

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS**



**ANSIEDAD ESTADO RASGO Y ESTRÉS EN TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

Tesis para obtener el grado de Maestra en Terapia Cognitivo Conductual
de Los Trastornos Psicológicos y Psiquiátricos

Presentado por:

Lic. Fiorella Sthefany Valladolid Marcos

Asesor:

Milagritos Barriga

Lima – Perú

2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN	6
1. CAPÍTULO I : Fundamentos teóricos de la investigación	9
1.1. Marco Histórico.....	9
1.2. Marco teórico	14
1.3. Investigaciones.....	33
1.4. Marco conceptual	62
2. Capítulo II : El Problema , Objetivos, Hipótesis y Variables.....	65
2.1. Planteamiento del Problema	
2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática.....	65
2.1.2. Antecedentes Teóricos	67
2.1.3. Definición del Problema.....	68
2.2. Finalidad y objetivos de la investigación	70
2.2.1. Finalidad.....	70
2.2.2. Objetivo general y específicos	70
2.2.3. Delimitación del estudio.....	71
2.2.4. Justificación e importancia del estudio.....	72
2.3. Hipótesis y variables	73
2.3.1. Supuestos teóricos	73
2.3.2. Hipótesis principal y específicas	74
2.3.3. Variables e indicadores.....	75
3. Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos	87
3.1. Población y muestra	87
3.2. Diseño a utilizar en el estudio	88
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	90
3.4. Procesamiento de datos	91
4. Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados	
4.1. Presentación de Resultados.....	82
4.2. Contrastación de Hipótesis.....	122
4.3. Discusión de Resultados.....	132
5. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....	149
5.1. Conclusiones	149
5.2. Recomendaciones	150

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
ANEXOS.....	158

RESUMEN

Se realiza el presente trabajo con el objetivo de determinar la relación entre la ansiedad estado rasgo y estrés en técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, para lo cual se realiza un estudio explicativo, correlacional que se realiza en una muestra representativa de 70 técnicos de enfermería a los cuales hace llenar dos instrumentos de recolección de datos, el STAI modificado y el test de Strees de Canoon.

Se encuentra como resultados que en relación entre el estrés en la dimensión fisiológica y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones. En cuanto al estrés en la dimensión psicológica y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que con la dimensión estado existe una relación significativa mientras que con la ansiedad rasgo no hay relación. No se pudo encontrar relación estadística entre el estrés en la dimensión voluntad y la ansiedad estado rasgo, ya que no existe significancia menor de 0.05 con ninguna de estas dos dimensiones. Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión psicosomática y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones. Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión relaciones interpersonales y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que con la dimensión estado existe una relación significativa mientras que con la ansiedad rasgo no hay relación.

En la relación entre el estrés en la dimensión empatía y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones ya que la significancia es mayor a 0.05. En la relación entre el estrés en la dimensión conflictos interpersonales y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que si existe relación con estas dos dimensiones debido a que la significancia es menor a los valores límites. En la determinación la relación entre el estrés en la dimensión trabajo en equipo y la ansiedad estado rasgo, no se pudo encontrar relación estadísticamente significativa con ninguna de estas dos dimensiones. En la relación entre el estrés en la dimensión personalidad y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones.

Finalmente al determinar la relación entre el estrés ponderado total y le ansiedad ponderada total, se pudo encontrar que si existe correlación estadísticamente significativa con estas dos dimensiones.

Palabras Clave: Ansiedad Estado Rasgo, Estrés.

ABSTRACT

The present work have and objective in order to determine the relationship between trait state anxiety and stress in nursing technicians at the José Casimiro Ulloa Emergency Hospital, for which an explanatory, correlational study is carried out in a representative sample of 70 nursing technicians who have two data collection instruments filled, the modified STAI and the Streess de Canoon test.

It is found as results that in relation between stress in the physiological dimension and trait state anxiety, it could be found that there is no relationship with either of these two dimensions. Regarding the stress in the psychological dimension and the trait state anxiety, it was found that with the state dimension there is a significant relationship while with trait anxiety there is no relationship. No statistical relationship could be found between stress in the will dimension and anxiety state trait, since there is no significance less than 0.05 with either of these two dimensions. When determining the relationship between stress in the psychosomatic dimension and trait state anxiety, it was found that there is no relationship with either of these two dimensions. When determining the relationship between stress in the interpersonal relationships dimension and the trait state anxiety, it was found that with the state dimension there is a significant relationship while with trait anxiety there is no relationship.

In the relationship between stress in the empathy dimension and the trait state anxiety, it was found that there is no relationship with either of these two dimensions since the significance is greater than 0.05. In the relationship between stress in the interpersonal conflicts dimension and the trait state anxiety, it was found that if there is a relationship with these two dimensions because the significance is less than the limit values. In determining the relationship between stress in the teamwork dimension and trait state anxiety, no statistically significant relationship could be found with either of these two dimensions. In the relationship between stress in the personality dimension and trait state anxiety, it was found that there is no relationship with either of these two dimensions.

Finally, when determining the relationship between total weighted stress and total weighted anxiety, it could be found that there is a statistically significant correlation with these two dimensions.

Keywords: Trait State Anxiety, Stress.

INTRODUCCIÓN

El estrés relacionado con el trabajo es un patrón de reacciones psicológicas, emocionales, cognitivas y conductuales ante ciertos aspectos extremadamente abrumantes o exigentes en el contenido, organización y ambiente de trabajo. Cuando las personas experimentan estrés laboral, a menudo se sienten tensas y angustiadas y sienten que no pueden hacer frente a las situaciones. Debido a la globalización y a los cambios en la naturaleza del trabajo, las personas en los países en desarrollo tienen que lidiar con un aumento en el estrés laboral, especialmente en labores que tienen que ver con la atención en salud. En los países industrializados las personas están más familiarizada con lo que es el estrés laboral y cómo manejarlo (p. ej. OMS, 2005; OMS, 2003), sin embargo, en los países en desarrollo, puede que este no sea el caso. Aunque en los países en desarrollo, han llevado a cabo investigaciones, particularmente en América Latina, no existen suficientes estudios a profundidad que analicen por completo tanto las diferencias culturales como conductuales, que varían de un país a otro. Junto a las dificultades existentes para controlar otros riesgos laborales mejor conocidos, existe poca conciencia sobre el estrés laboral y pocos recursos para combatirlo.

La OMS estima que a nivel mundial sólo entre el 5 y 10% de los trabajadores en los países en desarrollo y entre el 20 y 50% de los trabajadores en países industrializados (con pocas excepciones) tienen acceso a servicios de salud ocupacional adecuados (OMS, 2003). Los problemas relacionados con los aspectos psicosociales en el trabajo son atendidos en raras ocasiones aun cuando los servicios están disponibles.

Por otro lado, la ansiedad es un concepto difícil de definir sin confundirlo con otros términos como estrés o angustia (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). La característica principal de la ansiedad es su carácter anticipatorio, en la que puede señalar un peligro, teniendo una clara función activadora de la respuesta del individuo como mecanismo adaptativo de protección (Miguel-Tobal, 1996). Su exceso puede suponer manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como a nivel funcional (Vila, 1984) como en el área sexual (Del Río, Cabello, & Cabello, 2015; Del Río, Cabello-Santamaría, Cabello-García, & Aragón-Vela, 2017). Actualmente, es uno

de los problemas psicológicos con mayor prevalencia (Guillén Riquelme & Buela-Casal, 2011), siendo la causa del 26.1 % de las consultas formales de psiquiatría (Alonso et al., 2004).

Como hemos podido ver la ansiedad y el estrés son dos aspectos fundamentales que afectan la productividad de las personas que trabajan en general pero especialmente afecta al personal de salud que convive cotidianamente con la emergencia, urgencia y muerte, situación por la cual constantemente padece de ansiedad y tiene agentes estresores que la condicionan; el médico, las enfermeras y en especial la técnica de enfermería. Todos estos problemas referidos se incrementan cuando los centros de atención son de mayor complejidad como es el caso de los hospitales y mayor aun en el caso de un hospital de emergencias como es el Casimiro Ulloa, para la presente tesis estudiar a la técnica de enfermería en este hospital de emergencias y evaluar su nivel de estrés así como su nivel de ansiedad estado rasgo implica abordar dos aspectos fundamentales que pueden alterar la productividad y afectar indirectamente la calidad de atención de los pacientes que acuden en diferentes condiciones a este hospital.

La presente tesis se ha organizado en diferentes capítulos, el primero de ellos se llama: Fundamentos Teóricos de la Investigación el cual consta de Marco Histórico, Marco Histórico, Marco teórico, Investigaciones, Marco conceptual;

El segundo capítulo se llama: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variable el cual consta de Planteamiento del Problema: Descripción de la Realidad Problemática, Antecedentes Teórico, Definición del Problema; Finalidad y objetivos de la investigación: Finalidad, Objetivos de la investigación, Delimitación del estudio, Justificación e importancia del estudio; Hipótesis y variables: Supuestos teóricos, Hipótesis principal y específicas, Variables e indicadores.

El Capítulo III se llama: Método, Técnica e Instrumentos Metodología el cual consta de Población y muestra, Diseño a utilizar en el estudio, Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Procesamiento de datos.

El Capítulo IV se llama: Presentación y Análisis de los Resultados el cual consta de: Presentación de Resultados, Contrastación de Hipótesis, Discusión de Resultados.

El Capítulo V se llama: Conclusiones y Recomendaciones el cual consta de: Conclusiones y Recomendaciones; por último REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, ANEXOS

Capítulo I:

Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1- Marco Histórico

En el siglo XX, específicamente el año 1911, la literatura médica juega un papel importante mediante la utilización del término estrés de una forma figurada, en una conferencia de Walter B. Cannon que, años más tarde (1932) describe la “homeostasis”, es decir la capacidad de todo organismo de mantener un constante equilibrio interno.

A partir del año 1936, Selye (citado por Casado, 1994) se convierte en el autor protagonista de los siguientes estudios.

En 1976 el concepto estrés es primordial desde la Psicología y la Medicina.

Enfoque experimental motivacional. Se constituye un esfuerzo al realizar un estudio experimental a partir de diversas manifestaciones según la Teoría de Hull (1921, 1943, 1952) Citado por Casado (1994) y larga serie de autores han querido considerar la ansiedad como un drive motivacional, responsable de la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una estimulación.

Goldstein (1939) sostiene que “la ansiedad es una amenaza al **self**, al concepto de sí mismo; la ansiedad es un momento del proceso por el cual organismo y mundo son transformados continuamente”. Citado en (Domblás 2016, p 26)

En 1946 introduce el síndrome general de adaptación, “Sullivan (1953) Conceptualiza la ansiedad como “la percepción de una evaluación negativa por parte de personas significativas en nuestras vidas”. Citado en (Domblás 2016, p 27)

Basowitz, Persky, Korchin y Grinlcer (1955), Definen la ansiedad como “la experiencia consciente y relatable de miedo intenso junto con un presentimiento, siendo ésta una experiencia subjetiva y sin relación con una amenaza externa”. Citado en (Domblás 2016, p 27)

En 1956 desarrolla los conceptos eustrés (eustress) y distrés (distress), el primero se refiere al estrés bueno o que produce resultados positivos o constructivos y el segundo se refiere al estrés perturbador o “malo”.

Para Selye (1956, citado por Casado 1994), el término estrés (estrictamente médico y más adelante usado en la psicología) es la suma de cambios generales o inespecíficos que ocurren en el organismo ante determinadas condiciones estimulares o situacionales.

Enfoque de la Personalidad: Primeras Teorías Rasgo-Estado: La primera distinción sistemática para distinguir entre ansiedad rasgo y ansiedad estado lo realizaron Catell y Scheier (1958, 1961), Citado por Casado (1994), siendo un enfoque psicométrico factorial. En esta primera teoría rasgo- estado, se indica: “El rasgo de ansiedad como la disposición interna o la tendencia temperamental que tiene un individuo a reaccionar de forma ansiosa, independientemente de la situación en que se encuentre” en Casado (1994).

La **ansiedad rasgo** está basada en individualismos estables en propensión a la ansiedad, por lo que la ansiedad sería un factor de la personalidad. Ante la ansiedad rasgo, Cattell (1958) indica que es una condición o estado emocional transitorio que va y viene con el tiempo. En la **ansiedad estado** los cambios fisiológicos son los siguientes: el aumento de la presión sistólica, del ritmo cardiaco, del ritmo respiratorio y el descenso del Ph salivar. Para Cattell, estos cambios distinguen el estado de ansiedad de otros patrones de respuesta asociados al esfuerzo y al miedo. En esta primera distinción ambos sujetos tienen un rasgo propio de ansiedad que, según las situaciones (variables situacionales) y el organismo (variables organismicas), fluctúan como estado. En cualquiera de los dos casos, los denomina “rasgos dinámicos”. Esta primera

enunciación repercutió en la Teoría Rasgo-Estado de Spielberger, Citado por Casado (1994) quien ha desarrollado una de las teorías de mayor difusión en el campo de la ansiedad.

Desde la década de los '60, su estudio se caracteriza por una serie de cambios que revolucionarán el concepto de ansiedad: aportes desde el enfoque de la personalidad, y la relevancia dada a las variables cognitivas.

Teoría Rasgo-Estado de Spielberger. La fisiología responde en reacción ante los estímulos estresores, el cual conllevan a reacciones fisiológicas que activan el eje hipofisopararrenal y del sistema nervioso vegetativo. Para ese entonces la ansiedad era solo un rasgo de la personalidad, o disposición interna del organismo en reacción de forma ansiosa ante cualquier situación del sujeto. Esto deriva a una distinción conceptual y operativa entre rasgos de ansiedad y estado de ansiedad, asimismo ante la diferenciación del estado de ansiedad.

Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger (1966) Citado por Casado (1994), de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación.

Epstein (1967), Citado por Casado (1994) indica que “la ansiedad es un estado de impulso emocional que aparece tras la percepción de un peligro, como una situación de miedo sin resolver o como un estado de arousal no dirigido a la percepción de amenaza”

Línea cognitiva conductual:

“Esta línea está centrada en determinar las relaciones específicas existentes que desencadenan respuestas de ansiedad, tales respuestas y su mantenimiento, es decir, las teorías se han desarrollado desde el campo conductual”. Endler y Hunt (citado por De Ansorena, et al 1983) proponen su modelo de ansiedad de interacción persona por situación. A tal fin, Endler, Hunt y Rosenstein (citado por De Ansorena, et al 1983) construyeron el S-R I A (Inventario de Ansiedad Estímulo Respuesta), cuestionario que pretende medir

el rasgo- multidimensional- ansiedad integrada por tres componentes:

1. Ansiedad interpersonal
2. Ansiedad ante el peligro físico
3. Ansiedad en situaciones ambiguas

Spielberger (citado por Casado, 1994). Sostiene que “El estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo”.

Spielberger (citado por Casado, 1994) resume su teoría en seis puntos:

- a) Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán un estado de ansiedad.
- b) La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo.
- c) La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.
- d) Los individuos con altos rasgo de ansiedad percibirán las situaciones que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima comparados con personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad.
- e) Alto nivel de ansiedad pueden demostrarse en conductas, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas.
- f) Las situaciones estresantes frecuentes pueden causar el desarrollo de mecanismos de defensa psicológicos que minimicen los estados de ansiedad.

Las principales aportaciones de las Teoría Rasgo-Estado de Spielberger:

- Clarifica y profundiza en la distinción entre rasgo y estado de ansiedad, aportando una definición más precisa y operativa de ambos conceptos.
- El desarrollo de un instrumento de evaluación, el STA.I, cuya utilidad es respaldada en gran número de investigaciones, tanto básicas como aplicadas.
- La valoración cognitiva juega un papel importante en la evocación de un

estado de ansiedad y, junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad.

Línea psicométrico factorial. Debemos a Raimond Cattell el primer intento sistemático de medir e identificar el constructor de ansiedad. El procedimiento multifactorial utilizado por este autor se encuentra ampliamente expuesto en muchos de sus trabajos. En su obra, destaca la existencia de dos factores relativos a la ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado se encuentra caracterizado por la aparición de una serie de respuestas altamente correlacionadas definen los autores anteriormente citados han denominado la ansiedad

Estrés

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia que puede representar el estrés en esta alteración cardiovascular y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad (OMS, 1974).

La importancia del estudio de las variables psicosociales dentro de la hipertensión arterial puede estudiarse al menos desde tres perspectivas diferentes: como factores importantes en el origen de las enfermedades tales como la hipertensión arterial la diabetes o el cáncer entre otras, como elementos que influyen en el manejo y control de enfermedades y como factores que afectan la calidad de vida de los sujetos enfermos y de su medio social. (Fontana, 1989)

Elementos relacionados entre sí, que constituyen hábitos de conducta relacionados con los procesos psicológicos:

Cognoscitivo: Fundamentadas en el aprendizaje social y el medio cultural creencias de salud y enfermedad, conocimientos sobre la enfermedad, percepción, actitud ante la vida, uso del cuerpo y el sentido de autoeficacia personal.

Afectivos: emociones o ánimos basada en la percepción sobre la realidad de cada uno, se relacionan más con ansiedad o estrés psicológico crónico aun leve que puede aumentar la tensión y afectar la autorregulación del sistema cardiovascular.

Conductuales: Trata sobre las cogniciones, emociones y el medio social y cultural, los cuales llevan a conductas de cuidado a la salud o riesgos. Estas conductas pueden ser fumar, beber alcohol, consumir alimentos pocos saludables, llevar una vida sedentaria etc.

Los factores psicológicos relacionados con el estrés es la conducta, los factores de riesgo coronario son el estrés psicosocial, la conducta tipo A, el complejo ira-hostilidad-agresión y el tipo de reacción interpersonal al estrés. Estos pueden ejercer efecto tóxico aparte de otros factores como el tabaquismo o el colesterol malo (Sandin, 1995).

1.2. Marco teórico

1.2.1. Ansiedad

La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la OMS. La ansiedad es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Este tipo de reacciones, se producen ante diversas situaciones como por ejemplo: carga de trabajo se producen ante los exámenes, al hablar en público, al sentirse evaluados, en situaciones sociales, o ante cualquier situación que nos resulte amenazante. El estrés es una reacción de alerta y activación ante cualquier situación a la que no podríamos atender si no incrementásemos nuestra actividad cognitiva, fisiológica y conductual. Las reacciones de estrés suelen englobar distintas respuestas emocionales, especialmente de ansiedad. El estrés es una reacción de alerta y activación ante cualquier situación a la que no podríamos atender si no incrementásemos nuestra actividad cognitiva, fisiológica y conductual. Las reacciones de estrés suelen englobar distintas respuestas emocionales, especialmente de ansiedad. Aunque la ansiedad y el estrés implican reacciones adaptativas a las demandas del medio, nuestra mente y nuestro

cuerpo no pueden permanecer activados indefinidamente. Si el estado de activación por ansiedad y estrés es muy intenso y, sobre todo, si se prolonga en exceso, se producen consecuencias negativas a tres niveles: disminución del rendimiento, problemas de salud física y problemas de salud mental. (OMS, 2009)

La teoría rasgo – estado.

Las teorías de rasgo-estado son aquellas que entienden la ansiedad como una: “Característica de la personalidad, considerándola como un rasgo de personalidad (tendencia individual a reaccionar ansiosamente) o como un estado (estado emocional transitorio fluctuante en el tiempo)” (Palafox, 1998). Spielberger desarrolla la idea de que una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operacionalmente entre ansiedad como estado transitorio y como rasgo de personalidad relativamente estable. Spielberger, (1966) conceptualiza el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo caracterizada por ser subjetiva, por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1966). El rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad, es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes, y la tendencia a responder ante tales amenazas con reacciones de estados de ansiedad.

La ansiedad como anticipo al riesgo. En el polo de la ansiedad, como otra forma de aparición del sufrimiento en relación con las condiciones de trabajo, se podría decir que, a diferencia de la insatisfacción, la ansiedad se genera como una suerte de a priori frente al desempeño efectivo de la tarea asignada al psiquismo. La ansiedad es la incapacidad, colectiva, de controlar el riesgo posible de toda situación laboral (Dejours, 1992a, p.77).

El miedo condicionado: ansiedad

Un estímulo neutro (EN) es aquél ante el cual no detectamos ninguna

respuesta. Ahora bien, si un estímulo neutro (como puede ser un color, un sonido, una textura o un objeto) es repetidamente asociado a uno doloroso o molesto, será capaz de inducir la misma respuesta que el estímulo de dolor. Se ha producido, por tanto, un condicionamiento simple por asociación. El estímulo que era neutro ahora produce temor (como ocurre en el caso del castigo) y ha pasado a ser un estímulo condicionado (EC). El miedo condicionado puede ser adaptativo.

El mantenimiento de las respuestas de ansiedad: consolidando la memoria del miedo.

Los acontecimientos que producen miedo son recordados con mayor intensidad que aquellos emocionalmente neutros. La consolidación de la memoria, para este tipo de situaciones, es más potente y estable que para cualquier otro tipo de sucesos (McGaugh, 2000). En estudios preclínicos se ha constatado que la administración de activadores como la noradrenalina, adrenalina o cortisol durante la fase de adquisición de la memoria aumenta su consolidación y recuperación (Roозendal, 2000; McGaugh & Roозendal, 2002). De este modo, la «memorización» del condicionamiento del miedo (ansiedad) aumenta, sobre otros procesos, debido a su propia naturaleza: la liberación de adrenalina, noradrenalina y glucocorticoides durante las experiencias de temor.

Las vías del miedo y la ansiedad en el cerebro

En primera instancia, son los receptores sensoriales los que detectan la situación de riesgo. Los estímulos auditivos, visuales y somato sensoriales son «conducidos», directamente o a través de una conexión sináptica, al tálamo dorsal que actúa como una primera estación retransmisora de información relevante de peligro. Posteriormente, la información es remitida a las áreas de recepción primaria de la corteza cerebral y de allí a las áreas de asociación visual, auditiva y somato sensorial. Desde las áreas de asociación cortical, las aferencias más relevantes son hacia la amígdala. Existe también una vía «corta» que conecta, entre otros, los estímulos olfatorios directamente con la corteza entorrinal y sobre todo con la amígdala, estructura que, como veremos,

es clave en el proceso de recepción de estímulos de peligro y emisión de conductas de huida. También, los estímulos viscerales acceden directamente a la amígdala a la vez que al locus ceruleus. El locus ceruleus recibe, a su vez, aferencias desde la amígdala y el hipotálamo. Es el núcleo «encrucijada» de los sistemas noradrenérgicos del cerebro.

Desde la amígdala y el locus ceruleus se proyectan, por una parte, conexiones con el hipotálamo que, a su vez, será el responsable de estimular los sistemas simpático y parasimpático. Éstos producen toda la sintomatología visceral relacionada con la respuesta de miedo/ansiedad: aumento de presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, pilo- erección y dilatación pupilar (simpática), así como polaquiuria y aumento de la motilidad intestinal (vago).

La primera respuesta adaptativa a la situación de amenaza estaría mediada por la vía corta mencionada, mientras que la vía larga (que pasa por la «estación retransmisora» que es el hipotálamo y las áreas corticales de asociación) tendría un papel más relevante sobre el mantenimiento de estas conductas adaptativas (viscerales y motoras).

Desde la propia amígdala, las proyecciones hacia el estriado y la corteza pre frontal serán las encargadas de integrar y efectuar las respuestas motoras de huida. Éstas son dos áreas intensamente inervadas desde la amígdala, lo cual sugiere que esta estructura puede regular también la respuesta motora, esencial en una situación de amenaza.

La primera evidencia de la importancia de esta estructura cerebral, en el reconocimiento de la amenaza y la consiguiente provocación de miedo, fue el caso de una mujer con una destrucción bilateral de las amígdalas. La paciente sufría la enfermedad de Urbach Wiethe y era incapaz de distinguir las expresiones de miedo y disgusto en las fotografías que se le mostraban. Posteriormente se ha confirmado esta característica en pacientes afectados de esta enfermedad confirmando la ausencia de amígdalas por neuroimagen (Siebert y cols., 2003). La ablación quirúrgica en animales de experimentación también corrobora la importancia de esta estructura. Es legendario el síndrome de Klüber-Bucy en primates en los que los autores (Heinrich Klüver y Paul

Bucy) extirparon ambos lóbulos temporales. Además de mostrar una hipersexualidad notable, los primates no mostraban temor ante estímulos habitualmente amenazantes para su especie. Incluso después de ser atacados por una serpiente seguían acercándose a ella con curiosidad e intentaban reiteradamente examinarla.

Por otra parte, ha sido reportado un incremento de las conductas de temor, a la vez que agresiones violentas, en gatos a los que se había estimulado eléctricamente la amígdala. Es posible que las amígdalas de ambos lóbulos temporales jueguen un papel distinto aunque igualmente esencial. Lanteaume y colaboradores (2007) estudiaron un grupo de pacientes candidatos a neurocirugía funcional por su refractariedad terapéutica. Previamente a su implantación, utilizaron los electrodos para estimular separadamente ambas amígdalas. La activación de la amígdala derecha producía emociones negativas de miedo y efectos vegetativos de ansiedad, mientras que el mismo proceso en la izquierda inducía sensaciones placenteras. Estos resultados introducen la posibilidad de una asimetría funcional en el notable papel de la amígdala en el procesamiento de las emociones.

Las modernas técnicas de neuroimagen funcional permiten estudiar la actividad in vivo del cerebro. La resolución de dichas pruebas permite una aproximación que sugiere la posibilidad de diseñar, en un futuro cercano, nuevas vías terapéuticas a través de un mejor conocimiento de las vías neurales implicadas en la patogenia de la ansiedad.

Se han descrito algunas similitudes en la ansiedad que presentan pacientes con diagnósticos aparentemente dispares. En sujetos con fobia social se constató que al exponerlos a hablar en público presentaban un aumento de la actividad en la amígdala y una disminución en la corteza orbitofrontal e ínsula en relación a sujetos sanos (Tillfors y cols., 2002). Se han encontrado resultados parecidos en la patología de pánico y en la fobia simple. Más significativos, si cabe, son los resultados publicados por Shin y colaboradores (2005) en un estudio caso-control con pacientes afectados de TEPT y sujetos sanos. Encontraron resultados parecidos, aunque con mayor grado de

significación. Las técnicas de neuroimagen funcional insinúan claramente un mecanismo similar subyacente en los pacientes que sufren ansiedad: una respuesta amigdalina/límbica hiperactiva frente a estímulos estresantes, mal modulada o compensada por una actividad cortical deficiente.

En relación al relevante papel de la amígdala (tanto en la identificación de estímulos amenazantes, como en la producción de respuestas relacionadas con el miedo y la ansiedad) la neuroimagen también nos ha facilitado interesantes aportaciones.

Las bases bioquímicas del miedo y la ansiedad

Así pues, la presencia de activadores, como la noradrenalina, juega un rol decisivo en la consolidación de la memoria y pueden suponer la consolidación del condicionamiento del miedo. Obviamente, en una situación de temor, la presencia de sustancias activadoras está garantizada, constituyendo en sí una situación de «círculo vicioso» que impide, con frecuencia, la extinción espontánea de la ansiedad. Cuando un animal, convenientemente monitorizado pero con libertad de movimientos, se enfrenta a una situación de miedo, la actividad del locus ceruleus se multiplica por dos o por tres. Sin embargo, enfrentarlo a una situación nueva no aumenta la actividad de este núcleo (ver revisión de Charney y Drevets en *Neuropsychopharmacology: The fifth Generation of Progress*, 2002, páginas 301-30). Del mismo modo, la exposición a miedo condicionado o maniobras que causen inquietud en animales de experimentación inducen un aumento de actividad del locus ceruleus (Bremner y cols., 1996). El locus ceruleus es la encrucijada más importante de las vías noradrenérgicas en el cerebro, por lo que todas estas situaciones comportan siempre un incremento en la liberación de noradrenalina. Del mismo modo, la estimulación eléctrica de este núcleo induce, asimismo, un aumento en la actividad noradrenérgica. No es necesario que un sujeto se exponga a situaciones fácilmente relacionables con el condicionamiento del miedo, como lo son las catástrofes, accidentes o situaciones que implican un alto grado de violencia. La exposición repetida a situaciones generadoras de ansiedad leve también puede implicar condicionamiento del miedo. Este proceso se denomina sensibilización y

dependerá de la reactividad individual al aumento de liberación de noradrenalina, adrenalina y glucocorticoides durante la exposición a las citadas situaciones (Charney & Drevets, 2002). En determinados momentos, el sujeto expuesto a situaciones de temor, no sólo no efectuará una respuesta de huida desde el punto de vista motor, sino una inhibición conductual reactiva. Es lo que se denomina indefensión aprendida y podría estar relacionada con un agotamiento o insuficiencia del sistema noradrenérgico durante la exposición repetida a situaciones estresantes o amenazantes. Es lo que en términos populares se denominaría «quedarse paralizado de miedo». La calidad nutricional, otro aspecto, se refiere a la aptitud de los alimentos para satisfacer las necesidades del organismo en términos de energía y nutrientes. Las “enfermedades de la civilización” (cáncer, obesidad, enfermedades cardiovasculares, etc.) han aumentado la sensibilidad del consumidor en este sentido, a través de la relación entre salud y nutrición. La calidad sensorial traduce las características organolépticas (apariencia, olor, textura, sabor) y la satisfacción en el acto de alimentarse ligada a las tradiciones socio-culturales, a la educación, a la necesidad de convivencia, etc.

Ansiedad estado rasgo

Spielberger (1966, 1972, 1989) considera que para definir la ansiedad de forma adecuada hay que tener en cuenta la diferenciación entre la ansiedad como estado emocional y la ansiedad como rasgo de personalidad, y por ello propuso la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell y Scheier, 1961). La ansiedad-estado, según Spielberger (1972), es un “estado emocional” inmediato, modificable en el tiempo, caracterizado por una combinación única de sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, pensamientos molestos y preocupaciones, junto a cambios fisiológicos. Por su parte, la ansiedad-rasgo hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables, siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo. Contrariamente a la ansiedad estado, la ansiedad-rasgo no se manifiesta directamente en la conducta y debe ser inferida por la frecuencia con la que un individuo experimenta aumentos en su estado de ansiedad. En este sentido, los sujetos con alto grado de ansiedad-rasgo perciben un mayor rango de situaciones como amenazantes y están más predispuestos a sufrir ansiedad-estado de

forma más frecuente o con mayor intensidad. Los niveles altos de ansiedad-estado son apreciados como intensamente molestos; por tanto, si una persona no puede evitar el estrés que se los causa, pondrá en marcha las habilidades de afrontamiento necesarias para enfrentarse a la situación amenazante. Si la persona se ve inundada por la ansiedad-estado puede iniciar un proceso defensivo para reducir el estado emocional irritante. Los mecanismos de defensa influyen en el proceso psicofisiológico de tal manera, que se modifica o distorsiona la percepción o valoración de la situación. De esta forma y en la medida en que los mecanismos de defensa tengan éxito, las circunstancias se verán como menos amenazantes y se producirá una reducción del estado de ansiedad. Asimismo, y de forma general, los sujetos con altos valores de ansiedad rasgo perciben las situaciones y contextos evaluativos como más amenazantes que aquellos otros que presentan menores niveles de ansiedad-rasgo (Pons, 1994; Wadey y Hanton, 2008; Mellalieu y Hanton, 2009; Mellalieu, Neil, Hanton y Fletcher, 2009). La interacción entre ambos tipos de ansiedad explica por qué la ansiedad-estado puede variar, tanto entre individuos (la característica de ansiedad puede ser diferente ante la misma situación), como individualmente (la misma persona experimenta ansiedad en una situación, pero no en otra). En cuanto a la ansiedad-rasgo, habría que suponer que individualmente varía poco, y, debido a su influencia, las diferencias de ansiedad-estado entre individuos deberían mantenerse ampliamente estables (consistencia relativa). Finalmente, Hackfort y Spielberger (1989) postulan que, en caso de ansiedad-rasgo elevada, se produce un más rápido aumento de la ansiedad-estado.

La ansiedad puede mediar en determinados procesos cognitivos que intervienen en la ejecución creativa. Se sabe que afecta a la atención, la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo (Fales et al., 2008; Tohill y Holyoak, 2000), incluso, correlaciona de manera negativa con la creatividad verbal y gráfica (Garaigordobil y Pérez, 2002). De hecho, algunas investigaciones señalan que la ansiedad influye en el pensamiento de las personas creativas haciéndolo menos eficiente. En consecuencia, la amplitud atencional de las personas creativas suele disminuir tanto a nivel perceptual, porque no pueden seleccionar una gran cantidad de estímulos y su búsqueda

cognitiva está dirigida más bien por claves periféricas (Ansburg y Hill, 2003) como a nivel conceptual, ya que tienen dificultades en la producción de conexiones distintas (Mumford y Gustafson, 1988). Además, la ansiedad causa déficits en la memoria de trabajo de los sujetos creativos (Richards, French, Keogh, y Carter, 2000) porque en vez de utilizarla para combinar múltiples ideas y crear imágenes mentales, se ocupan de pensamientos recurrentes sobre la propia situación que genera ansiedad (Scott, Lonergan, y Mumford, 2005). Y lo mismo sucede con la memoria a largo plazo, la cual también se ve afectada por la ansiedad haciendo que las personas creativas tiendan a recordar la información congruente con su vivencia emocional (Eysenck y Mathews, 1987) sin dejar espacio para hacer asociaciones nuevas o, si las hacen, acceder a las mismas (Heilman, Nadeau, y Beversdorf, 2003).

La literatura teórica de la ansiedad consiste principalmente en diferentes teorías relacionadas con el estudio y la consecuencia de la ansiedad. Todos los siguientes son autores de teorías que pertenecen a la ansiedad: Darwin, Freud, Yerkes-Dodson, Atkinson, Sartre, Heidegger, Jaspers y Kierkegaard (Seiber, 1977). Los existencialistas, incluidos Sartre, Kierkegaard, Heidegger y Jaspers, ven los dilemas morales y religiosos como fuentes de ansiedad (Seiber, 1977).

Algunos de los primeros contribuyentes al conocimiento de la ciencia en la actualidad fueron Darwin y Freud. Su funcionamiento y conocimiento de lo que se conoce hoy como ansiedad se deben principalmente a los hallazgos de hombres tales como: Spence, Taylor, Hull, Sarason y Spielberger, ya que estos hombres y sus asociados cambiaron el concepto de ansiedad en una forma útil y mensurable de psicología (Sieber, 1977).

Spielberger (1972) indica que la Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado proporciona un marco, y además señala posibles interrelaciones entre variables. La teoría también explica la diferencia entre A-Trait (rasgo de ansiedad) y A-State (estado de ansiedad). A-Trait (rasgo de ansiedad) se refiere principalmente a la propensión de un individuo a tener ansiedad o predisponer a alguien a experimentar niveles crecientes de ansiedad.

Los niveles más bajos de A-Trait indican que un individuo sería menos propenso a experimentar ansiedad o estar menos inclinado a percibirlo. Las reacciones de A-State son la interpretación de un estímulo por parte de la mente y el cuerpo como una reacción de tipo ansioso. Un nivel alto de estado A indicaría una amenaza interpretada inmediata y un nivel de ansiedad elevado. Junto con la diferenciación de los Estados A y los A-Traits, se hizo evidente la integración de estímulos internos y externos.

Estas sensaciones de un estímulo interno evocan a un individuo a tener pensamientos o sentimientos de aprensión y miedo. Esto puede correlacionarse directamente con el aumento de los niveles de A-State. Un ejemplo de un estímulo interno sería una situación en la que un individuo piensa o cree que se siente amenazado o preocupado por los pensamientos.

Los estímulos externos son fuentes externas al cuerpo que ayudan al desarrollo inicial de una reacción de tipo ansiedad. Tales estímulos podrían desencadenar una reacción de tipo de ansiedad que se percibe como una amenaza para el bienestar de un individuo. Las postulaciones principales de la Teoría de Ansiedad Rasgo-Estado son las siguientes:

1) En situaciones apreciadas por un individuo como amenazadoras, se evocará una reacción de Estado A. A través de los mecanismos de retroalimentación sensorial y cognitiva, los altos niveles de A-State se experimentarán como desagradables. 2) La intensidad de una reacción de Estado A será proporcional a la cantidad de amenaza que la situación representa para el individuo. 3) La duración de una reacción de Estado A dependerá de la persistencia de la interpretación del individuo como amenazante. 4) Las personas de alto rasgo percibirán las situaciones o circunstancias que implican fracaso o amenazas a la autoestima como más amenazantes que las personas con bajo índice de A-Rasgo. 5) Las elevaciones en A-State tienen propiedades de estímulo e impulso que pueden expresarse directamente en el comportamiento, o que pueden servir para iniciar defensas psicológicas que han sido efectivas para reducir los Estados A en el pasado. 6) Las situaciones estresantes que se encuentran con frecuencia pueden hacer que un individuo desarrolle

respuestas de afrontamiento específicas o mecanismos de defensa psicológica diseñados para reducir o minimizar el Estado A (Spielberger, 1972, p.44).

Varios estudios (Burnstein 1998, Hogan, 2004, Kimberly Hye-Kyung, 1997; Kleehammer, Hart y Keck, 1990;) indicaron que el entorno clínico era una de las fuentes de ansiedad creciente. Kleehammer, Hart y Keck (1990) creían que los estudiantes de enfermería tienen una gran ansiedad de estado, especialmente durante las experiencias clínicas iniciales, debido al temor a cometer errores. Hogan (2004) indicó que los estudiantes de anestesia tienen una cantidad considerable de ansiedad cuando consideran su experiencia de quirófano.

Hogan (2004) indicó que los estudiantes de anestesia tienen una cantidad considerable de ansiedad cuando consideran su experiencia en la sala de operaciones.

Hye-Kyung (1997) concluyó que tener dudas sobre sus propias habilidades en un entorno clínico era una de las causas del aumento de los niveles de ansiedad en los estudiantes de enfermería.

Burnstein (1998) indicó que la mayoría de los instructores en enfermería están de acuerdo en que una fuente importante de ansiedad es el entorno clínico, indicando que aunque los niveles leves de ansiedad pueden ser beneficiosos, los niveles severos pueden ser debilitantes.

Burnstein (1998) también sugirió que los educadores estén al tanto de las fuentes de ansiedad y ayuden al alumno a aliviar o disminuir estas fuentes para evitar discapacidades graves.

Sintomatología de la ansiedad estado – rasgo

Según Spielberger los síntomas de la ansiedad estado rasgo son:

- Sentimientos de tensión
- Aprensión Nerviosismo,
- Pensamientos molestos Preocupaciones Cambios fisiológicos.

- Factores externos como: la sociedad, el trabajo, casa.

1.2.2. Estrés

La definición del estrés que propone la psicología es: el estrés es la respuesta del sistema nervioso a un acontecimiento o a una situación que se percibe como una amenaza. Esta respuesta se conoce informalmente como mecanismo de lucha o huida, ya que las hormonas que el organismo secreta al sentir miedo (como la adrenalina) proporciona al cuerpo la potencia física para enfrentarse al peligro o huir de él. (Ortega, 1999)

De otro modo, se le define el estrés como una sensación de tensión, tanto física como emocional, que puede ocurrir en situaciones específicas difíciles o inmanejables; por lo tanto, las personas perciben a diferentes situaciones como estresantes. El estrés físico se refiere a la reacción fisiológica del cuerpo a diferentes elementos desencadenantes, como el dolor que se siente después de una cirugía. Este tipo de estrés a menudo lleva al estrés emocional y, a su vez el estrés emocional se experimenta frecuentemente como un malestar físico (ejemplo, cólicos estomacales). Podemos llegar a concluir que el estrés es un conjunto de situaciones que pueden resultar amenazantes para el organismo y que la persona tiene que enfrentar.

A lo largo del tiempo han surgido nuevas definiciones, entre ellas:

Respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas.

Respuestas del organismo ante cualquier evento, en el que las demandas ambientales, internas o ambas, «agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social u orgánico del individuo. Condición que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos, psicosociales y sociales» (Marín 1995).

Sandi, Venero, Cordero, (2000) considera que el estrés como síndrome o

conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. Refiere además que es un fenómeno que se presenta cuando las demandas de la vida se perciben demasiado difíciles, la persona se siente ansiosa, tensa y percibe con mayor rapidez los latidos del corazón. Selye consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos resultantes de un prolongado estrés. Así mismo que las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés.

Fontana (1989) afirma que el estrés va más allá de los niveles óptimos que puede manejar el ser humano, pues agota la energía psicológica, deteriora su desempeño, deja un sentimiento de inactividad y objetivos inalcanzables.

De igual modo popularizó el síndrome de adaptación general (G.A.S. General Adaptación Síndrome) como modelo de reacción ante los estresores. Asimismo, dicho autor, hace la distinción entre los términos “estrés” y “distrés”, el primero referido más a presión, énfasis. Esto significa que el estrés, y las experiencias que representa, no pueden verse ni como bueno ni malo en sí mismo. Antes de juzgarlo debemos tener en cuenta el contexto en que ocurre. En cambio “distres” es un estrés malo o perturbador; es una situación generalmente crónica caracterizada por numerosas alteraciones emocionales como ansiedad, fobias, agotamiento, problemas de relación social, etc. o, por desencadenamiento de enfermedades psicosomáticas como hipertensión arterial, problemas cardíacos, úlceras, soriasis, etc.

Para efecto del estudio se consideró pertinente utilizar la definición de estrés de Melgosa (1995), por ser el autor del instrumento utilizado en nuestra investigación, quien lo define como “la reacción que tiene el organismo ante cualquier demanda, de fuerte tensión fisiológica o psicológica” Melgosa (1995, pág. 21), Manifiesta que no es ansiedad, ni miedo y que no es la causa directa de las enfermedades aunque con frecuencia contribuye a su desarrollo. Además, menciona que, en el español, “estrés”, se utiliza en forma similar al

término inglés, pero se le ha quitado el matiz positivo.

El estrés según este autor tiene dos componentes básicos: Los agentes estresantes o estresores, que son las circunstancias del entorno que lo producen; y las respuestas del estrés que son las reacciones del individuo ante los mencionados agentes.

La Psicología de la Salud los enfoca distintivamente: las personas no podrían realizar actividades sin estrés, siendo necesario dirigirse al tipo de repuesta emitida frente a este. Este estudio toma la teoría de ansiedad rasgo-estado planteando que las respuestas de las personas a estresores son individuales, entonces debe proporcionárseles estrategias y herramientas para emitir respuestas más adaptativas mediante técnicas de relajación y visualización que han demostrado efectividad y eficacia. (Gallegos, 2003).

Enfoques psicológicos y psicosociales: Estrés como un fenómeno externo, focalizado en el estímulo.

Enfoque "cognitivo": Factores psicológicos o subjetivos que median entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas. Estrés focalizado en la interacción.

La teoría de Selye ofrece una definición operativa del estrés basada en la acción de dos tipos de fenómenos objetivables:

Estresor: Cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés (físico, psicológico, cognitivo o emocional).

La respuesta de estrés: Constituida por un triple mecanismo denominado síndrome general de adaptación (SGA). Síndrome estereotipado caracterizado por: Hipertrofia suprarrenal, Atrofia del timo y ganglios linfáticos, Signos de úlcera péptica junto a otros cambios.

Síntomas generales del estrés

El efecto que tiene la respuesta estrés en el organismo es profundo: Fontana, I. (1989).

- Predominio del sistema nervioso simpático (vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, taquipnea, ralentización de la motilidad intestinal)
- Liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), de cortisol y encefalina
- Aumento en sangre de la cantidad circulante de glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunológicos.

