-35	29.7	26-30	2.145	32.5	4.6134	0.4335	36-40	30.5	26-30	2.086	32.5	4.1772	1.2927	41-45	37.9	31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386	36-40	30.5	31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9																		
26-30	2.030	32.5	8.2907	0.3317																																																												
31-35		29.7			26-30	2.145	32.5	4.6134	0.4335	36-40	30.5	26-30	2.086	32.5	4.1772	1.2927	41-45	37.9	31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386	36-40	30.5	31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9																									
26-30	2.145	32.5	4.6134	0.4335																																																												
36-40		30.5			26-30	2.086	32.5	4.1772	1.2927	41-45	37.9	31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386	36-40	30.5	31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9																																
26-30	2.086	32.5	4.1772	1.2927																																																												
41-45		37.9			31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386	36-40	30.5	31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9																																							
31-35	2.056	29.7	2.2151	-0.3386																																																												
36-40		30.5			31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204	41-45	37.9	36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9																																														
31-35	2.042	29.7	2.5307	-3.2204																																																												
41-45		37.9			36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305	41-45	37.9																																																					
36-40	2.179	30.5	6.0136	-1.2305																																																												
41-45		37.9																																																														

CUADRO NO. 13

POSICION ORDINAL POR PUNTUACION MEDIA EN LAS ESCALAS SXE Y SXR DE ACUERDO A LA EDAD

Orden	SXE	SXR
1ro.	36-40	31-35
2do.	26-3-	36-40
3ro.	31-35	26-30
4to.	21-25	21-25
5to.	41-45	41-45

CUADRO NO. 14

COMPARACION DE SXE Y SXR ENTRE TURNOS LABORALES

Turno	gl	SXE		
		\bar{X}	odif	t
Matutino	2.010	33.1	1.9094	0.1901
Vespertino		32.7		
Matutino	1.040	33.1	2.4956	1.3809
Nocturno		29.6		
Vespertino	2.042	32.7	2.8541	1.0803
Nocturno		29.6		

CUADRO NO. 14 (continuación)

COMPARACION DE SXE Y SXR ENTRE TURNOS LABORALES

Turno	q1	SXR		
		\bar{X}	sdif	t
Matutino	2.010	31.5	1.7242	1.7641
Vespertino		34.5		
Matutino	2.040	31.5	2.0188	1.4241
Nocturno		28.6		
Vespertino	2.042	34.5	2.7093	2.1838
Nocturno		28.6		

CUADRO NO. 15

POSICION ORDINAL POR PUNTUACION MEDIA EN LAS ESCALAS SXE Y SXR DE ACUERDO AL TURNO LABORAL

Orden	SXE	SXR
1ro.	Nocturno	Nocturno
2do.	Vespertino	Matutino
3ro.	Matutino	Vespertino

CUADRO NO. 16

RELACION DE SXE Y SXR ENTRE ESPECIALIDADES

Especialidad	Clave	NT	SXE(x)	SXR(x)
Cardiología	C	2	33	33
Obstetricia	O	3	35	34
Quirúrgica	Q	11	31.6	30.3
Terapia intensiva	T	9	28.3	29.4
Pediatría	P	4	33	29.5
Instrumentista	I	1	27	27

CUADRO NO. 17

POSICION ORDINAL POR PUNTUACION MEDIA EN LAS ESCALAS SXE Y SXR DE ACUERDO A LA ESPECIALIDAD

Orden	SXE	SXR
1ro.	I	I
2do.	T	T
3ro.	Q	P
4to.	C y P	Q
5to.	O	C
6to.	-----	O

Ver clave en el cuadro no. 16

IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IDARE

SXR

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los pensamientos que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

APENDICE B
ANEXO 3

MP
28-3

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION
Forma SXE

		CASI NADA	ALGO	MODERADO	MUCHO
1.	Asegúrese que tiene el lado correcto de ésta clave sobre la hoja de la prueba. Después simplemente sume las calificaciones de pesos que se muestran sobre la clave para cada categoría de respuestas. Una simple calculadora de escritorio o contador manual harán la labor más sencilla, pero puede hacerse mentalmente. Refiérase al manual para datos normativos apropiados	4	3	2	1
2.		4	3	2	1
3.		1	2	3	4
4.		1	2	3	4
5.		4	3	2	1
6.		1	2	3	4
7.		1	2	3	4
8.		4	3	2	1
9.		1	2	3	4
10.		4	3	2	1
11.		4	3	2	1
12.		1	2	3	4
13.		1	2	3	4
14.		1	2	3	4
15.		4	3	2	1
16.		4	3	2	1
17.		1	2	3	4
18.		1	2	3	4
19.		4	3	2	1
20.		4	3	2	1

© El Manual Moderno, S.A., 1975

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en un sistema de recuperación, o transmitida en forma alguna, por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, o de cualquier otra manera, sin el permiso por escrito de la editorial.



All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without permission in writing from the publisher.

