



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

ESCUELA DE LIENCIATURA EN ENFERMERIA

**Impacto de la disfunción en la interacción enfermera-paciente generado por una conducta
neurótica por el personal de enfermería.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA

PRESENTA

Ma. Gabriela Rojas Cortes

ASESORAS

Aurora Vences Romero

Ova

Co-ASESOR

Mat. Carlos Gomes Alonso

Morelia, Mich. Mayo del 2006



“Curso Rápido de Relaciones Humanas”

Las seis (6) palabras más importantes en las Relaciones Humanas.

- **Reconozco que YO cometí un error.**

Las cinco (5) palabras más importantes en las Relaciones Humanas.

- **Tú hiciste un buen trabajo.**

Las cuatro (4) palabras más importantes en las Relaciones Humanas.

- **¿Cuál es tú opinión?**

Las tres (3) palabras más importantes en las Relaciones Humanas.

- **¡Por favor!, podrías.....**

Las dos (2) palabras más importantes en las Relaciones Humanas.

- **Muchas gracias!**

La palabra MÁS importante en las Relaciones Humanas.

- **Nosotros.**

La palabra MENOS importante en las Relaciones Humanas.

- **Yo.**

DEDICATORIA

A DIOS:

Porque me ha conducido de la mano en los momento difíciles de mi vida, nunca me ha abandonado y me ha permitido llegar hasta donde me encuentro.

A Mi Familia:

Porque son el principal motor que me impulsa a seguir adelante, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS:

A Mis Asesoras:

Por su dedicación, por sus aportaciones y su colaboración en la elaboración de esta tesis.

Al Mat. Carlos Gomes:

Por su dedicación, por su valiosa aportación, por su paciencia, por que ha impulsado a concluir esta tesis.

La. Enf. Leticia Mendoza:

Porque me ayudo a aclarar mis ideas y plasmarlas en el planteamiento del problema.

Al Dr. Raúl González:

Por su valiosa opinión y aportación en la elaboración de esta tesis

A mis Amigos:

Que siempre han tenido una palabra de aliento, siempre tienen tiempo de escucharme, me han impulsado hacia la superación personal y profesional.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	2
2.1. Objetivo General	2
2.2. Objetivos Específicos	2
III. MARCO TEÓRICO	3
Factores que influyen en la producción de neurosis	3
Hipocondría	6
Trastornos de ansiedad	8
Trastorno Obsesivo-compulsivo	10
Neurosis histérica	13
Neurosis depresiva	17
Depresión en la mujer	19
Neurastenia	21
Teoría de la consecución de los objetivos de King	22
Análisis de La relación enfermera cliente	23
Rol Profesional	29
Otras Investigaciones	31
IV. JUSTIFICACION	34
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
VI. ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	36
VII. DEFINICIÓN OPERACIONAL	37
VIII. HIPOTESIS	38
IX. TIPO DE ESTUDIO	39
X. UNIVERSO DE ESTUDIO	40
XI. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
XII. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40

XIII. CRITERIOS DE ELIMINACION	41
XIV. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA	41
XV. TAMANO DE LA MUESTRA	41
XVI. ANÁLISIS ESTADISTICO	41
XVII. RECURSOS HUMANOS	42
XVIII. ETICA	42
XIX. RESLTADOS.....	43
XX. DISCUSION	51
XXI. CONCLUSIONES	54
XXII. GLOSARIO.....	56
XXIII. BIBLIOGRAFIA	59
XXIV. ANEXOS	60

I. INTRODUCCIÓN

Todos tenemos rasgos característicos de neurosis sin embargo es mas evidente en algunas personas que en otras, y varia en el grado. La neurosis es una alteración mental y no se puede decir que es una patología por que la personalidad esta organizada y no hay distorsión de la realidad es decir no hay delirios o alucinaciones.

La neurosis afecta diferente aspectos de nuestra vida, produce relaciones humanas desastrosas, inestabilidad emocional, incapacidad laboral y social y en los extremos hasta suicidio. Cada vez es mayor el número de personas afectadas por este padecimiento y los síntomas de la neurosis son tan sutiles que la mayoría de las veces no nos damos cuenta de que la padecemos. Algunos de estos síntomas de neurosis son depresión, angustia, acceso de pánico, tensión, sensibilidad exagerada, fatiga, irritabilidad, ataque de llanto, taquicardia, palpitaciones, opresión precordial, parestesias, sordera, mutismo, ceguera, fobias, timidez, obsesiones, perdida de peso, aumento de peso, entre otros. Al aumentar los síntomas neuróticos, la vida se limita aun mas y aumenta también el sufrimiento, con el paso del tiempo la persona afectada ya no podrá alejarse de su casa, ni se le podrá dejar solo, toda situación que le origine estrés le parecerá tan insoportable que lo llevará al desplome total. Cabe señalar que el neurótico no esta fuera de este mundo, si no que razona con lógica.