Todos estos mecanismos están pensados para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo, no para que se los mantenga indefinidamente, tal como suele pasar.

A medio plazo, este estado de alerta sostenido desgasta las reservas del organismo y puede producir diversas patologías (trombosis, ansiedad, depresión, inmunodeficiencia, dolores musculares, insomnio, trastornos de atención, diabetes)

El estrés se encuentra en la cabeza, ya que es el cerebro el responsable de reconocer y responder de distintas formas a los estresores. Cada vez son más numerosos los estudios que corroboran el papel que juega el estrés en el aprendizaje, la memoria y la toma de decisiones.

En la descripción del estrés se identifican por lo menos las siguientes tres fases: Aricapa, Cardona, & Pineda, (1991).

Reacción de alarma: En esta fase todas las facultades del organismo se encuentran en un estado de movilización general, amenazada por las circunstancias; se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas, especialmente en el hipotálamo, la hipófisis y por las glándulas suprarrenales. El cerebro, al detectar la amenaza o el riesgo, estimula al hipotálamo, quien produce «factores liberadores» que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros corporales. Una de estas sustancias es la Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH), que funciona como un mensajero

fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal; ésta, bajo el influjo de tal mensaje, produce la cortisona u otras hormonas denominadas corticoides. A su vez, otro mensaje que viaja por la vía nerviosa, desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, activa la secreción de adrenalina.

Estadio de resistencia: Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos, químicos, biológicos o sociales, el organismo prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva, pero puede presentarse una disminución en sus capacidades de respuesta, debido a la fatiga que se produce en las glándulas implicadas en la generación y desarrollo del estrés. Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo.

Fase de agotamiento: La disminución progresiva del organismo, frente a una situación de estrés prolongado, conduce a un estado de gran deterioro, con pérdida importante de las capacidades fisiológicas; con ello sobreviene la fase de agotamiento, en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas, pues se reducen al máximo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio.

En síntesis, en situaciones en que se involucra un comportamiento emocional, la función hipotalámica aparece como integradora de las expresiones autónomas y endocrinas: Produce mayor actividad simpática (hipotálamo posterior), liberando cantidades de adrenalina y noradrenalina, que actúan sobre los receptores alfa y beta en las vísceras.

Ello producirá un aumento en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial; se producirá una redistribución de la sangre, vasoconstricción, incremento del metabolismo basal y se estimularán las médulas suprarrenales (ACTH mediante acción del eje hipotálamo - hipofisiario, para estimulación cortical).

Descripción y evaluación de hallazgos de laboratorio bioquímico

Los estudios de laboratorio de análisis clínicos son interpretados según las

concepciones que imperen en las distintas especialidades en que se ha fragmentado la práctica médica. En general, en muchos estudios que son útiles en la evaluación del estrés, los valores que se indican como normales en los informes de laboratorio estandarizados tienen una gran dispersión entre valores máximos y mínimos, de manera que solo pueden estar por encima o por debajo de esas cifras un número limitado de enfermedades completamente instaladas. No es fácil proponer un cambio de paradigmas que analice los valores de laboratorio en el contexto de la observación integral de la totalidad de la persona, su edad, sexo, estrato sociocultural, alimentación, tipo de trabajo y sus síntomas clínicos. El clínico, considerando como práctica clínica la de cualquier médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, etc. que sea consultado por una persona que sufre cualquier tipo de dolencia sea real o imaginaria, debe considerar los valores del laboratorio en el contexto de esa persona que sufre. Y en tal caso se encontrará con muchos “grises”, con situaciones que no son “blanco o negro” y que pueden ser interpretadas como indicadores de que se va en camino a algún trastorno o enfermedad. Ese es el sentido de la prevención en salud y esa es la idea que intentamos transmitir en este texto, revisando los exámenes que consideramos más importantes en relación al estrés.

Cortisol en plasma medido a las 08,00 h y 16 h

Está bastante difundido el concepto de que el cortisol es “la hormona del estrés”. Una forma de banalizar aún más todo lo referido al estrés, puesto que esa generalización tiende a quitar importancia real a su correcta valoración. Los valores considerados normales que informan los laboratorios bioquímicos utilizando diversos métodos tienen como remarcué, una dispersión muy grande que los llegan a fijar entre valores de mínimo y máximo de 2,5 y 19 o de 5/20 y hasta 25 ug/dl, considerando que deben valorarse determinaciones matutinas a las 08,00 h y vespertina a las 16 h, que arroja valores aproximadamente de la mitad de la matutina. Esos valores deben ser eventualmente menores por la noche. Por ser la más difundida y a modo de ejemplo tomamos los valores de 5/20 ug/dl.

En Medicina del Estrés debemos observar las variaciones de las cifras de cortisol desde otro punto de vista, siempre considerando la íntima relación entre el cortisol y la energía que necesitamos para afrontar las contingencias de la vida. En principio, debemos considerar como valores normales los que se acerquen a los promedios de los métodos utilizados con una desviación estándar de un 20% en más o en menos manteniendo la proporcionalidad entre valores vespertinos de aproximadamente la mitad de los matutinos. A partir de esta consideración evaluaremos las cifras que nos informe el laboratorio. En general el análisis se efectúa unos días después de la primera consulta donde el paciente ya recibió algún tipo de contención e información sobre su estado. Esto es bueno porque los resultados no están tan influenciados por la movilización emocional del momento de la consulta. Debemos recordar que normalmente en los grupos poblacionales existe una cierta cantidad de personas (hasta un 25 a 30% en nuestro país) que naturalmente tiene valores de cortisol bastante por debajo de los valores promedio. Esto responde a causas genéticas o epigenéticas, ancestrales, de tipo adaptativo a climas y condiciones naturales de las distintas regiones donde se asentó el ser humano a lo largo de su evolución.

1. **Estrés de leve a moderado:** En estos casos los valores pueden ser normales o encontrar valores con desviaciones en más o en menos, en ambas determinaciones y de manera correlacionada que superan el 20% del promedio. También se puede encontrar que lo que esté aumentado sea solo el valor vespertino por encima de la proporcionalidad que debe guardar con el matutino, tanto en valores promedio como en desviaciones en más o en menos. Como ejemplo, en casos que encuadran muy bien desde el punto de vista clínico y neuropsicológico podemos encontrar valores de 19 (Mx 20) a la mañana y 10 a la tarde, es decir valores normales pero por encima de los promedios. O solo con valores vespertinos más elevados (ej. 16/12). Podremos considerar también como de grado moderado los casos que presentan alteraciones de la curva circadiana donde el cortisol vespertino supere el 20 % de la mitad del matutino como vimos en el ejemplo anterior. Deben tenerse en cuenta los casos con posible eje neuroendócrino hiporreactivo en los que seguramente se informarán valores bajos p. ej. 8/6. En todos estos casos las

cifras de laboratorio deben ser consideradas en el contexto de la clínica del paciente. Encontraremos estos valores en la mayor parte de quienes tienen antecedentes de Estrés Postraumático, abusos, en pacientes con Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga crónica.

2. Estrés de moderado a severo

a) En principio cuando los valores matinal y vespertino superan más allá del 20% de los valores máximos o si únicamente el valor vespertino es el que supera ese porcentaje. En estos casos podemos considerar que el paciente sufre un estrés prolongado, y se encuentra en fase de resistencia.

b) Cuando el incremento es predominante a la mañana, se debe considerar si el valor vespertino conserva la proporcionalidad. Es común que en estos casos ese valor de la tarde sea significativamente más bajo de la mitad del matutino, lo que coincide con que el paciente refiera que comienza relativamente bien el día, pero se agota rápidamente y esté sufriendo episodios depresivos que alternan con ansiedad o ya está con una depresión instalada tal como ocurre en el comienzo de la fase de agotamiento del estrés.

3. Estrés severo a grave, en fase de agotamiento con depresión

Los parámetros son similares al grupo anterior. Los valores de cortisol están mucho más alejados de los valores normales encontrándose casos extremos que pueden ser informados como “> de 50 ug/dL” o “menores a 2,5 ug/dL”, que seguramente obligarán a descartar otras patologías mediante imágenes, pruebas de supresión, etc.

Pero en el contexto clínico del estrés crónico y la depresión reactiva no es tan raro encontrar valores tan extremos y antes de solicitar estudios más complejos conviene repetir el cortisol plasmático luego de 15 a 20 días de tratamiento.

En ciertos casos en esta fase pueden encontrarse niveles de cortisol extremadamente bajos, con valores similares a la mañana y tarde (p.ej. 5/4,5) o invertidos (4/6ug.dl) con todos los parámetros clínicos de estrés crónico y/o depresión instalada.

Reiteramos que puede evaluarse que se trate de pacientes estresados crónicos que originalmente tengan un eje neuroendócrino hiporeactivo, o que los valores bajos se produzcan por agotamiento de las glándulas suprarrenales. Nuevamente la DHEA ayuda a clarificarlo. Este último hallazgo es frecuente de encontrar como ya señalamos, en pacientes estresados o deprimidos con Fibromialgia, Síndrome de Fatiga crónica y otros síndromes que configuran el Síndrome Sensitivo (o químico) central.² Conclusión: La valoración del cortisol es un dato objetivo muy importante en el diagnóstico de grado de estrés y debe ser considerada en el contexto clínico, correlacionando con otros parámetros bioquímico y evaluaciones neuropsicológicas y neurocognitivas.

1.3. Investigaciones

Se han revisado diferentes investigaciones que son importantes para el estudio como:

Brandon Keith Ward (2008) con su investigación sobre Ansiedad en los estudiantes de anestesia de enfermería en Estados Unidos podemos ver que los estudiantes de enfermería anestesia se enfrentan con muchos obstáculos difíciles que deben superarse para tener éxito en la educación anestésica. Esta investigación examinó si la ansiedad es un problema que se enfrenta comúnmente en los estudiantes de enfermería anestesia a nivel nacional. Correlaciones entre las variables demográficas y niveles de ansiedad. Metodología, Diseño, Sujetos, Instrumento: Los sujetos que participaron en esta investigación fueron todos los estudiantes en programas de enfermería de anestesia en todo el país. Los sujetos fueron reclutados para este estudio a través de su dirección de correo electrónico. Cada dirección de correo electrónico individual fue accedida por los directores de cada programa de anestesia de enfermería. Se utilizó un recibo de retorno para asegurar que los directores recibieran el correo electrónico de masas. Los correos electrónicos a los directores simplemente les pidieron que remitan el correo electrónico a cada estudiante actualmente matriculado en su programa de estudio. Se esperaba que los directores sólo tendrían que enviar un correo electrónico a todos los estudiantes. Cada correo electrónico permite el acceso directo a

todos y cada uno de los estudiantes, suponiendo que todos los estudiantes tienen capacidades de Internet. Dentro de ese correo electrónico, había un enlace para acceso directo al cuestionario. Se esperaba que los correos electrónicos a los estudiantes de sus directores se abrieran de inmediato. Los correos electrónicos contenían instrucciones básicas e información sobre el estudio. La primera página del sitio web contenía información sobre el consentimiento, riesgos y beneficios, información de investigación básica, tiempo estimado que podría tardar para completar la encuesta, información de contacto e instrucciones completas para la encuesta. Las dos páginas siguientes del sitio web contenían el instrumento. El instrumento utilizado fue el Inventario de Ansiedad del Rasgo del Estado. El Inventario de Ansiedad del Estado para Adultos, 1983, forma (Y) se utilizó para examinar niveles de ansiedad de estado y rasgo y en comparación con las normas de la universidad. Se escribió en un nivel de lectura de sexto grado, y toma unos diez minutos para completar. Esta herramienta ha demostrado ser el "instrumento definitivo para medir la ansiedad en adultos" (mindgarden.com, 2006). Los puntajes son llegados por la utilización de la clave proporcionada en el inventario, básicamente, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la ansiedad en comparación a las normas de la universidad. La forma (Y) es la estructura más pura y mejorada de la medición del estado y la ansiedad del rasgo en comparación con sus versiones anteriores (Sydeman, & Spielberger, 1993). La construcción de la forma (Y) de la STAI involucró a más de 5.000 sujetos, por lo tanto, agregando a la validez de lo siguiente; simultánea, divergente, convergente, constructiva y discriminatoria (Spielberger, 1983; Sydeman y Spielberger, 1993). Se ha demostrado que el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es fiable con altos grados de consistencia interna (Spielberger, 1983; Sydeman, & Spielberger, 1993). La utilización del análisis descriptivo, las pruebas t y las correlaciones de Pearson demostraron hallazgos estadísticamente significativos. Ser mujer y económicamente inestable indicó niveles más altos de Ansiedad según el Inventario de Ansiedad de Rasgos del Estado en este estudio. Todas las variables del estudio fueron examinadas usando estadística descriptiva. Los del examen de la demografía revelaron algunas variables estadísticamente significativas relacionadas con el género y la estabilidad financiera. La variable de género indicó que las mujeres tenían

una mayor ansiedad estadística con una correlación de Pearson de 173, $p < 0.05$. Ser financieramente inestable reveló valores estadísticamente significativos de Ansiedad del Estado, con correlación de Pearson 0.267, $p < 0.01$ y ansiedad rasgo con correlación de Pearson de 0.212, $p < 0.05$. Todas las demás variables no revelaron correlaciones de significación para los niveles de ansiedad de Estado o Rasgo. El nivel más alto de educación reveló 13 (7%) maestrías y 120 (93%) tenían grados de bachillerato. Todos los siguientes no tuvieron significación estadística en comparación con las normas de la universidad en el Inventario de Ansiedad de Rasgos del Estado: años de experiencia en RN, donde se obtuvo la experiencia laboral RN, género, edad, estado de trabajo, estado civil, estado parental, grado más alto de educación, nivel más alto de educación en enfermería, nivel actual de educación en anestesia, estabilidad financiera o problemas, requisito del programa para una tesis. Resultados: De las 129 encuestas realizadas, 48 (37,2%) eran varones y 81 (62,8%) eran mujeres. En comparación con el porcentaje nacional de todos los CRNA masculinos es del 42% (AANA, 2008). El promedio de la puntuación de la encuesta en la escala de Ansiedad del Estado fue de 40.83, y la norma de la universidad fue de 37.62. La escala de la ansiedad del rasgo era 37.38, y la norma de la universidad del inventario de la ansiedad del estado-Rasgo era 39.35. Las pruebas T se calcularon con el sexo en función del Estado y el Inventario de Ansiedad Trazada, respectivamente, con los valores de la norma universitaria. Se observó una ligera diferencia de medias, sin embargo, no se pudo determinar una varianza estadísticamente significativa. Se observó una puntuación ligeramente superior de ansiedad estatal, lo que podría significar que los estudiantes de anestesia de enfermería están actualmente bajo mayores cantidades de ansiedad que el estudiante universitario normal. También se encontró una puntuación ligeramente inferior, posiblemente significando que en este momento en la vida del estudiante de anestesia de enfermería, ha habido métodos individuales de adaptación para ayudar a lidiar con mayores niveles de ansiedad. Los resultados revelaron estadísticamente mayor nivel de ansiedad para las mujeres y los individuos que reportaron estar de forma inestable. Conclusiones: Los esfuerzos educativos pueden ser una gran fuente de ansiedad, aunque los niveles leves a moderados pueden ser productivos. La forma en que los estudiantes reaccionan o se adaptan a la

ansiedad es altamente individualizada y, según esta investigación, las mujeres en los programas de anestesia de enfermería tienen niveles más altos de rasgo de ansiedad. Este resultado podría significar las mujeres son más propensas a la ansiedad, pero también podría significar que tienen más mecanismos de adaptación. Según los datos recogidos, la estabilidad financiera parece ser un gran componente para reducir ansiedad. Roy planteó un modelo para la promoción de la adaptación exitosa de las enfermeras estudian pacientes, pero también podría ser utilizado por los propios estudiantes para promover su propio bienestar (George, 1995). A pesar de que el pequeño número de sujetos no reveló ansiedad general como estadísticamente significativa, hubo niveles más altos observados en los estudiantes de anestesia de enfermería en todo el país.

Tomoko, Yuka, Akiyo et.al. (2009), realizan un estudio con el fin de determinar la “Relación entre los programas educativos ofrecidos en los hospitales de en hospitales medianos en Japón y los niveles de ansiedad de las enfermeras principiantes” La revista de educación continua en enfermería. Método: Participantes: Los participantes en este estudio fueron administradores de enfermería y enfermeras principiantes en 15 hospitales generales de adultos con 150 a 200 camas en la prefectura de Chiba, cerca de Tokio. Los hospitales fueron elegidos del boletín de hospitales en Japón (Ministerio del Bienestar, 1999). Las enfermeras principiantes fueron definidas como enfermeras que se habían graduado de los programas de educación de enfermería y habían trabajado en estos hospitales desde abril de 2001. Sesenta y tres enfermeras principiantes evaluaron los programas educativos, y sus niveles de ansiedad se determinaron utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. Así, tenían aproximadamente de 5 a 6 meses de experiencia. También se incluyeron aquellos que tenían experiencia en hospitales u otros centros de atención médica, pero sin licencia de enfermería (por ejemplo, empleados y auxiliares de enfermería). Análisis estadístico: La prueba U de Mann-Whitney se utilizó para comparar los resultados de los programas educativos de cabecera. Las puntuaciones de STAI se analizaron mediante la prueba t. El nivel de significancia fue 0,05 para cada uno. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software Stat View 5.0. Resultados: Tasa de respuesta De los

15 hospitales contactados, los gerentes de enfermería a los 11 acordaron participar en el estudio y completaron el cuestionario. Así, la tasa de respuesta fue del 73,3%. Cuatro hospitales no participaron porque no había enfermeras principiantes, había sólo algunas enfermeras principiantes, o sus programas educativos fueron conducidos únicamente por una enfermera jefe. Había 65 enfermeras principiantes en los 11 hospitales participantes. El número promedio de enfermeras principiantes por hospital fue de 5,1 (DE = 3,3). Se obtuvieron respuestas de 63 de las enfermeras, pero una se omitió por no cumplir los criterios de un novato. Así, se analizaron las respuestas de 62 enfermeras. Diez hospitales realizaron orientación grupal. Entre ellos, 8 hospitales tenían un programa de enseñanza. Las enfermeras principiantes en hospitales con un programa de enseñanza informaron que la precepción ofrecía oportunidades de aprendizaje. Conclusión: Es importante que las enfermeras principiantes reciban una educación adecuada, lo que reducirá su ansiedad. La mayoría de los hospitales estudiados realizaron orientación grupal para enfermeras principiantes y 8 tuvieron programas de enseñanza. Ambos serían efectivos para las enfermeras principiantes en hospitales medianos o locales. Es necesario estudiar más a fondo la educación para satisfacer las necesidades de las enfermeras principiantes y reducir su ansiedad.

Stathopoulou, Fotini Panagiotopoulou y Papathanassoglou, (2011)

“Niveles de ansiedad y síntomas relacionados en el personal de enfermería de emergencia en Grecia” Objetivo: El objetivo de este estudio descriptivo correlacional fue investigar la presencia de síntomas de ansiedad y estrés entre el personal de enfermería de emergencia en Grecia. Método: Se utilizó un diseño descriptivo correlacional. La población objetivo consistía en enfermeras tituladas de licenciatura y de grado asociado, así como enfermeras asistentes, empleadas en departamentos de emergencia de hospitales generales para adultos en el sector público o privado y en la región de Atenas, Grecia. En Grecia, debido a la escasez de enfermeras, los auxiliares de enfermería, que reciben 2 años de educación en enfermería, comprenden hasta dos tercios del personal total de enfermería y tienen funciones clínicas casi idénticas a las de las enfermeras tituladas de licenciatura y de grado asociado, aunque esta última Recibir 4 años de educación en entornos académicos. Además, no se

requiere ninguna calificación académica o profesional especializada adicional para practicar enfermería de emergencia. Se muestra los niveles de educación de enfermería en Grecia. La muestra consistió en 213 miembros de personal de enfermería seleccionados al azar de 11 hospitales. Los criterios de inclusión fueron (1) la posesión de una cualificación educativa en enfermería después de completar un programa de estudio de al menos 2 años de duración, (2) un mínimo de 6 meses de experiencia laboral en el departamento de urgencias y (3) competencia oral y el idioma griego escrito. El tamaño de la muestra se determinó tomando en consideración el poder estadístico deseado (80%), el efecto de correlación estimado (moderado) y el nivel de significación estadística ($\alpha = .05$).¹⁵ El tamaño de muestra adecuado se calculó en base a las tablas de Cohen¹⁶ a Tener hasta 120 personas. Se distribuyeron un total de 266 cuestionarios. La tasa de respuesta fue del 80.1%. La integridad ética del estudio se aseguró mediante la presentación del protocolo de estudio al comité de ética de cada hospital donde se distribuyeron los cuestionarios para solicitar la aprobación. Cada cuestionario fue acompañado por un formulario de consentimiento que explicaba el objetivo del estudio y el carácter voluntario de la participación y garantizó la confidencialidad y el anonimato. Cada participante tuvo que completar personalmente la fecha en el formulario para confirmar que él o ella lo había leído y proporcionó el consentimiento para ser incluido en el estudio. Los nombres de los participantes no fueron solicitados en ninguna parte del cuestionario. Los cuestionarios completados se devolvieron en sobres sellados y no transparentes. La recolección de datos se realizó mediante el uso de un cuestionario de auto informe que consta de 3 partes: (1) datos demográficos, educativos y vocacionales (por ejemplo, estado educativo, grado, duración de la experiencia laboral como enfermera de emergencia y patrones de trabajo), (2) Hamilton Anxiety Scale, y (3) Maslach Burnout Inventory. Los cuestionarios fueron distribuidos por los propios investigadores en sobres sellados. La presencia de sintomatología de ansiedad se evaluó con la Escala de Ansiedad de Hamilton, que fue diseñada para calificar la severidad de los síntomas de ansiedad. La escala oscila entre 0 y 4, donde 0 indica ausencia de síntomas de ansiedad y 4 indica síntomas muy graves. Esta escala consta de 13 elementos: estado de ánimo ansioso, tensión, miedos, trastornos del sueño, trastornos cognitivos, estado de ánimo

deprimido, síntomas musculoesqueléticos, síntomas sensoriales, síntomas cardiovasculares, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales, síntomas genitourinarios y síntomas del sistema nervioso autónomo. Un puntaje total, calculado al agregar el puntaje asignado a cada ítem, representa el nivel de ansiedad general. Originalmente, la validez del constructo de la escala se probó mediante el análisis factorial de los componentes principales, lo que condujo a 3 factores. El primero fue un factor general de ansiedad; el segundo fue un factor bipolar, que dividió los síntomas en síntomas somáticos y psíquicos; y el tercer factor no tuvo una significación clínica evidente. La raíz latente para cada uno de estos factores fue de 5.605, 1.504 y 1.254, respectivamente. También se informó una adecuada validez discriminante basada en comparaciones entre diferentes grupos. La escala aplicada a pacientes ortopédicos, a personas con trastornos de ansiedad y a personas con trastornos dermatológicos. Los estados de índice de ansiedad fueron los más altos para todas las personas con trastornos de ansiedad, pacientes con insuficiencia cardíaca, y lo más bajo para los pacientes ortopédicos. La confiabilidad inter-evaluador de la escala se probó mediante pruebas correlacionales y pruebas t. La media ponderada de todas las correlaciones producto-momento fue de 0,89 y el número estimado de todas las pruebas fue de 0,61, lo que indica una alta fiabilidad. La ocurrencia del síndrome de burnout se evaluó mediante el uso de la versión griega del Inventario de Burnout de Maslach, ya que anteriormente se había traducido y validado para la población de enfermeras griegas. Esta herramienta consta de 22 ítems que evalúan la frecuencia con la que un individuo experimenta la situación descrita por cada elemento. Las respuestas se dan en una escala Likert de 7 puntos, que van de 0 (nunca) a 7 (siempre). Hay 3 subescalas en la herramienta, a saber, personalización, logros personales y agotamiento emocional, cada uno correspondiente a las 3 dimensiones del desgaste como se describe por Maslach y Jackson. Las puntuaciones más altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y una puntuación baja en la subescala de logros personales indican altos niveles de agotamiento. Con respecto a las propiedades métricas de la versión griega del inventario de Burnout de Maslach, Anagnostopoulou y Papadatou reportan coeficientes de consistencia interna de Cronbach de 0.84 para agotamiento emocional, 0.71

para logros personales y 0.55 para despersonalización. El análisis de los datos se realizó con el software SPSS, versión 13.0 (SPSS, Chicago, IL). Se exploraron las estadísticas descriptivas de todas las variables y se determinaron los valores medios y las desviaciones estándar. Además, se evaluaron las propiedades métricas de todos los instrumentos utilizados. El coeficiente de consistencia interna de Cronbach α se determinó para todas las escalas de cada instrumento, y se realizó un análisis factorial con la rotación de Varimax para evaluar la validez de contenido de las escalas que componían cada instrumento. Este procedimiento fue necesario porque la Escala de Ansiedad de Hamilton solo había sido utilizada una vez para el personal de enfermería, en un estudio piloto. Además, la versión griega del Inventario de Quemaduras de Maslach había sido validada por Anagnostopoulos y Papadatou en una población de enfermeras calificadas exclusivamente, mientras que la muestra en nuestro estudio también involucró enfermeras auxiliares con calificaciones más bajas que una licenciatura. Se realizaron verificaciones de normalidad para todas las variables, y se utilizó el logaritmo de las variables cuando fue apropiado. Los niveles de ansiedad y agotamiento se calcularon sumando el valor acumulativo medio de todas las entradas en las preguntas ordenadas por rango. Los valores medios y las comparaciones no paramétricas (pruebas de Mann-Whitney U y Kruskal-Willis) se usaron para evaluar las diferencias entre grupos. Se realizó una regresión múltiple para explorar la relación entre las variables. Además, se calculó el coeficiente de correlación no paramétrico de Kendall. Resultados: Las características demográficas, educativas y profesionales del participante. La edad media de los participantes fue de 33.32 ± 5.74 años; su duración media de experiencia laboral como enfermeras fue de 132 ± 81 meses, mientras que la duración de su experiencia laboral como enfermeras de emergencia fue de 47 ± 5 meses. La mayoría de las enfermeras (91%) trabajaron en un horario de rotación (que consiste en una combinación de turnos de mañana, tarde y noche), y solo el 9% trabajó en un turno fijo. El α de Cronbach fue encontrado en 0.813 para la Escala de Ansiedad de Hamilton. Los coeficientes de consistencia interna de las 3 subescalas del inventario de Burnout de Maslach (agotamiento emocional, despersonalización y logros personales) fueron adecuados (Cronbach α = 0.87, 0.81 y 0.84, respectivamente), de acuerdo con los

constructores de la escala y la teoría de la medición. El análisis factorial con rotación de Varimax confirmó la validez de contenido de ambas escalas. Más específicamente, para la Escala de Ansiedad de Hamilton, se encontraron 3 factores, que representan el 57.7% de la variabilidad. El factor 1 explicó el 37.8% de la variabilidad y representó un factor general de estados de ansiedad. El factor 2 explicaba 10.4% de la variabilidad, representando un factor bipolar, con un grupo que conectaba el estado de ansiedad y los síntomas psíquicos relevantes (tensión y fobia) con síntomas somáticos particulares, mientras que el segundo grupo conectaba el estado de ánimo deprimido con diferentes síntomas somáticos. El factor 3 explica el 9.5% de la variabilidad y representa un factor bipolar, que refleja los elementos psíquicos y somáticos de la escala. El inventario de Burnout de Maslach tuvo 4 factores que explicaron el 64.7% de la variabilidad. Se encontró que el factor 1 representaba el 38.7% de la variabilidad agrupando todos los elementos en 3 partes, respondiendo directamente a las 3 subescalas de la herramienta. Se encontró que los factores 2, 3 y 4 representaban 13.9%, 7% y 5.2% de la variabilidad, respectivamente. El valor acumulativo promedio para los niveles de ansiedad fue de 1.102 ± 0.53 , lo que corresponde a alteraciones leves. Se resume los valores acumulativos medios para cada síntoma. Los 3 síntomas psiquiátricos más pronunciados fueron trastornos del sueño (2.32 ± 1.2), estado de ánimo ansioso (1.57 ± 1.1) y estado de ánimo deprimido (2.38 ± 1.2). Cabe destacar el hecho de que el 24.8% de los participantes mencionaron trastornos del sueño muy graves, el 23.9% mencionó un estado depresivo muy severo y el 10.07% mencionó un estado de ánimo ansioso muy grave. Una correlación positiva relativamente débil pero estadísticamente significativa surgió entre los niveles de ansiedad y la experiencia laboral en el departamento de emergencias (Kendall $\tau = 0.178$, $P = .011$). En cuanto a las diferencias entre los grupos, las mujeres ($P = .021$, prueba U de Mann-Whitney) y las enfermeras en los hospitales del sector público ($P = 0.029$, prueba U de Mann-Whitney) presentaron mayores niveles de ansiedad, aunque leves. Las puntuaciones medias en las subescalas de burnout fueron 22.76 ± 11.12 para el agotamiento emocional, 9.13 ± 6.01 para la despersonalización y 32.68 ± 8.65 para los logros personales. Estos valores indican que se observó un nivel moderado de agotamiento emocional, un nivel límite de

despersonalización moderado a alto y un nivel moderado de logros personales. Se encontraron correlaciones positivas moderadas estadísticamente significativas entre el nivel de ansiedad y el agotamiento emocional ($\tau = 0.389$, $P < .0001$), así como entre el nivel de ansiedad y la despersonalización ($\tau = 0.291$, $P < .0001$). Se encontró una correlación moderada negativa estadísticamente significativa entre el nivel de ansiedad y el logro personal ($\tau = -0.279$, $P < .0001$). Estas correlaciones permanecieron estadísticamente significativas cuando se exploraron todas las variables demográficas, sociales y profesionales en busca de covarianza. Además, la correlación entre el agotamiento emocional y el nivel de ansiedad permaneció estadísticamente significativa cuando la despersonalización y los logros personales se introdujeron como covariables. Se muestra la correlación entre las variables de burnout y los 3 síntomas psiquiátricos leves más pronunciados. Se realizó un análisis de regresión múltiple con las 3 variables de burnout como variables predictivas y niveles de ansiedad como variables de resultado. Se descubrió que este modelo representaba el 31.2% de la variabilidad de los niveles de ansiedad ($R^2 = 0.312$, $P < .001$), siendo el agotamiento emocional el factor predictivo más fuerte de los niveles de ansiedad, a pesar de que los logros personales y la despersonalización están fuertemente correlacionados con ansiedad. Los coeficientes de regresión fueron $\beta = 0.442$ ($P < .001$) para el agotamiento emocional, $\beta = 0.018$ ($P = .855$) para la despersonalización y $\beta = -0.177$ ($P = .063$) para los logros personales. Conclusiones: Los niveles generales de ansiedad de las enfermeras de emergencia en nuestro estudio correspondieron a alteraciones leves. Las alteraciones del sueño y el estado de ánimo ansioso y deprimido fueron las manifestaciones predominantes de ansiedad. En el futuro, este estudio se puede extender a través de la metodología de métodos mixtos para investigar las principales fuentes de ansiedad para las enfermeras de emergencia y la forma en que las enfermeras de emergencia experimentan ansiedad, así como la forma en que las manejan. Es necesario realizar estudios de intervención para probar el efecto de las intervenciones dirigidas a aliviar la gravedad de la morbilidad psiquiátrica relacionada con el trabajo. Finalmente, las revisiones de rutina y las derivaciones pueden ser intervenciones potenciales para prevenir el deterioro de los síntomas de ansiedad.

Nooryan, Gasparyan, Sharif (2011) “El efecto de la enseñanza de la Inteligencia Emocional (EI) sobre el estrés relacionado con el trabajo en médicos y enfermeras que trabajan en salas de cuidados intensivos en hospitales, Ereván, Armenia” Objetivos: El objetivo del estudio es determinar los efectos de los elementos de la educación de inteligencia emocional en el estrés relacionado con el trabajo en médicos y enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en hospitales en Ereván, Armenia. Materiales y Método: Se utilizó un diseño de intervención cruzada, pre-post, caso y grupo de control y se implementó un diseño inferencial de estudio, la comunidad estadística de esta investigación incluye a las enfermeras y los médicos especialistas que trabajan en la unidad de cuidados intensivos (ICU1, CCU2, sala de psiquiatría, salas de quemaduras, UCI pediátrica y salas de hemodiálisis) de los hospitales de Kansker, Zeyton, Markarian y Arboni en Yerevan (Armenia) en 2010. Los requisitos de admisión de muestra incluyen la ausencia de cualquier enfermedad de depresión grave y trastornos de ansiedad, así como la experiencia laboral de más de 2 años en unidades de cuidados intensivos y requisitos de exclusión de muestras incluyen tener una enfermedad mental o física aguda y realizar otros programas educativos o terapéuticos para promover el nivel de inteligencia emocional. Después de investigar las condiciones deseadas (inclinación a participar en programas educativos), 106 personas, 76 enfermeras y 30 médicos participaron en este estudio. Treinta y ocho enfermeras y 15 especialistas fueron seleccionados de los hospitales de Kansker y Zeyton para el grupo de casos y 38 enfermeras y 15 especialistas fueron seleccionados de los hospitales de Markarian y Arboni para el grupo de control. Ambos grupos participaron en la prueba preliminar antes del programa de entrenamiento. Para la recolección de datos, se utilizó cuestionario de ansiedad situacional Berger de 20 preguntas (manifiesto) y cuestionario de ansiedad de personalidad de 20 elementos (encubierto) y cuestionario de inteligencia emocional de Bar-on con 133 preguntas. El cuestionario de inteligencia emocional consta de cinco factores de relación interpersonal, relación intrapersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y el estado de ánimo general que consta de 15 sub escalas, de la siguiente manera: autocontrol, asertividad, autoconciencia emocional, autorrealización, independencia, relación interpersonal, empatía, responsabilidad social,

resolución de problemas, pruebas de realidad, flexibilidad, tolerancia al estrés, control de impulsos, felicidad y optimismo. Para la validez de esta prueba del enfoque de consistencia interna a través del alfa de Cronbach en siete muestras de diferentes poblaciones (Bar-on 2000), se informó la media de los coeficientes del alfa de Cronbach para todas las subescalas en el rango de 0.69 (responsabilidad social) y promedio de 0.86 (autoconciencia emocional) y promedio de 0.76. La investigación de la fiabilidad test-retest mostró coeficientes promedio de confiabilidad igual a 0.66. Utilizando el método test-retest, la confiabilidad de esta prueba se reportó 0.74 para 35 individuos inmediatamente después de un mes. Los coeficientes de reevaluación se informaron respectivamente 0,90, 0,84 y 0,082 por ciento para las subescalas de tolerancia al estrés, control de impulsos, flexibilidad social y 0,58, 0,062 y 0,65 por ciento para las subescalas de asertividad y responsabilidad social e independencia. Para la validez del cuestionario de ansiedad situacional (explícito) de Berger Behdani et al., 130 individuos fueron seleccionados al azar de la muestra normal, proporcional al tamaño de muestra del criterio (130 individuos diagnosticados por un psiquiatra) observando la razón de género y grupos de edad de los miembros de la muestra de criterio, y luego estudiar la validez de la prueba, la ansiedad explícita e implícita promedio y finalmente, la ansiedad total en dos niveles de 0.95 y 0.99 por ciento se calcularon por separado y los resultados del cálculo de la confiabilidad fueron 95% y 99% significativos. La fiabilidad de este cuestionario se ha calculado en un 87% en diversas investigaciones, incluida la investigación de Ruhi (3). Kazemi Malik Mahmoudi (2003) y Ruhi (2005) respectivamente calcularon la confiabilidad de la prueba Spielberger 89% y 90% en el estudio preliminar (15-16). Para ejecutar esta prueba, se realizaron pruebas previas y posteriores para grupos de control y casos. El grupo de casos se probó nuevamente después del final de las sesiones de entrenamiento. Los investigadores desarrollaron el programa de capacitación en esta investigación y el programa consistió en 4 sesiones de programa general de conferencias y seis sesiones intergrupos, folletos educativos y carteles. Los programas de entrenamiento se realizaron 2 sesiones por semana, cada sesión duró 2 horas. Este programa se enfocó en 15 sub-escalas de inteligencia emocional y programas especiales para reducir la ansiedad. En estos programas de capacitación, primero, se realizó el

entrenamiento requerido con respecto a los elementos anteriores, y luego se enseñaron maneras de pensar, expresión emocional, afectos, formas de cambiar sus percepciones y formas de juicios sobre sus creencias. Se les enseñaron maneras de sobrellevar factores estresantes y condiciones de ambiente estresante. Métodos descriptivos estadísticos y covarianza y pruebas de varianza unidireccional, chi cuadrado (X^2) y t-tests se han utilizado para analizar datos. Resultados: Los resultados del estudio muestran que 106 participantes de 76 enfermeras 70 (66%) hombres y 6 (5,7%) mujeres y de 30 médicos de la persona 5 (4,7%) hombres y 25 (23,6%) eran mujeres. La edad promedio de los participantes de la enfermera fue de 40 años y en los médicos fue de 36 años. El puntaje promedio de ansiedad situacional en los médicos fue de 39,40 (SD = 4,22) y en enfermeras fue de 46,96 (SD = 7,36) y la puntuación media de la ansiedad de la personalidad en los médicos fue de 36,73 (SD = 4,22) y en enfermeras fue de 40,96 (SD = 7,36) que representan varias profesiones de servicios humanos (médicos, enfermeras) fueron elegibles para el estudio. Todas las 76 enfermeras eran licenciadas en ciencias y todos los médicos eran especialistas médicos. En cuanto al estado civil de estas enfermeras, 32 (30,2%) eran solteras, 37 (34,9%) estaban casadas, 4 (3,8%) estaban separadas, 2 (1,9%) estaban divorciadas y 1 era otra. Entre los médicos, 15 (14,2%) eran solteros, 12 (11,3%) estaban casados, 2 (1,9%) estaban separados y 1 (0,99%) estaba divorciado. El hallazgo, muestra que la media de ansiedad situacional en médicos y enfermeras fue de 45.22 en el grupo de casos y la media de la ansiedad situacional en el grupo de control fue de 46.77. La prueba T muestra que la media no es significativa en ambos grupos ($p = 0.261$). El hallazgo, muestra que la distribución entre la ansiedad de la personalidad en los grupos de casos y controles fue la misma. La prueba X^2 mostró entre la ansiedad de la personalidad en el caso y el grupo control no significativo ($p = 0.332$). El hallazgo, muestra que los puntajes medios de inteligencia emocional en todos los participantes en el grupo de casos que en el grupo de control después de E.I. los artículos educativos fueron significativos. En otras palabras, esta tabla mostró que la educación de elementos de inteligencia emocional fue efectiva en el grupo de casos. El hallazgo, muestra que la puntuación media de la ansiedad de la personalidad en médicos y enfermeras en los grupos de casos y controles antes de enseñar

artículos de inteligencia emocional fue 40.03 y después de enseñar los elementos de inteligencia emocional se redujo a 36.23. Esto indica que enseñar elementos de inteligencia emocional afecta la disminución de la ansiedad de la personalidad. Mientras que la puntuación media de la prueba previa de ansiedad de la personalidad en médicos y enfermeras en el grupo de control fue de 40,21 y de la prueba posterior fue de 40,95 (aumento). Aunque la prueba T no aprueba la diferencia significativa entre la puntuación media de los participantes en el control y los grupos de casos antes de enseñar elementos de inteligencia emocional ($p = 0,883$), después de enseñar elementos de inteligencia emocional, la diferencia de puntuación media en el caso y el grupo control fue significativa ($p = 0,001$). La prueba T apareada muestra que el puntaje promedio de la ansiedad de la personalidad en médicos y enfermeras fue significativo ($p = 0.001$) en el grupo de casos antes y después de enseñar elementos de inteligencia emocional, mientras que en el grupo de control no fue significativo ($p = 0.199$). Por lo tanto, enseñar artículos de inteligencia emocional fue efectivo en la ansiedad de la personalidad en médicos y enfermeras que trabajaron en unidades de cuidados intensivos. El hallazgo, muestra que la puntuación media de ansiedad situacional en médicos y enfermeras en los grupos de casos y controles antes de enseñar artículos de inteligencia emocional fue de 45.22 y después de enseñar elementos de inteligencia emocional se redujo a 40.47. Esto indica que enseñar elementos de inteligencia emocional afecta la disminución de la ansiedad situacional. Si bien la puntuación media de la prueba previa de ansiedad situacional en médicos y enfermeras en el grupo de control fue de 46,77, en la prueba posterior fue de 47,05 (aumento). Aunque la prueba T no aprueba la diferencia significativa entre la puntuación media de los participantes en el control y los grupos de casos antes de enseñar elementos de inteligencia emocional ($p = 0.261$), después de enseñar elementos de inteligencia emocional, la diferencia de la puntuación media en los grupos de casos y controles fue significativa ($p = 0,000$). La prueba T apareada muestra que el puntaje promedio de ansiedad situacional en médicos y enfermeras en el grupo de casos antes y después de enseñar elementos de inteligencia emocional fue significativo ($p = 0.001$), mientras que muestra que en el grupo de control no fue significativo ($p = 0.314$). Por lo tanto, enseñar elementos de inteligencia emocional fue efectivo

en la ansiedad situacional en médicos y enfermeras que trabajaron en unidades de cuidados intensivos. Conclusión: Los resultados mostraron que los médicos y las enfermeras experimentaron un alto nivel de estrés. El nivel de estrés experimentado en el trabajo por este caso ocupacional fue mayor que el grupo control. La capacidad de lidiar eficazmente con las emociones y la inteligencia emocional en el lugar de trabajo ayuda a los empleados a hacer frente al estrés ocupacional. Por lo tanto, debe desarrollarse en entrenamientos de gestión del estrés. La educación de elementos de inteligencia emocional disminuyó la ansiedad personal y la situación de los médicos y enfermeras en el grupo de casos más que en el grupo de control.

Stavroula. Antonios, Evmorfia, Zyga (2014) “La experiencia de la ansiedad en el personal de enfermería en los hospitales públicos de Peloponeso”
Introducción: El sector de la salud es uno de los lugares de trabajo más estresantes. Varios estudios han demostrado que tanto el personal de enfermería como los estudiantes de enfermería experimentan diferentes niveles de estrés. La literatura griega e internacional ha identificado varios factores de estrés que rigen la profesión de enfermería: el trabajo insuficiente, exhaustivo, el cuidado diario de los pacientes con especificidades, los conflictos interpersonales y los obstáculos organizacionales encontrados en los hospitales públicos son factores de estrés a los que las enfermeras suelen enfrentarse. Objetivo: El objetivo principal de este trabajo fue investigar la ansiedad de estado y rasgo que las enfermeras enfrentan en los hospitales públicos del Peloponeso. Materiales y Métodos: La encuesta incluyó a 395 enfermeras de siete hospitales del Peloponeso, cuya participación fue voluntaria. Para registrar las características sociodemográficas y profesionales se formó un cuestionario pertinente, que incluyó temas relacionados con el género, la edad, el estado civil, el nivel educativo y las características del puesto de trabajo (lugar de trabajo, posición laboral, tiempo de trabajo, satisfacción del trabajo). Para la evaluación de la ansiedad, se completó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger. La escala de ansiedad de Spielberger (Spielberger, 1972, 1983) consiste en 40 observaciones, que se refieren a dos sub escalas: a) el estado emocional de la persona en el momento de completar el cuestionario (es decir, el estrés

transitorio como resultado de esta situación) y (b) el estado emocional de la persona en general (es decir, el estrés permanente como rasgo de personalidad). La evaluación se realiza de acuerdo con la representatividad del contenido de las propuestas para el paciente, sobre la base de una escala de 4 puntos de tipo Likert (1-2-3-4). El cuestionario ha sido adaptado a la población griega y presenta una validez de constructo suficiente, así como una consistencia interna adecuada, fiabilidad y mediciones repetidas (Anagnostopoulou, 2002, Liakos y Giannitsi, 1984). El análisis estadístico se basó en el paquete estadístico IBM SPSS 20 por distribuciones de datos descriptivos (media, error estándar), control, test, ANOVA de control. Para explorar la correlación estadística de las variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, r . El anonimato de los participantes y la seguridad del material se conservaron en todas las etapas de la investigación.