IDARE

CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXR

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21.	4	3	2	1
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	4	3	2	1
31.	1	2	3	4
32.	1	2	3	4
33.	4	3	2	1
34.	1	2	3	4
35.	1	2	3	4
36.	4	3	2	1
37.	1	2	3	4
38.	1	2	3	4
39.	4	3	2	1
40.	1	2	3	4

BIBLIOGRAFIA

- (1) Bloss, P. Psicoanálisis de la Adolescencia. Ed. Joaquín Mortiz, México, 1981.
- (2) Bradhan, C.V.; Dalme, F.C.; Thompson, P.J. "Personality traits valued by practicing nurses and measured in nursing students". Journal Nursing Education. Vol. 29, No. 5. Mayo de 1990, pp. 225-232.
- (3) Bravo, F. P. Nociones de Historia de la Enfermería. Ed. Imprenta Mexicana, México, 1978.
- (4) Cameron, N. Personality Development and Psychopathology. A dynamic approach. Houghton Mifflin Company. Boston, U.S.A., 1963. pp. 123-124; 157-193.
- (5) Cofer, C.N.; Appley, M.H. Psicología de la Motivación. Teoría e investigación. Ed. Trillas, México, 1982. pp. 409-461.

- (6) Chagoya, L.F.; Meza, A.A. Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento IDARE, antes y después de una terapia de apoyo en grupos de pacientes en salas de terapia intensiva. Tesis, U.N.A.M., México, 1980.
- (7) Dirección General de Salubridad en el D.F. Manual de Técnicas, Procedimientos y Normas Administrativas de Enfermería. Ed. S.S.A., México, 1976.
- (8) Fadiman, J.; Frager, R. Teorías de la Personalidad. Ed. Harla, México, 1983.pp.15-32.
- (9) Fenichel, O. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Ed. Paidós. México, 1986. pp. 35-125; 157-164.
- (10) Flores, I. Superación Personal de Enfermería. Tesis U.N.A.M. México, 1987.
- (11) Freud, S. Obras Completas. Ed. Biblioteca Nueva. Barcelona, España, 1983. Tomo I pp.1246-1254; Tomo II pp. 261-272.

- (12) Freud, S. Obras Completas. Ed. Amorrortu.
22a. conferencia.
- (13) Frank, Ch.M.; Elizondo, T. Desarrollo Histórico
de la Enfermería. Ed. La Prensa Médica
Mexicana, México, 1970.
- (14) García, A.M. Perfil de stress de la enfermera
en el I.N.C. Tesis, E.N.E.O., México, 1989.
- (15) Gómez, E.C. La ansiedad en sujetos que
ocupan puestos de responsabilidad. Tesis,
U.N.A.M., México, 1985.
- (16) Hall, C.S.; Lindzey, G. La teoría de la
Personalidad. Ed. Paidós, México, 1984. pp.
9-11.
- (17) Hanson, P. "Córtele las garras al
stress". Selecciones Reader's Digest. Tomo
XCVIII, Núm. 586, Septiembre, 1989. pp.93-96.
- (18) Instituto Mexicano del Seguro Social.
Cursos Post-básicos de Enfermería. I.M.S.S.,
México, 1989.

- (19) Islas, S.A.; García, E.P.; Ruiz, L.F.; Macías, M.; Galindo, F. "¿Es el entrenamiento en especialidades médico quirúrgicas un factor de stress?" Revista Médica del I.M.S.S. Vol. 26, No. 3. Mayo-Junio, 1989. pp. 227-232.
- (20) Jacobson, S.F.; Holder, M.E.; Dearnier, J.F.. "Computer Anxiety among nursing students, educators, staff and administrators". Comput Nursing. Vol.7, No. 6. Nov-Dic, 1989. pp.266-272.
- (21) Kadandara, J.C. "Making the case for nurses as managers of nursing resources". International Nursing Review. Vol. 36, No.4. Julio-Agosto 1989. pp. 109-112.
- (22) Kinney, C.K. "A reexamination of nursing role conceptions" Nursing Research. Vol. 34 No. 3. Mayo-Junio, 1985. pp. 170-176.
- (23) Kolb, L.C. Psiquiatría Clínica Aplicada. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1981. pp.548-549.

- (24) Levine, C.D.; Wilson, S.F.; Guido, G.W.
"Personality Factors of critical care nurses".
Heart Lung. Vol. 17 No.4. Julio, 1988. pp.392-
398.
- (25) Martínez, B.; Latapi, P.; Hernández,
I.T.;Rodríguez, J.V. Sociología de una
Profesión: El caso de Enfermería.Ed. Nuevomar,
México, 1985.
- (26) Masotta, O. Principios de Psicoanálisis.
Ed. Guedisa, 1988.
- (27) Meichenbaum, D. Manual de Inoculación de
stress. Ed.Roca. México, 1988.pp. 15-18.
- (28) Rich,V.L.; Rich, A.R. "Personality hardiness
and burnout in female staff nurses" Image
Journal Nursing. Vol. 19, No. 2. Verano,
1987. pp. 63-66.
- (29) Salvage, J. "Desarrollo de la práctica de
la enfermería". Nursing (español). Vol. 8 No.
2. Feb. 1990. pp. 9-12.

- (30) Sinay, S. "Stress" Revista de Geografía Universal. Edición mexicana. Año 4, Vol. 8, No. 1, Julio, 1979. pp. 69-87.
- (31) Spielberger, Ch.D.; Díaz-Guerrero, R. Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado. Ed. El Manual Moderno, México, 1975.
- (32) Topf, M. "Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses". Research Nursing Health. Vol. 12, No. 3. Jun, 1989. pp. 179-186.
- (33) Vargas, A.M.; Navarrete, A.L. Prevención primaria del manejo inadecuado del stress al través de materiales televisados. Tesis, U.N.A.M., México, 1988.