Este padecimiento tiene por lo regular su origen en conflictos no resueltos, la inseguridad, y de manera particular en México la difícil situación económica, la creciente violencia en las calles, la inseguridad en que vivimos, la educación de que somos objetos, tanto en la escuela como en la casa, todo esto es producto del sistema socio-económico en que vivimos. Si estamos viendo y sufriendo de cerca la guerra, la inseguridad económica, las agresiones, la privación de la libertad, el estrés que todo esto merma nuestra salud mental.

En esta tesis evaluaremos de manera particular como afecta en la relación enfermera-paciente un ambiente lleno de tensiones generado por una enfermera tensa, con estado de animo ansioso, de mal humor o deprimida frente a un paciente que presenta temor por los procedimientos desconocidos por el o preocupado por su estado de salud.

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Analizar el impacto de la disfunción en la interacción Enfermera-Paciente generado por una conducta neurótica por el personal de enfermería con el propósito de encontrar una solución a este problema.

2.2. Objetivos Específicos

Identificar la presencia de neurosis que presenta el personal de enfermería.

Evaluar la manera en que limita la neurosis al personal de enfermería para prestar una atención calidad.

Determinar las repercusiones que tiene un contacto terapéutico inadecuado en los pacientes.

III. MARCO TEÓRICO

La neurosis es una alteración mental caracterizada por la presencia de un alto grado de ansiedad, miedos, obsesiones relacionados con factores conflictivos personales o ambientales, dominan al afectado y le provocan un verdadero sufrimiento psíquico.(1)

Es posible señalar que el síntoma principal de la neurosis es una insatisfacción en la vida, que puede manifestarse en forma de tristeza permanente y falta de motivación, ansiedad, miedo o angustia exagerada, se trata de un padecimiento, cuyas causas se encuentran en el ámbito de lo psíquico. (2)

Factores que influyen en la producción de neurosis

Primer Factor. El conductismo sostiene que la base de la realidad se encuentra en el mundo objetivo y material de las acciones físicas, que el comportamiento directamente observable desde el exterior es el único objeto de la investigación psicológica.

El conductismo niega las emociones, de los rasgos de la personalidad, de las actitudes, de los valores y de aun de los procesos intelectuales. Según este enfoque, el comportamiento es solo fruto de un aprendizaje realizado a través de la experiencia y regulado por sus efectos.

Los psicólogo conductista considera que la naturaleza humana es neutra, es decir, ni buena, ni mala y que puede moldearse en cualquier forma aplicada sistemáticamente los principios del aprendizaje.

Burrhs F. Skinner afirmó en una entrevista “no es un proceso natural que nace del individuo son las variaciones del ambiente las que conducen a modificar el comportamiento durante todo el ciclo de vida”.

Bandura es un neoconductista y sostiene, que es muy grande la importancia del ambiente social al tratarse del desarrollo de la personalidad.

En síntesis, somos lo que hemos aprendido a ser.

El conductismo da énfasis al papel de la asociación de un acontecimiento con una emoción desagradable. (3) La neurosis sostiene el conductismo es una conducta aprendida por asociación.

Las emociones negativas, como el miedo, la angustia o la ansiedad han quedado asociadas con un acontecimiento o serie de acontecimientos traumáticos. (2)

Según el conductismo, el origen de la neurosis está en una experiencia traumática del pasado, que dejó su huella en el individuo; esa huella se percibe como nexo entre tipo de acontecimiento y una emoción negativa exagerada, de tal manera, que en la actualidad cada vez que se produce dicha tangencia, que normalmente es inocua, se genera una emoción negativa.

Desde el punto de vista de la terapia conductual, es disociar el síntoma emocional del antecedente factual que lo produce. Los conductistas han ideado métodos para conseguir esa disociación entre la circunstancia objetiva y la emoción negativa que se experimenta.

Segundo factor: Deficiencia fisiológica. Sostiene que la causa de la neurosis reside en una debilidad del organismo y de su funcionamiento, principalmente del sistema nervioso, pero también de otros órganos y sistemas, como las glándulas endocrinas y los sistemas musculares. Esta debilidad puede adquirir varias modalidades; en algunos casos, se trata de una provisión deficiente de las substancias químicas que favorecen el buen funcionamiento de las neuronas. La deficiencia puede consistir también en una mala conformación del sistema nervioso.