Resultados: En esta investigación, los participantes fueron personal de enfermería ($n = 395$) y el 92,2% de la muestra eran mujeres. La edad media fue de $39,2 \pm 7,5$ años. El 65,8% de la muestra estaban casados y seguidos por el 30,9% que no estaban casados. La distribución del número de niños mostró que el mayor porcentaje (56,9%) de la muestra casada tenía 2 hijos. La mayoría de la muestra 93,7% ($n = 370$) eran egresados del Instituto Tecnológico Educativo (TEI), 8,9% de la muestra ($n = 35$) tenía un máster y 0,8% ($n = 3$). En cuanto al trabajo, la gran mayoría eran enfermeras en porcentaje 76,2% ($n = 301$) y otras en puestos de director de enfermería (1,0%), director de enfermería (1,5%), jefe de enfermería (11,4%) y responsable del departamento de enfermería (9,9%). En cuanto a los años de trabajo, el tiempo promedio de servicio total fue de $14,3 \pm 8,0$ años, mientras que el tiempo medio de trabajo en la clínica en el momento de la implementación de la encuesta fue de $11,20 \pm 9,1$ años. Acerca de la carga de trabajo en tres turnos encontró que cada enfermera que sirve en promedio 11 ± 9 pacientes en cada turno. Por último, en cuanto a la satisfacción del sujeto o la posición de trabajo, la gran mayoría dijo que eran de moderado a muy satisfecho. Desde la implementación de la prueba se encontró que las enfermeras presentaban ansiedad transitoria y general mayor en comparación con la población sana y en particular que había efectos de género en las mujeres que acumulaban las mayores tasas de ansiedad permanente y total

(Tabla 1). En cuanto a las clínicas, los valores de ansiedad permanente y total fueron significativamente mayores en las secciones abiertas en comparación con las secciones cerradas. En particular, la implementación del control de Kruskal-Wallis mostró que los valores más altos de ansiedad transitoria fueron obtenidos por las enfermeras de las secciones quirúrgicas y la Oficina de Servicio de Enfermería, mientras que las enfermeras quirúrgicas, enfermeras ortopédicas y UCI tuvieron las mayores tasas de estrés permanente. Conclusión: Las enfermeras tienen niveles más altos de estrés en comparación con la población sana. La adopción de directrices como el diseño de intervenciones para promover la salud mental, programas de capacitación en manejo de la ansiedad y grupos de apoyo para enfermeras es esencial y tal vez una función protectora para todas las enfermeras.

Żuralska, Mziray, y Schetz (2015) “Los niveles de ansiedad en las enfermeras del Departamento de Toxicología Clínica de la Universidad Médica de Gdansk, Gdansk, Polonia, experimentando diversos trastornos emocionales”. Objetivo: El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre el nivel de ansiedad, la satisfacción con la vida, el estilo de afrontamiento con el estrés y los factores personales y ambientales, tales como: edad, estado material, educación y lugar de residencia de los participantes. Materiales y métodos: El estudio incluyó a 113 enfermeras, es decir el 10% de todas las enfermeras empleadas en el Hospital de la Universidad Médica de Gdansk, que habían reportado varios trastornos emocionales. La muestra fue seleccionada al azar usando una lista de empleados. El estudio se llevó a cabo en el centro de asesoramiento psicológico en Gdansk en 2014. El nivel de ansiedad se estimó con el uso de C.D. El Inventario de Ansiedad de Rasgos de Estado de Spielberger (STAI), adaptado para Polonia por K. Wrześniewski, T. Sosnowski, A. Jaworowska y D. Fecenec y destinado a la evaluación de la ansiedad como estado (alfa de Cronbach de 0,83 a 0,92) y rasgo (alfa de Cronbach de 0,86 a 0,92) [12]. La satisfacción con la vida se evaluó utilizando la Escala de Satisfacción con la Vida de E. Diener, R.A. Emmons, R. J. Larsen y Sh. Griffin (1985), adaptado para Polonia por Z. Juczyński (alfa de Cronbach 0.81). Para evaluar el aumento de la ansiedad y la satisfacción con la vida en el grupo de estudio, los resultados en bruto se convirtieron en resultados de tallo. Se

asumió que la puntuación del tallo de la satisfacción con la vida y nivel de ansiedad ≥ 7 indica un alto nivel de ansiedad. Para evaluar los dos estilos de afrontamiento, se utilizó la escala de estilo conductual de Miller / MBSS / (Miller, 1987). Miller propuso "que hay dos modalidades principales para hacer frente a la información amenazante: monitoreo de la atención y la búsqueda de información sobre amenaza estresante, embotamiento evitar o distraerse de información amenazante". En la interpretación, se compararon los resultados promedio. Se asumió que cuanto mayor es el resultado en la sub escala dada, más intenso es el estilo dado en situaciones estresantes. Dado que las distribuciones de todas las variables difieren considerablemente de la normal (KolmogorovSmirnov prueba). El análisis estadístico de los resultados del estudio se realizó con el uso de ANOVA en las pruebas de clasificación por Kruskal-Wallis y Spearman, utilizando SPSS 20 (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales). El nivel de significación se determinó a $p < 0,05$. Todas las enfermeras que participaron en el estudio estaban plenamente informadas y conscientes del propósito del proyecto. Se tomó el consentimiento escrito para participar en el estudio de todas las enfermeras. Resultados: En el grupo de enfermeras que experimentaron diversas perturbaciones emocionales, el nivel de ansiedad como estado excedió los límites normales. El lugar de residencia de los participantes del estudio determinó el nivel de ansiedad como un estado. El aumento general del nivel de ansiedad confirmó que la satisfacción percibida con la vida profesional disminuyó. Conclusiones: El estudio mostró que en el caso de las enfermeras del hospital polaco, los factores personales y ambientales como la edad, el estado del material, el nivel de educación y el lugar de residencia influyen en la respuesta a los factores de estrés y la elección del estilo frente al estrés. Para reducir el estrés relacionado con el profesional, existe la necesidad de implementar cambios organizacionales. Las enfermeras deben recibir apoyo psicológico y social en forma de atención prestada por los compañeros de trabajo, asistir a cursos que los preparen para enfrentar el estrés relacionado con el trabajo y sus propias emociones negativas, aprender los principios de asertividad y los estilos de afrontamiento ante situaciones difíciles.

Ratanasiripong, Park, Ratanasiripong, y Duangrat (2015) “Estrés y ansiedad en estudiantes de enfermería: Biofeedback y Mindfulness Meditación”

Antecedentes: En el presente estudio se investigó la eficacia de dos programas breves de intervención -biofeedback y meditación mental- acerca de los niveles de ansiedad y estrés percibidos en los estudiantes de segundo año de enfermería tailandesa a medida que comenzaban la capacitación clínica.

Método: ochenta y nueve participantes de una universidad pública de enfermería en Tailandia fueron asignados aleatoriamente a uno de tres grupos: grupo de biofeedback, grupo de meditación de atención plena o grupo de control. Debido al bajo número de estudiantes de enfermería matriculados en el programa, sólo se reclutó a mujeres. Las edades de los participantes oscilaban entre 18 y 21 años ($M = 19,27$, $DE = 0,56$). El promedio de calificaciones varió de 2,58 a 3,95 ($M = 3,12$, $DE = 0,28$). Todos los participantes recibieron consentimiento informado y voluntariamente aceptaron a participar, así mismo encuestas previas y posteriores a la intervención, que incluyeron información demográfica; el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Escala de Ansiedad del Estado); y la Escala de Estrés Percibido. Basado en un análisis de poder a priori por $G * Power$, 66 participantes fueron necesarios para este estudio (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009). Utilizando los parámetros de $\alpha = 0,05$, tamaño del efecto = 0,40 y potencia = 0,80, el tamaño de la muestra necesario por grupo para el análisis de varianza (ANOVA) fue de 22 participantes. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de tres grupos: el grupo de biofeedback ($n = 29$), el grupo de meditación de mindfulness ($n = 29$) o el grupo de control ($n = 31$).

Resultados: Análisis preliminares: Se llevaron a cabo ANOVA para las variables demográficas y pre- test para asegurar que se había cumplido el supuesto de homogeneidad de varianzas. No se observaron diferencias significativas en los medios para la edad, el promedio de calificaciones, las puntuaciones de PSS y las puntuaciones de la Escala de Ansiedad del Estado entre los participantes de los tres grupos ($p < 0,05$). Estrés percibido: Se usaron ANOVA de medidas repetidas para comparar los puntajes pre y post intervención en los tres grupos. Los resultados indicaron que el grupo de meditación consciente tuvo una reducción significativa desde la pre intervención ($M = 17,24$, $SD = 4,16$) hasta la post intervención ($M = 14,90$, SD

= 3.44) puntuaciones ($F [1, 28] = 13.76, p = 0.001, \eta^2 = 0.33$). Aunque el grupo de biofeedback mostró una disminución en las puntuaciones de PSS desde la intervención previa ($M = 17.17, SD = 3.30$) hasta la intervención posterior ($M = 15.72, SD = 4.19$), la reducción no fue estadísticamente significativa ($F [1, 28] = 3.11, p = 0.089$). Para el grupo de control, las puntuaciones de PSS en la pre intervención ($M = 17.29, SD = 3.50$) y post intervención ($M = 16.74, SD = 4.71$) no mostraron diferencias significativas ($F [1, 30] = 0.37, p > 0.05$). También se realizó una ANOVA para comparar las puntuaciones PSS de los tres grupos en la post intervención, que no mostraron diferencias significativas ($F [2, 86] = 1.48, p > 0.05$).

Ansiedad de estado Se llevaron a cabo mediciones repetidas de ANOVA para comparar puntajes de la Escala de Ansiedad del Estado. Se encontró una disminución significativa en el grupo de meditación desde la pre intervención ($M = 25.45, SD = 7.80$) hasta la post intervención ($M = 21.28, SD = 6.95$) en las puntuaciones de la Escala de Ansiedad del Estado ($F [1, 28] = 14.36, p = 0.001, \eta^2 = 0.34$). De manera similar, la puntuación media de la Escala de Ansiedad Estado de pre intervención ($M = 22.69, SD = 8.26$) se redujo significativamente en la post intervención ($M = 17.69, SD = 7.74$) en el grupo de biofeedback ($F [1, 28] = 8.89, p = 0.006, \eta^2 = 0.24$). Para el grupo de control, los puntajes en la Escala de Ansiedad Estatal desde la pre intervención ($M = 23.74, SD = 7.72$) hasta la post intervención ($M = 24.74, SD = 9.91$) no mostraron diferencias significativas ($F [1, 30] = 0.38, p = 0.05$).

Presenta las comparaciones de puntuaciones. Se encontró un efecto de interacción significativo ($F [2, 86] = 4.84, p = 0.01$), lo que indica que las disminuciones en los niveles de ansiedad fueron mayores en la meditación de atención plena y Los ANOVA también revelaron diferencias significativas en las puntuaciones de la Escala de Ansiedad del Estado en la post intervención ($F [2, 86] = 5.37, p = 0.006$). Una publicación de Scheffe La prueba hoc mostró que el grupo de biorretroalimentación tuvo puntuaciones significativamente menores ($M = 17.69, SD = 7.74$) en comparación con el grupo control ($M = 24.74, SD = 9.91$) en la post intervención ($p = 0.002$).

Conclusión: El estudio actual encontró que un programa de intervención biofeedback podría ayudar a los estudiantes de enfermería reducir sus niveles de ansiedad, mientras que el mantenimiento de los niveles de estrés. Además, un programa de meditación mindfulness puede ayudar a disminuir la ansiedad y el estrés. Estos hallazgos apoyan el uso de

las dos intervenciones como posibles herramientas de afrontamiento para que los estudiantes manejen el estrés y la ansiedad. Aunque los factores de estrés pueden estar integrados en la experiencia de los estudiantes de enfermería los educadores de enfermería pueden establecer programas de intervención para reducir estados mentales negativos que resultan de las presiones y demandas con las que se enfrentan los estudiantes. A pesar de los estresores y las demandas que experimentan los estudiantes de enfermería al comenzar la práctica clínica, los hallazgos del estudio apoyan el uso de las intervenciones de meditación biofeedback y mindfulness para ayudar a los estudiantes de enfermería a manejar el estrés y la ansiedad.

Manijeh, Mohamma , Mohsen, Sha haye h, Sahar, Seyed. Mahsa (2016)

“La asociación entre la satisfacción de la vida y el alcance de la depresión, la ansiedad y el estrés entre las enfermeras iraníes: una encuesta multicéntrica”

Objetivo: Los determinantes de la satisfacción de la vida (SWL) están mal descritos entre las enfermeras empleadas iraníes. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de varios factores incluyendo la edad, el sexo, el estado civil, la depresión, la ansiedad y el estrés en la LSE entre enfermeras iraníes. Materiales y Métodos Participantes y Diseño del Estudio Se invitó a las enfermeras empleadas en las salas de emergencia de tres hospitales de enseñanza afiliados a la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán (Complejo Hospitalario Imam Khomeini, Centro Médico Infantil y Hospital Shariati). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Personal empleado persistente, y por lo menos un año de experiencia laboral en el entorno hospitalario. Debido a que ser nuevo en una posición de trabajo puede estar asociado con la ansiedad, sólo incluimos enfermeras con > 1 año de experiencia laboral. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Historia previa de depresión, ansiedad u otros trastornos psiquiátricos, antecedentes de enfermedades crónicas (por ejemplo, cáncer, disfunción hepática, trastornos renales, diabetes, trastornos endocrinos, enfermedades reumatoides, etc.) medicamentos como glucocorticoides, hormonas tiroideas, anticonvulsivos, heparina, litio, medicamentos antipsicóticos y antidepresivos. Se obtuvo el consentimiento escrito de cada individuo antes de la inscripción. Debido a que no encontramos estadísticas precisas sobre la satisfacción de la vida de las

enfermeras en Teherán, estimamos el tamaño de la muestra requerida basándonos en las investigaciones anteriores similares y consultando con el departamento de estadísticas. En este sentido, Demerouti et al. Evaluaron la satisfacción con la vida de las enfermeras en Alemania y reclutaron 109 participantes. Abraham y D'silva evaluaron la calidad de vida y la satisfacción laboral de 100 enfermeras en Mangalore. Después de consultar con el departamento de estadística, se seleccionó un tamaño de muestra estimado de 100. Sin embargo, seis enfermeras no completaron los cuestionarios requeridos. Por lo tanto, los 94 participantes que habían completado todos los cuestionarios fueron incluidos en este estudio. Los datos fueron recolectados de julio de 2014 a diciembre de 2014. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Teherán de Ciencias Médicas. Se utilizó la escala de depresión, ansiedad, estrés (DASS-21) para medir las variables relacionadas. Se utilizó la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) para evaluar el SWL. El análisis multivariado se utilizó para examinar la relación entre múltiples variables. Resultados: Una notable proporción de enfermeras empleadas iraníes estaban insatisfechas o extremadamente insatisfechas con la vida (45%). La depresión grave se relacionó con las puntuaciones más bajas de SWLS ($P: 0,001$, $r = -0,32$). Los resultados similares se detectaron entre la ansiedad y las escalas de estrés, y SWLS ($P: 0,023$, $r = -0,23$ y $P: 0,008$, $r = -0,27$ para la ansiedad y el estrés, respectivamente). Aunque las mujeres eran más vulnerables a la depresión ($P: 0,010$) y al estrés ($P: 0,013$), el efecto global del género en el SWL fue insignificante (0,41). Las satisfacciones con el poder financiero y el ambiente de trabajo se asociaron con mayores puntuaciones de SWLS ($P: 0,030$ y $0,042$, respectivamente). El estado civil no estaba relacionado con la gravedad de la depresión, ansiedad, estrés y SWLS ($P: 0,39$, $0,38$, $0,80$ y $0,61$, respectivamente). Conclusión: En este estudio, los principales determinantes de la satisfacción con la vida (SWL) fueron identificados entre las enfermeras iraníes. Este estudio encontró que la edad, el estado civil y la satisfacción con las relaciones interpersonales no se asociaron significativamente con SWL, mientras que la mala satisfacción con el estado financiero y el ambiente de trabajo, la depresión, la ansiedad y el estrés fueron los principales determinantes de SWL. Aunque las mujeres eran más vulnerables a la depresión y al estrés, el efecto general del género en la SWL

fue insignificante. A nuestro entender, este fue el primer estudio para identificar los determinantes de la satisfacción con la vida en enfermeras en Teherán. Además, este estudio fue el primero en ilustrar que la depresión, la ansiedad, el estrés, la insatisfacción con el estado financiero y el ambiente de trabajo son los principales determinantes de la satisfacción con la vida entre las enfermeras iraníes.

Ignacio, Dolmans, Scherpier, Rethans, Chan, Ying (2016) “Estrategias de manejo del estrés y la ansiedad en el entrenamiento de simulación de las profesiones de salud en la Escuela de Medicina Yong Loo Lin, Universidad Nacional de Singapur: una revisión de la literatura”. Objetivo: El objetivo de esta revisión fue examinar la literatura existente sobre las estrategias que se han integrado en la formación de simulación para reducir el estrés agudo y / o la ansiedad entre los profesionales de la salud durante los eventos clínicos de alta agudeza. También se trató de determinar si estas estrategias resultaron en una reducción del estrés del estudiante, como lo demuestran las medidas de resultado de estrés / ansiedad. MÉTODOS: Se realizó una búsqueda de la literatura publicada desde enero de 2005 hasta marzo de 2015 en las siguientes bases de datos: Scopus, PubMed, CINAHL, Web of Knowledge y Science Direct. Los términos de búsqueda utilizados fueron (estrés OR ansiedad OR control de estrés OR stress reducción) Y (simulación OR healthcare simulación) AND (rendimiento OR habilidades OR clinical rendimiento) Y (médicos O enfermeras O profesionales de la salud). La búsqueda inicial de la base de datos recuperó 468 publicaciones. Se revisaron los títulos y resúmenes de estos artículos. Los estudios que se eligieron fueron los publicados en el idioma inglés y fueron revisados por expertos que se centraron en las estrategias incorporadas en el entrenamiento de simulación de la profesión de la salud para reducir el estrés y / o la ansiedad. Estos estudios deben tener medidas de resultado de estrés y / o ansiedad tomadas durante los entrenamientos basados en la simulación. No se incluyeron artículos con estrategias para la reducción del estrés / ansiedad, pero con medidas de resultado tomadas durante las evaluaciones basadas en la simulación. Veintiséis artículos fueron calificados para la revisión de texto completo. Cada artículo fue evaluado independientemente de los criterios de inclusión, por un

segundo revisor. La valoración de la validez y pertinencia de los artículos recuperados fue guiada apropiadamente por las preguntas de evaluación crítica de Young y Solomon. Después de una evaluación de los artículos basada en los criterios de inclusión establecidos, sólo se incluyeron ocho publicaciones en la revisión (ver tabla complementaria en línea). También se evaluaron las listas de referencias de estos ocho artículos para los posibles artículos que cumplían los criterios de revisión. No se encontraron nuevos artículos. Se realizó un análisis temático para evaluar la literatura identificada. Los temas generados fueron con firmados por los otros autores para asegurar el rigor del proceso. Los temas son el estrés excesivo y el desempeño clínico en la simulación, las estrategias de entrenamiento emocional en la simulación y los factores que contribuyen a la reducción del estrés y la ansiedad durante la simulación. Resultados: Los niveles excesivos de estrés agudo han sido reconocidos como un factor crítico que puede afectar negativamente el rendimiento y comprometer la seguridad del paciente, particularmente en entornos de alto riesgo y durante eventos de crisis. El quirófano (OT) ha sido identificado como uno de las áreas altamente estresantes en el entorno clínico y la cirugía se identificaron como un área de especialización estresante. El manejo de otros eventos críticos como las resucitaciones también ha demostrado provocar respuestas de estrés en profesionales de la salud. Todos los estudios incluidos esta revisión reconoció la presencia de estrés y / o ansiedad aguda en escenarios agudos y su posible efecto negativo sobre el rendimiento. El reconocimiento de estrés agudo durante eventos clínicos simulados de alta agudeza fue demostrado por las medidas de resultado subjetivas del estrés y ansiedad. Conclusión: El estrés y la ansiedad han demostrado que afectan el rendimiento de las habilidades no sólo en un entorno clínico real, sino también en un entorno de simulación, como lo demuestran los estudios revisados. Los enfermos y otros profesionales de la salud encuentran regularmente acontecimientos críticos relacionados con el paciente en diversas formas, como durante la realización de habilidades en pacientes desafiantes y en el reconocimiento de eventos críticos de pacientes.

Cantrell, Meyer y Mosack (2017) “Efectos de la simulación en el estrés estudiantil de enfermería en la Universidad Wichita, Kansas: una revisión

integrativa” Antecedentes: Los efectos del estrés sobre la salud y el aprendizaje de los estudiantes de enfermería son importantes para los educadores. El propósito de esta revisión fue integrar críticamente la literatura relacionada con el estrés que experimentan los estudiantes de enfermería con respecto a la simulación de alta fidelidad (HFS). Método: Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura de varios motores de búsqueda y bases de datos. Las palabras clave y las combinaciones booleanas incluyeron estudiantes de enfermería, simulación, estrés, ansiedad y autoeficacia. Se incluyeron estudios cualitativos o cuantitativos publicados en inglés entre 2010 y 2015 y estudios que incluyeron los efectos de la simulación sobre la ansiedad y el estrés de los estudiantes de enfermería. Se eligieron diecisiete estudios. Resultados: Ganley y Linnard-Palmer (2010) descubrieron que los estudiantes sintieron un estrés significativamente más alto relacionado con la simulación que lo anticipado por los instructores, $F(1,1) = 6,709$, $p = 0,011$, $r = -.235$. El nivel de significancia para el estudio se estableció en $p = .10$. El mayor nivel de estrés fue el único hallazgo significativo entre los grupos. Dearmon et al. (2013) midieron el estrés en la herramienta STAI y explicaron que los niveles de ansiedad del estado disminuyeron significativamente después de la simulación para todos los participantes del estudio, $M = -9.53$. También se identificó que los niveles de ansiedad de rasgo más elevado equivalían a una mayor ansiedad de estado de simulación, $p < .0001$ (Dearmon et al., 2013). Además, aquellos con mayor estrés de simulación tuvieron menores cambios en la ansiedad después del HFS, $r = .572$, $p < .01$ (Shepherd, McCunnis, Brown, & Hair, 2010). En dos estudios diferentes, los estudiantes calificaron sentirse nerviosos durante la simulación como un puntaje moderado (3.24 en Kameg, Englert, Howard y Perozzi, 2013; 3.18 en Kameg, Clochesy, Mitchell y Suresky, 2010). Las fuentes de mayor ansiedad de simulación incluyeron la posibilidad de cometer un error (4.04), estar en cámara (3.95), realizar frente a la facultad (3.82) y actuar frente a pares (3.75) (Cato, 2013). Los estudiantes indicaron que ser tapado o visto por otros era una sensación insegura (Ganley y Linnard-Palmer, 2010). Además, un estudio encontró que cuando los estudiantes están llegando al final de la escuela de enfermería, aumentó la ansiedad en torno a la simulación (Cato, 2013). La satisfacción con la simulación fue generalizada. Los estudiantes sugirieron que la simulación disminuyó el nerviosismo clínico

en dos estudios de tipo Likert de 5 puntos, con puntuaciones de 2.97 y 3.52 (Kameg et al., 2010; Kameg et al., 2013, respectivamente). Dos de los métodos utilizaron medidas fisiológicas, y uno utilizó una herramienta de medición STAI. El tamaño de muestra varió de 12 a 56 participantes. Se realizó un estudio en Irán y los otros dos se realizaron en los Estados Unidos. La ansiedad de simulación, operacionalizada como niveles de cortisol estudiantil, fue 3 veces más alta que la ansiedad basal en un programa de enfermera anestésica. Aunque el estrés del departamento operativo clínico fue ligeramente mayor que el valor inicial, no fue un hallazgo significativo (Jones et al., 2011). Otro estudio realizado con estudiantes de enfermería con anestesia midió el estrés mediante la obtención de niveles de alfa-amilasa salival y puntajes STAI. Descubrió un aumento significativo en los niveles de alfa-amilasa ($p = .017$), la frecuencia cardíaca ($p = .003$) y los niveles de ansiedad ($p = .001$) (McKay, Buen, Bohan y Maye, 2010). El estudio experimental final identificó un aumento significativo en el estado ($p = .001$) y el rasgo ($p = .024$), puntaje promedio de ansiedad para el grupo de simulación. Conclusión: El propósito de esta revisión fue revisar críticamente la literatura relacionada con el tipo y la cantidad de estrés que experimentan los estudiantes de enfermería con HFS. Los 17 artículos incluidos en esta revisión apuntan al entorno de HFS como uno que eleva el estrés para los estudiantes. Se anima a los educadores de enfermería a ser conscientes del estrés que las situaciones novedosas pueden presentar a los estudiantes. El elemento agregado de la ansiedad de rendimiento conectado a un evento de simulación puede elevar el estrés que experimentan los estudiantes.

Alharthy, Osama, Almutairi, Alhajri (2017) “Evaluación del Nivel de Ansiedad de los Trabajadores de Salud de Emergencia por el Trastorno de Ansiedad Generalizada en el departamento de Emergencias Pediátricas de Arabia Saudita” Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar y evaluar la gravedad de la ansiedad entre los profesionales de la salud que trabajan en la DE. Métodos: Se utilizó el diseño del estudio transversal. Se utilizó la herramienta de detección de trastorno de ansiedad generalizada (GAD) -7 para evaluar los síntomas de ansiedad. GAD-7 es una herramienta de auto-reporte validada que comprende siete preguntas en las que cada pregunta es clasificada en una escala de 3 puntos. Se recogieron datos demográficos de la muestra del

estudio. La muestra del estudio consta de médicos de emergencia, enfermeras y otros trabajadores de servicios médicos de emergencia. El análisis de datos se realizó utilizando el software SAS versión 9.2. Estadística descriptiva, comparación no paramétrica, y la correlación se realizaron como parte del análisis de datos. Resultados: Los participantes fueron 135 que participaron en este estudio. Aproximadamente el 66% de los participantes eran varones. Cincuenta por ciento de los participantes del estudio tenían una edad comprendida entre 30 y 40 años. La mayoría de los participantes fueron enfermeros (37%) seguidos por médicos (35,6%) y trabajadores de EMS (19%). Años de experiencia en ER fue de más de 3 años en el 80% en los participantes del estudio. Alrededor del 20,7% de los participantes con puntaje moderado es probable que tengan un diagnóstico de ansiedad. Casi el 7.4% de los participantes con grave y están en alto riesgo de tener un desorden de ansiedad. La correlación de Spearman mostró una débil correlación entre el género y la ansiedad puntaje que fue estadísticamente significativa a $P = 0,024$, lo que indica la diferencia de género. Se encontró que el grupo de edad avanzada estaba asociado con una puntuación de ansiedad de GAD mayor de $P = 0,048$. Años de experiencia y nacionalidad no se asociaron con una alta puntuación de ansiedad GAD. La prueba H de Kruskal-Wallis mostró la diferencia estadísticamente significativa en la puntuación de GAD entre los tres profesionales de la salud de emergencia. Conclusión: Los hallazgos más destacados de este estudio requieren intervenciones de promoción de la salud especialmente diseñadas para que los trabajadores de salud de emergencia examinen regularmente los síntomas de estrés y ansiedad y promuevan las mediaciones para reducir el estrés y la ansiedad ocupacional. El objetivo principal de la detección es evitar la progresión del estrés a GAD. Además, el reconocimiento temprano evitará que el TAG se desarrolle en secuencias psicológicas mórbidas como la depresión y la pérdida económica debido a la carga de la enfermedad y para mejorar la calidad de la vida del individuo afectado. Se requieren estudios futuros para incluir el suministro de factores estresantes, además de incluir más marcadores y herramientas para evaluar la ansiedad. El estrés en los médicos de Urgencias se atribuyó al alto flujo de pacientes, a la aglomeración de emergencia y a la gravedad de los casos, y a los horarios de carga de trabajo. Además del estrés laboral, las vidas sociales y

familiares irregulares son componentes importantes del proceso de estrés continuo en estas profesiones.

Quijano (2015). Estudio los niveles de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo – Lima 2013. El Objetivo: Determinar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Identificar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según ítems de los síntomas negativos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Identificar el nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según ítems de los síntomas positivos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se utilizó el método de tipo cuantitativo, la población estuvo conformada por todos los pacientes programados de cirugía de apendicitis en el preoperatorio del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. La muestra fue obtenida mediante el muestreo no probabilístico conformada por 30 pacientes programados para una Apendicectomía durante el mes de mayo del 2013. Los resultados: El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, del 100% (30); 70% (21) refieren que es medio, 17% (05) alto y 13% (04) bajo. Los ítems que son medio están dados porque se sienten algo preocupados, nerviosos y tristes; alto por estar angustiados e inquietos; y bajo debido a que están calmados y seguros. El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según los síntomas negativos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, del 100% (30); 80% (24) refieren que es medio, 13% (04) bajo y 7% (02). Los ítems que son medio están dados porque se sienten algo alterados, preocupados por posibles desgracias futuras, están nerviosos, tristes, aturdidos y sobre excitados. El nivel de ansiedad del paciente en el preoperatorio según los síntomas positivos en el Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, del 100% (30); 50% (15) refieren que es medio, 27% (08) bajo y 23% (07) alto. Los ítems que son medio están dados porque se sienten algo seguros y confortados. Conclusión: El grado de ansiedad según la Escala de Spielberger en pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente fue de grado de ansiedad intermedio”. Existe un grado de ansiedad media según los síntomas negativos con tendencia a alta

durante el preoperatorio, siendo mayor en las mujeres, la identificación de este factor de riesgo permitirá un mejor manejo de la ansiedad para así direccionar la atención del paciente a disminuirlas. La mayoría de los pacientes en el preoperatorio presentan un nivel de ansiedad normal según los síntomas positivos, seguido de leve y moderado, lo cual repercute de manera positiva en su afrontamiento positivo frente a la cirugía y condiciona en su pronta recuperación.

Mejía (2008). “Nivel de ansiedad que presentan los pacientes durante el periodo preoperatorio del Hospital de Chancay en Lima Perú”. Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad de pacientes en el preoperatorio en Lima Perú. Método: La muestra se constituyó de 90 pacientes, siendo la técnica: la encuesta y el instrumento fue la Escala de ansiedad de Spielberg (IDARE). En esta investigación, se usó un diseño de tipo descriptivo, de corte transversal. Resultado: La prevalencia del nivel de ansiedad de la muestra fue de 78% considerándose alta por lo que existe una predisposición a estar ansioso, con reacción al aumento del estrés preoperatorio frente a una situación amenazante por la intervención quirúrgica. Asimismo, la prevalencia de ansiedad en mujeres fue de 56% dentro del nivel medio a alto de ansiedad. Conclusión: Existe un grado de ansiedad media según los síntomas negativos con tendencia a alta durante el preoperatorio, siendo mayor en las mujeres, la identificación de este factor de riesgo permitirá un mejor manejo de la ansiedad para así direccionar la atención del paciente a disminuirlas.

Perales, Chue, Padilla, Barahona. (2011). “Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. Objetivo: Determinar la presencia de Estrés y Ansiedad en los magistrados de Lima. Método: Este estudio se realizó con una muestra conformada por 287 magistrados: 138 fiscales y 149 jueces. Resultado: El estrés general estuvo presente en el 18,5 % de los magistrados, el estrés laboral en 33,7 %, ansiedad en 12,5 % y depresión en 15,0 %. Estas tres condiciones estuvieron presentes en el 6,6 % de los magistrados, y al menos una estuvo presente en el 25,9%. Conclusión: El estrés general estaba asociado con la depresión y ansiedad en el modelo de regresión logística. Un porcentaje significativo de magistrados del Distrito Judicial de Lima presentan

altos niveles de estrés, ansiedad y depresión; un cuarto de los encuestados presentan, al menos, una de estas condiciones.

Fernández Arata. (2001). "Factores de Estrés y tipos de personalidad en docentes de Primaria en Lima Perú". Objetivo: identificar los factores de estrés y tipos de personalidad en los docentes de primaria en Lima Perú. Método: Se aplicó encuestas a 264 maestros de primaria, 51 varones y 213 mujeres. En esta investigación, se usó diseño explicativo ex post facto. Resultado: Los resultados muestran que el 43.2 % de los maestros de primaria encuestados presentaban niveles elevados de burnout. Conclusión: La apreciación de que el trabajo docente en el Perú, por las inadecuadas condiciones laborales, el escaso reconocimiento profesional y social que le otorga la sociedad en su conjunto, así como por las condiciones particularmente duras en las que se suele cumplir la labor docente, es un fuerte generador de estrés.

1.4. Marco conceptual

Alteración. Sobresalto, inquietud. (Pérez J. y Gardey, A., 2011)

Angustia: Temor opresivo sin causa precisa. (misremedios.com, 2012)

Ansiedad: Estado de desasosiego y desesperación constante (en el cual no vives o disfrutas los momentos presentes), producido por temor ante una amenaza o peligro. La ansiedad puede ser normal, ante la presencia de estímulos amenazantes o que suponen riesgo, desafío..., o patológica, que caracteriza a diferentes trastornos psíquicos. (Glosario Psicología, 2018)

Apatía: Dejadez, falta de interés, vigor o energía. (Escuelapedia, 2017)

Aprensión: recelo que alguien siente hacia una persona o cosa, por temor a algún contagio. (WordReference.com, 2018)

Estado de ansiedad (A-State) se refiere a una interpretación individual de una amenaza que provoca una reacción tipo ansiedad. (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003)

Estrés: Cualquier exigencia que produzca un estado de tensión en el individuo y que pida un cambio o adaptación por parte del mismo. (Vera, 2015).

Fase de alarma: Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud, etc.) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante. La aparición de estos síntomas está influida por factores como los parámetros físicos del estímulo ambiental (intensidad del ruido), factores de la persona, el grado de amenaza percibido y otros como el grado de control sobre el estímulo o la presencia de otros estímulos ambientales que influyen sobre la situación. Se caracterizan porque existe un congelamiento o paralización como por ejemplo: la persona no hace nada. Se debe a que se da excitación de la sustancia gris periacueductal del tallo cerebral y algunas manifestaciones faciales o muecas que unidas al congelamiento inicial se denominan estado de shock. En estas manifestaciones participan el V y VII pares craneales. (Selye, 2018)

Fase de resistencia: Nuestro organismo mantiene una activación fisiológica máxima tratando de superar la amenaza o adaptarse a ella, de esta forma el organismo sobrevive. Esta fase puede durar semanas, meses y años; si es muy larga se le considera como estrés crónico. Sin embargo, si el estrés acaba en esta fase, el organismo puede retornar a un estado normal. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a "negociar" la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona. Si finalmente se produce una adaptación, esta no está exenta de costos, por ejemplo disminución de la resistencia general del organismo, disminución del rendimiento de la persona, menor tolerancia a la frustración o presencia de trastornos fisiológicos más o menos permanentes y también de carácter psicosomático. (Selye, 2018)

Fase de agotamiento. Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles. El organismo agota sus recursos y pierde

su capacidad de activación o adaptación. Sobrevienen entonces las enfermedades relacionadas con el estrés como son: insomnio, falta de concentración, abatimiento, fatiga, extenuación, patologías inmunológicas, patologías cardiovasculares, patologías metabólicas y endocrinas, depresión, problemas gastrointestinales, infartos cardiacos, infartos cerebrales, etc. (Selye, 2018).

Nerviosismo: Estado pasajero de excitación nerviosa. (WordReference.com, 2005).

Opresión: Sensación molesta producida por algo que oprime. (Escuelapedia, Opresión, 2017).

Preocupación: Intranquilidad, inquietud o temor que produce alguna cosa. (Wordreference.com, 2005)

Rasgo de ansiedad (A-Trait) es un individuo que es más propenso o propenso a experimentar una reacción tipo ansiedad. (Wordreference.com, 2005)

Taquicardia: Frecuencia del ritmo de las contracciones cardiacas superior a la normal. (Wordreference.com, 2005)

Tensión: Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por determinadas circunstancias o actividades. (Wordreference.com, 2005)

Capítulo II:

El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1. Planteamiento del Problema

2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática

El profesional de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en su ambiente laboral diario se encuentra afectada por agentes estresantes derivados del trabajo, lo que le ocasiona un desequilibrio biopsicoemocional, el cual podría estar afectando en la calidad de atención que brinda al usuario así como también presentan niveles altos de ansiedad debido a que es un Hospital de Emergencias que atiende las 24 horas del día, atención de pacientes de alto grado de gravedad, la acumulación de trabajo y la cantidad de pacientes que ingresan, a veces son más de 3 a lo cual ejercen diversas funciones que generan tensión, taquicardias, sudoración, debido a que todo debe estar listo de forma inmediata. Se puede observar también que los constantes cambios de la jefatura de enfermería y cambios de secuencia y de servicio a los técnicos le generen ansiedad y estrés debido a que son sometidos y obligados a cumplir con lo que disponen sus respectivos jefes. La ansiedad y el estrés se manifiestan debido a que no hay una adecuada estrategia de afronte.

Los estudios sobre la ansiedad señalan que esta se encuentra presente no solo en algunas enfermedades físicas sino también en muchos trastornos mentales. Se encuentra muchos síntomas de ansiedad en los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.), las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.), los trastornos de alimentación (anorexia, bulimia), los trastornos del sueño, los trastornos sexuales, los trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.), los trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.), y en los llamados “trastornos de ansiedad” (Cano-Vindel, 2002).

La ansiedad, cada vez más tiene mayor protagonismo en los servicios de salud, pues según Saiz, Ibáñez y Montes (2001, citados en Segarra, Farriols, Palma, Segura & Castell, 2011), se estima que aproximadamente el 25% de los pacientes presentan ansiedad clínicamente significativa. En cuanto a su definición, Spielberger (s.f., citado en Conde, Orozco, Baeza y Dallos, 2009) la define como un proceso que incluye factores de estrés, amenaza y estados de ansiedad, la cual es desarrollada a través de una secuencia de eventos naturales cognitivos, afectivos, psicológicos y comportamentales, y que este proceso puede ser iniciado tanto por un estímulo estresante externo o interno; este autor identifica dos tipos de ansiedad: ansiedad estado y ansiedad rasgo, y define la primera como las sensaciones subjetivas de tensión experimentadas en un momento particular, y la segunda, como las diferencias individuales que permanecen relativamente estables a través del tiempo.

Se ha postulado que el estrés es fuente de un gran número de enfermedades, tanto de orden psíquico como orgánico. Dentro de este último grupo se encuentra la Hipertensión Arterial, considerada como el enemigo oculto, dadas las implicaciones que el riesgo conlleva, patentado en el resultado de las estadísticas que muestran que un gran porcentaje de los accidentes cardio-cerebrovasculares tienen como víctimas a personas hipertensas. A esto se suma la alta incidencia que los estados de angustia, derivados del estrés, tienen en la Hipertensión Arterial (HTA) (Fernández, 2002).

De acuerdo con una encuesta sobre condiciones de trabajo y la salud realizada en 2012 en América Central, se encontró que más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o deprimidos, o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones por las condiciones de trabajo y el 41.7% presentan ansiedad estado rasgo.

Asimismo, una encuesta de 2009 realizada en Argentina mostró que un 26.7% de los trabajadores reportaron estrés mental debido a lo que ellos consideraron una excesiva carga de trabajo. En Brasil, un estudio que evaluó el ausentismo por accidentes y enfermedades ocupacionales reveló que el 14% de los servicios de salud utilizados por año están relacionados con enfermedades

mentales. Y una encuesta realizada en Chile en el 2011 encontró que el 27.9% de los trabajadores el 13,8% de los empleadores reportaron estrés y depresión.

En nuestro país, según un informe de Silva (2014), para el diario El Comercio, indica que según últimos reportes del Ministerio de Salud (Minsa), el 5,9% de las personas mayores de 18 años padece de algún nivel de angustia por estrés, esto quiere decir que la cantidad es equivalente a casi toda la población del departamento de Ancash, caracterizados en una serie de síntomas físicos y mentales como dolores de cabeza, mal sueño, taquicardias, cansancio crónico e inestabilidad emocional, el cual puede tener un desenlace fatal por que puede desarrollar múltiples patologías, y hasta puede morir por causa de un infarto al corazón o de un accidente cerebrovascular.

Por otro lado, en el Hospital Casimiro Ulloa, es un hospital de Emergencias que fue el resultado de la fusión del antiguo puesto central de la Av. Grau con la asistencia pública de Miraflores. El primero fue inaugurado en julio de 1945 en Lima, mientras que el de Miraflores se inauguró en 1955, en la av. José Larco. El hospital surge como una necesidad ante la creciente demanda de pacientes en la entonces asistencia pública de Lima.

Por otro lado, con respecto al personal, a pesar de que es sabido y reconocido que el trabajo hospitalario es fuente de estrés y carga mental, es difícil contar con instrumentos que permitan prever cuándo una situación de trabajo es susceptible de originar en los trabajadores estados de estrés o fatiga mental.

Cabe mencionar que la complejidad de atención a los pacientes, conjuntamente con el horario de trabajo que son 12 horas. Estando más cerca del paciente en contacto con la enfermedad, sufrimiento y muerte forman una carga mental además de las dificultades diarias unidas a la falta de comunicación entre colegas, horarios, turnos, jornadas nocturnas, etc.

2.1.2. Antecedentes Teóricos

Según las investigaciones que se han podido realizar con relación a la ansiedad y al estrés se puede concluir que: Se muestra evidencia significativa

que hay un alto nivel de ansiedad y estrés cuando existe una carga emocional alta de trabajo en el cual tienen que tratar con pacientes de alto riesgo.

El estrés y la ansiedad han demostrado que afectan el rendimiento de las habilidades no sólo en un entorno clínico, ya que estos se encuentran regularmente a acontecimientos críticos relacionados con el paciente en diversas formas durante la realización de habilidades en pacientes desafiantes y en el reconocimiento de eventos críticos de pacientes. La ansiedad prolongada y no reconocida puede predisponer a una mayor morbilidad psíquica, agotamiento y renunciando a los deberes, así como también las alteraciones del sueño y el estado de ánimo ansioso y deprimido son manifestaciones predominantes de ansiedad. Se debería desarrollarse en entrenamientos de gestión del estrés y dar una la educación de elementos de inteligencia emocional disminuye la ansiedad personal para que puedan desempeñar con eficiencia sus tareas laborales, las enfermeras deben recibir apoyo psicológico y social en forma de cuidados prestados por los compañeros de trabajo, asistir a cursos preparándolos para hacer frente al estrés relacionado con el trabajo y sus propias emociones negativas, aprender los principios de asertividad y estilos de hacer frente a situaciones difíciles. Por lo tanto, serán menos propensos a las reacciones de ansiedad, trastornos mentales y físicos, que sin duda mejorará su salud, satisfacción con el trabajo y la vida personal, y los mantendrá motivados para seguir trabajando en su profesión.

La identificación de las enfermeras con mayor nivel de ansiedad permitiría la iniciación temprana de un tratamiento psicológico preventivo adecuado, que mejoraría la calidad de su vida profesional.

2.1.3. Definición del Problema

Problema Principal

¿En qué medida la Ansiedad estado rasgo se relaciona con el estrés del personal técnico de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?

Problemas Específicos

1. ¿En qué medida el estrés en su dimensión fisiológica, se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
2. ¿En qué medida el estrés en su dimensión psicológica, se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
3. ¿En qué medida el estrés en su dimensión voluntad, se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
4. ¿En qué medida el estrés en su dimensión psicósomática se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
5. ¿En qué medida el estrés en su dimensión relaciones interpersonales se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
6. ¿En qué medida el estrés en su dimensión empatía se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
7. ¿En qué medida el estrés en su dimensión conflictos interpersonales se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
8. ¿En qué medida el estrés en su dimensión trabajo en equipo se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
9. ¿En qué medida el estrés en su dimensión personalidad se relaciona con la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?
10. ¿En qué medida el estrés ponderado total se relaciona con la ansiedad ponderado total en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa?

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1. Finalidad

El presente trabajo se hace con la finalidad de conocer los niveles de ansiedad y estrés, y si es que se demuestra que ambas variables se relacionan poder diseñar planes de intervención para reducir los elementos estresores y por lo tanto eliminar el problema de la ansiedad y diseñar programas de intervención para mejorar la productividad de los técnicos de enfermería en el hospital motivo de estudio

2.2.2. Objetivo General y Específicos

Objetivo General

Determinar la relación del estrés y la ansiedad estado rasgo del personal del personal técnico de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

Objetivos Específicos

1. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión fisiológica y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
2. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión psicológica y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
3. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión voluntad y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
4. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión psicosomática y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
5. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión relaciones interpersonales y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
6. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión empatía y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de

Emergencias José Casimiro Ulloa.

7. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión conflictos interpersonales y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
8. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión trabajo en equipo y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
9. Determinar la relación entre el estrés en su dimensión personalidad y la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
10. Determinar la relación entre el estrés ponderado total y la ansiedad ponderado total en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

2.2.3. Delimitación del estudio

Delimitación Espacial, el trabajo se ha realizado en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa del Ministerio de Salud nivel III A el cual se encuentra ubicado en el Distrito Surquillo ubicado entre las calle Rossevelt cuada 63

Delimitación Temporal, el trabajo ha sido realizado en el periodo 2018-2020 en el primer año se realizó la aprobación del proyecto, en el segundo trabajo de campo y en el tercero la redacción del informe de investigación.

Delimitación Social, el trabajo ha sido realizado en una población de técnicas de enfermería que laboran en los servicios relacionados con emergencia en el Hospital José Casimiro Ulloa la cantidad de 95.

Delimitación Metodológica, para la realización de la presente investigación se ha empleado dos test validados y re-adequados mediante un estudio piloto el primero es el cuestionario Stai modificado realizado por Spielberg para medir la ansiedad estado rasgo y el segundo el cuestionario de autoevaluación de estrés de Cano, ambos aplicados a la población de técnicas de enfermería para la respectiva contrastación de la hipótesis de estudio

La delimitación de estudio se realizó en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, en el periodo de diciembre del 2017 a marzo del 2018, en el personal técnico de enfermería.

El estrés como fenómeno multifactorial constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos (Zaldívar, 1996).

2.2.4. Justificación e importancia del estudio

Justificación Teórica

El presente trabajo cobra importancia debido a que la teorización del estrés normalmente es considerado como un problema individual, el cual no ha sido muy considerado en la literatura como causal de problemas psicológicos mayores como la ansiedad, en este sentido sustentamos una relación de causa efecto entre estas dos variables debido a que la respuesta de una situación ansiosa no es espontanea ni heredada y se considera que el estrés es un factor desencadenante y predisponente a la condición estado rasgo de la ansiedad hasta poder observar posibles agotamientos hasta renuncias o abandono laboral. Es por esta razón que el tema cobra importancia ya que con la investigación se pretende construir una relación lógica, epistémica y teórica para el tema en cuestión.

Justificación Práctica

El problema de investigación es relevante debido a que si se detectan a tiempo los factores estresores y se diagnostica con tiempo la ansiedad estado rasgo, se pueden realizar estrategias de afrontamiento del estrés y así mitigar sus secuelas y por ende las crisis ansiosas. Por otro lado, el diagnosticar oportunamente la ansiedad para poder manejarla y tratarla ayudaría mucho a mejorar la productividad, motivación y desempeño de los trabajadores técnicos de enfermería que compete a este estudio.

Justificación Metodológica,

Para la realización del presente trabajo se idearon varias estrategias

metodológicas sin embargo solamente una fue viable para la realización de un trabajo de campo de calidad en este sentido el diseño correlacional se justifica debido a que todas las técnicas tienen algún grado de ansiedad y todas las técnicas y tienen algún tipo de estrés porque al ser las dos variables de tipo cualitativo y de escala ordinal la correlación como diseño es la prueba pertinente y el diseño adecuado para poder contribuir a la relación de asociación entre estas dos variables que motivan la realización del presente trabajo de investigación.

2.3. Hipótesis y variables

2.3.1. Supuestos teóricos

Generalmente los técnicos de enfermería por su constante relación con los pacientes están sometidas a una recarga traumática que es derivada de una confrontación a veces dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte, en especial en los casos de emergencia. Es por ello que la recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con otros factores que influyen en su vida personal, familiar puede desembocar conductas y respuestas emocionales que los pueden poner en riesgo y generar implicaciones en su capacidad para brindar una adecuada atención sanitaria sobre su bienestar emocional y su vida propia. (Alharthy, Osama, Almutairi, Alhajri, 2017)

El estrés es la defensa natural del cuerpo contra los peligros. Ayuda al cuerpo para evadir o enfrentar el peligro. Esto se conoce como el mecanismo de "luchar o huir". Cuando nos enfrentamos a un desafío, parte de nuestra respuesta es física. El cuerpo activa los recursos para su protección y prepararlos para permanecer y luchar o alejarse lo más rápido posible.

El cuerpo produce grandes cantidades de los químicos como cortisol, adrenalina y noradrenalina. Estos desencadenan un aumento del ritmo cardíaco, una mayor preparación muscular, sudoración y estado de alerta. Todos estos factores mejoran la capacidad de responder a una situación peligrosa o desafiante. (Nordqvist, 2017).

2.3.2. Hipótesis Principal y Específicos

Hipótesis General

A mayor ansiedad mayor será el estrés de los técnicos de enfermería del hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Hipótesis Específicas

1. A mayor estrés en su dimensión fisiológica, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
2. A mayor estrés en su dimensión psicológica, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
3. A mayor estrés en su dimensión voluntad, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
4. A mayor estrés en su dimensión psicosomática, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
5. A mayor estrés en su dimensión relaciones interpersonales, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
6. A mayor estrés en su dimensión empatía, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
7. A mayor estrés en su dimensión conflictos interpersonales, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
8. A mayor estrés en su dimensión trabajo en equipo, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.
9. A mayor estrés en su dimensión personalidad, mayor será la ansiedad estado rasgo en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

10. A mayor estrés ponderado total, mayor será la ansiedad ponderado total en los técnicos de enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa

2.3.3. Variables e Indicadores

Variable Independiente	Estrés
Variable dependiente	Ansiedad Estado Rasgo

VARIABLES

Definición Conceptual:

A. ESTRÉS

La definición del estrés que propone la psicología es: el estrés es la respuesta del sistema nervioso a un acontecimiento o a una situación que se percibe como una amenaza. Esta respuesta se conoce informalmente como mecanismo de lucha o huida, ya que las hormonas que el organismo secreta al sentir miedo (como la adrenalina) proporciona al cuerpo la potencia física para enfrentarse al peligro o huir de él. (Ortega, 1999).

B. ANSIEDAD ESTADO RASGO

Spielberger (1972) indica que la Teoría de la Ansiedad Rasgo-Estado proporciona un marco, y además señala posibles interrelaciones entre variables. La teoría también explica la diferencia entre A-Trait (rasgo de ansiedad) y A-State (estado de ansiedad). A-Trait (rasgo de ansiedad) se refiere principalmente a la propensión de un individuo a tener ansiedad o predisponer a alguien a experimentar niveles crecientes de ansiedad.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ESTRÉS

Variable Independiente **ESTRÉS**

Variable	Tipo	Escala	Dimensión ponderada	Fuente de Verificación	Código
Estrés					
1. Estrés – Psicosomático	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Medio ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3
1.1 Estrés Fisiológico	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Medio ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3
1.2 Estrés psicológico	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin estrés psicológico ▪ Con estrés psicológico 	Test de Evaluación Psicológica	1 2
1.3 Voluntad	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin estrés en la voluntad ▪ Con estrés en la voluntad 	Test de Evaluación Psicológica	1 2
2. Relaciones interpersonales	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Medio ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3
2.1 Empatía	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Medio ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3
2.2 Conflictos Interpersonales	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Medio ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3
2.3 Trabajo en equipo	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Medio ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3
3. Personalidad	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mínimo ▪ Regular ▪ Máximo 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3

Variable Dependiente **ANSIEDAD**

Variable	Tipo	Escala	Dimensión Ponderada	Fuente de Verificación	Código
ANSIEDAD					
ANSIEDAD ESTADO	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Regular ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3
ANSIEDAD RASGO	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bajo ▪ Regular ▪ Alto 	Test de Evaluación Psicológica	1 2 3

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE ESTRÉS

- 0 = Ausencia Total de la dimensión**
1 = Presencia Parcial de la dimensión
2 = Presencia Media de la dimensión
3 = Presencia Total de la dimensión

1. Estrés en la dimensión psicosomática

N°	Dimensión 1: Estrés - Psicosomático Síntomas	Indicadores			
		Nunca	Casi Nunca	Frecuente mente	Casi Siempre
33	Sufro de dolores de cabeza constantemente durante el trabajo	0	1	2	3
33b	Sufro de dolores de cabeza constantemente después del trabajo	0	1	2	3
37	Tengo molestia en la zona lumbar cuando realizo procedimientos complicados como jalar la camilla hacia otro servicio	0	1	2	3
38	Tengo taquicardias cuando trabajo sola y no hay personal	0	1	2	3
39	Tengo alergias después de hacer uso de los guantes quirúrgicos	3	2	1	0
40	Tengo sensaciones de ahogo cuando asisto a pacientes con alta gravedad	0	1	2	3
41	Se me agarrotan los músculos del cuello y de la espalda después de una guardia pesada	0	1	2	3
42	Tengo tensión si mi jefe me llama la atención	0	1	2	3
43	Recuerdo los procedimientos que debo realizar ante una emergencia	3	2	1	0
44	Como normal así haya tenido un día complicado	0	1	2	3
45	Me siento cansado y sin energía tras una guardia seguida de día y de noche	0	1	2	3
46	Sufro de insomnio al pensar como estará la guardia de noche	0	1	2	3
	TOTAL				

Ponderación de la subvariable estrés en la dimensión de Estrés – Psicosomático

Puntuación	Características
0 – 12	Bajo Nivel de Estrés en la Dimensión Psicosomática
13 – 24	Mediano Nivel de Estrés en la Dimensión Psicosomática
25 – 36	Alto Nivel de Estrés en la Dimensión Psicosomática

Variable psicosomática codificada

sufro33 + dolortrab33a + tengo37 + tengo38 + tengo39 + tengo40 + agarrotan41 +
 tension42 + recuerdo43 + como44 + cansado45

1.1 Estrés Fisiológico

Ponderación de la sub variable de segundo orden estrés fisiológico	
33 (a) 37 38 39 40 41 42	
0 – 8	Bajo Nivel de Estrés Fisiológico
9-16	Mediano Nivel de Estrés Fisiológico
17 – 24	Alto Nivel de Estrés Fisiológico

Variable estrés fisiológico Codificado

(sufro33 + dolortrab33a + tengo37 + tengo38 + tengo39 + tengo40 + agarrotan41 + tension42)

1.2. Estrés Psicológico

Ponderación de la sub variable de segundo orden estrés psicológico	
43 y 46	
0 – 3	Sin Estrés Psicológico
4-6	Con Estrés Psicológico

Variable estrés psicológico codificado

recuerdo43 + sufro46

1.3. Voluntad

Ponderación de la sub variable de segundo orden estrés en la voluntad	
44 – 45	
0 – 3	Sin Estrés en la voluntad
4- 6	Con Estrés en la voluntad

Variable voluntad codificada

como44 + cansado45

2. Estrés en la dimensión Relaciones Interpersonales

	Relaciones Interpersonales	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi Siempre
65	Me siento bien siendo amable y cortés con los pacientes	3	2	1	0
	Disfruto siendo amable y cortés con mis compañeros técnicos	3	2	1	0

	Disfruto siendo amable y cortés con el personal de enfermería	3	2	1	0
	Disfruto siendo amable y cortés con el personal médico	3	2	1	0
66	Suelo confiar en los demás técnicos que laboran conmigo	3	2	1	0
	Suelo confiar en el personal de enfermería que laboran conmigo	3	2	1	0
	Suelo confiar en el personal médico que laboran conmigo	3	2	1	0
67	Me siento molesto cuando mis planes dependen de mis otros colegas de trabajo	0	1	2	3
	Me siento molesto cuando mis planes dependen de las enfermeras	0	1	2	3
68	Me afectan mucho las discusiones con los pacientes	0	1	2	3
	Me afectan mucho las discusiones con los colegas técnicos	0	1	2	3
	Me afectan mucho las discusiones con las enfermeras	0	1	2	3
	Me afectan mucho las discusiones con los médicos	0	1	2	3
69	Tengo amigos, compañeros de trabajo dispuestos a escucharme	3	2	1	0
71	Me importa mucho la opinión que otros tengan de mí	0	1	2	3
72	Deseo hacer las actividades laborales mejor que los demás técnicos	0	1	2	3
	Logro realizar las actividades laborales mejor que los demás técnicos	3	2	1	0
74	Tengo la paciencia de escuchar los problemas de mis demás compañeros de trabajo	3	2	1	0
77	Al discutir con alguien me doy cuenta de que pronto empiezo a levantar la voz cuando tengo mucho trabajo	0	1	2	3
78	Siento envidia que mis demás compañeros tengan una guardia sin muchos pacientes	0	1	2	3
79	Cuando discuto con mis compañeros pienso en lo que voy a decir mientras el otro habla	0	1	2	3
80	Me pongo nervioso cuando me dan órdenes	0	1	2	3
	TOTAL RELACIONES INTERPERSONALES				

Variable relaciones interpersonales codificada

siamable65 + ambcor65a + amperenf65b + acpersmed65c + conftec66 + confpenf66a + persmed66b + molest67 + depdeenf67a + afectapac68 + afctccoleg68a + afctenf68b + discmed68c + tengamig69 + meimporta71 + deseo72 + logro72a + paciencia74 + lenvantar77 + senvidia78 + discuto79 + nervioso80

Ponderación de la subvariable estrés en la dimensión de relaciones interpersonales

Puntuación	Características
0 – 22	Bajo Nivel de Estrés en la Dimensión de Relaciones Interpersonales

23 – 44	Mediano Nivel de Estrés en la Dimensión de Relaciones Interpersonales
45 – 66	Alto Nivel de Estrés en la Dimensión de Relaciones Interpersonales

2.1. Estrés en la dimensión de Empatía

Ponderación de la sub variable de segundo orden estrés en empatía	
65 (a) (b) (c) -66(a) (b) - 69 74	
0 – 9	Bajo Nivel de Estrés en Empatía
10-18	Mediano Nivel de Estrés en Empatía
19 – 27	Alto Nivel de Estrés en Empatía

Variable empatía codificada

emp2=siamable65 + ambcor65a +amperenf65b + acpersmed65c + conftec66 + confpenf66a + persmed66b +tengamig69 + paciencia74.

2.2. Estrés en la dimensión de Empatía

Ponderación de la sub variable de segundo orden estrés en Conflictos Interpersonales	
67 (a) – 68 (a) (b) (c) -71 -77 -78	
0 – 9	Bajo Nivel de Estrés en Conflictos Interpersonales
10- 18	Mediano Nivel de Estrés en Conflictos Interpersonales
19 – 27	Alto Nivel de Estrés en Conflictos Interpersonales

Variable conflictos interpersonales codificada

conflict2=molest67 + depdeenf67a + afectapac68 + afctccoleg68a + afctenf68b + discmed68c + meimporta71 + lenvantar77 + senvidia78.

2.3. Estrés en la dimensión de Trabajo en equipo

Ponderación de la sub variable de segundo orden estrés en Trabajo en Equipo	
72 - 72(a)– 79 -80	
0 – 4	Bajo Nivel de Estrés de Trabajo de Equipo

5- 8	Mediano Nivel de Estrés en Trabajo de Equipo
9 – 12	Alto Nivel de Estrés en Trabajo de Equipo

Variable trabajo en equipo codificada

deseo72 + logro72a + discuto79 + nervioso80

3. Estrés en la dimensión de Personalidad

N°	PERSONALIDAD	Nunca	Casi Nunca	Frecuente -mente	Casi Siempre
81	Me siento generalmente satisfecho de mi vida profesional en el trabajo que realizo	3	2	1	0
82	Me gusta hablar bien de mis compañeros técnicos a pesar que no se lo merezcan por no realizar bien su trabajo	3	2	1	0
84	Cuando hay cola en una ventanilla o central de esterilización se marcha	0	1	2	3
85	Suelo ser generoso / a conmigo a la hora de programar mis actividades.	3	2	1	0
86	Tengo confianza en el futuro en el hospital	3	2	1	0
87	Debido a que no me gusta mi centro de trabajo tiendo a pensar en lo peor	0	1	2	3
88	Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible	0	1	2	3
89	Tengo buen sentido del aceptación a las bromas de mis compañeros	3	2	1	0
90	Me agrada mi manera de ser	3	2	1	0
91	Me pone nervioso si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad de mi trabajo.	0	1	2	3
92	Soy perfeccionista en las cosas que hago en mi trabajo	0	1	2	3
93	Pienso en aquellos pacientes que ingresan a la emergencia sin tener seguro sis	0	1	2	3
95	Me aburro pronto de la vacaciones y quiero volver a la actividad productiva en el trabajo	0	1	2	3
96	Tengo miedo que algún día pueda contraer alguna enfermedad por mi trabajo en el hospital (VIH sida, tuberculosis, artritis y otras)	0	1	2	3
	Total Personalidad				

Ponderación de la subvariable estrés en la dimensión de personalidad

Ponderación de la sub variable de segundo orden estrés en Personalidad	
81-82-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-95-96	
0 – 14	Mínimo Nivel de Estrés de de Personalidad
15- 28	Regular Nivel de Estrés en de Personalidad

29 – 42	Máximo Nivel de Estrés en de Personalidad
---------	---

Variable personalidad codificada

satisvida81 + hablar82 + cola84 + gener85 + confianza86 + nomegusta87 + cosas88 + sentidoacep89 + manera90 + nervtrab91 + perfecc92 + pac93 + aburro95 + miedoenf96

Ponderación Total Estrés

Puntuación	Características
0 – 48	Bajo Nivel de Estrés
49 – 96	Regular Nivel de Estrés
97 – 144	Alto Nivel de Estrés

Variable estrés total codificada

sufro33 + dolortrab33a + tengo37 + tengo38 + tengo39 + tengo40 + agarrotan41 + tension42 + recuerdo43 + como44 + cansado45 + sufro46 + siamable65 + ambcor65a + amperenf65b + acpersmed65c + conftec66 + confpenf66a + persmed66b + molest67 + depdeenf67a + afectapac68 + afctccoleg68a + afctenf68b + discmed68c + tengamig69 + meimporta71 + deseo72 + logro72a + paciencia74 + lenvantar77 + senvidia78 + discuto79 + nervioso80 + satisvida81 + hablar82 + cola84 + gener85 + confianza86 + nomegusta87 + cosas88 + sentidoacep89 + manera90 + nervtrab91 + perfecc92 + pac93 + aburro95 + miedoenf96

VARIABLE DEPENDIENTE ANSIEDAD

- 0 = Ausencia Total de la dimensión**
- 1 = Presencia Parcial de la dimensión**
- 2 = Presencia Media de la dimensión**
- 3 = Presencia Total de la dimensión**

2. Ansiedad Estado

Ansiedad Estado	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado cuando llega una emergencia tras otra mientras estoy atendiendo a un paciente	0	1	2	3
Me siento calmado ante la llamada del jefe de equipo cuando el lo requiere	0	1	2	3
Me siento calmado cuando la enfermera de turno me pide el reporte.	0	1	2	3
Me siento calmado al tener que llamar a los familiares para entregar la receta solicitada por el medico	0	1	2	3
Me siento calmado al terminar mi guardia y entregar mi reporte	0	1	2	3
2. Me siento seguro de mi desempeño como técnica de enfermería	0	1	2	3
Me siento seguro de mi experiencia laboral en cada turno de trabajo	0	1	2	3

Me siento seguro cuando asisto a un paciente que requiere de mucho cuidado para ser atendido	0	1	2	3
3. Me muestro tenso al estar siempre pendiente de las cosas que la enfermera debe realizar	3	2	1	0
Me muestro tenso al tener que avisar a los familiares del estado del paciente	3	2	1	0
Me muestro tenso cuando veo la hora de entregar mi reporte y aún faltan cosas por hacer.	3	2	1	0
Me muestro tenso cuando llega una clave y el paciente se encuentra desestabilizado.	3	2	1	0
Me siento tenso cuando la supervisora me llama para hablar de los pendientes en el servicio	3	2	1	0
4. Me siento contrariado por los problemas que existen en el trabajo.	3	2	1	0
Me siento contrariado por el trato de la supervisora de turno	3	2	1	0
Me siento contrariado cuando el cansancio me agota y no realizo mis actividades con regularidad	3	2	1	0
5.Me siento cómodo (estoy a gusto) con lo que hago en mi Trabajo	0	1	2	3
Me siento cómodo con asistir de forma inmediata al médico de guardia	0	1	2	3
Me siento cómodo al tener que cambiar la vía central del paciente	0	1	2	3
6. Me siento alterado cuando no puedo terminar a tiempo mis actividades en el trabajo	3	2	1	0
Me siento alterado cuando hay pendientes que regularizar	3	2	1	0
Me siento alterado cuando no encuentro al médico de guardia para vea la evolución del paciente	3	2	1	0
7. Me siento preocupado cuando al hacer el conteo de los materiales me doy cuenta que faltan.	3	2	1	0
Me siento preocupado cuando veo que mi compañero presta un medicamento y no se preocupa por devolverlo	3	2	1	0
Me siento preocupado cuando hay supervisión en mi servicio	3	2	1	0
8. Me siento descansado, en lo que hago	0	1	2	3
9. Me siento angustiado cuando no termino de realizar mis labores como por ejemplo: limpiar lo usado, ordenar fundas de mesa de mayo	3	2	1	0
Me siento angustiado al estar pendiente de las cosas que la enfermera debe realizar y no los hace	3	2	1	0
Me siento angustiado al tener que avisar a los familiares del estado crítico del paciente	3	2	1	0
Me siento angustiado cuando veo que la hora me gana y debo de entregar mi reporte y no he terminado con mis funciones	3	2	1	0
Me siento angustiado cuando llega una clave y el paciente se encuentra en mal estado de salud	3	2	1	0
Me siento angustiado cuando la supervisora me llama para ir a cubrir otro servicio por falta de personal.	3	2	1	0
10. Me siento confortable con las actividades de llevar ropa a la lavandería	0	1	2	3
Me siento confortable ante la llamada del jefe de equipo cuando el lo requiere	0	1	2	3
Me siento confortable cuando la enfermera de turno me pide el reporte.	0	1	2	3
Me siento confortable al tener que llamar a los familiares para entregar la receta solicitada por el medico	0	1	2	3
Me siento confortable al terminar mi guardia y entregar mi reporte	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo al ayudar al médico asistente	0	1	2	3

Tengo confianza en mi mismo en que podré realizar mi función aunque trabaje sola.	0	1	2	3
Tengo confianza en mi mismo si me mandan a otro servicio por cambio de turno	0	1	2	3
12. Me siento nervioso cuando veo sangre en los pacientes	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando veo que el paciente no logra estabilizarse a pesar de atenderlo de forma inmediata	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando veo que el paciente que entra es joven y lo relaciono con algún miembro de mi familia.	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando llega mi hora de salida y no llegan a relevarme.	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando no tengo a tiempo los materiales a utilizar para atender al paciente	3	2	1	0
13. Me muestro inquieto cuando en mi guardia no me salen las cosas como las tengo planeadas	3	2	1	0
Me muestro inquieto cuando tengo que avisar a los familiares del estado del paciente.				
Me muestro inquieto cuando veo la hora de entregar mi reporte y ya es mi hora de salida	3	2	1	0
Me muestro inquieto cuando llega una clave y el paciente es joven	3	2	1	0
Me muestro inquieto cuando la supervisora llega a mi servicio a supervisarme.	3	2	1	0
14. Me siento presionado cuando me mandan a realizar varios procedimientos a la vez	3	2	1	0
Me siento presionado cuando trabajo sola con la enfermera	3	2	1	0
Me siento presionado cuando mi compañera llega tarde a relevarme de mi guardia	3	2	1	0
15. Estoy relajado cuando estoy ayudando al médico a realizar procedimiento.	0	1	2	3
Estoy relajado cuando hay pocos pacientes en mi servicio	0	1	2	3
Estoy relajado cuando tengo que ir a dejar la orden de laboratorio mientras hay otro paciente en mi servicio	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho con lo que hago a diario en mi trabajo	0	1	2	3
Me siento satisfecho cuando dejo mi servicio tranquilo sin pacientes	0	1	2	3
Me siento satisfecho cuando dejo en orden mi servicio para la siguiente guardia.	0	1	2	3
17. Me siento pensativo cuando al momento del conteo del equipo de venoclisis está incompleto.	3	2	1	0
Me siento pensativo cuando tengo que preparar al paciente para ser pasado a sala de operaciones	3	2	1	0
Me siento pensativo cuando a mi servicio llega un conocido o amistad o familiar y está grave	3	2	1	0
18. Me siento aturdido y sobreexcitado cuando veo que la hora me gana y tengo que entregar mi turno	3	2	1	0
Me siento aturdido y sobreexcitado cuando el médico me pide que lo asista.	3	2	1	0
Me siento aturdido y sobreexcitado cuando llego a mi servicio y encuentro desorden	3	2	1	0
19. Me siento alegre cuando termino todo a mi hora y entrego reporte de turno.	0	1	2	3
Me siento alegre cuando llego a mi servicio y hay pocos pacientes	0	1	2	3
Me siento alegre cuando veo al paciente que ya se está estabilizando.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien con lo que estoy haciendo en mi trabajo.	0	1	2	3

Ponderación de la subvariable Ansiedad -Estado

Puntuación	Características
0 – 69	Bajo Nivel de Ansiedad - Estado
70 – 138	Regular Nivel de Ansiedad - Estado
139 – 207	Alto Nivel de Ansiedad - Estado

Ponderación codificada Variable ansiedad estado

calmado1 + jefeequipo1a + enferturno1b + familiares1c + guardia1d + segurodes2 + experiencia2a + paciente2b + tensoenf3 + tenfamilia3a + tensoreporte3b + tensoclave3c + tensosuper3d + contraprob4 + contrasup4a + cansancio4b + comodotrab5 + comaistir5a + comodvia5b + altertrabajo6 + alteradpend6a + altermed6b + preocmat7 + preocomp7a + preosup7b + descansado8 + angustiacosa9 + angenferm9a + estcrit9b + entregrep9c + clave9d + angussupe9e + confortlavand10 + confortjefe10a + confortenftur10b + confortrecet10c + termguardia10d + confmedico11 + conffuncion11a + confserv11b + nervpac12 + estabilizarse12a + pacjoven12b + horasalida12c + materiales12d + inquietguar13 + inqfamilia13a + inqpaciente13b + claveinq13c + inqsuperv13d + presio14 + pretrabajo14a + presguardia14b + relajmed15 + relajpac15a + relajlabor15b + satisftrab16 + satisfpac16a + satisfguardia16b + pensequip17 + penspac17a + pensamist17b + aturd18 + aturdmed18a + aturdserv18b + alegre19 + alegreserv19a + alegrepac19b + bienhac20

2. Ansiedad Rasgo

Ansiedad Rasgo	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado cuando mi servicio está tranquilo.	0	1	2	3
Me siento calmado a pesar de que hay una emergencia o crisis en el servicio.	0	1	2	3
Me siento calmado al recibir instrucciones de mi supervisora de turno.	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente en el trabajo si hay muchos pacientes a la vez	3	2	1	0
Me canso rápidamente en el trabajo con pocos pacientes	0	1	2	3
Me canso rápidamente en el trabajo a pesar de ser un día tranquilo.	3	2	1	0
3. Siento ganas de llorar en el trabajo.	3	2	1	0
Siento ganas de llorar en el trabajo cuando hay muchos pacientes a la vez	3	2	1	0
Siento ganas de llorar en el trabajo a pesar de ser un día tranquilo.	3	2	1	0
4. Me gustaría ser tan feliz como otros en lo laboral.	3	2	1	0
Me gustaría ser tan feliz como otros con mi salario	3	2	1	0
Me gustaría ser tan feliz como otros con mis funciones	3	2	1	0
Me gustaría ser tan feliz como otros con mi centro de trabajo.	3	2	1	0
5. Pierdo oportunidades de trabajo por no decidirme pronto	3	2	1	0
6. Me siento descansado cuando no hay pacientes.	0	1	2	3
Me siento descansado cuando llega una emergencia.	0	1	2	3

Me siento descansado al recibir instrucciones del jefe de equipo.	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, cuando estoy trabajando en mi servicio.	0	1	2	3
Soy una persona sosegada cuando estoy trabajando en mi servicio.	0	1	2	3
Soy una persona serena cuando estoy trabajando.	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo resolverlos en el trabajo	3	2	1	0
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia como por ejemplo: que piensan de mí, como técnico	3	2	1	0
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia como por ejemplo: que estoy haciendo mal mi trabajo con el paciente	3	2	1	0
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia como por ejemplo: los reportes e informes.	3	2	1	0
10. Soy feliz con lo que hago en mi trabajo cuando no hay pacientes.	0	1	2	3
Soy feliz cuando llega una emergencia	0	1	2	3
Soy feliz cuando recibo instrucciones de la enfermera con la que trabajo.	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente, no permitiéndome errores	3	2	1	0
12. Me falta confianza en mí mismo cuando estoy atendiendo a un paciente delicado de salud	3	2	1	0
13. Me siento seguro cuando llegan emergencias graves	0	1	2	3
Me siento seguro cuando llegan múltiples emergencias	0	1	2	3
Me siento seguro al hacer mis labores ante las supervisiones	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades con respecto a mi trabajo y en casa	3	2	1	0
15. Me siento triste (melancólico) cuando no asisto	3	2	1	0
16. Estoy satisfecho con mi trabajo cuando no hay pacientes	0	1	2	3
Estoy satisfecho con mi trabajo cuando llega una emergencia	0	1	2	3
Estoy satisfecho cuando me supervisan	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia como por ejemplo, mi supervisora me tiene cólera	3	2	1	0
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos y estoy pensando siempre en ellos	3	2	1	0
19. Soy una persona estable, que se adecúa a cualquier tipo de problema que se presente en mi trabajo.	0	1	2	3
Soy una persona estable, que puede trabajar en cualquier servicio cuando la supervisora me cambie de mi servicio y de secuencia	0	1	2	3
Soy una persona estable, que puede trabajar con compañeras nuevas que inician su labor de técnicas	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado como por ejemplo: me sudan las manos, corro, tengo taquicardia	3	2	1	0

Ponderación de la subvariable ansiedad -rasgo

Puntuación	Características
0 – 43	Bajo Nivel de Ansiedad – Rasgo
44 – 86	Regular Nivel de Ansiedad - Rasgo
87 – 129	Alto Nivel de Ansiedad - Rasgo

Variable ansiedad rasgo codificada

calmserv1 + emerg1a + instsup1b + trabajo2 + trabajopac2a + cansotran2b + ganllor3 + gantrab3a + gantranq3b + felizlab4 + felizsalar4a + felizfunci4b + centtrab4c + pierdotrab5 + desc6 + descemer6a + desjefe6b + tranqserv7 + soseg7a + serena7b + dif8 + piensa9 + mal9a + eporte9b + feliztrab10 + felizemerg10a + felizenfer10b + tomar11 + faltaconf12 + seguro13 + seguroemer13a + seglab13b + afrontdif14 + triste15 + satis16 + satistrab16a + satissup16b + penimp17 + desengaño18 + estable19 + estserv19a + compañera19b + asuntos20

Ponderación total de ansiedad estado rasgo

Puntuación	Características
0 – 112	Bajo Nivel de Ansiedad
113 – 224	Regular Nivel de Ansiedad
225 – 336	Alto Nivel de Ansiedad

Variable ansiedad estado rasgo codificada

calmado1 + jefeequipo1a + enfterno1b + familiares1c + guardia1d + segurodes2 + experiencia2a + paciente2b + tensoenf3 + tenfamilia3a + tensoreporte3b + tensoclave3c + tensosuper3d + contraprob4 + contrasup4a + cansancio4b + comodotrab5 + comaistir5a + comodvia5b + altertrabajo6 + alteradpend6a + altermed6b + preocmat7 + preocomp7a + preosup7b + descansado8 + angustiacosa9 + angenferm9a + estcrit9b + entregrep9c + clave9d + angussupe9e + confortlavand10 + confortjefe10a + confortenftur10b + confortrecet10c + termguardia10d + confmedico11 + conffuncion11a + confserv11b + nervpac12 + estabilizarse12a + pacjoven12b + horasalida12c + materiales12d + inquietguar13 + inqfamilia13a + inqpaciente13b + claveinq13c + inqsuperv13d + presio14 + pretrabajo14a + presguardia14b + relajmed15 + relajpac15a + relajlabor15b + satisftrab16 + satisfpac16a + satisfguardia16b + pensequip17 + penspac17a + pensamist17b + aturd18 + aturdmed18a + aturdserv18b + alegre19 + alegreserv19a + alegrepac19b + bienhac20 + calmserv1 + emerg1a + instsup1b + trabajo2 + trabajopac2a + cansotran2b + ganllor3 + gantrab3a + gantranq3b + felizlab4 + felizsalar4a + felizfunci4b + centtrab4c + pierdotrab5 + desc6 + descemer6a + desjefe6b + tranqserv7 + soseg7a + serena7b + dif8 + piensa9 + mal9a + eporte9b + feliztrab10 + felizemerg10a + felizenfer10b + tomar11 + faltaconf12 + seguro13 + seguroemer13a + seglab13b + afrontdif14 + triste15 + satis16 + satistrab16a + satissup16b + penimp17 + desengaño18 + estable19 + estserv19a + compañera19b + asuntos20

Capítulo III:

Método, Técnica e Instrumentos

3.1. Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por técnicos de enfermería que trabajan en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa con una totalidad de 95 técnicos de enfermería que cumplen con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación y que además trabajan en todo el proceso completo de trauma shock desde la emergencia, área quirúrgica, posquirúrgica, hospitalización, apoyo en servicios de exámenes auxiliares y complementarios.

Criterios de inclusión

- Técnicos de enfermería con mínimo 10 años de servicio.
- Técnicos con contrato a plazo fijo o nombrados.
- Técnicos que gocen de buena salud física y mental.
- Técnicos con más de 3 años laborando en el lugar de estudio.

Criterios de exclusión

- Técnicos con más de 2 centros laborales.
- Técnicos que trabajen por más de 80 horas semanales.
- Técnicos con procesos administrativos o legales.
- Técnicos destacadas o transferidas temporalmente.

Criterio de eliminación

- Técnicos con sentencia de prisión suspendida.
- Técnicos con ACV o con problemas psiquiátricos diagnosticados.
- Técnicos con problemas de adicción.
- Técnicos con enfermedades crónicas y o degenerativas.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Como criterio de selección del tamaño de la muestra se empleó la fórmula de proporciones con una sola población finita que tuvo como objetivo aplicarse para el

diseño correlacional en el cual el valor de P fue de 20.7% el cual fue sacado del estudio de Alharthy, Osama, Almutairi, Alhajri (2017), este valor se introdujo en la tabla informatizada en línea del programa open epi que pertenece a la CDC (Central Control Disease) de Atlanta – USA en cooperación con la OMS (Organización Mundial de la Salud) basadas en el libro Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15 y Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita f_{cp})(N):	95
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	20.7%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	70
80%	51
90%	63
97%	73
99%	79
99.9%	84
99.99%	87

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Muestreo

Muestreo Probabilístico. Se trató de un **MUESTREO ALEATORIO SIMPLE “MAS”** que se realiza cuando se conoce la relación de los integrantes de la población, es decir los técnicos de enfermería, en el cual se distribuyó a la población en un sistema de sorteo y al azar donde se seleccionan los integrantes de la muestra.

3.2. Diseño a utilizar en el estudio

Explicativo Longitudinal de una sola población

Diseño correlacional

Tuvo por finalidad demostrar la relación entre dos variables, la primera los niveles de estrés y la segunda ansiedad estado rasgo ya que ambas variables se encuentran en alguna magnitud en las unidades de muestreo podemos realizar por ende un diseño correlacional causal.

Tipo de estudio

De acuerdo a la Orientación

Aplicada, porque la investigación está orientada a lograr un nuevo conocimiento con el fin de solucionar los problemas de estrés y por ende reducir niveles de ansiedad.

De acuerdo a la técnica de Contrastación

Explicativa, porque permitió el análisis de la relación de dos variables, tenemos la variable dependiente que es ansiedad y la variable independiente.

De acuerdo a la Direccionalidad

Retrospectivo, porque presentó un efecto en el presente y se busca la causa en el pasado, es decir se buscó que fue lo que activó al estrés para producir la ansiedad en los técnicos de enfermería.

De acuerdo a la Fuente de Recolección de Datos

Prolectiva, porque la información se recogió de acuerdo a los criterios del investigador, con un instrumento adaptado y validado (fuente primaria).

De acuerdo con la Evolución del Fenómeno

Estudio Longitudinal, se va a medir en dos espacios de tiempo las variables involucradas.

De acuerdo con la Comparación de las Poblaciones

El trabajo se realizó en una sola población, debido a que ambas variables se encuentran en cada unidad de análisis por lo que no se requiere de grupo control.

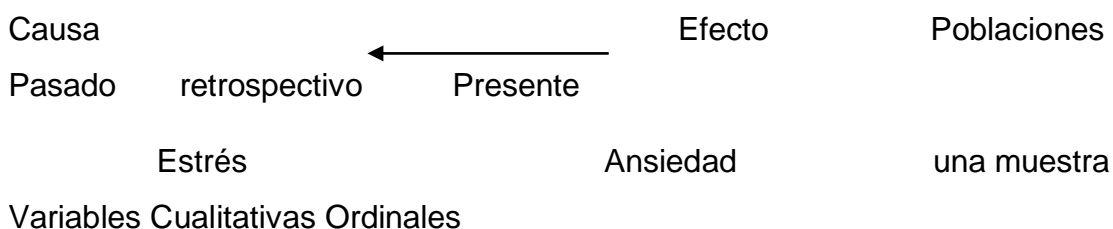
Diseño Correlacional Causal

En qué medida el estrés se relaciona con la ansiedad del personal técnico de enfermería del hospital H.E.J.C.U

Causa: Estrés “pasado”

Efecto: Ansiedad “presente”

Una sola población:



3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Método de Recolección:

Encuesta porque se trabajó con la muestra, para ello se hizo un sistema de sorteo y al azar a los técnicos de enfermería que son 70, los cuales se conoce su identidad. Para ello se irá al hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa.

Técnica: La técnica que se utilizó la Autoaplicación del cuestionario, el cual se le entregó a los técnicos de enfermería el test de ansiedad así como el test de evaluación del estrés y se esperó durante 15 minutos su llenado correcto y completo de cada uno de los ítems consignados en los instrumentos de recolección de datos. Una vez recogido los instrumentos se realizó un screening rápido con preguntas clave, lo cual permitió el control de calidad del llenado de los instrumentos.

Instrumentos

El instrumento de recolección de datos es de naturaleza Semiestructurado porque hay preguntas para llenar y marcar. El instrumento cuenta de dos partes: La primera parte evalúa el estrés y el instrumento se descompone en cuatro dimensiones la primera que corresponde de la pregunta corresponde a

la dimensión psicosomática, consta de 11 preguntas, de las cuales 8 son del estrés fisiológico, 2 de estrés psicológico, 2 de voluntad; con respecto a la dimensión relaciones interpersonales son 22 preguntas, la dimensión de empatía 9 ítems, los conflictos interpersonales fueron 9 ítems, 4 de trabajo en equipo, 14 correspondieron a personalidad, de las cuales se adecuaron, formularon y redactaron en función del ajuste de la prueba piloto. Respecto a la evaluación de la ansiedad se elaboraron varias según preguntas Spielberg – Valladolid realizaron 69 preguntas para la ansiedad estado y 43 para rasgo.

3.4. Procesamiento de datos

Representación: Los resultados serán procesados en una base de datos con el programa estadístico SPSS 26.0, cuyos resultados se representaran a través de tablas de frecuencias y porcentajes, con estructura de contingencia de 2 x 2, 2x3 y niveles de riesgo.

Gráfico: Para las variables cualitativas los gráficos a emplearse son los de tortas y barras utilizándose los de torta para las variables dicotómicas y las barras para las variables multinomiales.

Prueba Estadística: La prueba estadística a emplearse es la prueba de Chi cuadrado que se empleará para la relación de variables tipo nominal mientras que para las variables de tipo ordinal de los mismos pesos categóricos se emplearán la prueba de r de Spearman. Para el análisis de variables confusoras se aplicarán la prueba de regresión logística binaria y multinomial.