Es sabido que el organismo humano produce substancias químicas, gracias a las cuales el individuo se siente contento, tranquilo y feliz. Una deficiente producción de estas substancias produce una sensación de infelicidad. Un exceso de adrenalina o de jugos gástricos produce un estado de ansiedad típico de la neurosis y de otros padecimientos psicológicos.

Algunos psicólogos se refieren al organismo como un gran almacén que conserva la huella de todos los episodios vividos, especialmente de aquellos que han producido una intensa emoción en forma de tensiones musculares y deficiencias de los órganos vitales. La corriente llamada bioenergética, afirma que un tratamiento consistente en ejercicios físicos, masajes, posturas y alimentación contribuyen a la eliminación de nudos grabados en el organismo.

Tercer factor: Falta de sentido vital. Consiste en la afirmación de que la angustia existencial es producida por la ausencia de un ideal que da sentido a la vida. Cuando una persona tiene un “por qué” puede soportar casi cualquier cosa, es decir, una perspectiva vacía sin esperanza, sin ideal, sin algo que hacer, se traduce en ansiedad y falta de motivación ante cualquier acontecimiento o esfuerzo o circunstancia. En cambio, por el hecho de tener una perspectiva, una meta, una misión en la vida, el individuo arrastra dificultades y peligros y se lanza lleno de energía a la conquista (2)

de su ideal ejem. no es raro encontrar amas de casa sumidas en la desesperación por el hastío que les produce el trabajo monótono del hogar, unido a la de un horizonte donde puedan realizarse. Esto nos indica que, en el hombre, es más importante el hecho de realizar algo, que el hecho de verlo realizado.

Cuarto factor: Cosmovisión defectuosa. La cosmovisión es el conjunto de ideas, principios y valores que sirven para juzgar las cosas, las personas y los acontecimientos que nos rodean, al mismo tiempo que nos da las bases para orientar y decidir nuestra conducta.

Las emociones dependen de nuestras ideas y perspectivas acerca de los hechos que nos rodean. A partir de esto, cabe la hipótesis de que una emoción exagerada, que aparentemente proviene de circunstancias nefastas en la vida del individuo se debe no a los hechos reales y objetivos, sino al modo peculiar en que se juzgan esos hechos, ejem. las fobias se presentan como miedos exagerados ante objetos o personas o situaciones que ofrecen un peligro real inferior y absolutamente desproporcionado al grado de peligro asumido o prejuzgado por el paciente.

Se puede decir que el síndrome de infelicidad consiste en una emoción angustia, miedo, ansiedad, producida por un juicio exagerado frente a la situación que se vive.

Si se cambia la cosmovisión de una persona, esta podrá asumir las mismas situaciones y responder ante ellas en forma positiva y creadora, lo cual, en lugar de hundirlo en la infelicidad, lo lanzaría a la búsqueda de soluciones, sin que sintiera angustia.

La terapia consiste en darnos cuenta de las ideas erróneas que han gobernado nuestras emociones, así como de las actitudes exageradas ante acontecimientos no son tan nocivos como pretende el neurótico.

Los psicólogos han encontrado varias ideas creadoras de neurosis que forman parte del acervo cultural de nuestra época en el mundo occidental. En la medida en que estas ideas se incrustan en la cosmovisión de un individuo se puede predecir el comportamiento neurótico que originaran en el. Algunos ejemplos de estas ideas neurogenas son: debo ser la más bella, tengo que ser perfecto, no es correcto mostrar las emociones fuertes, tengo que mostrarme amable con todo el mundo, debo agradar a todos, la vida sin amor no vale nada, etc. Estas ideas neurogenas fomentan la creación de la necesidad completamente artificial ejem. la necesidad de tabaco, café, bebidas alcohólicas, (2)

el exceso en la sexualidad, cierto tipo de vestido, determinados modales, un vocabulario específico, etc., se deben casi siempre a ideas inculcadas por la sociedad en que vivimos. En la cosmovisión de una persona, surge en primer término el autoconcepto, algunos autores colocan la esencia de la neurosis en un autoconcepto distorsionado por ciertas introyecciones por parte de los padres y demás autoridades, lo son también las ideas y principios referentes a nuestro conocimiento del mundo, que ha sufrido alguna deformación.