CAPÍTULO IV:

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

TABLA 1

DIMENSIONES DEL ESTRÉS EN LA POBLACIÓN DE TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

		Frecuencia	Porcentaje
Estrés Fisiológico	Bajo	33	47.1
	Medio	31	44.3
	Alto	6	8.6
	Total	70	100.0
Estrés Psicológico	Sin	56	80.0
	Con	14	20.0
	Total	70	100.0
Estrés Voluntad	Sin	32	45.7
	Con	38	54.3
	Total	70	100.0
Estrés Psicosomático	Bajo	29	41.4
	Medio	38	54.3
	Alto	3	4.3
	Total	70	100.0
Estrés Relaciones Interpersonales	Bajo	29	41.4
	Medio	35	50.0
	Alto	6	8.6
	Total	70	100.0
Estrés Empatía	Bajo	37	52.9
	Medio	24	34.3
	Alto	9	12.9
Estrés Conflictos Interpersonales	Total	70	100.0
	Bajo	34	48.6
	Medio	30	42.9
	Alto	5	8.6
Estrés Trabajo en Equipo	Total	70	100.0
	Bajo	20	28.6
	Medio	45	64.3
	Alto	5	7.1
Estrés Personalidad	Total	70	100.0
	Mínimo	32	45.7
	Regular	30	42.9
	Máximo	8	11.4
	Total	70	100.0

Estrés Total Ponderado		
Estrés Leve	24	34,3
Estrés Moderado	43	61,4
Estrés Severo	3	4,3
Total	70	100,0

Figura 1

**ESTRÉS TOTAL PONDERADO EN LA POBLACIÓN DE TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

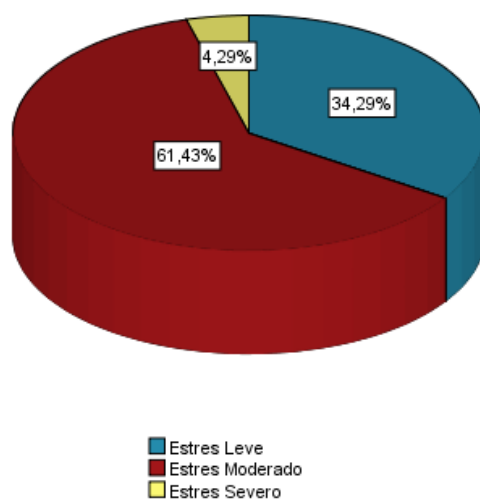
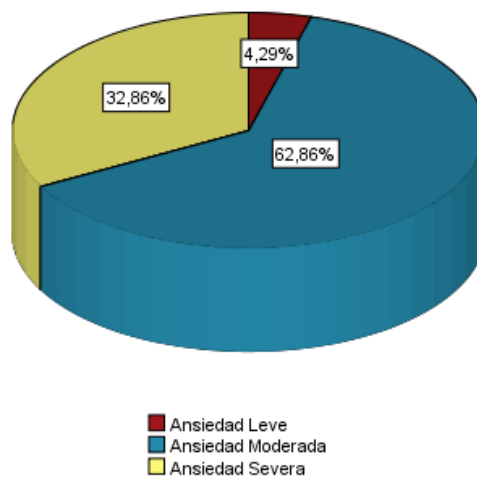


TABLA 2
DIMENSIONES DEL ANSIEDAD EN LA POBLACIÓN DE TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

Ansiedad Estado	Frecuencia	Porcentaje
Bajo Nivel de Ansiedad Estado	3	4,3
Regular Nivel de Ansiedad Estado	41	58,6
Alto Nivel de Ansiedad Estado	26	37,1
Total	70	100,0
Ansiedad Rasgo		
Bajo Nivel Ansiedad Rasgo	5	7,1
Regular Nivel Ansiedad Rasgo	48	68,6
Alto Nivel Ansiedad Rasgo	17	24,3
Total	70	100,0
Ansiedad Total Ponderado		
Ansiedad Leve	3	4,3
Ansiedad Moderada	44	62,9
Ansiedad Severa	23	32,9
Total	70	100,0

Figura 1

**ANSIEDAD TOTAL PONDERADO EN LA POBLACIÓN DE TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**



RESULTADOS INFERENCIALES

TABLA 3

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA Y LA ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

			ansiedad estado			Total
			Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	
estres fisiológico	Bajo nivel de estrés	N	2	15	16	33
	fisiológico	%	66,7%	36,6%	61,5%	47,1%
	Mediano Nivel de	N	1	20	10	31
	estrés fisiológico	%	33,3%	48,8%	38,5%	44,3%
	Alto Nivel de estrés	N	0	6	0	6
	fisiológico	%	0,0%	14,6%	0,0%	8,6%
Total		N	3	41	26	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$X^2 = 7.066$ $P = 0.132$ nivel de sig
Corr. Spearman = - 0.220, $P = 0.068$

Al determinar la relación al estrés en la dimensión fisiológica y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es mayor de 0.05 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 3

**RELACION ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA Y LA
ANSIEDAD ESTADO EN TECNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSE
CASIMIRO ULLOA**

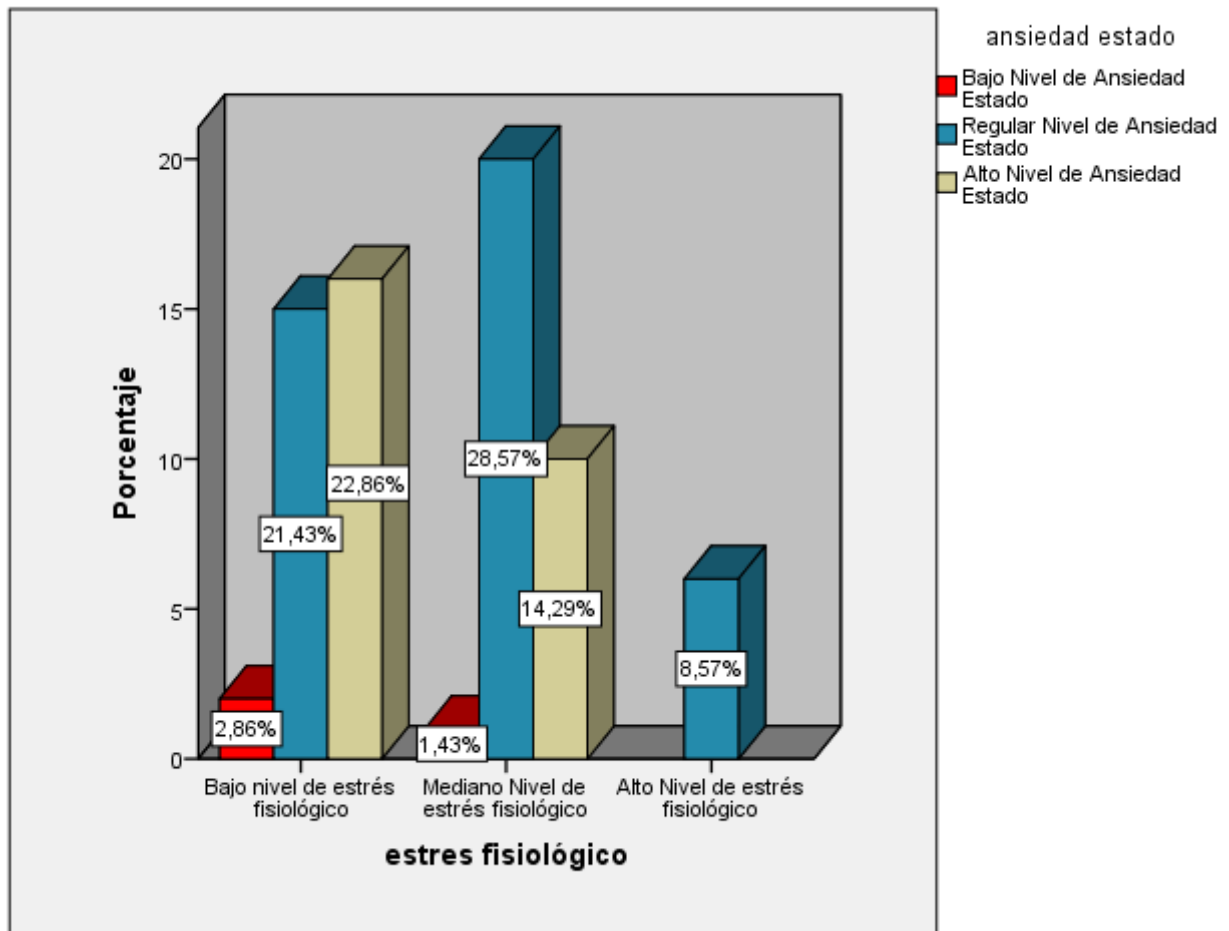


TABLA 4

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA Y LA
ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

			ansiedad rasgo			Total
			Bajo Nivel Ansiedad Rasgo	Regular Nivel Ansiedad Rasgo	Alto Nivel Ansiedad Rasgo	
estres fisiológico	Bajo nivel de estrés	N	3	20	10	33
	fisiológico	%	60,0%	41,7%	58,8%	47,1%
	Mediano Nivel de	N	2	22	7	31
	estrés fisiológico	%	40,0%	45,8%	41,2%	44,3%
	Alto Nivel de estrés	N	0	6	0	6
	fisiológico	%	0,0%	12,5%	0,0%	8,6%
Total		N	5	48	17	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 3.806 \quad P = 0.433$$

$$\text{Corr. Spearman} = -0.105, \quad P = 0.389$$

Al determinar el estrés en la dimensión fisiológica y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de spearman es de -0.105 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es mayor de 0.05 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 4

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN FISIOLÓGICA Y LA
ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

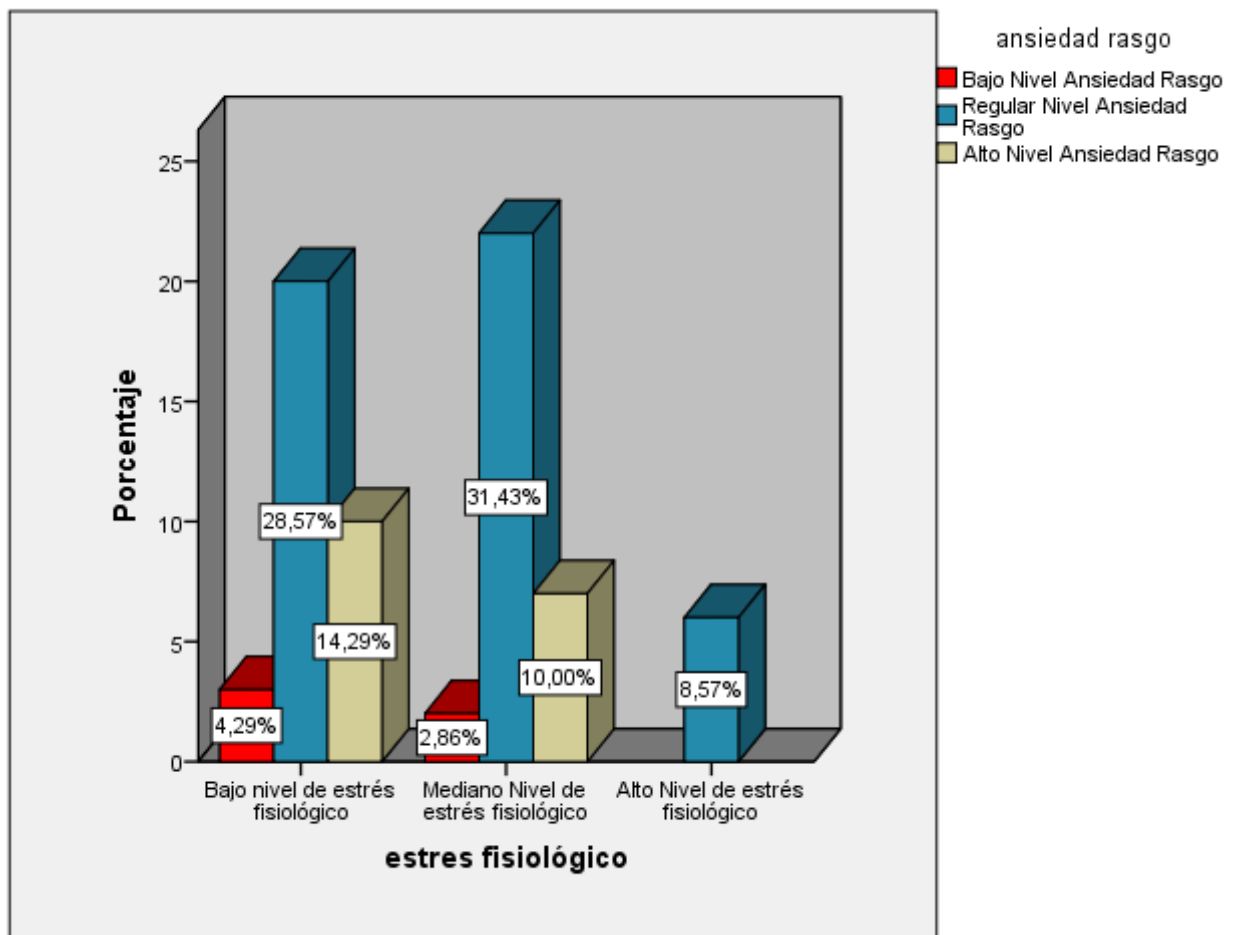


TABLA 5

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA Y LA
ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

			ansiedad estado			Total
			Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	
estres	Sin Estres	N	3	28	25	56
psicológico	Psicológico	%	100,0%	68,3%	96,2%	80,0%
	Con estrés	N	0	13	1	14
	psicológico	%	0,0%	31,7%	3,8%	20,0%
Total		N	3	41	26	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 8.503 \quad P = 0.014$$

Al determinar al estrés en la dimensión psicológica y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el valor reportado de χ^2 es 8.503, el valor de P es menor a 0.05 lo que muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, por lo tanto logra encontrar relación entre las variables estrés psicológico y ansiedad estado.

FIGURA 5

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA Y LA
ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

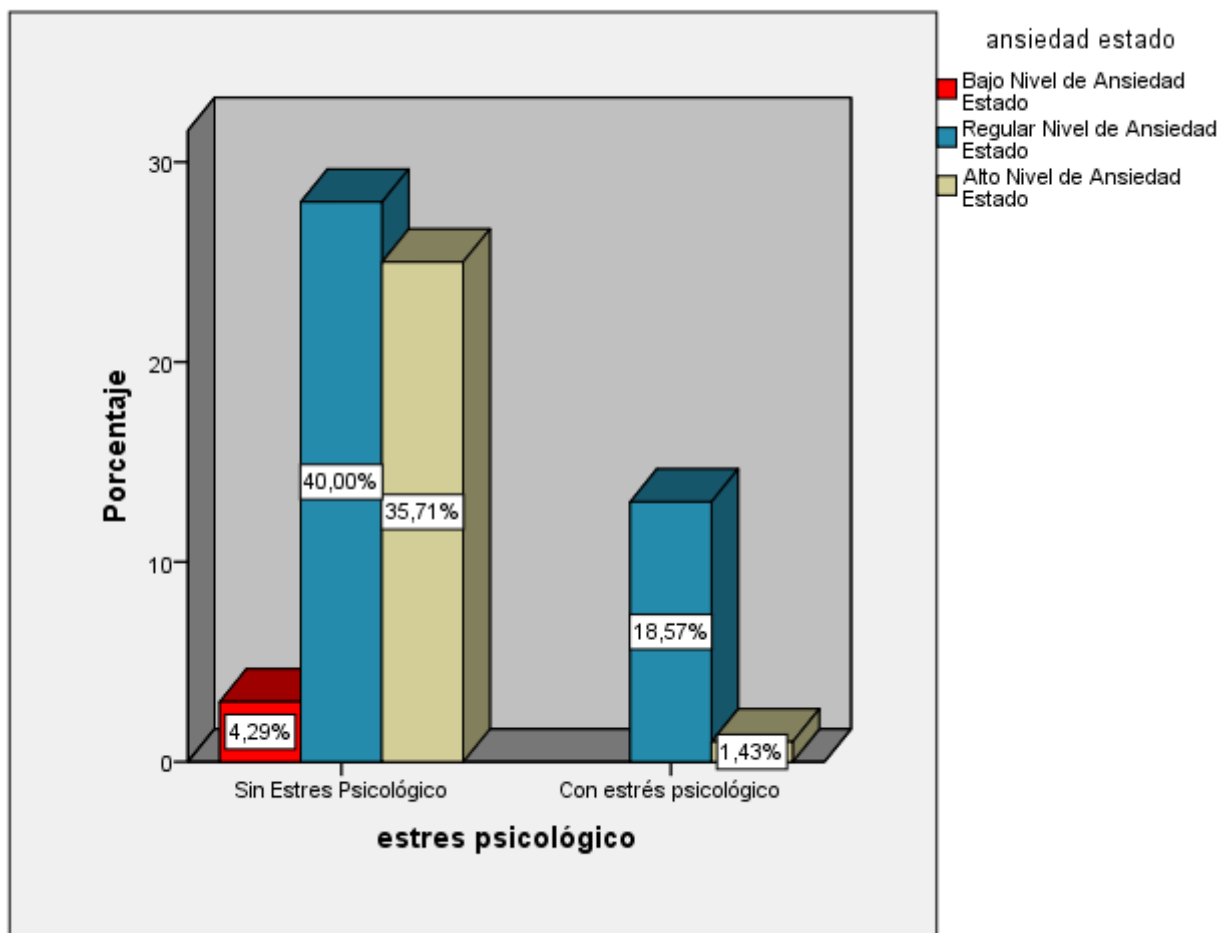


TABLA 6

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA Y LA
ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

			ansiedad rasgo			Total
			Bajo Nivel	Regular Nivel	Alto Nivel	
			Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad	
			Rasgo	Rasgo	Rasgo	
estres psicológico	Sin Estrés	N	4	36	16	56
	Psicológico	%	80,0%	75,0%	94,1%	80,0%
	Con estrés	N	1	12	1	14
	psicológico	%	20,0%	25,0%	5,9%	20,0%
Total		N	5	48	17	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 2.868 \quad P = 0.238$$

En relación al estrés en la dimensión psicológica y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el valor reportado de χ^2 es 2.868, mostrándose un nivel de P mayor a 0.05 lo que no muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación por lo tanto no hay relación entre las variables estrés psicológico y ansiedad rasgo.

FIGURA 6

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA Y LA
ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

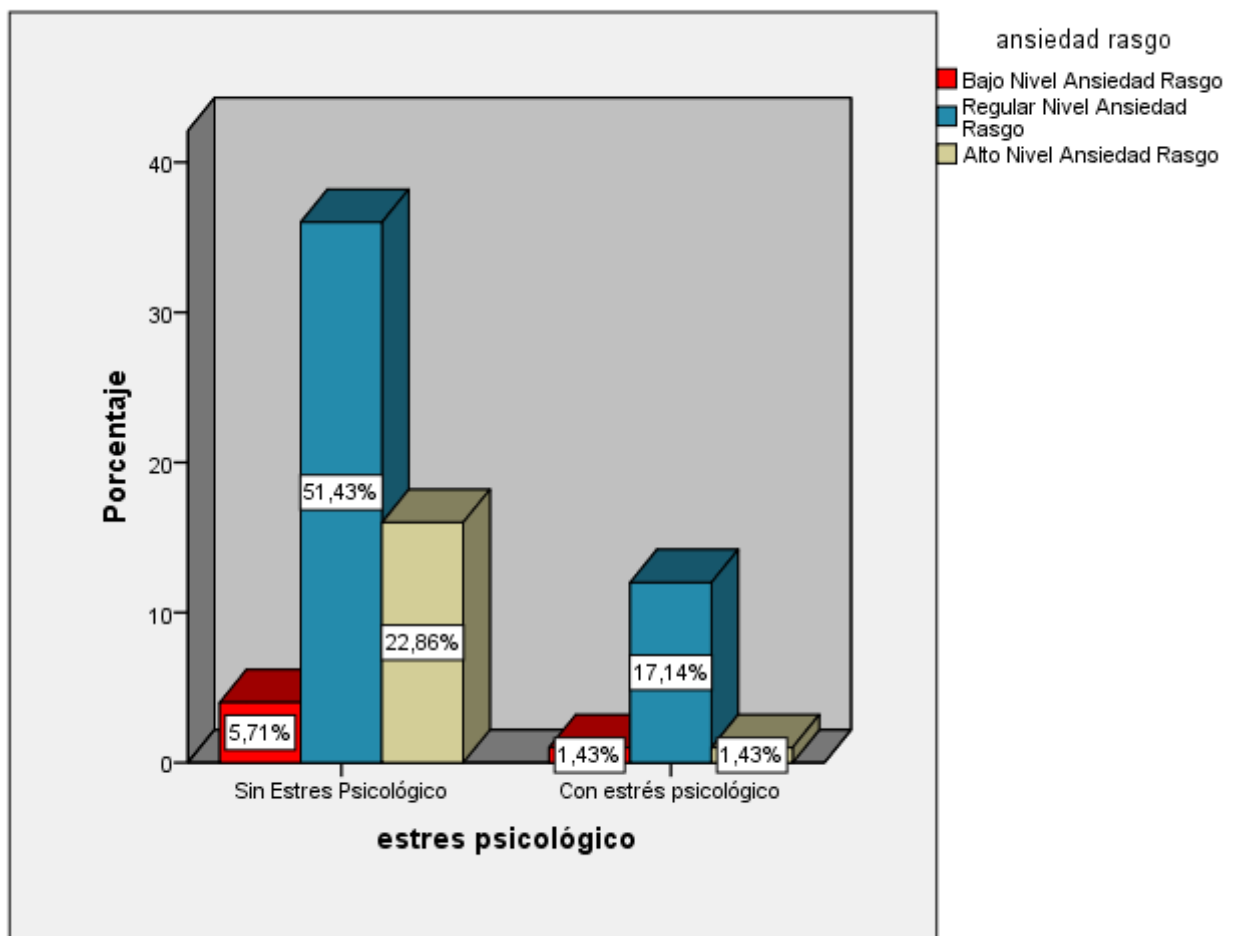


TABLA 7

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN VOLUNTAD Y LA ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

		ansiedad estado				
		Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	Total	
estres - voluntad	sin estres en	N	3	17	12	32
	la dim	%	100,0%	41,5%	46,2%	45,7%
	voluntad					
	con estres en	N	0	24	14	38
	la dim	%	0,0%	58,5%	53,8%	54,3%
	voluntad					
Total		N	3	41	26	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 3.863 \quad P = 0.145$$

Al determinar la relación al estrés en la dimensión voluntad y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que El valor reportado de χ^2 es 3.863, mostrándose qué el nivel de P es mayor a 0.05, lo que no muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, no se encuentra relación entre las variables estrés en la dimensión voluntad y la ansiedad estado.

FIGURA 7

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN VOLUNTAD Y LA ANSIEDAD
ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO
ULLOA**

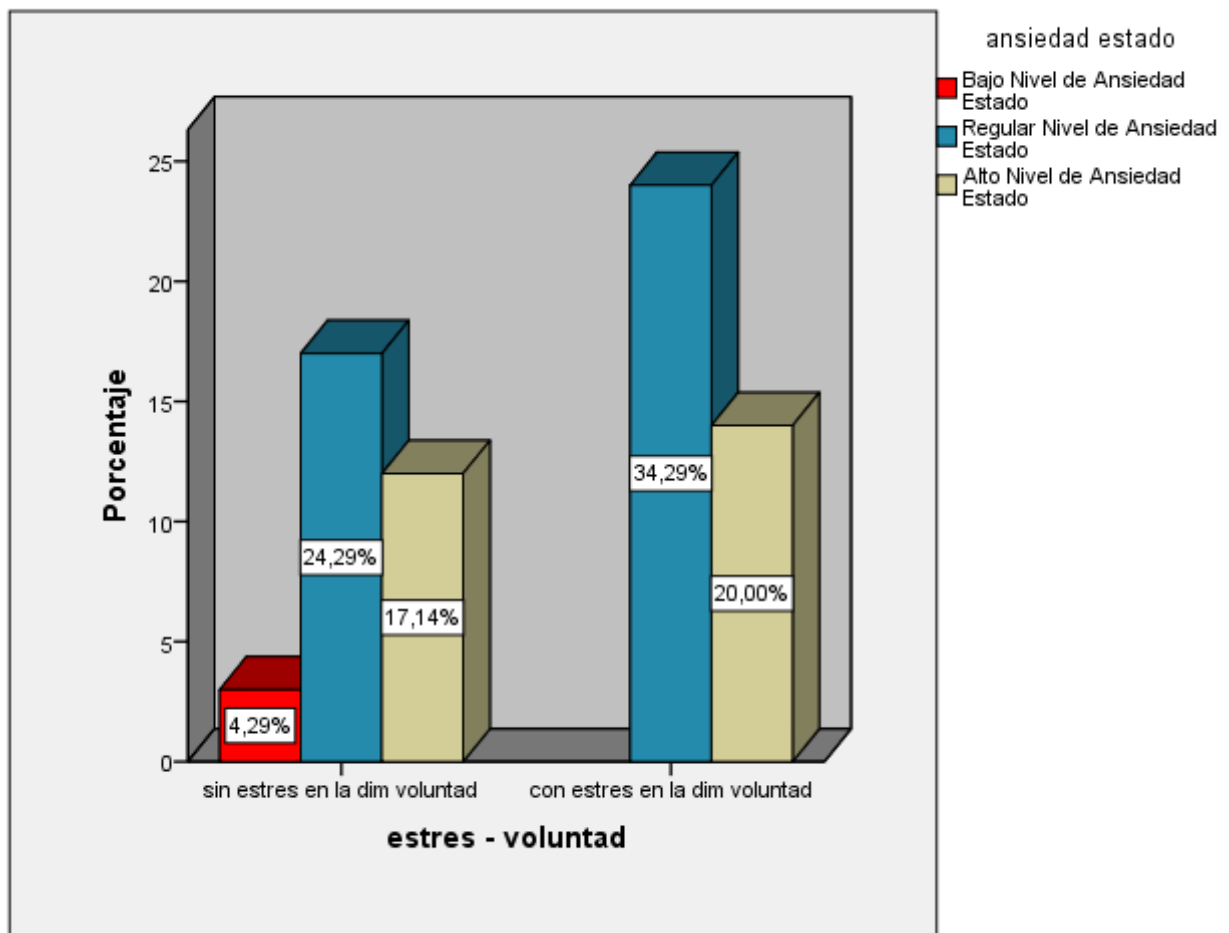


TABLA 8

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN VOLUNTAD Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

		ansiedad rasgo			Total
		Bajo Nivel	Regular Nivel	Alto Nivel	
		Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	
estres - voluntad	sin estres en la dim	N	2	20	32
	voluntad	%	40,0%	41,7%	45,7%
	con estres en la dim	N	3	28	38
	voluntad	%	60,0%	58,3%	54,3%
Total		N	5	48	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$$X^2 = 1.560 \quad P = 0.458$$

Al determinar la relación al estrés en la dimensión voluntad y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el valor de χ^2 es de 1.560, con un valor de P mayor de 0.05 lo que no muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula por lo tanto no se encuentra relación entre las variables estrés dimensión voluntad y ansiedad rasgo.

FIGURA 8

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN VOLUNTAD Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

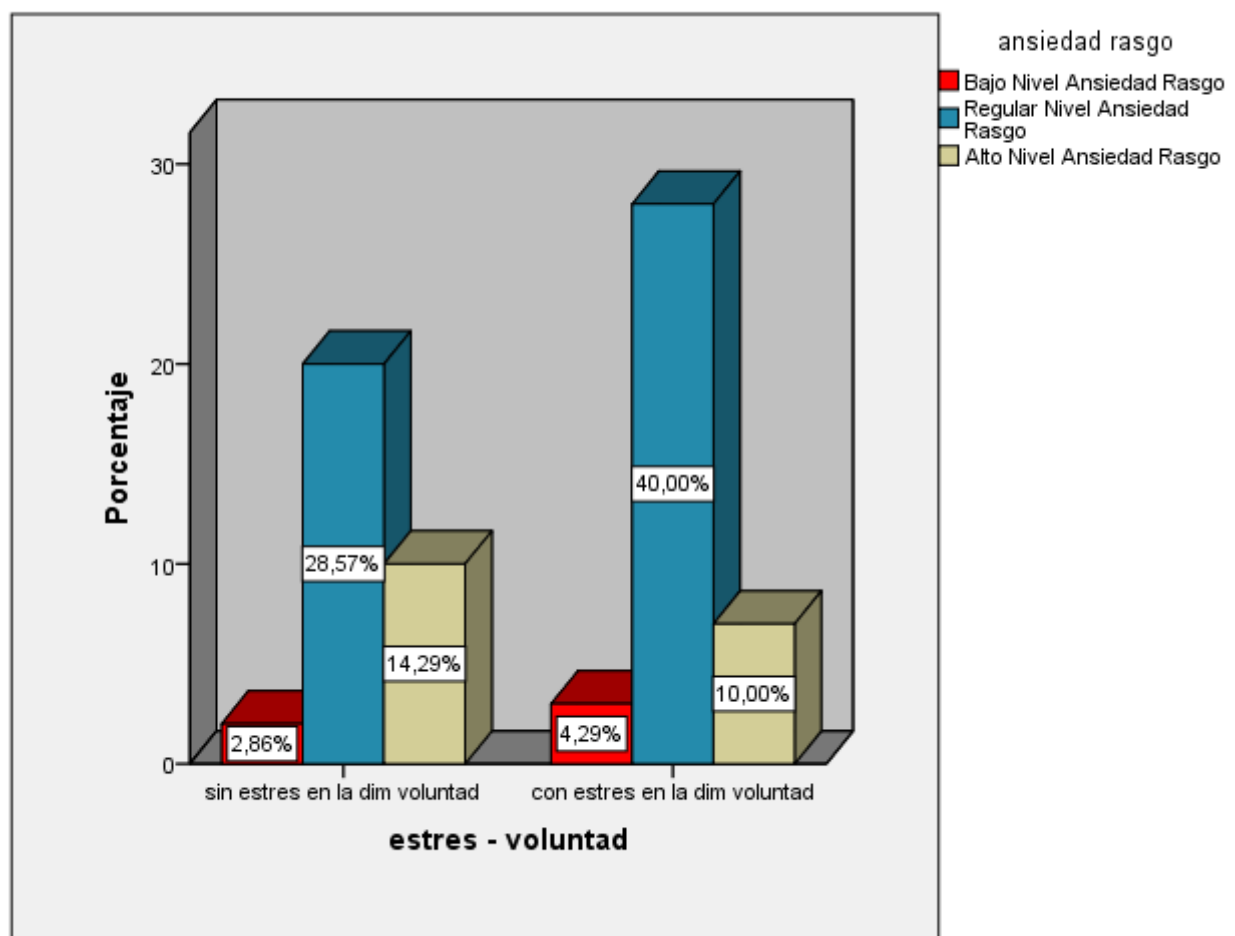


TABLA 9

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN ESTRÉS PSICOSOMÁTICA Y LA ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

		ansiedad estado				
		Bajo Nivel de Ansiedad Estado				
		Regular Nivel de Ansiedad Estado				
		Alto Nivel de Ansiedad Estado				
		Total				
estres psicosomático	Bajo Nivel estres	N	2	12	15	29
	psicosomática	%	66,7%	29,3%	57,7%	41,4%
	Mediano Nivel estrés	N	1	26	11	38
	psicosomática	%	33,3%	63,4%	42,3%	54,3%
	alto nivel de estrés	N	0	3	0	3
	psicosomática	%	0,0%	7,3%	0,0%	4,3%
Total	N	3	41	26	70	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Corr. Spearman = - 0.226, P = 0.060

Al determinar el estrés en la dimensión psicosomática y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.226 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, encontrando una significancia mayor de 0.05 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 9

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PSICOSOMÁTICA Y LA ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

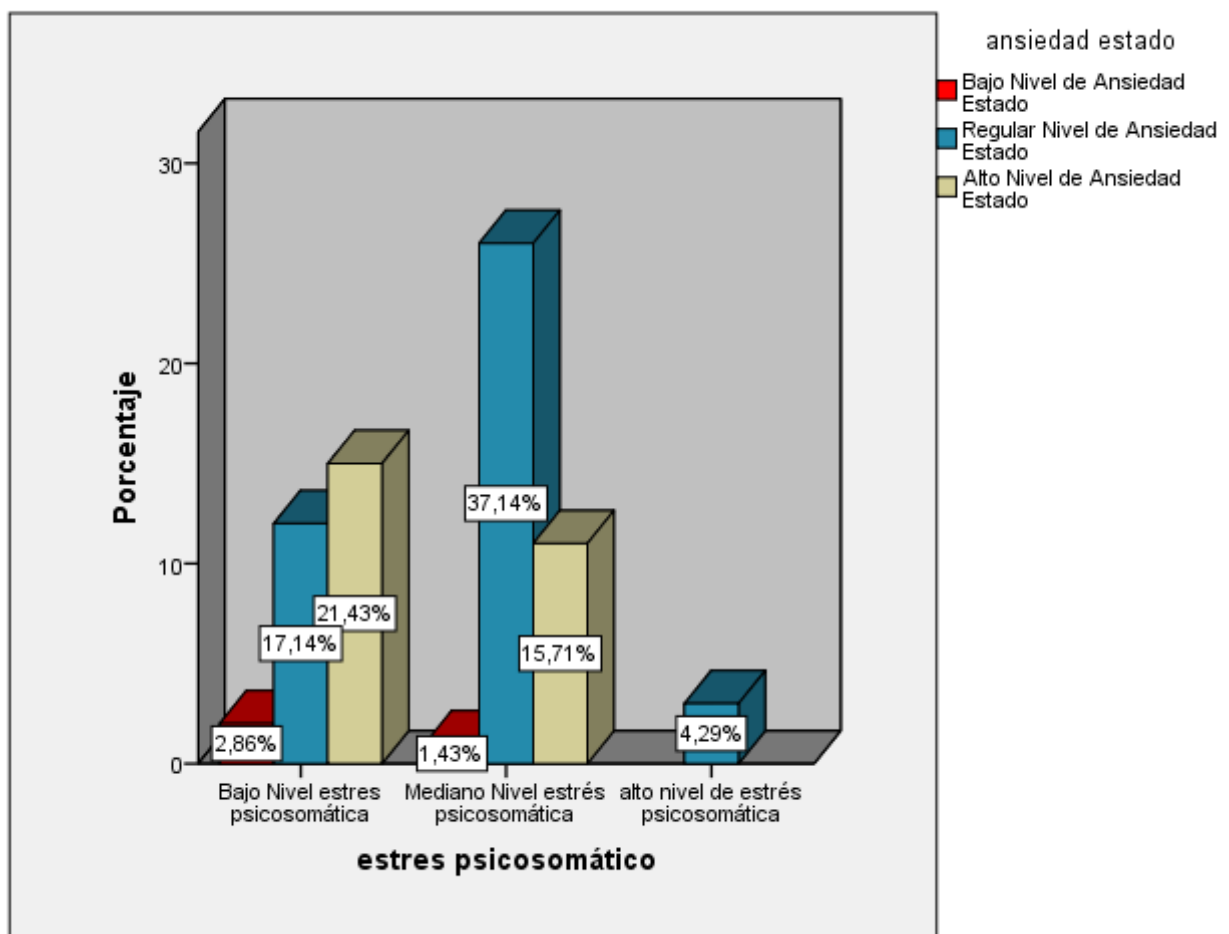


TABLA 10

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN ESTRÉS PSICOSOMÁTICO Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

			ansiedad rasgo			Total
			Bajo Nivel	Regular Nivel	Alto Nivel	
			Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	
estres psicosomático	Bajo Nivel estres	N	2	17	10	29
	psicosomática	%	40,0%	35,4%	58,8%	41,4%
	Mediano Nivel estrés	N	3	28	7	38
	psicosomática	%	60,0%	58,3%	41,2%	54,3%
	alto nivel de estrés	N	0	3	0	3
	psicosomática	%	0,0%	6,3%	0,0%	4,3%
Total		N	5	48	17	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.179, P = 0.138

Al determinar el estrés en la dimensión psicodinámica y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.179 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional siendo el nivel de significancia mayor a 0.05 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 10

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PSICOSOMÁTICA Y LA
ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

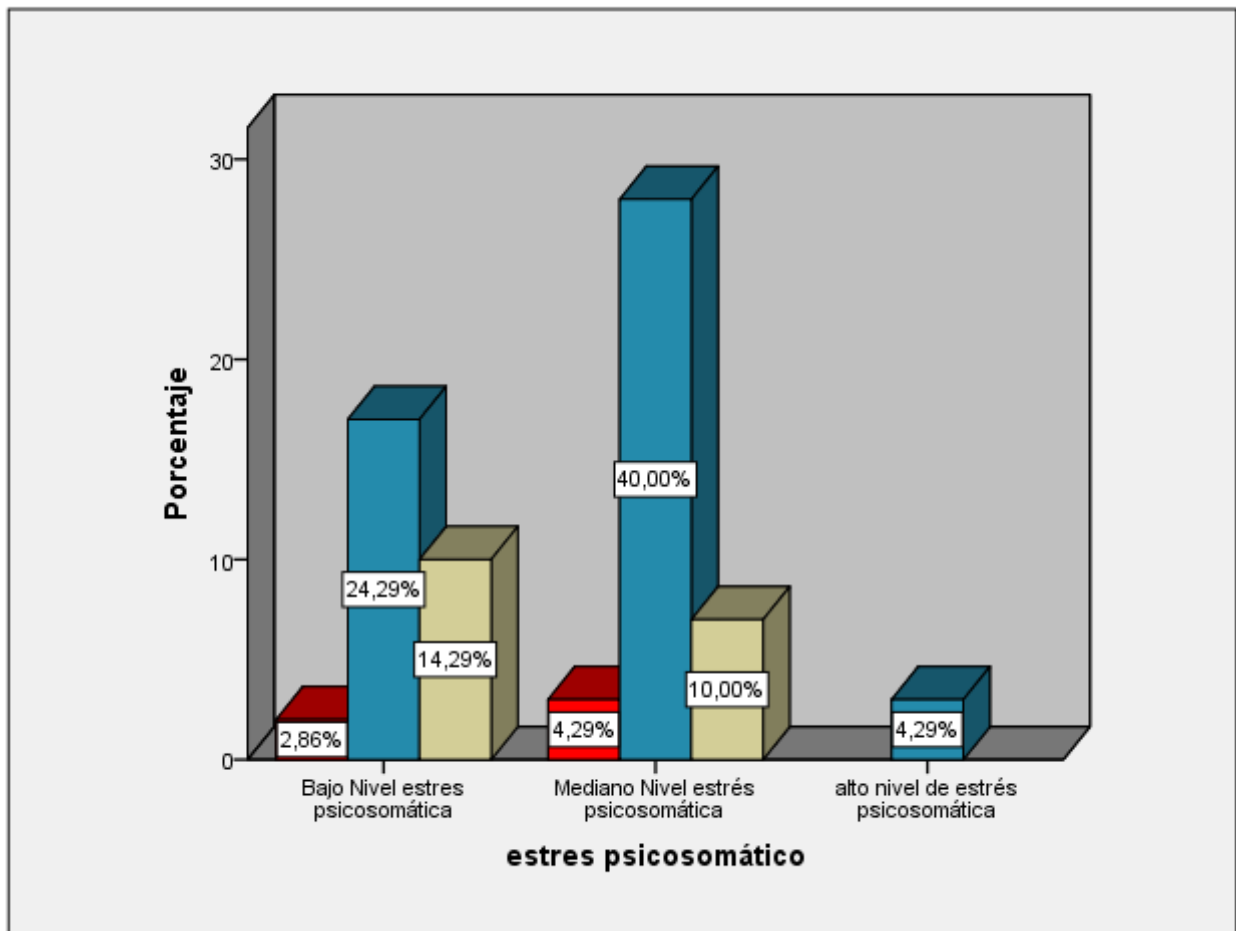


TABLA 11

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD ESTADO EN técnicos DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL José CASIMIRO ULLOA**

			ansiedad estado			Total
			Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	
estres relaciones interpersonales	Bajo Nivel de Estres en	N	2	10	17	29
	Dim Relac Int	%	66,7%	24,4%	65,4%	41,4%
	Mediano Nivel de estres	N	1	26	8	35
	en dim Relac Inter	%	33,3%	63,4%	30,8%	50,0%
	Alto Nivel de estres en	N	0	5	1	6
	Dim Relac Interp	%	0,0%	12,2%	3,8%	8,6%
Total		N	3	41	26	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.310, P = 0.009

Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión relaciones interpersonales y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.310 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, siendo el nivel de significancia menor a 0.05 lo cual muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, por lo tanto las dos variables estudiadas se relacionan.

FIGURA 11

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

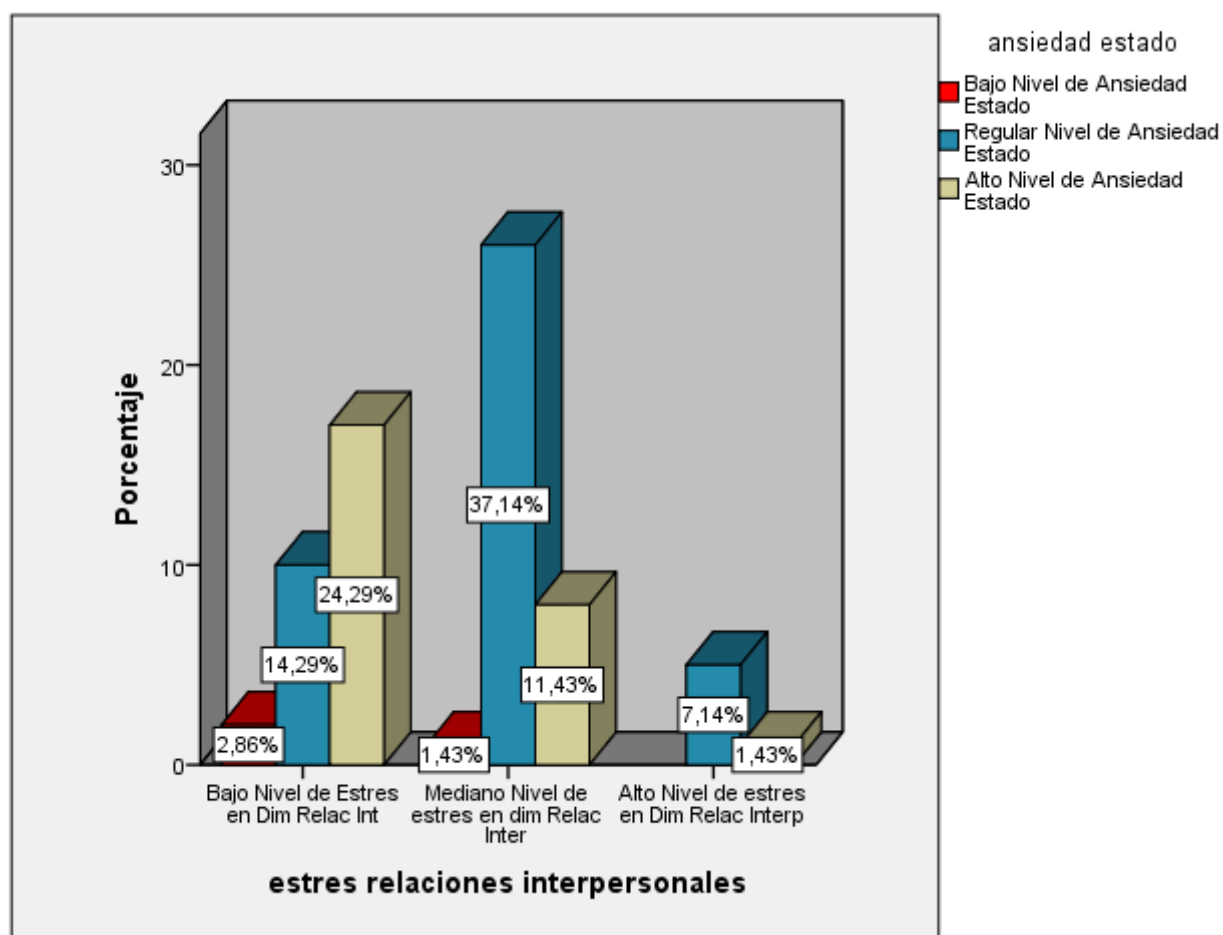


TABLA 12

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

			ansiedad rasgo			Total
			Bajo Nivel Ansiedad Rasgo	Regular Nivel Ansiedad Rasgo	Alto Nivel Ansiedad Rasgo	
estres relaciones interpersonales	Bajo Nivel de Estres en	N	4	13	12	29
	Dim Relac Interp	%	80,0%	27,1%	70,6%	41,4%
	Mediano Nivel de estres	N	1	29	5	35
	en dim Relac Interp	%	20,0%	60,4%	29,4%	50,0%
	Alto Nivel de estres en	N	0	6	0	6
	Dim Relac Interp	%	0,0%	12,5%	0,0%	8,6%
Total		N	5	48	17	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.204, P = 0.090

Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión relaciones interpersonales y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.204 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, sin embargo el nivel de significancia mayor a 0.05 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 12

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

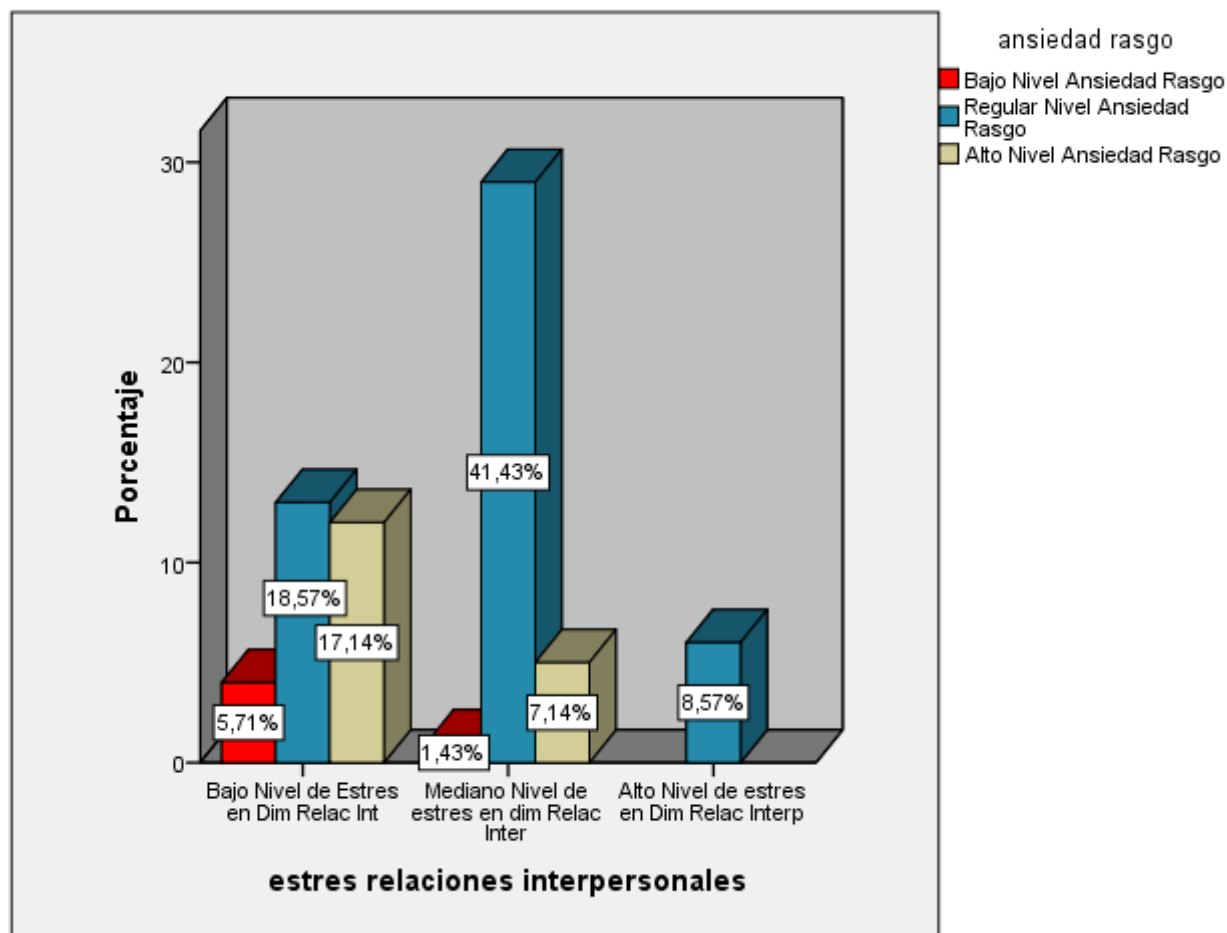


TABLA 13

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN EMPATÍA Y LA ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

		ansiedad estado				
		Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	Total	
empatia2	Bajo nivel de empatia	N	2	17	18	37
		%	66,7%	41,5%	69,2%	52,9%
	mediano nivel de empatía	N	0	17	7	24
		%	0,0%	41,5%	26,9%	34,3%
	alto nivel de empatia	N	1	7	1	9
		%	33,3%	17,1%	3,8%	12,9%
Total		N	3	41	26	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.251, P = 0.036

Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión empatía y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.251 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, siendo el nivel de significancia mayor de 0.05, lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 13

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES - EMPATÍA Y LA ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

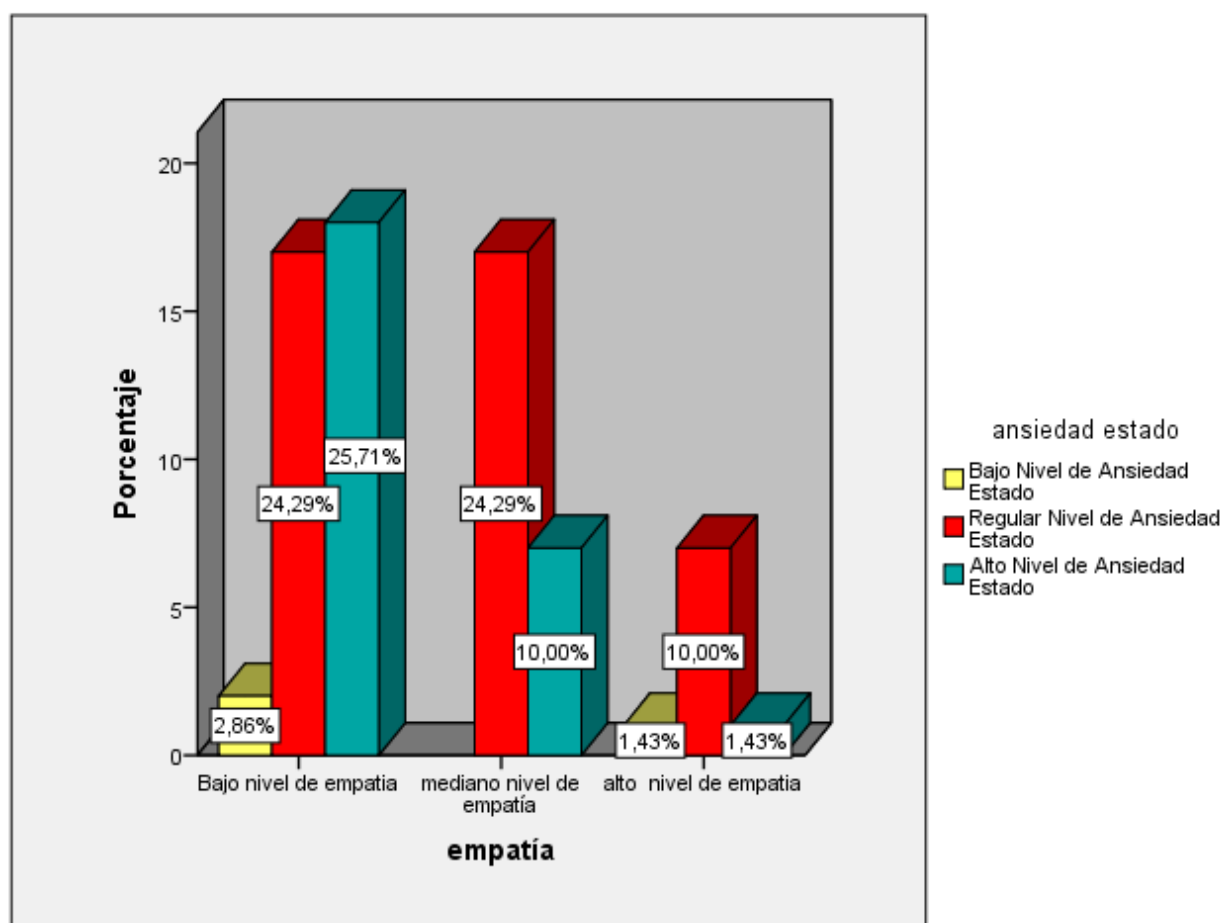


TABLA 14

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES - EMPATÍA Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

		ansiedad rasgo				
		Bajo Nivel	Regular Nivel	Alto Nivel		
		Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	Total	
empatia2	Bajo nivel de	N	4	21	37	
	empatia	%	80,0%	43,8%	52,9%	
	mediano nivel de	N	1	19	24	
	empatía	%	20,0%	39,6%	34,3%	
	alto nivel de	N	0	8	9	
	empatia	%	0,0%	16,7%	5,9%	12,9%
Total		N	5	48	70	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.107, P = 0.377

En relación al estrés en la dimensión Relaciones Interpersonales- Empatía y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de spearman es de -0.107 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional siendo el nivel de significancia mayor a 0.377, lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 14

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES - EMPATÍA Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

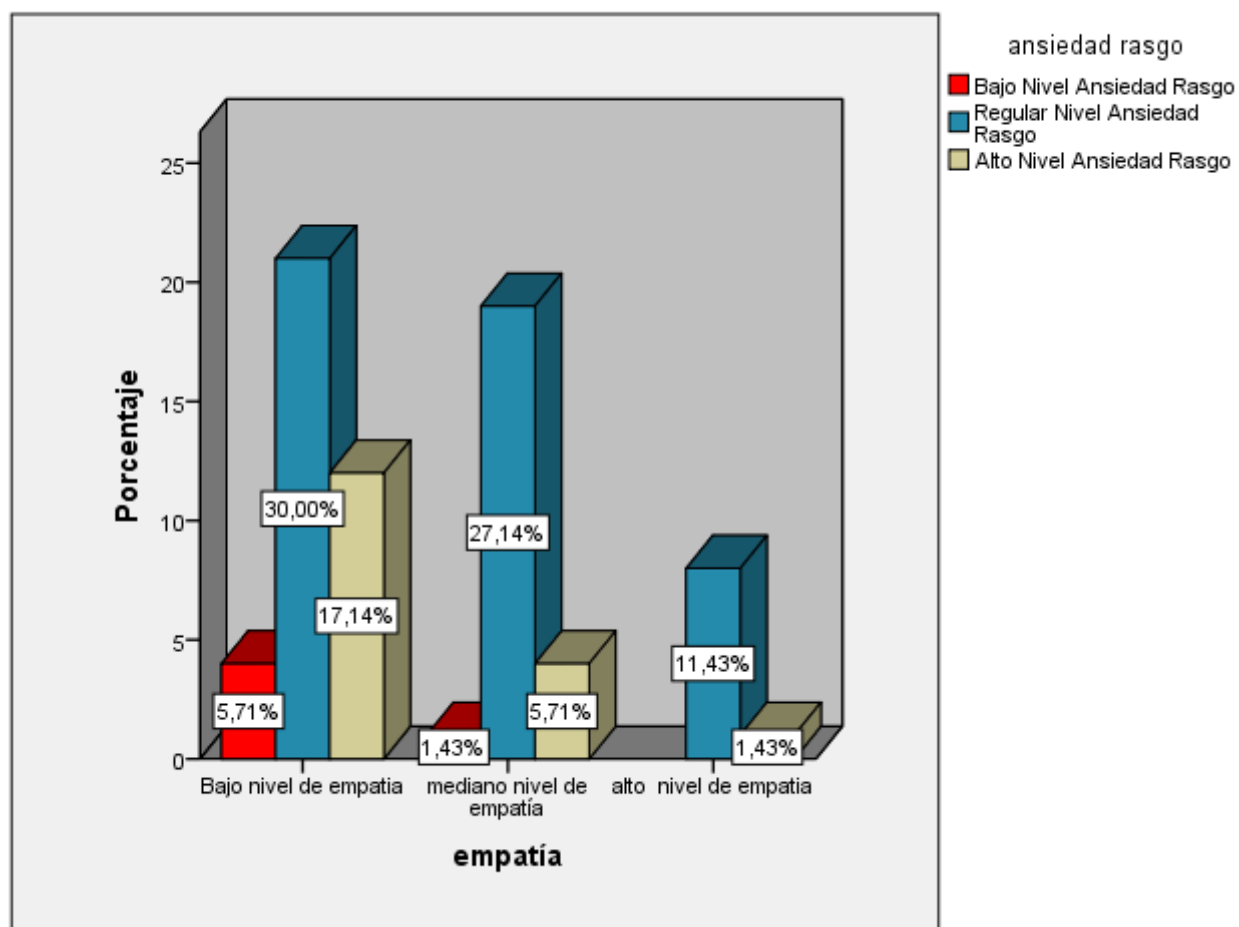


TABLA 15

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES – CONFLICTOS INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD
ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO
ULLOA**

		ansiedad estado			Total
		Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	
conflictosinterpersonales2	bajo nivel de	N	3	12	34
	conflictos	%	100,0%	29,3%	48,6%
	interpersonales				
	medio nivel de	N	0	24	30
	conflictos	%	0,0%	58,5%	42,9%
	interpersonales				
	alto nivel de	N	0	5	6
	conflictos	%	0,0%	12,2%	8,6%
interpersonales					
Total		N	3	41	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.288, P = 0.016

Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de spearman es de -0.288 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional siendo el nivel de significancia menor a 0.05, lo cual muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación por lo tanto las dos variables estudiadas se relacionan.

FIGURA 15

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES – CONFLICTOS INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD
ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO
ULLOA**

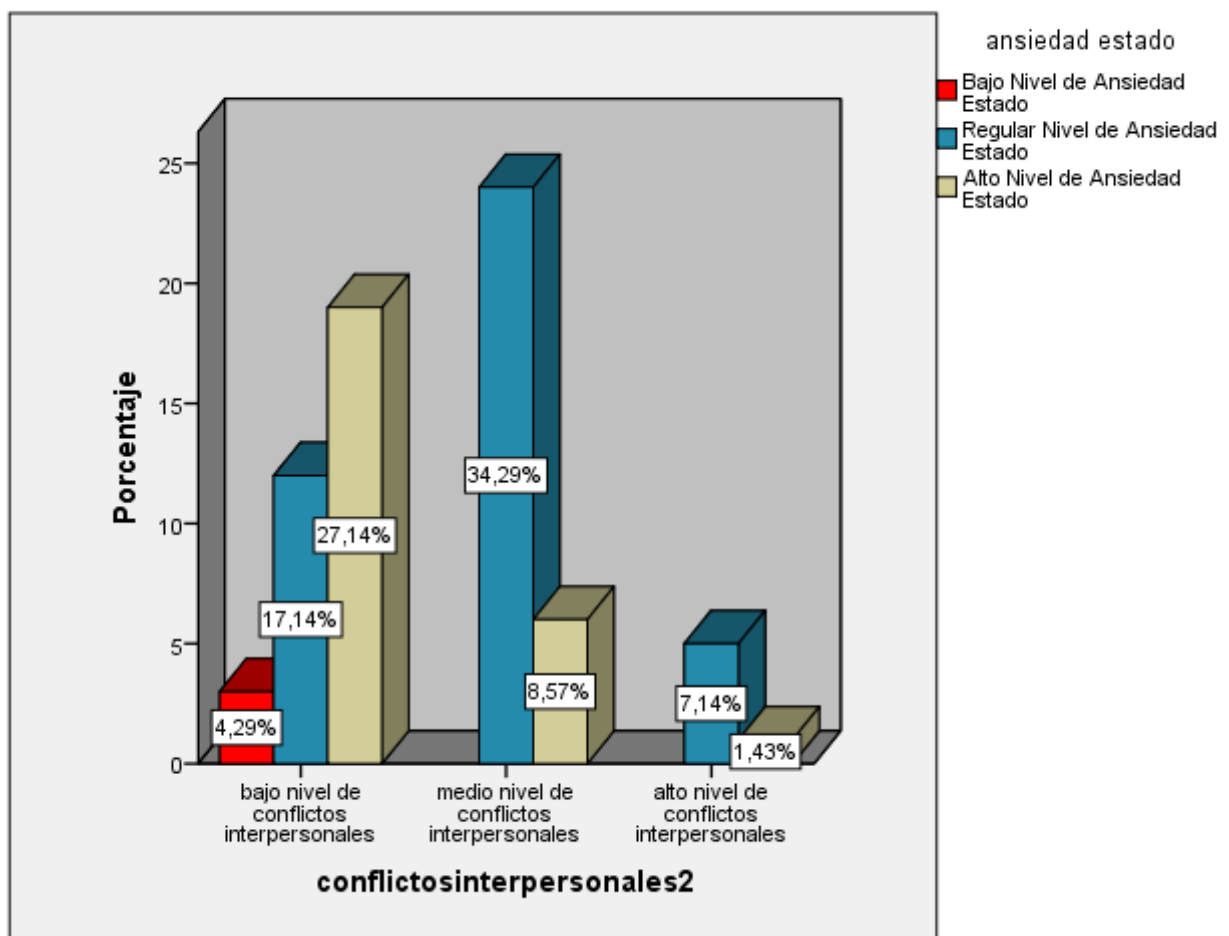


TABLA 16

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES – CONFLICTOS INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD
RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO
ULLOA**

		ansiedad rasgo			
		Bajo Nivel			Total
		Ansiedad	Regular Nivel	Alto Nivel	
		Rasgo	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	
conflictosinterpersonales2	bajo nivel de conflictos	N	4	18	34
	interpersonales	%	80,0%	37,5%	48,6%
	medio nivel de conflictos	N	1	25	30
	interpersonales	%	20,0%	52,1%	42,9%
	alto nivel de conflictos	N	0	5	6
	interpersonales	%	0,0%	10,4%	8,6%
Total		N	5	48	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.126, P = 0.300

En relación al estrés en la dimensión Relaciones Interpersonales- Empatía y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.126 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional siendo el nivel de significancia mayor a 0.300, lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 16

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES – CONFLICTOS INTERPERSONALES Y LA ANSIEDAD
RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO
ULLOA**

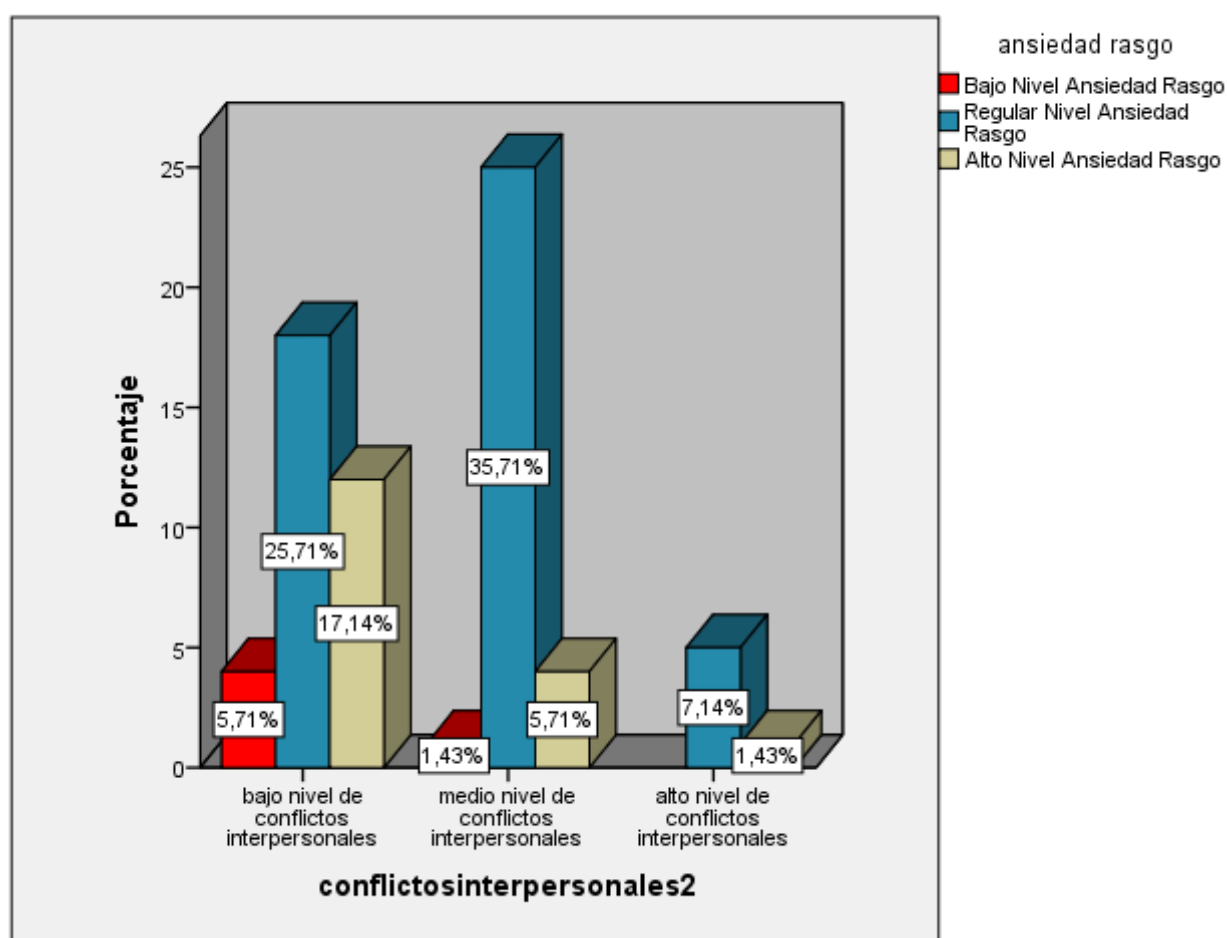


TABLA 17

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES – TRABAJO EN EQUIPO Y LA ANSIEDAD ESTADO EN
TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

		ansiedad estado				
		Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	Total	
trabajo en equipo2	bajo nivel de trabajo en	N	2	8	10	20
	equipo	%	66,7%	19,5%	38,5%	28,6%
	medio nivel de trabajo en	N	1	29	15	45
	equipo	%	33,3%	70,7%	57,7%	64,3%
	alto nivel de trabajo en	N	0	4	1	5
	equipo	%	0,0%	9,8%	3,8%	7,1%
Total		N	3	41	26	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.124, P = 0.307

Al determinar la relación del estrés en la dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de spearman es de -0.124, lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, siendo el nivel de significancia mayor a 0.05, lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 17

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES – TRABAJO EN EQUIPO Y LA ANSIEDAD
ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

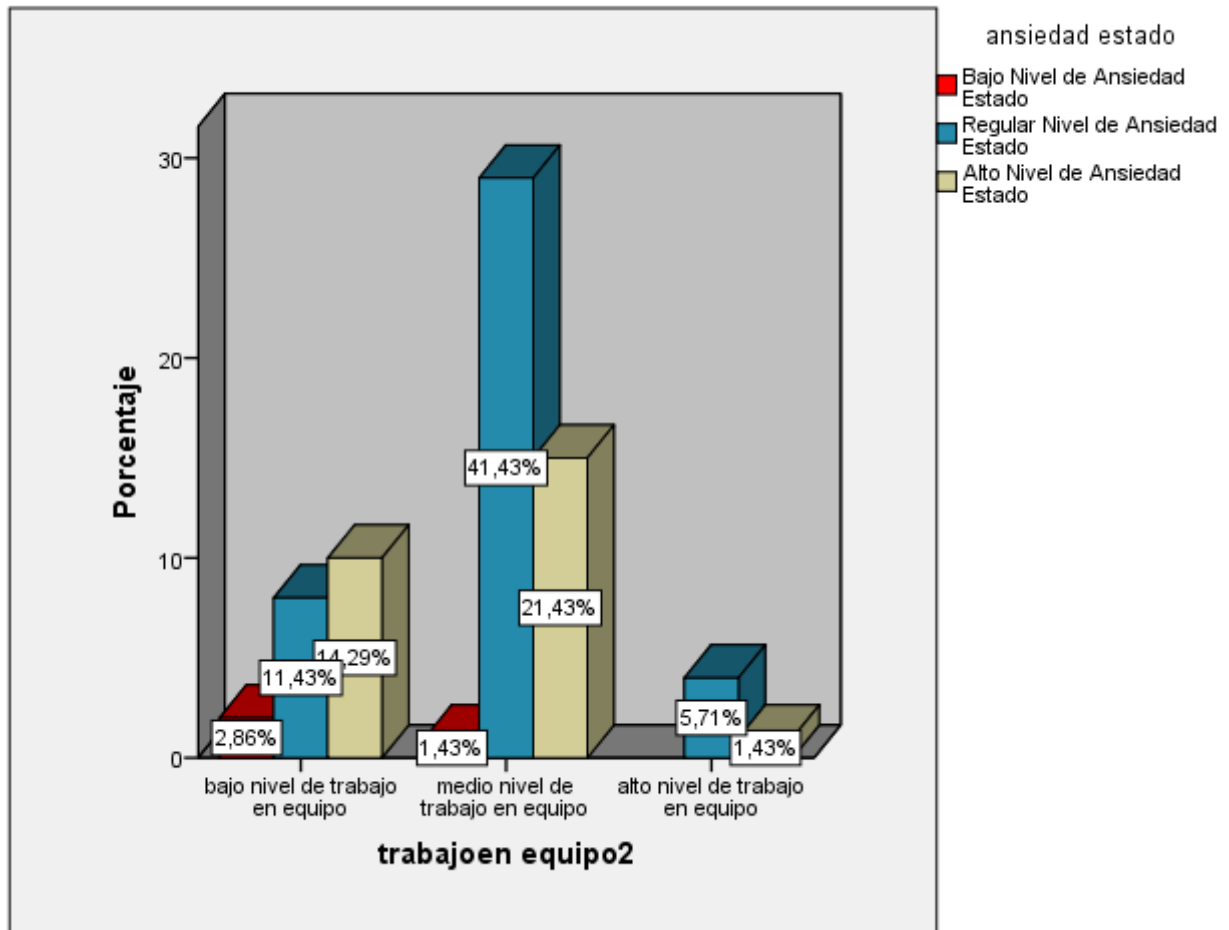


TABLA 18

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES INTERPERSONALES – TRABAJO EN EQUIPO Y LA ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

			ansiedad rasgo			Total
			Bajo Nivel Ansiedad Rasgo	Regular Nivel Ansiedad Rasgo	Alto Nivel Ansiedad Rasgo	
trabajo en equipo2	bajo nivel de trabajo en	N	4	9	7	20
	equipo	%	80,0%	18,8%	41,2%	28,6%
	medio nivel de trabajo en	N	1	34	10	45
	equipo	%	20,0%	70,8%	58,8%	64,3%
	alto nivel de trabajo en	N	0	5	0	5
	equipo	%	0,0%	10,4%	0,0%	7,1%
Total		N	5	48	17	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.041, P = 0.738

Al determinar la relación del estrés en la dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.041, lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, siendo el nivel de significancia es mayor a 0.05, lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 18

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN RELACIONES
INTERPERSONALES – TRABAJO EN EQUIPO A Y LA ANSIEDAD RASGO EN
TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

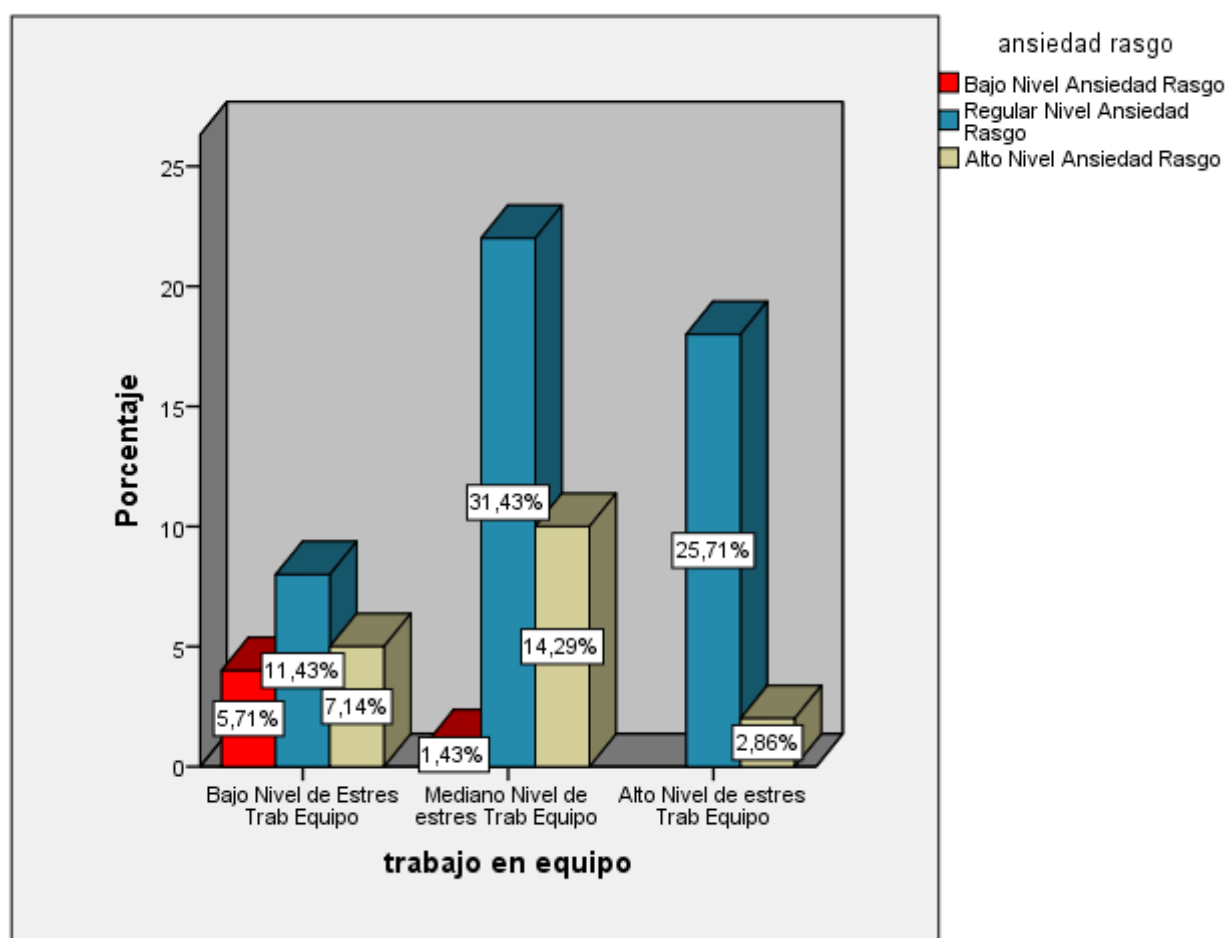


TABLA 19

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PERSONALIDAD Y LA
ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

			ansiedad estado			Total
			Bajo Nivel de Ansiedad Estado	Regular Nivel de Ansiedad Estado	Alto Nivel de Ansiedad Estado	
personalidad	Minimo Nivel de Estres	N	2	14	16	32
	Personalidad	%	66,7%	34,1%	61,5%	45,7%
	regular nivel de estres	N	1	20	9	30
	personalidad	%	33,3%	48,8%	34,6%	42,9%
	Maximo Nivel de estres	N	0	7	1	8
	personalidad	%	0,0%	17,1%	3,8%	11,4%
Total		N	3	41	26	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.221, P = 0.066

Al determinar la relación del estrés en la dimensión personalidad y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que, el nivel reportado de correlación de spearman es de -0.221, lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, siendo el nivel de significancia mayor a 0.05, lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 19

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PERSONALIDAD Y LA
ANSIEDAD ESTADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

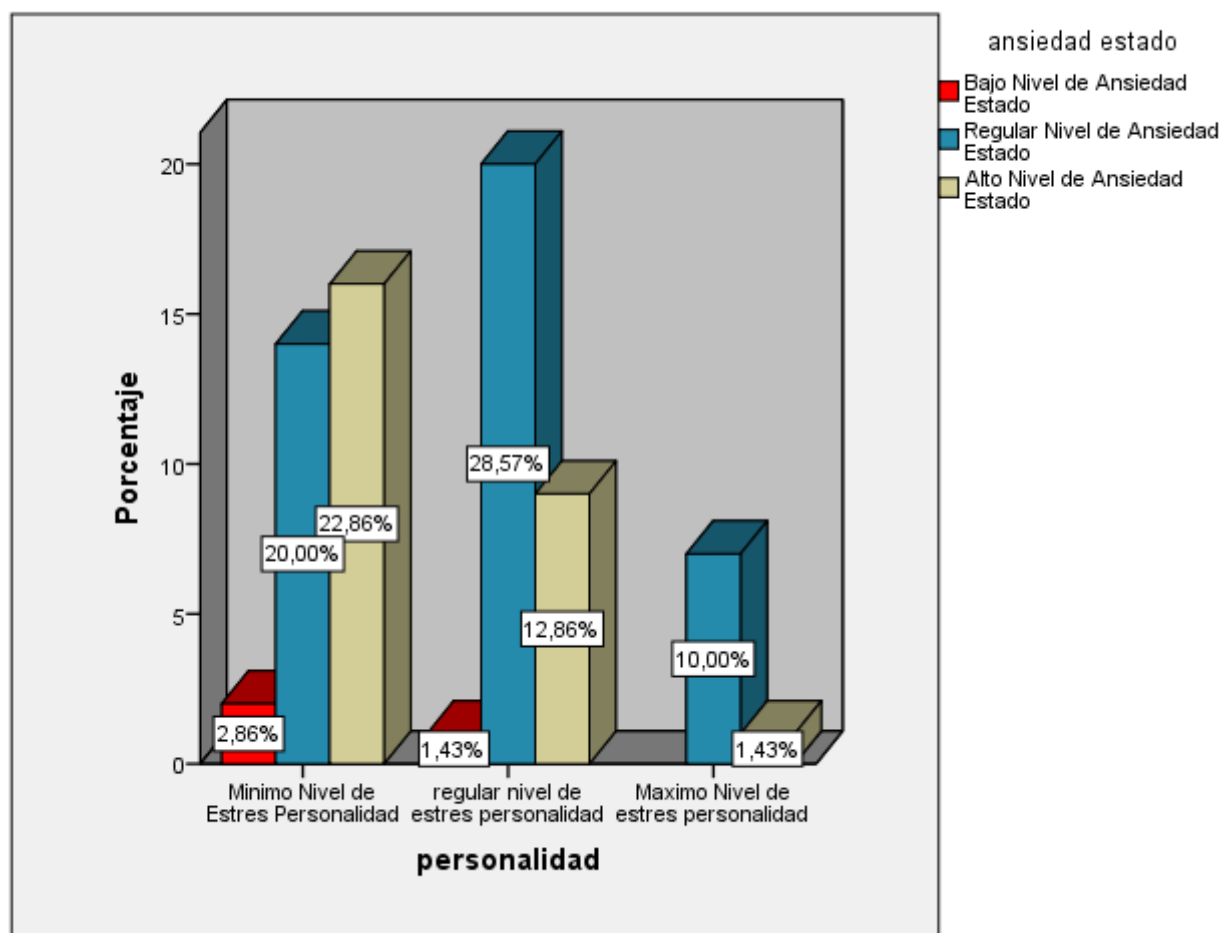


TABLA 20

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PERSONALIDAD Y LA
ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**

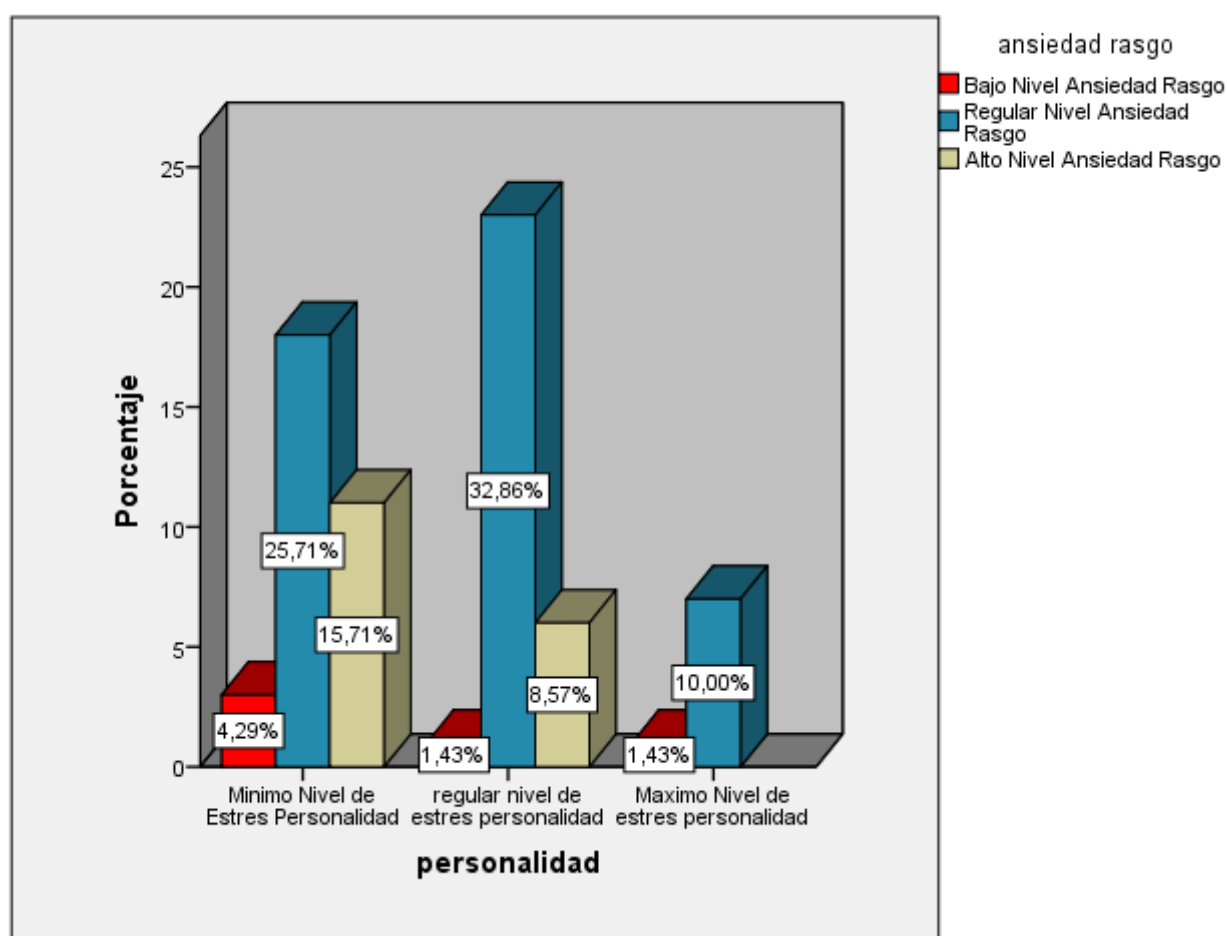
			ansiedad rasgo			Total
			Bajo Nivel	Regular Nivel	Alto Nivel	
			Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	Ansiedad Rasgo	
personalidad	Minimo Nivel de Estres	N	3	18	11	32
	Personalidad	%	60,0%	37,5%	64,7%	45,7%
	regular nivel de estres	N	1	23	6	30
	personalidad	%	20,0%	47,9%	35,3%	42,9%
	Maximo Nivel de estres	N	1	7	0	8
	personalidad	%	20,0%	14,6%	0,0%	11,4%
Total		N	5	48	17	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.193, P = 0.109

Al determinar la relación del estrés en la dimensión personalidad y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que, el nivel reportado de correlación de spearman es de -0.193, lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, siendo el nivel de significancia mayor a 0.05, lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, las dos variables estudiadas no se relacionan.

FIGURA 20

**RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS EN LA DIMENSIÓN PERSONALIDAD Y LA
ANSIEDAD RASGO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ
CASIMIRO ULLOA**



4.2. Contrastación de Hipótesis

TABLA 21

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS PONDERADO TOTAL Y LA ANSIEDAD PONDERADA TOTAL EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

			ansiedad total ponderado			
			Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	Total
estres total ponderado	Estres Leve	N	2	8	14	24
		%	66,7%	18,2%	60,9%	34,3%
	Estres Moderado	N	1	33	9	43
		%	33,3%	75,0%	39,1%	61,4%
	Estres Severo	N	0	3	0	3
		%	0,0%	6,8%	0,0%	4,3%
Total		N	3	44	23	70
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Corr. Spearman = - 0.329, P = 0.005

En relación al estrés en la dimensión estrés total y la ansiedad total en técnicos de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa, se puede encontrar que, el nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.329, lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional siendo el nivel de significancia menor a 0.05, lo cual muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, por lo tanto, las dos variables estudiadas se relacionan.

FIGURA 21

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS TOTAL PONDERADO Y LA ANSIEDAD TOTAL PONDERADA EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA

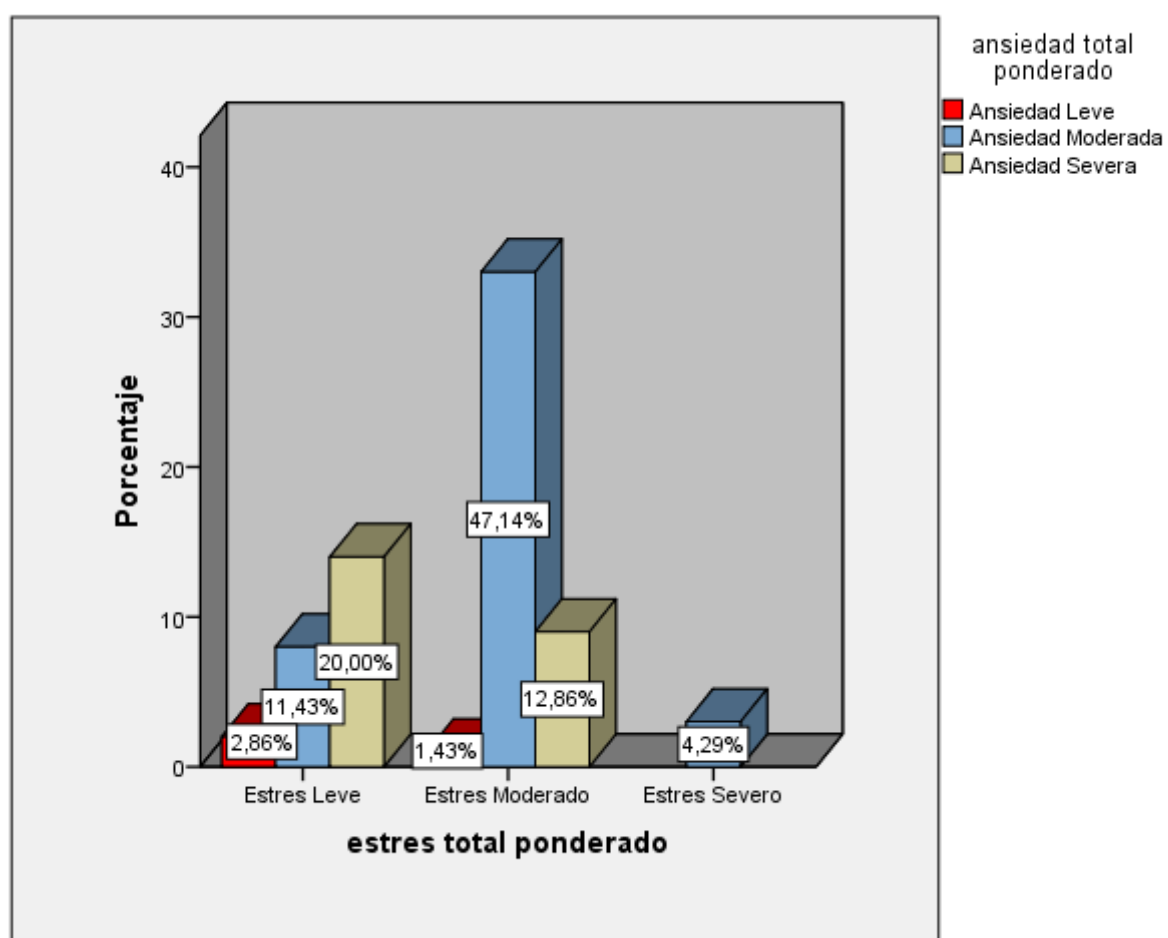


FIGURA 22

**ESTRÉS TOTAL PONDERADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

estres total ponderado

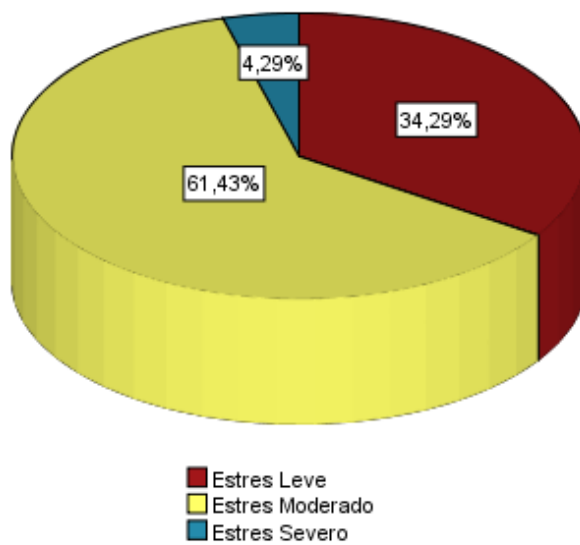
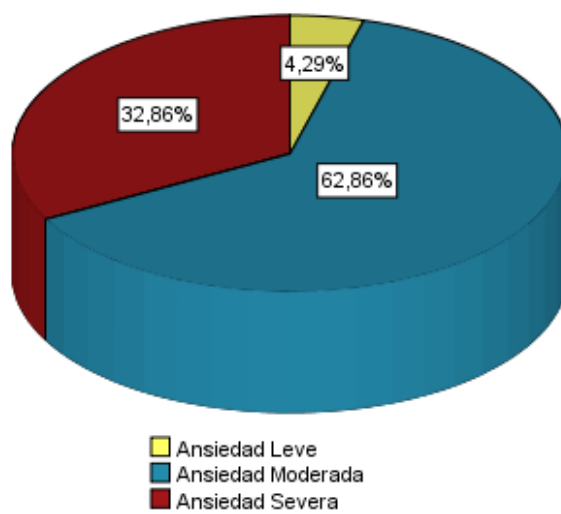


FIGURA 23

**ANSIEDAD TOTAL PONDERADO EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL JOSÉ CASIMIRO ULLOA**

ansiedad total ponderado



4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la investigación que asoció el estrés con los tipos de ansiedad estado y rasgo, se analizan en el presente capítulo realizando la inferencia, el análisis, la interpretación y el cruce con la literatura científica con la finalidad de poder establecer las concordancias y discrepancias de los hallazgos con otros estudios tanto nacionales como internacionales.