Es preciso curar la neurosis mediante la corrección de la cosmovisión, lo cual incide directamente en las emociones y en los síntomas orgánicos de la persona. Si además se logra un sentido en la vida suficientemente creativo y realizador, entonces la persona asegura una vida productiva y feliz. (2)

Hipocondría. El rasgo esencial es un cuadro clínico en la que la alteración predominante es una interpretación irreal de signos y síntomas físicos anormales, lo cual conduce al temor o la creencia de padecer una enfermedad grave. El examen físico completo no va a favor del diagnóstico de alguna enfermedad física que pueda explicar los signos o sensaciones que presenta el enfermo o la interpretación irreal que el individuo tiene de ellos, aunque pueda hallarse alteraciones físicas coexistentes. El miedo o la creencia errónea de padecer alguna enfermedad persisten a pesar de las seguridades dadas por los médicos.

La preocupación puede centrarse en funciones corporales tales como el latido cardíaco, la sudoración, los movimientos peristálticas o bien anomalías físicas de tipo menor, tales como pequeñas ulceras o tos ocasional. El individuo interpreta estas sensaciones o signos como pruebas de enfermedad grave. (4)

Personalidad del hipocondríaco. Se halla aislado aunque este junto a otros y se interesa solo por si mismo, no se compromete con los problemas del prójimo, es inseguro, inmaduro, se siente inferior, en ocasiones los sentimientos de inferioridad están enmascarados por ideas compensadoras de superioridad y grandeza, el mismo dedica a su cuidado el mayor tiempo, inconscientemente solicita atención, cariño, comprensión por medio de diversas enfermedades.

Toda su atención está centrada en su cuerpo, es frecuente que se queje de dolores, en ocasiones el dolor representa un medio de apelar a las afectividades los demás o evadir la responsabilidad de (5)

su vida, teme sufrir una enfermedad grave, exagera cualquier molestia corporal. (5)

Sintomatología asociada. Existe una historia de peregrinaciones médicas y un deterioro de las relaciones médico-pacientes con frustración, ira por ambos lados. Los individuos que presentan estos trastornos creen con frecuencias que no reciben los cuidados apropiados. Estas quejas físicas pueden ser utilizadas para ejercer control sobre las relaciones con la familia y los amigos. En este trastorno son frecuentes los rasgos de personalidad compulsiva y los estados de ánimo deprimido y ansioso.

Edad de comienzo. En la adolescencia, otras veces empieza a los 30 años para los hombres y los 40 para las mujeres.

Curso. El curso es crónico con exacerbación y remisión de sintomatología.

Deterioro. Existe un tipo de incapacitación social o laboral, las relaciones sociales se encuentran limitadas debido a las preocupaciones que el individuo tiene de su enfermedad. Puede faltar al trabajo no rendir en el debido por la preocupación de su trastorno. La incapacidad es grave cuando el individuo adopta un estilo de vida invalidante y se queda en la cama.

Complicaciones. Las complicaciones son secundarias a los esfuerzos para obtener cuidados médicos. A causa de la multitud de síntomas físicos sin base orgánica, puede ocurrir que se pase en alto alguna patología verdadera.

Factores Predisponentes. Las experiencias de anteriores enfermedades orgánicas verdaderas del propio paciente o de algún miembro de la familia, el estrés psicosocial

Prevalecia. Se ve con frecuencia en la práctica médica en general.

Incidencia en cada sexo. Es igualmente frecuente en hombres que en mujeres

Diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial más importante debe establecerse respecto a una enfermedad orgánica tal como ocurre con las primeras fases de determinadas enfermedades neuróticas, deben descartarse trastornos endocrinos que frecuentemente afectan a (4)

múltiples sistemas corporales. La presencia de enfermedades orgánicas verdaderas no descarta por completo la posibilidad de que coexista hipocondría. Algunos trastornos como la depresión mayor con rasgos sicóticos y la esquizofrenia, pueden presentarse ideas delirantes de padecer una enfermedad. En la hipocondría, la creencia de tener una enfermedad generalmente no tiene la cualidad de fijeza de las ideas delirantes somáticas verdaderas y ello se pone manifiesto por el hecho de que en general el individuo que padece hipocondría puede aceptar la enfermedad temida no se halle presente. Los síntomas de la preocupación hipocondríaca puede hallarse en alteraciones psicóticas en cuyo caso no debe efectuarse el diagnóstico adicional de hipocondría.

Criterios para el diagnóstico. La alteración predominante es una interpretación errónea de signos y sensaciones físicas que son enjuiciadas como anormales, lo cual lleva al temor o creencia de padecer una enfermedad grave.

A través de las exploraciones físicas no se encuentran pruebas de ningún trastorno físico que explique los signos o sensaciones físicas o las interpretaciones erróneas de que el individuo hace de ellas.

El miedo o creencia errónea de padecer una enfermedad persiste a pesar de la seguridad de las pruebas médicas y puede causar incapacidad social o laboral.