TABLA 1

Al describir las dimensiones del estrés en la población de técnicos de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa, se pudo encontrar que el estrés fisiológico estuvo presente en la dimensión de alto solamente en el ocho por ciento, el estrés de tipo psicológico se presentó en el 20 por ciento de los trabajadores técnicos, el estrés en la dimensión de voluntad se presentó en el 46 por ciento de la muestra, el estrés psicosomático estuvo presente en el 54 por ciento en la categoría de medio, y la dimensión de relaciones interpersonales estuvo en nivel de medio en el 50 por ciento, la dimensión de empatía se presentó en el 34.3 por ciento en el nivel medio, en la dimensión de conflictos interpersonales se presentó en el 42.9 por ciento en el nivel medio, la dimensión de trabajo en equipo estuvo presente en el nivel de alto en el 64.3 por ciento, y el estrés en la dimensión de personalidad se presentó en el nivel de regular en el 43 por ciento.

TABLA 2

Al evaluar la ansiedad en sus dos dimensiones en la población de técnicos de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa, se pudo encontrar que la dimensión de ansiedad estado estuvo presente en un alto nivel en el 37 por ciento y en un nivel regular en el 59 por ciento. Respecto a la ansiedad rasgo se puede encontrar que el nivel alto estuvo presente en el 24 por ciento, mientras que el nivel regular se presentó en el 69 por ciento.

TABLA 3

En relación al estrés en la dimensión fisiológica y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 39 por ciento reporta un nivel de estrés fisiológico medio, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad

estado el nivel de estrés medio es del 49 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés fisiológico medio llega al 33 por ciento. El nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.220 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, sin embargo el nivel de significancia es de 0.068 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, por lo tanto, las dos variables estudiadas no se relacionan. Nuestro resultado coincide con el trabajo de García, Maldonado y Ramírez (2014), trabajo de tipo descriptivo-correlacional, transversal con diseño no experimental sobre el estado afectivo emocional de los trabajadores de la Salud. Su objetivo es identificar la existencia de diferencias significativas entre el género y estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) de los trabajadores de una institución del sector salud pública ubicada en la ciudad de Ensenada perteneciente al estado de Baja California situado al noroeste de México. Se trabajó con una muestra por conveniencia la cual integra a 130 empleados; en la recolección de los datos se utilizó la escala DASS-21. Los resultados identificaron los estados afectivos emocionales dentro de un rango normal y que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género; además, se encontraron correlaciones fuertes, positivas y significativas entre las subescalas del DASS-21. Como podemos observar los resultados coinciden con el nuestro al reportar correlaciones, sin embargo, nuestras correlaciones son negativas, por las características de la población que son técnicas las cuales tienen un mayor soporte al estrés por formación cultural.

TABLA 4

En relación al estrés en la dimensión fisiológica y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 41 por ciento reporta un nivel de estrés fisiológico medio, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el nivel de estrés medio es del 46 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés fisiológico medio llega al 40 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.105 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.389 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan.

Nuestro resultado coincide con el trabajo de Ratanasiripong, Park Ratanasiripong y Durangrat (2015), que investigó la eficacia de dos programas breves de intervención - biorretroalimentación y meditación mental- acerca de los niveles de ansiedad y estrés percibidos en los estudiantes de segundo año de enfermería tailandesa a medida que comenzaban la capacitación clínica. El estudio actual encontró que un programa de intervención biofeedback podría ayudar a los estudiantes de enfermería reducir sus niveles de ansiedad, mientras que el mantenimiento de los niveles de estrés. Además, un programa de meditación mindfulness puede ayudar a disminuir la ansiedad y el estrés. Estos hallazgos apoyan el uso de las dos intervenciones como posibles herramientas de afrontamiento para que los estudiantes manejen el estrés y la ansiedad. Aunque los factores de estrés pueden estar integrados en la experiencia de los estudiantes de enfermería, los educadores de enfermería pueden establecer programas de intervención para reducir estados mentales negativos que resultan de las presiones y demandas con las que se enfrentan los estudiantes. A pesar de los estresores y las demandas que experimentan los estudiantes de enfermería al comenzar la práctica clínica, los hallazgos del estudio apoyan el uso de las intervenciones de meditación biofeedback y mindfulness para ayudar a los estudiantes de enfermería a manejar el estrés y la ansiedad. Como podemos apreciar en la literatura el estrés y la ansiedad son dos elementos asociados que no solamente se encuentra presente en el trabajador de salud, sino que también se evidencia desde la etapa de estudiante teniendo elementos estresores de una magnitud tal, que genera niveles de ansiedad importantes. En este sentido la investigación realizada muestra la eficacia de técnicas de afrontamiento las cuales también serían necesarias para el grupo de técnicas de enfermería en el estudio nuestro. Es obvia la relación entre ansiedad y estrés por la misma naturaleza del trabajo en servicio de salud y especialmente en el HJCU donde al ser un Hospital de emergencias se lidia permanentemente con la vida y la muerte.

TABLA 5

En relación al estrés en la dimensión psicológica y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 4 por ciento reporta estrés psicológico, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el 32 por ciento tienen estrés psicológico, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad

ningún caso padece de estrés psicológico. El valor reportado de χ^2 es 8.503, mostrándose un nivel de $P= 0.014$ lo que muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación por lo tanto logra encontrar relación entre las variables estrés psicológico y ansiedad estado. De la misma manera los autores Manijeh, et. al. (2016) investigó que “La asociación entre la satisfacción de la vida y el alcance de la depresión, la ansiedad y el estrés entre las enfermeras iraníes: una encuesta multicéntrica”. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de varios factores incluyendo la edad, el sexo, el estado civil, la depresión, la ansiedad y el estrés en la LSE entre enfermeras iraníes. Este estudio encontró que la edad, el estado civil y la satisfacción con las relaciones interpersonales no se asociaron significativamente con SWL, mientras que la mala satisfacción con el estado financiero y el ambiente de trabajo, la depresión, la ansiedad y el estrés fueron los principales determinantes de SWL. Aunque las mujeres eran más vulnerables a la depresión y al estrés, el efecto general del género en la SWL fue insignificante. Se puede ver también que este estudio fue el primero en ilustrar que la depresión, la ansiedad, el estrés, la insatisfacción con el estado financiero y el ambiente de trabajo son los principales determinantes de la satisfacción con la vida entre las enfermeras iraníes. Como se puede observar la ansiedad y el estrés se encuentra fuertemente asociados, en tal sentido en nuestro estudio vinculamos ambas variables y también reportamos una baja satisfacción de las técnicas de enfermería respecto a los aspectos de la vida laboral. En ese sentido la satisfacción de la técnica de enfermería para con la vida no es la óptima debido a los niveles altos de ansiedad y los agentes estresores.

TABLA 6

En relación al estrés en la dimensión psicológica y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 6 por ciento reporta estrés psicológico, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el 25 por ciento tienen estrés psicológico, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el 20 padece de estrés psicológico. El valor reportado de χ^2 es 2.868, mostrándose un nivel de $P= 0.238$ lo que no muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación por lo tanto no hay relación entre las variables estrés psicológico y ansiedad rasgo. Como vemos el trabajo de Santos, F. et. al (2018) . En su estudio de revisión de la literatura que

objetivó identificar los factores generadores de estrés, sus efectos, señales y síntomas presentes en los enfermeros actuantes en unidades de terapia intensiva adulta. Se utilizaron artículos publicados en la base LILACS y Biblioteca SCIELO, entre los años de 2006 hasta 2008. Los resultados demostraron que los factores que predispusieron al estrés fueron: sobrecarga de trabajo, conflicto de funciones, desvalorización y condiciones de trabajo. Los señales y síntomas fueron: taquicardia, falta de apetito, escalofríos, ansiedad y dolores articulares. Se concluye que es necesaria e imprescindible la realización de reuniones de equipo, planificación de las actividades, participación activa en las decisiones del equipo multiprofesional y valorización de los distintos saberes, en pro de la salud de los trabajadores y de la calidad del trabajo. Como podemos observar los resultados coinciden con el nuestro al reportar correlaciones, sin embargo, nuestras correlaciones son negativas, por las características de la población que son técnicas las cuales tienen un mayor soporte al estrés por formación cultural.

TABLA 7

En relación al estrés en la dimensión voluntad y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 54 por ciento reporta estrés en dimensión voluntad, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el 59 por ciento tienen estrés dimensión voluntad, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad ningún caso padece de estrés dimensión voluntad. El valor reportado de Chi² es 3.863, mostrándose un nivel de $P=0.145$ lo que no muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula por lo tanto no se encuentra relación entre las variables estrés dimensión voluntad y ansiedad estado. Según la investigación realizada por Pinto, Et. all (2009). El objetivo de este artículo es el de analizar aspectos comunes del trabajo de la mujer en dos categorías profesionales: enfermeras y guardias municipales. El análisis se ha realizado a partir de releer investigaciones anteriores de los autores. La metodología se ha basado en la comparación de aspectos del trabajo cotidiano tales como ansiedad, tensión, riesgo de vida y miedo. Se abordan los conceptos de identidad, poder, género e ideología defensiva. Queda resaltado que el trabajo se configura como elemento constitutivo de la identidad, siendo sobrepasado por las relaciones de género y de poder

históricamente constituidas y de carácter relacional. Se argumenta que las actividades profesionales que integran las situaciones de ansiedad, tensión y riesgo favorecen la constitución de ideologías defensivas de negación del miedo y movilizan el ideal de salvar vidas, actitudes heroicas y sentimientos ambivalentes. Se concluye que las situaciones de trabajo en ambas profesiones y las características de la gestión y organización del trabajo propician sufrimiento psíquico, estrés y conflictos de identidad. Como se puede observar el nivel de estrés es de elevado debido a la alta cantidad de emergencias recibidas sobre todo accidentes de tránsito lo cual de alguna manera eleva los niveles de ansiedad lo que puede influir en la productividad de las técnicas de enfermería

TABLA 8

En relación al estrés en la dimensión voluntad y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 41 por ciento reporta estrés de la dimensión voluntad, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el 58 por ciento padece estrés en la dimensión voluntad, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el 60 por ciento tiene estrés en la dimensión voluntad. El valor de χ^2 es de 1.560 lo que no muestra diferencias estadísticas significativas, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula por lo tanto no se encuentra relación entre las variables estrés dimensión voluntad y ansiedad rasgo. Faria, D. et. al. Hace un trabajo que trata de una investigación transversal que evaluó el nivel de ansiedad del equipo de enfermería que se dedica al enfermo terminal con cáncer, investigando los factores que influyen en este equipo, así como los sentimientos de los profesionales ante la atención a estos enfermos. Fueron analizados 50 auxiliares y técnicos de enfermería del hospital de referencia de atención al cáncer de Rio Grande do Norte, Brasil. Datos fueron recolectados a través de un cuestionario y del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Los resultados revelaron que el 69,8 por ciento posee ansiedad-estado media y el 30,2 por ciento alta. El número de enfermos atendidos y 'trabajar en otra institución' interfirieron en el nivel de ansiedad-estado. Los sentimientos más destacados fueron sufrimiento y tristeza, y 'niño' fue indicado como el grupo de edad más difícil de dedicarse. Por tanto se verifica la necesidad de estrategias de apoyo para los profesionales a fin de reducir y/o prevenir altos niveles de ansiedad y estrés.

Como podemos observar, los niveles de ansiedad se ven asociados a los estados emocionales que conjuntamente los técnicos de enfermería viven a diario tanto en como los problemas con la atención directa con el paciente así como el hecho de poder acatar las instrucciones del personal de enfermería así como del personal médico en momentos críticos de la atención al paciente.

TABLA 9

En relación al estrés en la dimensión psicosomática y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 42 por ciento reporta un nivel de estrés psicodinámico medio, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el nivel de estrés psicodinámico medio es del 63 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés psicodinámico medio llega al 33 por ciento. El nivel reportado de correlación de Spearman es de -0.226 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, sin embargo el nivel de significancia es de 0.060 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Mello & Martinez, presentan informe se refiere a una encuesta que llevamos a cabo con el fin de comprender la experiencia de la muerte que el médico enfrenta. Hemos adoptado una metodología cualitativa en que el marco analítico elegido fue la fenomenología ontológica de Heidegger. La recolección de datos fue a través de entrevistas y los sujetos fueron diez médicos del Hospital Universitario de Maringá (PR). Los resultados se expresaron como unidades de sentido que resume las experiencias de ansiedad e incomodidad en el rostro de la muerte y los sentimientos para hacer frente a la muerte en la práctica médica, la preocupación acerca de los procedimientos, la dificultad de relacionarse con la muerte de los niños, falta de preparación y formación. El estudio apunta a la necesidad de crear espacios para compartir experiencias desde su graduación, lo que contribuye a una atención más cuidadosa a los pacientes, y especialmente con la salud mental de lo profesional. Esta investigación es preocupante ya que en el sector salud necesita de mayor cantidad de psicólogos clínicos no solo para realizar evaluaciones sino también entablar trabajos en equipo, trabajar conjuntamente con el psiquiatra para cuidar la salud mental de los trabajadores, ya que el enfrentamiento de la muerte por parte del personal de salud y

en especial por los técnicos de enfermería en un hospital de emergencia como es el HEJCU se debe manejar tanto los aspectos ansiosos en estado rasgo y también en el estrés para poder reducir las reacciones negativas y mejorar la eficiencia de la labor en la atención del paciente.

TABLA 10

En relación al estrés en la dimensión psicodinámica y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 41 por ciento reporta un nivel de estrés psicodinámico medio, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el nivel de estrés psicodinámico medio es del 58 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés psicodinámico medio llega al 60 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.179 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.138 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Bassols et. all. (2008), refiere que la admisión a la Facultad de Medicina representa una transición hacia un nuevo estilo de vida y un mayor grado de demanda curricular. El estrés puede influir en el rendimiento académico y las habilidades de toma de decisiones y establecer una relación médico-paciente adecuada. El presente estudio evaluó la prevalencia del estrés y los factores asociados en una muestra de estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) a través del Inventario de síntomas de estrés de adultos de Lipp (ISLL). Métodos: estudio transversal no controlado, muestra aleatoria (168 estudiantes). Instrumentos: ISLL, cuestionario demográfico, consumo de alcohol y otras sustancias y síntomas de ansiedad. Resultados: Encontramos una prevalencia de estrés del 51.3% (IC 95% 40.2-62.2), con una prevalencia más alta de síntomas físicos que los psíquicos. A partir del sexto semestre, los estudiantes presentaron una mayor prevalencia de estrés (55.3%), sin diferencias estadísticamente significativas entre semestres. El uso regular de alcohol (43.6%) y estimulantes fue similar entre los estudiantes con y sin estrés ($P = 0.63$). Entre los estudiantes con estrés, el 40% informó haber experimentado síntomas de pánico, mientras que solo el 5.3% de aquellos sin estrés informaron estos síntomas ($P < 0.001$). Entre los estudiantes con estrés, el 90% informó la presencia de síntomas de

ansiedad en los últimos 6 meses, mientras que solo el 39.5% de aquellos sin estrés lo informaron ($P < 0.001$). Conclusión: Nuestros hallazgos apuntan a la necesidad de investigar las causas de la alta prevalencia de estrés encontrada para proponer medidas preventivas y / u ofrecer apoyo psicológico a los estudiantes, proporcionando una mejor capacitación médica. Es importante por lo tanto como vemos en este trabajo lo mismo q en nuestra investigación q el manejo del estrés y el considerar q este se encuentre en el personal , es una toma de conciencia importante para entender q el personal de salud requiere apoyo psicológico y terapias periódicas para afrontar los niveles de estrés , con lo que se requiere estrategias oportunas y técnicas para el afrontamiento permanente del estrés laboral en salud especialmente en técnicos de enfermería q son los q tienen el primer contacto con el paciente de emergencia.

TABLA 11

En relación al estrés en la dimensión relaciones interpersonales y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 31 por ciento reporta un nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales medio, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales medio es del 63 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés dimensión relaciones interpersonales medio llega al 33 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.310 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, siendo el nivel de significancia es de 0.009 lo cual muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación, por lo tanto las dos variables estudiadas se relacionan. Calabrese. (2006), manifiesta que el estrés laboral se define como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del anesthesiologo. Cuando éste se torna excesivo superando la tolerancia del organismo puede derivar en graves consecuencias como desgaste en la salud, actuación profesionalmente pobre, repercusión en la seguridad del paciente y en la vida familiar. Sobre la salud pueden derivar en enfermedades físicas entre las que destacamos gastritis, úlcera, gastro - duodenal, hipertensión arterial, arritmias, angor, alteraciones reproductivas y contribuir a provocar abortos espontáneos, deterioro psíquico-emocional como

angustia, depresión, ansiedad y suicidio, trastornos en la conducta como alcoholismo, conductas agresivas, hábito de consumo de psicofármacos y fármaco dependencia, trastornos intelectuales como dificultad de concentración, disminución del estado de alerta, trabajos de baja calidad y alteraciones de la performance clínica. Las Consecuencias Familiares se relacionan a dificultades para balancear la vida familiar, fracaso vínculos con hijos, problemas en la relación de pareja. Las Consecuencias Laborales se destacan la falta de interés laboral, el ausentismo laboral, contribuir a cometer errores médicos, en algunos casos pueden llegar a mala praxis y problemas legales, llevando todas estas situaciones a pérdida de imagen profesional, en algunas ocasiones el abandono o el cambio de la especialidad, así como al retiro prematuro del ejercicio médico. Como podemos apreciar el nivel de afecciones psicosomáticas como este trabajo muestra en el anestesiólogo, nos lleva a entender que ya sea el médico, enfermería, obstetrix y la técnica de enfermería pasan por diferentes tipos de reacciones psicosomáticas que tienen como resultado el deterioro de la salud el agotamiento laboral la jubilación anticipada y problemas de iatrogenia en este sentido se debe permanentemente evaluar la ansiedad y el estrés de los profesionales de la salud y en especial los técnicos de enfermería.

TABLA 12

En relación al estrés en la dimensión relaciones interpersonales y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 29 por ciento reporta un nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales medio, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales medio es del 60 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés dimensión relaciones interpersonales medio llega al 20 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.204 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional, sin embargo el nivel de significancia es de 0.090 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Por otro lado, Segredo, Veloso, & Rodríguez (2004), realizó un estudio descriptivo en la población comprendida entre los 17 y los 60 años de edad atendida en el consultorio médico n. 14 del Policlínico tipo I, de Cabaiguán. La muestra de la investigación estuvo formada por 88 personas que

representan el 30 por ciento del universo de esa población. Como objetivo nos propusimos valorar el fenómeno estrés como factor de riesgo de enfermar, para lo cual utilizamos varias técnicas de investigación. Los resultados encontrados manifiestan que el 52,3 por ciento posee Patrón A de Conducta, altos niveles de ansiedad y el 61,4 ciento presenta 6 o más manifestaciones del estilo de vida que facilitan el estrés, todo lo cual habla a favor de la presencia de la vulnerabilidad al estrés. Como se puede apreciar en este estudio existe una relación directa entre estrés y ansiedad por lo que valora no solamente al estrés como factor causal de dicho problema sino también como factor condicionante de otras consecuencias como la alteración de la calidad de vida; en conclusión una óptima intervención del estrés permitiría reducir niveles críticos de ansiedad y otras consecuencias en la salud.

TABLA 13

En relación al estrés en la dimensión empatía y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 4 por ciento reporta un nivel de estrés dimensión empatía alto, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el nivel de estrés dimensión empatía es del 17 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés dimensión empatía alto llega al 33 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.251 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.036 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Nuestro resultado coincide con el trabajo de Amal Al-Ghareeb, Lisa McKenna, Simon Cooper (2019), su objetivo es investigar la ansiedad fisiológica y psicológica durante situaciones de emergencia en simulación de alta fidelidad y comprender el efecto de la ansiedad en el rendimiento clínico. First 2 Act fue el modelo para la intervención de simulación. Los estudiantes de pregrado de enfermería de segundo y tercer año asistieron a una sesión de simulación de dos horas y completaron un cuestionario demográfico más una escala de ansiedad psicológica autoinformada previa a la simulación. Se colocó un monitor de variabilidad de la frecuencia cardíaca en el pecho de cada estudiante para medir la variabilidad de la frecuencia cardíaca (como un signo de ansiedad) antes de participar en dos escenarios de emergencia simulados grabados en video (cardíaco y respiratorio) con

un actor profesional interpretando al paciente. El desempeño fue calificado por un clínico seguido de una sesión informativa asistida por video. Finalmente, se retiraron los monitores cardíacos y los estudiantes repitieron autoinformes de ansiedad psicológica. La ansiedad psicológica de los estudiantes fue alta antes de la simulación y siguió siendo alta después de la simulación. Con respecto a la ansiedad fisiológica, los estudiantes estaban ansiosos al comienzo de la simulación, pero se relajaron más hacia el final a medida que se familiarizaron con el entorno de simulación ($p < .007$). El rendimiento clínico aumentó significativamente en el segundo escenario ($p < .001$). Los factores que afectaron positivamente el rendimiento clínico fueron la duración de la inscripción en el grado de enfermería ($p = .001$), el empleo actual en un campo de enfermería o atención médica aliada ($p = .030$) y la experiencia previa en emergencias ($p = .047$). La relación entre la ansiedad fisiológica y el rendimiento clínico no fue estadísticamente significativa, aunque hubo una indicación de que la ansiedad de bajo nivel condujo a un rendimiento óptimo. La simulación de pacientes de alta fidelidad tiene la capacidad de despertar a enfermeras novatas psicológica y fisiológicamente mientras se manejan situaciones de emergencia. Los resultados indicativos sugieren que el rendimiento óptimo era evidente cuando los niveles de ansiedad eran bajos, lo que indica que habían recibido un entrenamiento insuficiente para lidiar con situaciones que inducían niveles de ansiedad moderados a altos. Se puede observar que a mayor nivel de ansiedad puede haber un deterioro con respecto a su productividad de los técnicos de enfermería, cuidado con el paciente y el trato hacia el familiar, sin embargo si el nivel de ansiedad es bajo sus condiciones son óptimas para un adecuado desempeño en la atención de los pacientes de emergencia, así mismo se debe implementar más estrategias para un adecuado soporte emocional de los técnicos que afrontan permanente la muerte y los accidentes.

TABLA 14

En relación al estrés en la dimensión Relaciones Interpersonales- Empatía y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 71 por ciento reporta un nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales- empatía bajo, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales - empatía bajo es del 44 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el 80% tiene estrés dimensión

relaciones interpersonales -empatía bajo. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.107 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.377 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Jacob McKnight, Jacinta Nzinga, Joyline Jepkosgei, Mike English (2019). Se pide a las enfermeras neonatales de Kenia que hagan lo imposible: cerrar la brecha entre los estándares internacionales de enfermería y las circunstancias que enfrentan cada día. Trabajan largas horas con poca supervisión en salas mal diseñadas, atendidas por muy pocas enfermeras dada la urgente necesidad. A pesar de estas condiciones, a una sola enfermera neonatal se le puede asignar la tarea de cuidar a cuarenta bebés enfermos para quienes es necesaria una atención muy cercana. Nuestra etnografía de 18 meses explora este entorno excepcionalmente estresante para comprender cómo operan las enfermeras bajo tales presiones y qué técnicas utilizan para organizar el trabajo y hacer frente. A partir de enero de 2015, realizamos 250 h de observación no participante y 32 entrevistas semiestructuradas en tres unidades de recién nacidos en Nairobi para describir cómo las enfermeras clasifican a los bebés, equilibran el trabajo entre turnos, utilizan la atención de rutina, y demostrar pragmatismo y flexibilidad en sus tratos mutuos para reducir el estrés. Al hacerlo, presentamos un modelo empírico de las formas en que las enfermeras hacen frente en un entorno de ingresos medios bajos y desarrollan trabajos tempranos en estudios de enfermería que destacan estrategias colectivas para reducir la ansiedad. Esto nos permite abordar la brecha dejada por las teorías prevalentes del estrés de enfermería que se han centrado en las características personales de las enfermeras individuales. Finalmente, nos extendemos hacia afuera de nuestros hallazgos etnográficos para considerar cómo una comprensión más profunda de estas estrategias colectivas para reducir el estrés puede informar la política y por qué, incluso cuando se alivian las fuerzas que crean estrés, puede prevalecer el modelo subyacente del trabajo de enfermería. Al hacerlo, presentamos un modelo empírico de las formas en que las enfermeras hacen frente en un entorno de ingresos medios bajos y desarrollan trabajos tempranos en estudios de enfermería que destacan estrategias colectivas para reducir la ansiedad. Esto nos permite abordar la brecha dejada por las teorías prevalentes del estrés de enfermería que se han centrado en las características personales de las enfermeras individuales. Finalmente, nos extendemos hacia afuera de nuestros hallazgos etnográficos para

considerar cómo una comprensión más profunda de estas estrategias colectivas para reducir el estrés puede informar la política y por qué, incluso cuando se alivian las fuerzas que crean estrés, puede prevalecer el modelo subyacente del trabajo de enfermería. Al hacerlo, presentamos un modelo empírico de las formas en que las enfermeras hacen frente en un entorno de ingresos medios bajos y desarrollan trabajos tempranos en estudios de enfermería que destacan estrategias colectivas para reducir la ansiedad. Esto nos permite abordar la brecha dejada por las teorías prevalentes del estrés de enfermería que se han centrado en las características personales de las enfermeras individuales. Finalmente, nos extendemos hacia afuera de nuestros hallazgos etnográficos para considerar cómo una comprensión más profunda de estas estrategias colectivas para reducir el estrés puede informar la política y por qué, incluso cuando se alivian las fuerzas que crean estrés, puede prevalecer el modelo subyacente del trabajo de enfermería. Presentamos un modelo empírico de las formas en que las enfermeras hacen frente en un entorno de ingresos medios bajos y desarrollan trabajos tempranos en estudios de enfermería que destacan estrategias colectivas para reducir la ansiedad. Esto nos permite abordar la brecha dejada por las teorías prevalentes del estrés de enfermería que se han centrado en las características personales de las enfermeras individuales. Finalmente, nos extendemos hacia afuera de nuestros hallazgos etnográficos para considerar cómo una comprensión más profunda de estas estrategias colectivas para reducir el estrés puede informar la política y por qué, incluso cuando se alivian las fuerzas que crean estrés, puede prevalecer el modelo subyacente del trabajo de enfermería. Presentamos un modelo empírico de las formas en que las enfermeras hacen frente en un entorno de ingresos medios bajos y desarrollan trabajos tempranos en estudios de enfermería que destacan estrategias colectivas para reducir la ansiedad. Esto nos permite abordar la brecha dejada por las teorías prevalentes del estrés de enfermería que se han centrado en las características personales de las enfermeras individuales. Finalmente, nos extendemos hacia afuera de nuestros hallazgos etnográficos para considerar cómo una comprensión más profunda de estas estrategias colectivas para reducir el estrés puede informar la política y por qué, incluso cuando se alivian las fuerzas que crean estrés, puede prevalecer el modelo subyacente del trabajo de enfermería. Podemos decir que la Teoría del estrés es no solo se debe centrar en características personales sino también con lo que respecta a las estrategias que cada técnico de enfermería toma en cuenta para su desempeño profesional y

enfatarlo para la colectividad propia. En tal sentido las estrategias de afrontamiento del estrés para los técnicos son las medidas correctivas más importantes para reducir crisis ansiosas y en tal sentido mejorar su desempeño.

TABLA 15

En relación al estrés en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 73 por ciento reporta un nivel de estrés en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales bajo, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el nivel de estrés en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales bajo es del 29 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el 100% tiene estrés en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales bajo. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.288 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.016, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación por lo tanto las dos variables estudiadas se relacionan. Belinda K. Judd, Jane Currie, Kirsty L. Dodds, Judith Fethney, Christopher J. Gordon (2019), con su investigación sobre estrés psicofisiológico y confianza durante la simulación de emergencia de alta fidelidad: efectos sobre el rendimiento. La simulación se ha utilizado ampliamente para capacitar a estudiantes y profesionales de la salud en la evaluación e intervención temprana de pacientes con condiciones de deterioro agudo. Estas simulaciones evocan estrés psicofisiológico en los alumnos que pueden afectar el rendimiento. Examinamos la relación entre las variables de estrés, la confianza y el rendimiento durante escenarios repetidos en simulaciones de emergencia con base clínica. El rasgo de ansiedad de los participantes no fue elevado al inicio del estudio (media: 39,6, DE 6,1). En los tres escenarios de simulación, la ansiedad y el estrés se elevaron ' durante ' la simulación en comparación con los puntos de tiempo ' pre ' y ' post '. Sin embargo, la magnitud de la elevación del estrés y la ansiedad durante todos los puntos de tiempo (' pre ', ' durante ' y ' post ' simulación) disminuyó significativamente ($p < 0.05$) con simulaciones progresivas. La frecuencia cardíaca aumentó significativamente durante todas las simulaciones en comparación con ' pre'-niveles pero volvió a niveles similares después de la simulación. La cantidad de aumento en la frecuencia cardíaca sobre las

simulaciones progresivas se atenuó durante la simulación 3 en comparación con 1 y 2 (Sim 1: 103.6 bpm (SD 22.1), Sim 2: 101.9 bpm (SD 18.9) y Sim 3: 99.5 bpm (SD 23.4)). La confianza aumentó en las tres simulaciones ($p < 0.001$), observándose la mayor parte del aumento después de las dos primeras simulaciones. Los puntajes de rendimiento aumentaron en un 19.0% del programa de simulación 'pre-post' ($p < 0.001$) y no fueron confundidos por ALS o experiencia previa en simulación. Observamos cambios temporales dependientes en las variables de estrés psicofisiológico en los escenarios de simulación, con magnitudes disminuidas de elevaciones de las variables de estrés psicológico (autoinformado por ansiedad y estrés) y fisiológico (frecuencia cardíaca) durante los sucesivos escenarios de simulación. Este estudio ha demostrado que la simulación aumentó el estrés, especialmente antes y durante los escenarios; sin embargo, el efecto de aprendizaje disminuyó la magnitud de la respuesta al estrés con escenarios de simulación repetidos. Los educadores de simulación necesitan crear simulaciones que cambien el estrés de manera intencionada para mejorar el aprendizaje. El Estrés psicofisiológico y psicológico se ve aumentando en emergencia, por lo que la ansiedad aparece y si no es manejado con técnicas para el control de emociones y aprendizaje del autocontrol, los técnicos se verán afectados de manera individual, y no podrán realizar sus responsabilidades de manera ordenada y con entusiasmo.

TABLA 16

En relación al estrés en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 71 por ciento reporta estrés bajo en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el 38 por ciento padece estrés bajo en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el 80% tiene estrés bajo en la dimensión relaciones interpersonales – conflictos interpersonales. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.126 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.300, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, por lo tanto las dos variables estudiadas se relacionan. Según Norio Watanabe, Masaru Horikoshi, Issei Shinmei, Yuki Oe, Tomomi Narisawa,

Mie Kumachi, Yutaka Matsuoka, Kei Hamazaki, Toshi A. Furukawa (2019), en su Programa breve de manejo del estrés basado en la atención plena para un mejor estado mental en las poblaciones trabajadoras - Proyecto Happy Nurse: un ensayo aleatorizado y controlado. La eficacia del programa de manejo del estrés basado en la atención plena para mantener un mejor estado mental no se ha examinado entre las poblaciones trabajadoras. Teniendo como objetivo explorar la efectividad del breve programa de manejo del estrés basado en la atención plena para las enfermeras del hospital. La puntuación media de HADS de todos los participantes al inicio del estudio fue de 7,2. A las 26 semanas, las puntuaciones medias ajustadas en la puntuación HADS fueron 7,2 (intervalos de confianza del 95%: 5,9, 8,5) en el grupo del programa y 6,0 (4,8, 7,2) en el grupo de folleto, respectivamente. El coeficiente de interacción del grupo por tiempo no fue estadísticamente significativo a -1.41 (-3.35, 0.54; $P = 0.156$). No se observó superioridad o inferioridad significativa en los otros resultados. El valor aditivo del breve programa de manejo del estrés basado en la atención plena no se confirmó en el estado mental y la eficiencia del trabajo autoevaluado. Al realizar un programa de intervención que englobe a la salud mental, el cual es un aspecto fundamental es vital para un buen manejo de emociones en su vida personal y con su trabajo reduciría el estrés en los técnicos y así podrían desempeñarse adecuadamente.

TABLA 17

En relación al estrés en la dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan bajo nivel de ansiedad estado el 39 por ciento reporta un nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo bajo, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el nivel de estrés dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo bajo es del 20 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo bajo llega al 67 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.124 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.307 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Efectos de ansiedad y categorización en las actitudes de

los estudiantes de enfermería hacia pacientes jóvenes y mayores: un modelo de doble vía. Según el estudio realizado por Esther van Leeuwen, Misha Oosterhuis, Sofie Ruyter. Los estudiantes de enfermería a menudo tienen una actitud negativa hacia los pacientes mayores debido a los estereotipos negativos, lo que puede explicar su renuencia a trabajar en la atención geriátrica. El objetivo de este estudio fue investigar un doble efecto (directo e indirecto a través de la ansiedad) de la edad de los pacientes sobre las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia sus pacientes. Las actitudes hacia los pacientes mayores fueron más negativas que las hacia los pacientes jóvenes. Los pacientes mayores también provocaron menos ansiedad en comparación con los pacientes jóvenes, y la ansiedad tuvo una relación más débil con las actitudes hacia los pacientes mayores que las actitudes hacia los pacientes más jóvenes. Las actitudes hacia los pacientes más jóvenes, pero no hacia los pacientes mayores, estaban deprimidas por la ansiedad. Los pacientes mayores generan más actitudes negativas entre los estudiantes de enfermería, pero también pueden mejorar las actitudes indirectamente al reducir la ansiedad entre los grupos. Por lo tanto, las personas mayores pueden ser especialmente adecuadas como grupo de pacientes para recibir atención de jóvenes enfermeras en formación, que pueden madurar en su profesión sin estar ansiosos por causar una impresión equivocada. Con relación al manejo de la ansiedad, estrés y la depresión conjuntamente pueden ser manejadas de forma adecuada por los técnicos de enfermería con pacientes mayores jóvenes, siempre y cuando se implementen programas de control de ansiedad y afrontamiento del estrés.

TABLA 18

En relación al estrés en la dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo el 41 por ciento reporta un nivel de estrés en la dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo bajo, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad estado el nivel de estrés en la dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo bajo es del 19 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el 80% tiene estrés en la dimensión relaciones interpersonales – trabajo en equipo bajo. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.041 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de

significancia es de 0.738 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Explorando el estrés laboral de las enfermeras en un hospital de cuidados agudos en KSA. Joseph U. Almazan, Abdulrhman S. Albougami, Majed S. Alamri (2019), Este estudio tuvo como objetivo evaluar el estrés laboral percibido de las enfermeras del personal y determinar la relación entre el estrés laboral y el perfil demográfico, utilizó un diseño transversal descriptivo y se realizó en un hospital público secundario (personal de enfermería = 178, capacidad de cama = 225) en Riad, KSA, ofrece servicios médicos y quirúrgicos que son importantes para lograr una atención y servicios de calidad óptima para el paciente. En total, se entrevistó a 178 enfermeras del personal, pero se excluyeron 15 respuestas debido a la falta de datos (tasa de respuesta: 92.52%).

Resultados Las enfermeras informaron un ambiente de trabajo moderadamente estresante. Se descubrió que la nacionalidad es un predictor significativo de los niveles de estrés de las enfermeras. Las enfermeras indias tenían mayores niveles de estrés en comparación con las enfermeras de otras nacionalidades. Las horas de trabajo por semana fueron otro predictor significativo de estrés. **Conclusión:** Este estudio destacó el estrés laboral percibido de las enfermeras del personal y determinó la relación entre el estrés laboral y el perfil demográfico. La mayoría de las enfermeras estaban moderadamente estresadas. Las horas de trabajo se asociaron directamente con el nivel de estrés. Los hallazgos del estudio pueden servir como guía para establecer políticas de recursos humanos con el objetivo de reducir el estrés de las enfermeras y, por lo tanto, promover una mejor atención de la salud y un mejor desempeño del trabajo de la fuerza de trabajo. El estrés laboral se ve asociado con las 12 horas de trabajo que realizan de guardias los técnicos de día y de noche, no existen guardias tranquilas porque reciben pacientes que llegan de todos los conos, y al ser el Casimiro Ulloa un hospital de emergencias, el estrés es superior a cualquier otro tipo de establecimiento del MINSA.

TABLA 19

En relación al estrés en la dimensión personalidad y la ansiedad estado en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad estado el 35 por ciento reporta un nivel de estrés en la dimensión personalidad regular, mientras que los que presentan un nivel

regular de ansiedad estado el nivel de estrés en la dimensión personalidad regular es del 49 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés en la dimensión personalidad regular llega al 33 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.221 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.066 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. La unidad de cuidados intensivos es uno de los entornos estresantes para su personal, especialmente médicos y enfermeras. Nooryan et, all. (2018), Este estudio tuvo como objetivo determinar la ansiedad en médicos y enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos en los hospitales de Yasuj en Irán, siendo un estudio de intervención realizado en la ciudad de Ereván en 2009. El número de participantes en este estudio es de 150 que se seleccionan al azar. En este estudio participaron 120 enfermeras y 30 especialistas que trabajaban en la unidad de cuidados intensivos de los hospitales de Yasuj en Irán, se utiliza un cuestionario demográfico de 10 preguntas, ansiedad situacional de 20 preguntas, ansiedad de personalidad de 20 preguntas Berger. Después de la codificación, los cuestionarios Los resultados indican que el puntaje promedio para la ansiedad situacional de las enfermeras ha sido 46.96, el puntaje promedio para la ansiedad situacional de los médicos ha sido 39. Este estudio proporciona información valiosa sobre las experiencias estresantes reales y percibidas de las enfermeras de cuidados críticos, contribuyendo así al esfuerzo continuo para reducir el agotamiento en esta población, lo cual es directamente aplicable al grupo de las técnicas de enfermería del hospital de estudio.