Todo ello no es debido a cualquier otro trastorno mental del tipo de la esquizofrenia, el trastorno afectivo o el trastorno por somatización.

Trastornos de ansiedad. Aunque las manifestaciones de ansiedad varían de un individuo a otro, generalmente existen signos de tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprensiva, vigilancia y escrutinio.

1. Tensión motora. Entre los signos más frecuentes destacan los estremecimientos, los espasmos, los movimientos bruscos, el temblor, la tensión, dolores musculares, fatiga e incapacidad para relajarse. Pueden encontrarse tics papilares, fruncimiento del ceño, rostro constreñido, inquietud, intranquilidad, respuestas de alarma y respiración suspirosa.

2. Hiperactividad vegetativa. Puede existir sudoración, palpitaciones o taquicardia, sensación (4)

de manos sudorosas y frías, boca seca, mareo, parestesias, sensación de peso en el estómago, crisis de calor o frió, micción frecuente, diarrea, dolor en la boca del estomago, nudo en la garganta, enrojecimiento en la piel, palidez, pulso y respiración aumentados en reposo.

3. Expectación aprensiva. El individuo generalmente se encuentra aprensivo, se siente continuamente ansioso, se preocupa, da vueltas en su cabeza y anticipa que algo malo le puede ocurrir a el.

4. Vigilancia y escrutinio. La expectación aprensiva puede causar un estado de hiperatensión de tal manera que el individuo se siente al límite, impaciente o irritable. Puede quejarse de falta de concentración, de distrabilidad, insomnio, dificultad en conciliar el sueño, sueño interrumpido y fatiga al despertar.

Sintomatología asociada. Son frecuentes síntomas depresivos ligeros.

Deterioro. La incapacidad desde el punto de vista del funcionamiento social o laboral, casi siempre es leve.

Complicaciones. Es frecuente el abuso de alcohol, de los barbitúricos y medicaciones ansiolíticas.

Diagnóstico diferencial. El diagnóstico no debe establecerse si la alteración es debida a otro trastorno físico o mental del tipo de hipertiroidismo o la depresión mayor, la esquizofrenia o hipocondría. Debe descartarse la presencia de trastornos físicos del tipo de hipertiroidismo y de trastornos mentales orgánicos tales como la intoxicación por cafeína. En el caso de trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso, no suele darse el cuadro completo de síntomas requeridos para satisfacer los criterios del trastorno por ansiedad generalizada.

Criterios para el diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizado. La ansiedad persistente y generalizada se manifiesta por síntomas detrás de las cuatro categorías siguientes:

Tensión motora. Estremecimientos, espasmos, movimientos bruscos, temblor, tensión, (4)

dolores musculares, falibilidad, incapacidad para relajarse, tics, ceño fruncido, rostro constreñido, inquietud, intranquilidad y respuestas de alarma.

Hiperactividad vegetativa. Sudoración, palpitaciones, taquicardia, sensación de frió, manos sudorosas, boca seca, mareo, sensación de vacío en la cabeza, parestesias, malestar en el estomago, crisis de calor o de frió, micción frecuente, diarrea, nudo en la garganta, enrojecimiento de la piel, palidez y pulso, respiración aumentados en reposo.

Expectación aprensiva. Ansiedad, preocupación, miedo y anticipación de desgracias para uno mismo o para los demás.

Vigilancia y escrutinio. Estado de hiperatensión que da lugar a una distrabilidad, dificultad de concentración, insomnio, sensación de estar al límite, irritabilidad e impaciencia.

El estado de ánimo ansioso se ha presentado continuamente por lo menos durante un mes.

No es debido a ningún otro trastorno mental del tipo del trastorno depresivo o de la esquizofrenia.

El paciente debe tener 18 años o más.

Trastorno Obsesivo-compulsivo. Los rasgos esenciales son obsesiones o compulsiones recurrentes. Las obsesiones son ideas, pensamientos imágenes o impulsos persistentes o recurrentes que son egodistónicos, es decir, no se experimentan como producidas voluntariamente si no más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son experimentados sin sentido o repugnantes, se hace intentos de ignorarlos o suprimirlos.

Las compulsiones son conductas repetitivas y aparentemente finalistas que se efectúan según determinadas reglas de forma estereotipadas. El individuo reconoce la falta de sentido de la conducta y no obtiene ningún placer en llevar acabó la actividad, aunque le procure una liberación de tensión. Las obsesiones más comunes son pensamientos repetidos de violencia, contaminación y de duda. Las compulsiones más frecuentes son el lavado de manos, el contar, comprobar y (4)

el de tocar. Cuando el individuo intenta resistir la compulsión experimenta un sentimiento de incremento de tensión que puede ser inmediatamente aliviado efectuando la misma compulsión. (4)

Personalidad premorbida. Se ha descrito la personalidad obsesiva como rígida, inflexible, consciente de valer ético, de puntualidad exagerada, persistente para salvar los obstáculos, precisa, escrupulosa, difícil de adaptarse. La rápida y fácil adaptación del histérico, no es para el obsesivo. generalmente son padres estrictos y maestros dominantes son más expuestos y propensos a padecer depresión de tipo involutivo, neurosis de ansiedad, despersonalización. Su limpieza es excesiva, son coleccionistas, incluso de dinero, son ordenados, pedantes (hacen alarde vano e inoportuno de erudición), muchas veces vanidosos, irritables; en ocasiones sumisos, vacilantes e inseguros.

Características del obsesivo-compulsivo.

El enfermo obsesivo acepta que sus ideas o impulsos son sus propios pensamientos.

Las obsesiones no son atribuidas a una influencia exterior.

Los pensamientos o impulsos invariablemente van asociados a la idea de que es posible le resistir de ellos.

Casi siempre o siempre, provocan en el enfermo depresión o angustia. (5)

Sintomatología asociada. Son frecuentes la depresión y la ansiedad, evitación fóbica de las situaciones que afectan al contenido de las obsesiones, tales como la suciedad o la contaminación.

Edad de comienzo. Por lo general empieza en la adolescencia y al principio de la edad adulta, puede comenzar también en la infancia.

Curso. Por lo general es crónico, con exacerbaciones y mejorías de los síntomas.

Deterioro. La incapacidad puede oscilar entre moderada y grave. En algunos casos, las compulsiones pueden transformarse en la actividad más importante de la vida.

Complicaciones. Abarcan la depresión mayor y el abuso de alcohol y medicaciones ansiolíticas.(4)

Incidencia en cada sexo. Igualmente es frecuente en hombre que en mujeres.

Diagnóstico diferencial. Algunas actividades tales como comer, la conducta sexual, el juego, la bebida, cuando se efectúan excesivamente puede ser calificadas de compulsivas, sin embargo, estas actividades no son compulsiones verdaderas dado que el individuo obtiene algún placer de ellas y puede desear resistirlas solo por sus perniciosas consecuencias secundarias.

El pensamiento obsesivo, es decir, el pensamiento repetitivo sobre circunstancias reales potencialmente desagradables, o la consideración indecisa sobre diversas alternativas, carecen de cualidad de ser egodistónicas debido a que en general el individuo considera su ideación como significativa aunque posiblemente excesiva. Por lo tanto no son verdaderas obsesiones. En la esquizofrenia la conducta estereotipada es frecuente pero puede explicarse por las ideas delirantes, más que por el hecho de ser egodistónicas. Algunas veces, las obsesiones y las compulsiones se presentan transitoriamente durante la fase prodrómica de la esquizofrenia.

Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo

Osesiones. Ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son egodistónicos, es decir, no son experimentados como voluntariamente, si no más bien como pensamientos que invaden la conciencia y que son vividos como repugnantes o sin sentido. El enfermo realiza intentos para ignorarlos o suprimirlos.

Compulsiones. Conductas repetitivas y aparentemente finalistas, que se realizan según determinadas reglas, en forma estereotipada. La conducta no es un fin en si misma, si no que esta diseñada para producir o evitar algún acontecimiento o situación futura. Sin embargo, o bien la actividad no se halla conectada de forma realista con lo que pretende impedir o provocar o puede ser claramente excesiva. El acto se realiza con una sensación de compulsión subjetiva junto con un deseo de resistir la compulsión. Por lo general, el individuo reconoce la falta de sentido de la conducta y no obtiene placer en llevar acabo esta actividad, aunque le procure un alivio a su tensión. Las obsesiones o compulsiones son una fuente significativa de malestar para el individuo o interfiere su funcionamiento social.

No son debidas a otra alteración mental. (4)

Neurosis histérica: El rasgo esencial es un cuadro clínico, en el cual la alteración predominante es una perdida de la alteración del funcionamiento físico que sugiere un trastorno físico pero que no es aparentemente otra cosa que la expresión de un conflicto o una necesidad psicológica. Esta alteración no se encuentra bajo el control voluntario y después de una investigación apropiada no puede ser explicada a través de cualquier alteración física o mecanismo patológico conocido. Los síntomas de conversión más obvios y clásicas son aquellos que sugieren una afección neurológica, tales como parálisis, afonía, convulsiones, alteraciones de la coordinación, acinesia, discinecia, ceguera, visión en tonel, anosmia, anestesia y parestesia. Más raramente, los síntomas de conversión pueden afectar al sistema vegetativo o endocrino. El vómito como síntoma de conversión puede presentar repulsión o disgusto, la pseudociesis (embarazo falso) puede representar tanto deseo como el miedo al embarazo.