TABLA 20

En relación al estrés en la dimensión personalidad y la ansiedad rasgo en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad rasgo ningún caso reporta un nivel de estrés dimensión personalidad alto, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad rasgo el nivel de estrés dimensión personalidad alto es del 15 por ciento, y los que presentan bajo nivel de este tipo de ansiedad el estrés dimensión personalidad alto llega al 20 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.193 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional sin embargo el nivel de significancia es de 0.109 lo cual no muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la

hipótesis nula por lo tanto las dos variables estudiadas no se relacionan. Sharon (2011), nos dice que algunos estudiantes de enfermería que experimentan ansiedad durante las experiencias clínicas abandonan los programas de educación en enfermería. Si los educadores de enfermería pueden comprender mejor la ansiedad de los estudiantes de enfermería durante la experiencia clínica, podrán desarrollar intervenciones educativas para minimizar la ansiedad de los estudiantes. La disminución de la ansiedad tiene un doble efecto. Primero, cuando disminuye la ansiedad, se puede aumentar el aprendizaje. En segundo lugar, disminuir la ansiedad puede ayudar a que los estudiantes completen su educación en enfermería. Este estudio fenomenológico cualitativo examina la percepción de ansiedad de los estudiantes de enfermería en el entorno clínico. La teoría del aprendizaje es el marco teórico. El método principal de recopilación de datos es entrevistas personales no estructuradas con 7 estudiantes de enfermería. Los datos se analizaron mediante un análisis temático. Los temas se informan en las riquezas del discurso de los sujetos. Se discuten las implicaciones para la práctica. Como podemos apreciar en este estudio el manejo de la ansiedad produciría deserción en los estudiantes, en el caso de los trabajadores, jubilación temprana, ausentismo laboral y un alto nivel de rotación de personal, esto puede llevar a problemas de productividad, rendimiento laboral y por ende la afectación directa de los pacientes, en este sentido el manejo de la ansiedad en el personal de salud y en especial en los técnicos de enfermería es un aspecto que debe manejarse como política permanente del sector salud.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

TABLA 21

En relación al estrés en la dimensión estrés total y la ansiedad total en técnicos de enfermería del hospital José Casimiro Ulloa se puede encontrar que del total de los que presentan alto nivel de ansiedad total el 39 por ciento reporta un nivel de estrés moderado, mientras que los que presentan un nivel regular de ansiedad total el nivel de estrés moderado es del 75 por ciento, y los que presentan bajo nivel de ansiedad total tiene estrés moderado llega al 39 por ciento. El nivel reportado de correlación de spearman es de -0.329 lo cual refleja que la relación es inversamente proporcional siendo el nivel de significancia es de 0.005 lo cual muestra una correlación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis de investigación por lo tanto las dos variables estudiadas se relacionan. Omolbanin Sargazi, Golnaz Foroughameri, Sakineh Miri, Jamileh Farokhzadian (2018), es esencial realizar intervenciones cognitivo-conductuales sobre la competencia profesional de las enfermeras. El estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de un entrenamiento de inoculación de estrés (SIT) en la competencia profesional de las enfermeras psiquiátricas, fue un estudio experimental, en el que 70 enfermeras psiquiátricas fueron asignadas a dos grupos de intervención y control (35 en cada grupo) utilizando un diseño aleatorio por conglomerados. Se realizó un programa SIT para el grupo de intervención. Los datos se recopilaron por inventario de competencias para la enfermera registrada (CIRN) antes y un mes después de la SIT. Los participantes en el grupo de intervención informaron puntuaciones más altas en la competencia profesional y sus dimensiones en comparación con los del grupo de control un mes después de la SIT. El aumento de los puntajes de la competencia profesional y sus dimensiones después de usar el SIT implicaron la efectividad de este método para mejorar las competencias profesionales de las enfermeras psiquiátricas. La mayor eficiencia de SIT se puede determinar por su aplicación en diversos dominios de profesiones médicas. Como se puede apreciar en el estudio en concordancia con los resultados de nuestra investigación podemos afirmar que el afrontamiento del estrés es fundamental para el trabajo de cualquier profesional de la salud en especial los que laboran con un alto nivel de actividad y de esfuerzo como es el caso del personal que trabaja en hospitales de emergencia y especialmente aquel que tiene contacto directo con la llegada del paciente como es el caso de la técnica de enfermería que recibe pacientes con politraumatismos, fracturas expuestas, envenenamientos, heridas de arma de fuego, cortes y otros donde aproximadamente el 20 % llegan en estado agónico o fallecidos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. En relación entre el estrés en la dimensión fisiológica y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones
2. En cuanto al estrés en la dimensión psicológica y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que con la dimensión estado existe una relación significativa mientras que con la ansiedad rasgo no hay relación.
3. No se pudo encontrar relación estadística entre el estrés en la dimensión voluntad y la ansiedad estado rasgo, ya que no existe significancia menor de 0.05 con ninguna de estas dos dimensiones
4. Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión psicosomática y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones.
5. Al determinar la relación entre el estrés en la dimensión relaciones interpersonales y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que con la dimensión estado existe una relación significativa mientras que con la ansiedad rasgo no hay relación.
6. En la relación entre el estrés en la dimensión empatía y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones ya que la significancia es mayor a 0.05.
7. En la relación entre el estrés en la dimensión conflictos interpersonales y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que si existe relación con estas dos dimensiones debido a que la significancia es menor a los valores límites.
8. En la determinación la relación entre el estrés en la dimensión trabajo en equipo y la ansiedad estado rasgo, no se pudo encontrar relación estadísticamente significativa con ninguna de estas dos dimensiones.
9. En la relación entre el estrés en la dimensión personalidad y la ansiedad estado rasgo, se pudo encontrar que no existe relación con ninguna de estas dos dimensiones
10. Finalmente, al determinar la relación entre el estrés ponderado total y la

ansiedad ponderada total, se pudo encontrar que si existe correlación estadísticamente significativa con estas dos dimensiones.

5.2. Recomendaciones

1. Implementar un sistema de detección de problemas de ansiedad en trabajadores técnicos de enfermería que trabajen especialmente en servicio de emergencia.
2. Planificar estrategias psicológicas para el manejo de problemas de ansiedad estado rasgo en los niveles moderado y grave.
3. Establecer un programa permanente brindado por el departamento de psicología sobre afrontamiento del estrés intra y extra laboral.
4. Desarrollar normativas del cuidado permanente de la salud mental de los trabajadores y en especial de técnicos de enfermería que laboren en instituciones de urgencias o emergencias.
5. Se recomienda desarrollar nuevas investigaciones que asocien el estrés y la ansiedad debido a que ambas son problemas de índole psicológico que atenta contra la calidad del cliente interno su productividad y la calidad de atención que brindan a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alharthy, Osama, Almutairi, Alhajri (2017) "Evaluación del Nivel de Ansiedad de los Trabajadores de Salud de Emergencia por el Trastorno de Ansiedad Generalizada" Revista Internacional de Investigación Médica Aplicada y Básica Vol 7 No 3 - Julio a septiembre de 2017, Universidad de Ciencias Médicas.
- Amal Al-Ghareeb, Lisa McKenna, Simon Cooper, The influence of anxiety on student nurse performance in a simulated clinical setting: A mixed methods design, International Journal of Nursing Studies, Volume 98, 2019, Pages 57-66, ISSN 0020-7489, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.06.006>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748919301579>)
- American Psychiatric Association [APA] (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (4ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson.
- American Association of Nurse Anesthetists. AANA. (2008). Retrieved July 9, 2008, from http://www.aana.com/aboutaana.aspx?ucNavMenu_TSMMenuTargetID=179&ucNavMenu_TSMMenuTargetType=4&ucNavMenu_TSMMenuID=6&id=265
- Aneshensel, Carol S. and Leonard I. Pearlin. (1987). "Structural Contexts of Sex Differences in Distress." In Gender and Stress, edited by R.C. Barnett, L. Biener, and G.K. Baruch. New York: Free Press.
- Avison, W., Turner, J. (1988). "Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Disaggregating the Effects of Acute Stressors and Chronic Strains." Journal of Health and Social Behavior 29: 253-264.
- Akiskal, H. (1998). Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type, Acta Psychiatrica Scandinavica, 98 (393), 66-73.
- Bassols, Ana Margareth; Sordi, Anne Orgler; Eizirik, Cláudio Laks; Seeger, Gabriela Marques; Rodrigues, Graziela Smaniotto; Reche, Mateus. A prevalência de estresse em uma amostra de estudantes do curso de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul;28(3):153-157, 2008. tab.
- Beato, M. (2013). Reconocimiento falso y ansiedad estado/rasgo Facultad de

- Psicología. Universidad de Salamanca. 34, 299-311 Salamanca (España).
- Belinda K. Judd, Jane Currie, Kirsty L. Dodds, Judith Fethney, Christopher J. Gordon,
Registered nurses psychophysiological stress and confidence during high-fidelity emergency simulation: Effects on performance, Nurse Education Today, Volume 78, 2019, Pages 44-49, ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.04.005>.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691718307342>)
- Bizkarra, K. (2009) Encrucijada emocional: miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia) (4a. ed.), Editorial Desclee de Brouwer. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouigvsp/detail.action?docID=3193832>. Created from bibliouigvsp. on 2017-10-13 17:46:29.
- Brandon Keith Ward (2008). "Ansiedad en los estudiantes de anestesia de enfermería. Proquest LLC
- Burnstein, C. (1998). Recalling sources of student anxiety. Nurse Educator, 23(1), 11-19.
- Calabrese, Gustavo. Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. Rev. colomb. anestesiología;34(4):233-240, sept.-dic. 2006.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). Psicología Contemporánea, 6, 14-21.
- Cantrell, Meyer y Mosack (2017) "Efectos de la simulación en el estrés estudiantil de enfermería: una revisión integrativa" Revista de Educación de Enfermería Vol. 56, n. ° 3, 2017 Universidad, Wichita, Kansas.
- Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J. J., Gonzalez Ordi, H., & Iruarizaga Diez, I. (2007). Hiperventilación y experiencia de ansiedad. Ansiedad y Estrés, 13, 291-302.
- Casado, M. & Universidad Complutense de Madrid. (2002). Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Cólica, P. (2015). Estrés manual diagnóstico: la explicación psicobiológica de

- los síntomas, Editorial Brujas. ProQuest Ebook. Central. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliouigvsp/detail.action?docID=4310132> Escuelapedia. (2017). Apatía. Obtenido de <http://www.escuelapedia.com/diccionario/apatiaf-dejadef-falta-de-interes-vigor/>
- Díaz, Y. (2010) Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. Rev Hum Med v.10 n.1 Ciudad de Camaguey ene.-abr. 2010 Escuelapedia. (2017). Opresión Obtenido de. <http://www.escuelapedia.com/diccionario/opresionf-sensacion-molesta-producida-por/>
- Esther van Leeuwen, Misha Oosterhuis, Sofie Ruyter, Anxiety and categorisation effects in student nurses' attitudes towards young and older patients: A dual pathway model, Nurse Education Today, Volume 39, 2016, Pages 170-175, ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.023>(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691716000502>)
- Fagin, L., Brown, D., Barlett, H., Leary, J., & Carson, J. (1995). The Claybury community psychiatric nurse stress study: Is it more stressful to work in a hospital or the community? Journal of Advanced Nursing, 22, 347-358.
- Faria, Daniella Antunes Pousa; Maia, Eulália Maria Chaves. Nursing professionals' anxiety and feelings in terminal situations in oncology. Rev. latinoam. enferm;15(6):1131-1137, nov.-dez. 2007. Gallegos, L. (2003). Psicología de la Salud, Ansiedad y Trabajo Bajo Presión. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS, 1(2), 13-24. Recuperado en 15 de marzo de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000200003&lng=es&tlng=es.
- Garcia-Otero, M., & Teddie, C. (1992). Effect of knowledge of learning styles on anxiety and clinical performance of nurse anesthesiology students. Journal of the American Association of Nurse Anesthetists, 60, 257-260.
- García-Rivera, Blanca, Maldonado-Radillo, Sonia, & Barón, María Ramírez. (2014). Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Summa

psicológica UST (En línea), 11(1), 65-72. Recuperado em 10 de dezembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2014000100006&lng=pt&tlng=es.

Glosario Psicología. (2018). Ansiedad / Angustia. Obtenido de https://glosarios.servidor-alicante.com/psicologia/ansiedad-_angustia

Goldenberg, D., & McEwan, L. (1999). Achievement motivation, anxiety and academic success in first year master of nursing students. *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, 19, 419-430.

Guillén, A. (2014) Validación de la adaptación española del state-trait anxiety inventory en diferentes muestras españolas. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58041>

Halabe, J. (2011) *Interamericana Temas de Medicina Interna Tomo I: Estrés y Manifestaciones Clínicas*. España. Mc Graw Hill.

Hernandez, R Fernandez, C y Baptista, P.. (2014). *Metodologia de la investigación*. España: Mc Graw Hill.

Ignacio, Dolmans, Scherpbier, Rethans, Chan, Ying (2016) "Estrategias de manejo del estrés y la ansiedad en el entrenamiento de simulación de las profesiones de salud: una revisión de la literatura" Ignacio J, y col. *BMJ Stel* 2016; 2: 42-46. doi: 10.1136 / bmjstel-2015-000097

Jacob McKnight, Jacinta Nzinga, Joyline Jepkosgei, Mike English, Collective strategies to cope with work related stress among nurses in resource constrained settings: An ethnography of neonatal nursing in Kenya, *Social Science & Medicine*, Volume 245, 2020,112698, ISSN 0277-9536, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112698>.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953619306938>)

Joseph U. Almazan, Abdulrhman S. Albougami, Majed S. Alamri, Exploring nurses' work-related stress in an acute care hospital in KSA, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, Volume 14, Issue 4, 2019, Pages 376-382, ISSN 1658-3612, <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.04.006>.

Manijeh, Mohammad, Mohsen, Shaghayegh, Sahar, Seyed. Mahsa (2016) "La asociación entre la satisfacción de la vida y el alcance de la depresión, la ansiedad y el estrés entre las enfermeras iraníes: una encuesta multicéntrica" *Iran J Psychiatry* 2016; 11: 2: 120-127

- Mello, Aline Andressa & Martinez; Silva, Lucia Cecilia da. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. Rev. abordagem gestál. (Impr.);18(1):52-60, June 2012.
- Mitrousi, S, Travlos, A., Koukia, E, Zyga, S. (2014) "La experiencia de la ansiedad en el personal de enfermería en los hospitales públicos de Peloponeso, Grecia" Revista Internacional de Ciencias de la Atención Vol 7 Issue 1, Enero-Marzo 2014 Recuperado de: Nordqvist, C. (2017). Why Stress happens and how to manage it? Obtenido de <https://www.medicalnewstoday.com/articles/145855.php>
- Nooryan, Gasparyan, Sharif (2011) "El efecto de la enseñanza de la Inteligencia Emocional (EI) sobre el estrés relacionado con el trabajo en médicos y enfermeras que trabajan en salas de cuidados intensivos en hospitales, Ereván, Armenia" Revista internacional de investigación colaborativa sobre medicina interna y salud pública Vol. 3 No. 10 (2011), Universidad de Ciencias Médicas, Irán. www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Kh. Nooryan, M. Sasanpour, F. Sharif, H.R. Ghafarian Shirazi, Anxiety in Physicians and Nurses Working in Intensive Care Units in Yasuj's Hospitals/Iran, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 122, 2014, Pages 457-460, ISSN 1877-0428, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1372>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814013895>)
- Norio Watanabe, Masaru Horikoshi, Issei Shinmei, Yuki Oe, Tomomi Narisawa, Mie Kumachi, Yutaka Matsuoka, Kei Hamazaki, Toshi A. Furukawa, Brief mindfulness-based stress management program for a better mental state in working populations - Happy Nurse Project: A randomized controlled trial☆☆, Journal of Affective Disorders, Volume 251, 2019, Pages 186-194, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.067>.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718327794>)
- Oleas, H., & Zúñiga, J. (2014). Trastorno de estrés postraumático. In Escobar. J. & Uribe M. (Eds.), Avances en psiquiatría desde un modelo biopsicosocial (pp. 141-160). Universidad de los Andes, Colombia. Recuperado de: from <http://www.jstor.org/stable/10.7440/j.ctt19jchzz.8>

- Ortega, J. (1999). Estrés y trabajo. *Revista de Medicina y salud*. V.16, Nº.3. P.12-18 Universidad de Manizales.
- Omolbanin Sargazi, Golnaz Foroughameri, Sakineh Miri, Jamileh Farokhzadian, Improving the professional competency of psychiatric nurses: Results of a stress inoculation training program, *Psychiatry Research*, Volume 270, 2018, Pages 682-687, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.057>.(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178118304918>)
- Pérez J. y Gardey, A. (2011). Definición de alteración. Obtenido de Definicion.de: : <https://definicion.de/alteracion/>
- Pinto e Silva, Eduardo; Fabbro, Márcia Regina Cangiani; Heloani, Roberto. O trabalho de enfermeiras e guardas municipais: identidade, gênero e poder. *Interface comun. saúde educ*;13(31):395-407, out.-dez. 2009.
- Prati G, Pietrantonio L, Cicognani E. (2010). Self- efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety Stress Coping*; 23:463- 70.
- Tomoko, Yuka, Akiyo (2009). Relación entre los programas educativos ofrecidos en los hospitales de en hospitales medianos en Japón y los niveles de ansiedad de las enfermeras principiantes. *La revista de educación continua en enfermería Vol 40, No 3 Japón marzo. 2009*
- Santos, Flávia Duarte dos; Cunha, Mércia Heloísa F; Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz; Pedrão, Luiz Jorge; Silva, Luiz Almeida da. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. *SMAD, Rev. eletrônica saúde mental alcool drog*;6(1):1-16, 2010.
- Selye, H. (2018). El modelo de Selye. Obtenido de http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-2-1
- Segredo Pérez, Alina María; Veloso Pérez, Eduardo; Rodríguez Santos, Rosa M. El estrés, su comportamiento en la atención primaria de salud / Stress, its behavior in primary health care. *Rev. cuba. med. gen. integr*;20(4), jul.-ago. 2004.
- Sharon M. Melincavage, Student nurses' experiences of anxiety in the clinical setting, *Nurse Education Today*, Volume 31, Issue 8, 2011, Pages 785-789, ISSN 0260-6917, <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.05.007>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691711001195>).

- Sierra, J; Ortega V; Zubeidat, I. . (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-Estar Subj., 3(1). Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Stathopoulou, H., Karanikola, M. Panagiotopoulou F., y Papathanassoglou, E., (2011) "Niveles de ansiedad y síntomas relacionados en el personal de enfermería de emergencia en Grecia" Diario de Emergencias de Enfermería Volumen 37 Emisión 4 de julio de 2011
- Ratanasiripong, Park, Ratanasiripong, y Duangrat (2015) "Estrés y ansiedad en estudiantes de enfermería: Biofeedback y Mindfulness Meditación" Revista de educación de enfermería. Vol. 54, n. ° 9, 2015
- Psicología desde el Caribe. (2011) Universidad del Norte. Vol. 31 (3): 435-454 2014 ISSN 0123-417X (impreso) ISSN 2011-7485 (on line).
- Selye H. (1974) Stress without distress. New American Library. Vera, R. (2015). Diccionario de psicología. Vertices Psicólogos.
- Żuralska, Mziray, y Schetz (2015) "Los niveles de ansiedad en las enfermeras del hospital polaco experimentando diversos trastornos emocionales" Programa de Ciencias de la Salud 2015, Vol 5, N° 2. Universidad Médica de Białystok, Polonia

ANEXO

Anexo 1

Instrumentos de Recolección de Datos

Instrumento para el estrés

El Inventario de Autoevaluación del Estrés, elaborado por Melgosa (1995), modificado por Valladolid(2019) es un tipo de Inventario Auto Evaluativo. Su nivel de evaluación es individual. El contexto de empleo es en una vida normal y habitual. Se excluyen las situaciones excepcionales de guerra, catástrofe, epidemia, etc. El Inventario consta de 96 ítems, 16 para cada área. En cuanto a la calificación, presenta cuatro alternativas de respuesta: nunca, casi nunca, frecuentemente y casi siempre. Se puntúan es de 0 a 3 puntos teniendo en cuenta la dirección del ítem. Tomados en cuenta solo Síntomas, Relaciones Interpersonales y Personalidad.

La Tabla 1 muestra las categorías diagnósticas prevista en este instrumento. El autor del inventario del estrés, Melgosa (1995) considera que tanto la zona 1 que refleja apatía, inactividad, ausencia de motivación, así como la zona 5 que refleja máximo estrés, sujeto deprimido y/o ansioso, son peligrosos para el sujeto pues implica una reducción de nuestras fuerzas protectoras y un bajo rendimiento. La media establecida por el autor es de 96 puntos. Considera que el estrés moderado implica motivación y rendimiento óptimo.

En la Tabla 2 se considera el nivel de puntuación por componentes. Del estrés (síntomas, relaciones y personalidad)

Componentes del Inventario de Autoevaluación del Estrés:

Estilo de Vida: El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. Expresado en ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, alimentación, sueño, recreación, hábitos.

Ambiente: El entorno que afecta y condiciona especialmente las circunstancias de vida de las personas o la sociedad en su vida. Comprende el conjunto de

valores naturales, familiares, sociales y culturales existentes en un lugar y un momento determinado, que influyen en la vida del ser humano

Síntomas: Se denomina síntoma a todas las quejas subjetivas, o molestias experimentadas por el paciente y que él comunica. De este modo, serían síntomas: las vivencias dolorosas, sensaciones de malestar, molestias alimenticias, problemas de sueño y de carácter afectivo.

Relaciones interpersonales: Son contactos profundos o superficiales que existen entre las personas durante la realización de diversas actividades, como escuchar, relacionarse, opiniones, conversar

Personalidad: Es el conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás.

Validez y confiabilidad

En nuestro medio este inventario ha sido validado por Cueto, (2001) quien, para determinar el coeficiente de confiabilidad de este instrumento, utilizó la técnica de “división de mitades” sobre un grupo piloto integrado por 150 personas, con características similares al grupo de estudio. Para efectos de probar la validez utilizó el método de validación experimental, sobre un grupo control de 150 personas. La consideración del coeficiente de confiabilidad, que se considera como válido, se basa en la opinión de Garret (1998). Según el autor, un puntaje se considera confiable cuando tenemos razones para creer que dicho puntaje es estable y fidedigno: Estas dos condiciones dependen de hasta qué punto el puntaje es un índice de “aptitud verdadera”, libre de un error atribuible a la casualidad.

El instrumento fue aplicado a un grupo de 15 pacientes hipertensos los que consideró así mismo como grupo control.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente Alpha

de Crombach que mide la consistencia interna arrojando un coeficiente total de 0.917, valorado como muy alto. Así mismo se midió la consistencia interna de cada componente del instrumento (Estilo de vida, Ambiente, Síntomas, Ocupación, Relaciones y Personalidad) obteniendo los siguientes coeficientes: Estilo de vida=0.650, Ambiente=0.843, Síntomas=0.678, Ocupación=0.451, Relaciones=0.564 y Personalidad=0.725.

Se concluye que el instrumento utilizado en la investigación presenta buenos niveles de confiabilidad, validez de contenido y criterio.

Anexo 2

Test de Autoevaluación del Estrés Melgosa- Valladolid

I. Datos Personales

Edad..... Sexo..... Estado Civil.....Ocupación.....

II. Instrucciones

Responda a las preguntas que a continuación se les hace y que tienen por finalidad evaluar el estrés individual, los cuales se han planteado en el contexto de la vida normal y habitual. Sea honesta y sincera al responder.

INVENTARIO DEL ESTRÉS

Nº	SÍNTOMAS	Nunc a	Casi Nunc a	Frecuen temente	Casi Siempr e
33	Sufro de dolores de cabeza constantemente durante el trabajo	0	1	2	3
	Sufro de dolores de cabeza constantemente después del trabajo	0	1	2	3
37	Tengo molestia en la zona lumbar cuando realizo procedimientos complicados como jalar la camilla hacia otro servicio	0	1	2	3
38	Tengo taquicardias cuando trabajo sola y no hay personal	0	1	2	3
39	Tengo alergias después de hacer uso de los guantes quirúrgicos	3	2	1	0
40	Tengo sensaciones de ahogo cuando asisto a pacientes con alta gravedad	0	1	2	3
41	Se me agarrotan los músculos del cuello y de la espalda después de una guardia pesada	0	1	2	3
42	Tengo tensión si mi jefe me llama la atención	0	1	2	3
43	Recuerdo los procedimientos que debo realizar ante una emergencia	3	2	1	0
44	Como normal así haya tenido un día complicado	0	1	2	3
45	Me siento cansado y sin energía tras una guardia seguida de día y de noche	0	1	2	3
46	Sufro de insomnio al pensar como estará la guardia de noche	0	1	2	3
	TOTAL SÍNTOMAS				

	RELACIONES INTERPERSONALES	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi Siempre
65	Me siento bien siendo amable y cortes con los pacientes	3	2	1	0
	Disfruto siendo amable y cortes con mis compañeros técnicos	3	2	1	0
	Disfruto siendo amable y cortes con el personal de enfermería	3	2	1	0
	Disfruto siendo amable y cortes con el personal médico	3	2	1	0
66	Suelo confiar en los demás técnicos que laboran conmigo	3	2	1	0
	Suelo confiar en el personal de enfermería que laboran conmigo	3	2	1	0
	Suelo confiar en el personal médico que laboran conmigo	3	2	1	0
67	Me siento molesto cuando mis planes dependen de mis otros colegas de trabajo	0	1	2	3
	Me siento molesto cuando mis planes dependen de las enfermeras	0	1	2	3
68	Me afectan mucho las discusiones con los pacientes	0	1	2	3
	Me afectan mucho las discusiones con los colegas técnicos	0	1	2	3
	Me afectan mucho las discusiones con las enfermeras	0	1	2	3
	Me afectan mucho las discusiones con los médicos	0	1	2	3
69	Tengo amigos, compañeros de trabajo dispuestos a escucharme	3	2	1	0
71	Me importa mucho la opinión que otros tengan de mi	0	1	2	3
72	Deseo hacer las actividades laborales mejor que los demás técnicos	0	1	2	3
	Logro realizar las actividades laborales mejor que los demás técnicos	3	2	1	0
74	Tengo la paciencia de escuchar los problemas de mis demás compañeros de trabajo	3	2	1	0
77	Al discutir con alguien me doy cuenta de que pronto empiezo a levantar la voz cuando tengo mucho trabajo	0	1	2	3
78	Siento envidia que mis demás compañeros tengan una guardia sin muchos pacientes	0	1	2	3
79	Cuando discuto con mis compañeros pienso en lo que voy a decir mientras el otro habla	0	1	2	3
80	Me pongo nervioso cuando me dan ordenes	0	1	2	3
	TOTAL RELACIONES INTERPERSONALES				

N°	PERSONALIDAD	Nunca	Casi Nunca	Frecuente -mente	Casi Siempre
81	Me siento generalmente satisfecho de mi vida profesional en el trabajo que realizo	3	2	1	0
82	Me gusta hablar bien de mis compañeros técnicos a pesar que no se lo merezcan por no realizar bien su trabajo	3	2	1	0
84	Cuando hay cola en una ventanilla o central de esterilización se marcha	0	1	2	3
85	Suelo ser generoso / a conmigo a la hora de programar mis actividades.	3	2	1	0
86	Tengo confianza en el futuro en el hospital	3	2	1	0
87	Debido a que no me gusta mi centro de trabajo tiendo a pensar en lo peor	0	1	2	3
88	Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible	0	1	2	3
89	Tengo buen sentido del aceptación a las bromas de mis compañeros	3	2	1	0
90	Me agrada mi manera de ser	3	2	1	0
91	Me pone nervioso si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad de mi trabajo.	0	1	2	3
92	Soy perfeccionista en las cosas que hago en mi trabajo	0	1	2	3
93	Pienso en aquellos pacientes que ingresan a la emergencia sin tener seguro sis	0	1	2	3
95	Me aburro pronto de la vacaciones y quiero volver a la actividad productiva en el trabajo	0	1	2	3
96	Tengo miedo que algún día pueda contraer alguna enfermedad por mi trabajo en el hospital (VIH sida, tuberculosis, artritis y otras)	0	1	2	3
	TOTAL PERSONALIDAD				

TEST DE VALIDACIÓN DE ALFA DE CRONBACH PARA INSTRUMENTO DE ESTRES

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,754	48

Anexo 2

Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo Modificado - Valladolid.

La ansiedad es uno de los principales problemas de salud de la sociedad industrializada. Un diagnóstico adecuado es crucial para establecer unas pautas de intervención eficaces. El objetivo del cuestionario **STAI** es evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad, cada una de ellas con 20 Ítems:

Ansiedad como estado (A/E): evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

Ansiedad como rasgo (A/R): señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

En la 8ª edición del 2011, se ha procedido a una completa revisión de sus propiedades psicométricas y de sus baremos. A partir de una muestra de más de 1.500 casos se han generado nuevos baremos de adolescentes, universitarios y adultos.

FICHA TÉCNICA

STAI CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO MODIFICADO

IDENTIFICACIÓN

Nombre Del Test: STAI Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

Nombre Original: “State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire”
(Romero, 2011, 62).

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y r. E. Lushore – Valladolid, F.
Adaptación Española: Sección de estudios de TEA Ediciones, S. A. Madrid.

DESCRIPCIÓN

Tipo de Instrumento: Cuestionario auto aplicado de forma individual o colectiva

Población: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario.

Número de Ítems: 40

Tiempo de Administración: 15 minutos.

Normas de Aplicación: El STAI fue diseñado para la auto aplicación y puede ser administrado de forma individual y colectiva. Conviene que el examinador lea en voz alta las instrucciones mientras los evaluados lo hacen en silencio. Para analizar la ansiedad como estado el paciente debe leer cada frase y señalar la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente ahora mismo, para el análisis de la ansiedad como rasgo se debe leer cada frase y señalar la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se siente en general en la mayoría de las ocasiones. (Romero, 2011,62).

Descripción: El Cuestionario STAI comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La ansiedad estado (A/E) se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. (Romero, 2011,63).

La Ansiedad rasgo (A/R) consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las

situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad estado (A/E). la ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “motivos” o “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación”, o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”.

| En 1964 comenzaron los trabajos de construcción del cuestionario, en principio planteado como escala única para la evaluación tanto del rasgo como del estado. Los resultados preliminares vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, especialmente del rasgo. En la redacción de los ítems se procuró que no hubiera connotaciones de rasgo. En la versión que ha dado lugar a la castellana quedan cinco ítems con la misma redacción y 15 de redacción específica para cada forma. (Romero, 2011,63).

Fiabilidad: El coeficiente alfa de los estudios originales oscila entre 0.83 y 0.92. En la muestra española los índices KR20 para A/E oscilan entre 0.90 y 0.93 y en A/R entre 0.84 y 0.87. La fiabilidad test-retest se obtuvo en un subgrupo de sujetos normales con diferentes intervalos.

Validez: Se obtuvieron datos de validez concurrente mediante la correlación del STAI(A/R) y otros cuestionarios de ansiedad. Para estudiar la validez del A/E se compararon los resultados de estudiantes universitarios (332 hombres y 645 mujeres) en situación normal y antes de un examen. Se obtuvieron diferencias significativas (al 1 por 100) para la puntuación total y todos los ítems excepto el 8. (Romero, 2011,63).

Aparición: 1964.

Objetivo: La escala A/E se puede utilizar para medir los niveles de ansiedad provocados por procedimientos experimentales de inducción de ansiedad o como índice del nivel de “impulso”. También puede ser un indicador de los efectos de técnicas de relajación. La variable A/R puede utilizarse en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con diferentes niveles de intensidad del estado. También puede ser útil para identificar a personas con riesgo de padecer trastornos de ansiedad. (Romero, 2011,63).

Aspectos que Evalúa: Las puntuaciones de las dos escalas del STAI pueden variar desde 0 hasta 60 puntos. En la elaboración del STAI se han intercalado los ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La

corrección se efectúa con plantilla, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a la fórmula impresa en la esquina superior derecha del Ejemplar. (Romero, 2011,63).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsluch, Lushene y Valladolid) Ansiedad- Estado

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente. Nada Algo Bastante Mucho

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado cuando llega una emergencia tras otra mientras estoy atendiendo a un paciente	0	1	2	3
Me siento calmado ante la llamada del jefe de equipo cuando el lo requiere	0	1	2	3
Me siento calmado cuando la enfermera de turno me pide el reporte.	0	1	2	3
Me siento calmado al tener que llamar a los familiares para entregar la receta solicitada por el medico	0	1	2	3
Me siento calmado al terminar mi guardia y entregar mi reporte	0	1	2	3
2. Me siento seguro de mi desempeño como técnica de enfermería	0	1	2	3
Me siento seguro de mi experiencia laboral en cada turno de trabajo	0	1	2	3
Me siento seguro cuando asisto a un paciente que requiere de mucho cuidado para ser atendido	0	1	2	3
3. Me muestro tenso al estar siempre pendiente de las cosas que la enfermera debe realizar	3	2	1	0
Me muestro tenso al tener que avisar a los familiares del estado del paciente	3	2	1	0
Me muestro tenso cuando veo la hora de entregar mi reporte y aun faltan cosas por hacer.	3	2	1	0
Me muestro tenso cuando llega una clave y el paciente se encuentra desestabilizado.	3	2	1	0
Me siento tenso cuando la supervisora me llama para hablar de los pendientes en el servicio	3	2	1	0
4. Me siento contrariado por los problemas que existen en el trabajo.	3	2	1	0
Me siento contrariado por el trato de la supervisora de turno	3	2	1	0
Me siento contrariado cuando el cansancio me agota y no realizo mis actividades con regularidad	3	2	1	0
5.Me siento cómodo (estoy a gusto) con lo que hago en mi	0	1	2	3

trabajo				
Me siento cómodo con asistir de forma inmediata al médico de guardia	0	1	2	3
Me siento cómodo al tener que cambiar la vía central del paciente	0	1	2	3
6. Me siento alterado cuando no puedo terminar a tiempo mis actividades en el trabajo	3	2	1	0
Me siento alterado cuando hay pendientes que regularizar	3	2	1	0
Me siento alterado cuando no encuentro al médico de guardia para vea la evolución del paciente	3	2	1	0
7. Me siento preocupado cuando al hacer el conteo de los materiales me doy cuenta que faltan.	3	2	1	0
Me siento preocupado cuando veo que mi compañero presta un medicamento y no se preocupa por devolverlo	3	2	1	0
Me siento preocupado cuando hay supervisión en mi servicio	3	2	1	0
8. Me siento descansado, en lo que hago	0	1	2	3
9. Me siento angustiado cuando no termino de realizar mis labores como por ejemplo: limpiar lo usado, ordenar fundas de mesa de mayo	3	2	1	0
Me siento angustiado al estar pendiente de las cosas que la enfermera debe realizar y no los hace	3	2	1	0
Me siento angustiado al tener que avisar a los familiares del estado crítico del paciente	3	2	1	0
Me siento angustiado cuando veo que la hora me gana y debo de entregar mi reporte y no he terminado con mis funciones	3	2	1	0
Me siento angustiado cuando llega una clave y el paciente se encuentra en mal estado de salud	3	2	1	0
Me siento angustiado cuando la supervisora me llama para ir a cubrir otro servicio por falta de personal.	3	2	1	0
10. Me siento confortable con las actividades de llevar ropa a la lavandería	0	1	2	3
Me siento confortable ante la llamada del jefe de equipo cuando el lo requiere	0	1	2	3
Me siento confortable cuando la enfermera de turno me pide el reporte.	0	1	2	3
Me siento confortable al tener que llamar a los familiares para entregar la receta solicitada por el medico	0	1	2	3
Me siento confortable al terminar mi guardia y entregar mi reporte	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo al ayudar al médico asistente	0	1	2	3
Tengo confianza en mi mismo en que podré realizar mi función aunque trabaje sola.	0	1	2	3
Tengo confianza en mi mismo si me mandan a otro servicio por cambio de turno	0	1	2	3
12. Me siento nervioso cuando veo sangre en los pacientes	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando veo que el paciente no logra estabilizarse a pesar de atenderlo de forma inmediata	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando veo que el paciente que entra es joven y lo relaciono con algún miembro de mi familia.	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando llega mi hora de salida y no llegan a relevarme.	3	2	1	0
Me siento nervioso cuando no tengo a tiempo los materiales a utilizar para atender al paciente	3	2	1	0
13. Me muestro inquieto cuando en mi guardia no me salen las cosas como las tengo planeadas	3	2	1	0
Me muestro inquieto cuando tengo que avisar a los	3	2	1	0

familiares del estado del paciente.				
Me muestro inquieto cuando veo la hora de entregar mi reporte y ya es mi hora de salida	3	2	1	0
Me muestro inquieto cuando llega una clave y el paciente es joven	3	2	1	0
Me muestro inquieto cuando la supervisora llega a mi servicio a supervisarme.	3	2	1	0
14. Me siento presionado cuando me mandan a realizar varios procedimientos a la vez	3	2	1	0
Me siento presionado cuando trabajo sola con la enfermera	3	2	1	0
Me siento presionado cuando mi compañera llega tarde a relevarme de mi guardia	3	2	1	0
15. Estoy relajado cuando estoy ayudando al médico a realizar procedimiento.	0	1	2	3
Estoy relajado cuando hay pocos pacientes en mi servicio	0	1	2	3
Estoy relajado cuando tengo que ir a dejar la orden de laboratorio mientras hay otro paciente en mi servicio	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho con lo que hago a diario en mi trabajo	0	1	2	3
Me siento satisfecho cuando dejo mi servicio tranquilo sin pacientes	0	1	2	3
Me siento satisfecho cuando dejo en orden mi servicio para la siguiente guardia.	0	1	2	3
17. Me siento pensativo cuando al momento del conteo del equipo de venoclisis está incompleto.	3	2	1	0
Me siento pensativo cuando tengo que preparar al paciente para ser pasado a sala de operaciones	3	2	1	0
Me siento pensativo cuando a mi servicio llega un conocido o amistad o familiar y está grave	3	2	1	0
18. Me siento aturdido y sobreexcitado cuando veo que la hora me gana y tengo que entregar mi turno	3	2	1	0
Me siento aturdido y sobreexcitado cuando el médico me pide que lo asista.	3	2	1	0
Me siento aturdido y sobreexcitado cuando llego a mi servicio y encuentro desorden	3	2	1	0
19. Me siento alegre cuando termino todo a mi hora y entrego reporte de turno.	0	1	2	3
Me siento alegre cuando llego a mi servicio y hay pocos pacientes	0	1	2	3
Me siento alegre cuando veo al paciente que ya se está estabilizando.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien con lo que estoy haciendo en mi trabajo.	0	1	2	3

Fuente: Vera,P., Celis, K., Cordova, R., Buela, G., Spierlberger, Ch. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. Extraído el 06 de Enero del 2012 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200006.

Estudio Piloto 2018 y 2019, Valladolid,F. Estudio en Técnicos de Enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa Pre validación y Línea de Base.

Ansiedad-Rasgo

Instrucciones: a continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo, lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente. Casi nunca A veces A menudo Casi siempre

	Nad a	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado cuando mi servicio está tranquilo.	0	1	2	3
Me siento calmado a pesar de que hay una emergencia o crisis en el servicio.	0	1	2	3
Me siento calmado al recibir instrucciones de mi supervisora de turno.	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente en el trabajo si hay muchos pacientes a la vez	3	2	1	0
Me canso rápidamente en el trabajo con pocos pacientes	0	1	2	3
Me canso rápidamente en el trabajo a pesar de ser un día tranquilo.	3	2	1	0
3. Siento ganas de llorar en el trabajo.	3	2	1	0
Siento ganas de llorar en el trabajo cuando hay muchos pacientes a la vez	3	2	1	0
Siento ganas de llorar en el trabajo a pesar de ser un día tranquilo.	3	2	1	0
4. Me gustaría ser tan feliz como otros en lo laboral.	3	2	1	0
Me gustaría ser tan feliz como otros con mi salario	3	2	1	0
Me gustaría ser tan feliz como otros con mis funciones	3	2	1	0
Me gustaría ser tan feliz como otros con mi centro de trabajo.	3	2	1	0
5. Pierdo oportunidades de trabajo por no decidirme pronto	3	2	1	0
6. Me siento descansado cuando no hay pacientes.	0	1	2	3
Me siento descansado cuando llega una emergencia.	0	1	2	3
Me siento descansado al recibir instrucciones del jefe de equipo.	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, cuando estoy trabajando en mi servicio.	0	1	2	3
Soy una persona sosegada cuando estoy trabajando en mi servicio.	0	1	2	3
Soy una persona serena cuando estoy trabajando.	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo resolverlos en el trabajo	3	2	1	0
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia como por ejemplo: que piensan de mí, como técnico	3	2	1	0
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia como por ejemplo: que estoy haciendo mal mi trabajo con el paciente	3	2	1	0
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia como por ejemplo: los reportes e informes.	3	2	1	0
10. Soy feliz con lo que hago en mi trabajo cuando no hay pacientes.	0	1	2	3
Soy feliz cuando llega una emergencia	0	1	2	3
Soy feliz cuando recibo instrucciones de la enfermera con la	0	1	2	3

que trabajo.				
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente, no permitiéndome errores	3	2	1	0
12. Me falta confianza en mí mismo cuando estoy atendiendo a un paciente delicado de salud	3	2	1	0
13. Me siento seguro cuando llegan emergencias graves	0	1	2	3
Me siento seguro cuando llegan múltiples emergencias	0	1	2	3
Me siento seguro al hacer mis labores ante las supervisiones	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades con respecto a mi trabajo y en casa	3	2	1	0
15. Me siento triste (melancólico) cuando no asisto	3	2	1	0
16. Estoy satisfecho con mi trabajo cuando no hay pacientes	0	1	2	3
Estoy satisfecho con mi trabajo cuando llega una emergencia	0	1	2	3
Estoy satisfecho cuando me supervisan	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia como por ejemplo, mi supervisora me tiene cólera	3	2	1	0
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos y estoy pensando siempre en ellos	3	2	1	0
19. Soy una persona estable, que se adecúa a cualquier tipo de problema que se presente en mi trabajo.	0	1	2	3
Soy una persona estable, que puede trabajar en cualquier servicio cuando la supervisora me cambie de mi servicio y de secuencia	0	1	2	3
Soy una persona estable, que puede trabajar con compañeras nuevas que inician su labor de técnicas	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado como por ejemplo: me sudan las manos, corro, tengo taquicardia	3	2	1	0

Fuente: Vera,P., Celis, K., Cordova, R., Buela, G., Spierlberger, Ch. (2007).

Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. Extraído el 06 de Enero del 2012 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200006

Estudio Piloto 2018 y 2019, Valladolid,F. Estudio en Técnicos de Enfermería del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa Pre validación y Línea de Base.

TEST DE ALFA DE CRONBACH PARA EL INSTRUMENTO STAI- VALLADOLID MODIFICADO

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,960	112



**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO
“LUIS CERVANTES LIÑAN”**

**MAESTRÍA EN TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE
LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS**

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sírvase UD, validar el instrumento de la tesis denominada, “ANSIEDAD ESTADO RASGO Y ESTRÉS EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA”, de acuerdo a los siguientes criterios formulados.

CRITERIO	VALORACIÓN					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
1. PERTINENTE					X	
2. COHERENTE					X	
3. FLEXIBLE					X	
4. SISTEMÁTICO				X		
TOTAL						

RANGO	VALORACIÓN
0-5	MALO
6-10	REGULAR
11-15	BUENO
16-20	EXCELENTE

- **Experto Mg.: Franklin Alfonso Córdova Ramírez**
- **Centro de trabajo: UAP**
- **Investigador en: Psicología**

Fecha: 20 de Julio del 2019

FIRMA DEL EXPERTO

Resultado de la Validación:

Aprobado después de 3 correcciones en las que obtuvo 15 luego 17. y finalmente 19.



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO
“LUIS CERVANTES LIÑAN”

MAESTRÍA EN TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sírvase UD, validar el instrumento de la tesis denominada, “ANSIEDAD ESTADO RASGO Y ESTRÉS EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA”, de acuerdo a los siguientes criterios formulados.

CRITERIO	VALORACIÓN					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
1. PERTINENTE					5	
2. COHERENTE					5	
3. FLEXIBLE					5	
4. SISTEMÁTICO					4	
TOTAL					19	

RANGO	VALORACIÓN
0-5	MALO
6-10	REGULAR
11-15	BUENO
16-20	EXCELENTE

- **Experto Mg.: OSCAR CALLE BRIOLO**
- **Centro de trabajo: Universidad Inca Garcilaso de la Vega**
- **Investigador en: Maestría en Docencia e Investigación**

Fecha: **18** de diciembre del 2018

FIRMA DEL EXPERTO

Resultado de la Validación:

Aprobado después de 3 correcciones en las que obtuvo 14 luego 16. y finalmente 19.



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
ESCUELA DE POSGRADO
“LUIS CERVANTES LIÑAN”

MAESTRÍA EN TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL DE LOS
TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Sírvase UD, validar el instrumento de la tesis denominada, “ANSIEDAD ESTADO RASGO Y ESTRÉS EN TÉCNICOS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA”, de acuerdo a los siguientes criterios formulados.

CRITERIO	VALORACIÓN					OBSERVACIONES
	1	2	3	4	5	
1. PERTINENTE					X	
2. COHERENTE					X	
3. FLEXIBLE					X	
4. SISTEMÁTICO					X	
TOTAL					20	

RANGO	VALORACIÓN
0-5	MALO
6-10	REGULAR
11-15	BUENO
16-20	EXCELENTE

- **Experto Dr.:** Luis Alex Alzamora de los Godos Urcia
- **Centro de trabajo:** Pontificia Universidad Católica del Perú
- **Investigador en:** Salud Pública y Salud Mental

Fecha: 12 de noviembre del 2019

FIRMA DEL EXPERTO

Resultado de la Validación:

Aprobado después de 3 correcciones en las que obtuvo 16, luego 18 y finalmente 20.