Se han sugerido dos mecanismos para explicar lo que obtiene el individuo al padecer un síntoma de conversión. En uno de estos mecanismos, el individuo obtiene una ganancia primaria, por el hecho de mantener fuera de la conciencia un conflicto o una necesidad interna. En tales casos, existen una alteración temporal entre el estímulo ambiental aparentemente relacionado con el conflicto o necesidad psicológica y la iniciación o exacerbación del síntoma.

En el otro mecanismo, el individuo tiene una ganancia secundaria, evitando la actividad particular que es nociva para él u obteniendo apoyo del ambiente que de otra manera, no la haría mucho caso. Un síntoma de conversión tiene tendencia a involucrar un síntoma único durante el episodio dado, pero puede variar de lugar y naturaleza si hay episodios posteriores. (4)

Formas clínicas de la histeria. La histeria se caracteriza por fenómenos de conversión o disociación. En la forma conversiva, los síntomas principales o en ocasiones únicos, consisten en perturbaciones psicogénas de la función voluntaria de alguna parte del organismo, por ejem. parálisis, temblores, mutismo, espasmo muscular, dolor regional ceguera, sordera, convulsiones síntomas que producen incapacidad grande, con esto el sujeto elude una situación que no puede tolerar, a menudo el enfermo presenta una falta de preocupación por el síntoma que presenta.

En la forma disociativa, la característica más importante es un estrechamiento del campo de la conciencia de la identidad del enfermo, que produce algunos síntomas de amnesia, cambios de personalidad, impresionantes pero superficiales que en ocasiones adopta la forma de (5)

fuga, sonambulismo o personalidad múltiple. La fuga consiste en una conducta de ambulación o vagabundeo que aleja al sujeto del domicilio, su ejecución es súbita, su duración limitada y es posible que se repita.

Personalidad del histérico. Actitud infantil ante la vida, incapacidad para afrontar con valentía sus problemas, persistencia de tendencias infantiles, hipersensibilidad, impulsivo, carente a veces de dominio emocional, dramático y exhibicionismo, propensión a las cargas afectivas impulsivas. Necesita la atención de los demás, es altamente sugestionable, fácilmente se identifica con personajes famosos o que el cree importantes, es propenso a la fantasía, su actitud frente a la vida es de gran importancia, tiene tendencia a evadir la realidad. Como antecedente infantil, fue un niño sobreprotegido y mimado que no se independizo adecuadamente, muestra dependencia. Es egoísta piensa en si mismo todo el tiempo, busca satisfacción de sus deseos. La mayoría trata de gobernar el medioambiente incluso con enfermedades que despiertan compasión, la descripción de su enfermedad es de tipo dramático, posee tendencias mitomaniacas.

El ataque histérico clásico. No hay perdida verdadera del conocimiento, no hay alteraciones de los reflejos, el enfermo no se orina, ni se muerde la lengua, no se produce heridas al caer, se presenta en público, no cae en lugares peligrosos como el fuego, faltan las fases tónico-clónicas, las convulsiones son movimientos furiosos desordenados que aumentan cuando alguien trata de sujetar al enfermo, el cuadro en conjunto es teatral, dramático. Las crisis histéricas duran horas. Los desmayos y desvanecimientos son frecuentes en los histéricos, los factores determinantes son los conflictos, el estado de ayuno, la fatiga, emociones desagradables, debilidad que sigue a una enfermedad penosa, la pérdida del conocimiento suele ser repentina, precedida de alarma del enfermo, siente que el abdomen se le hunde, la boca se le seca, náuseas, sudores fríos, debilidad en las piernas, pulso lento, T/A baja, músculos relajados, dura pocos segundos, el conocimiento se recobra enseguida.

Estado crepuscular. Suele ser precedido de experiencias intensamente emocionales. Los enfermos viven en la fantasía desconectados del ambiente normal, su atención se fija o enfoca en ellos mismos o en algo muy lejano del cosmos, el trance crepuscular puede durar horas o días, (5)

existe amnesia total o parcial. Puede manifestarse por estados delirantes psicógenos, acompañados de mayor o menor grado de confusión y actividades o posiciones dramáticas (5)

Sintomatología asociada. El síntoma se desarrolla en una situación de estrés psicológico extremo y aparece repentinamente. Los rasgos de personalidad histriónica son frecuentes pero no se presentan siempre, una actitud hacia el síntoma que sugiere falta de preocupación y una disparidad con naturaleza aparentemente grave de la incapacitación. Este rasgo tiene un valor de diagnóstico pequeño, pues que se encuentra también en pacientes gravemente enfermos que son estoicos respecto a la situación.

Edad de comienzo. Es la adolescencia o el comienzo de la edad adulta, pero los síntomas pueden aparecer por primera vez durante la edad intermedia o incluso en las últimas décadas de la vida.

Curso. Es desconocido, pero probablemente es de corta duración, con un comienzo agudo y una resolución también rápida.

Deterioro y complicaciones. El efecto del trastorno sobre la vida del individuo es por lo general notable y con frecuencia impide las actividades de la vida normal. La perdida prolongada de un función puede producir complicaciones reales y serias, tales como contracciones o atrofia por falta de uso, debido a que una parálisis de conversión. Cuando se encuentra asociada a un trastorno de personalidad por dependencia, el síntoma de conversión puede potenciar la adopción del papel de enfermo crónico.

Factores predisponentes. Antecedentes de trastornos físcos, la convivencia con otros individuos con síntomas físicos reales o síntomas de conversión y estrés psicosocial extremo. Los trastornos histriónicos y por dependencia de la personalidad también predisponen al desarrollo de estas alteraciones.

Incidencia en cada sexo. No se dispone de ninguna información definida, es aparentemente más común en mujeres. (4)

Diagnóstico diferencial. Se puede empezar a pensar en un diagnóstico de trastorno de conversión cuando los síntomas son inconsistentes con un trastorno físico conocido real. La resolución de los síntomas a través de la sugestión, de la hipnosis o del narcoanálisis sugiere un síntoma de conversión. La mejora temporal debida a la sugestión tiene poco valor diagnóstico puesto que esto puede ocurrir incluso en una enfermedad física verdadera. En un trastorno físico no diagnosticado existen síntomas somáticos no explicados por una alteración física conocida, pero no hay pruebas de que el síntoma tenga una finalidad psicológica. El trastorno por somatización y más raramente por esquizofrenia puede haber síntomas por conversión. No obstante, el diagnóstico de trastorno por conversión no debe hacerse tales síntomas son debidos a alguno de estos trastornos. En la hipocondría, también existen típicamente síntomas físicos, pero no hay una perdida o una distorsión real de las funciones corporales. En el trastorno ficticio con síntomas físicos, los síntomas están por definición bajo control voluntario y la enfermedad simulada casi nunca adopta la forma de síntoma de conversión, sin embargo, es a veces extremadamente difícil distinguir las crisis de conversión de las crisis como manifestaciones de un trastorno ficticio. En la simulación, la producción de síntomas se encuentra bajo el control voluntario del individuo y están dirigidos a la consecución de un objeto que es obviamente reconocible cuando se conoce la circunstancia ambiental del sujeto, este objetivo con frecuencia supone la consecución de una remuneración material o evitación de un trabajo o un deber desagradable.

Criterios para el Diagnóstico.

- a) La alteración predominante es la perdida o la perturbación de una función física, lo que da lugar a pasar en un trastorno o enfermedad somática.
- b) Se considera que los factores psicológicos pueden estar involucrados etiológicamente en el síntoma, tal como se pone de manifiesto por alguna de las siguientes posibilidades:
 - 1) Existe una relación temporal entre un estímulo ambiental que se encuentra aparentemente relacionado con el conflicto o la necesidad psicológica y la iniciación del síntoma.
 - 2) El síntoma permite al individuo evitar algún tipo de actividad que es nociva para él.
 - 3) El síntoma permite al individuo obtener un apoyo ambiental que de otra manera quizás no conseguiría. (4)

- c) Se considera que el síntoma no se halla bajo control voluntario.
- d) Después de un examen apropiado el síntoma no puede ser explicado a través de ninguna enfermedad física o mecanismo patofisiológico conocido.

Neurosis Depresiva. La sintomatología esencial es una alteración crónica del estado de ánimo, en la que se da tanto el estado de ánimo deprimido como la perdida del interés o placeres en todas o en casi todas actividades o pasatiempos habituales. El sujeto puede describir su estado de ánimo como triste, melancólico abatido, el estado de ánimo deprimido o la perdida de placer o interés puede ser relativamente persistente o bien intermitente y separado en períodos en los que el interés, la capacidad de placer o el estado de ánimo, pueden ser normales.

Edad de comienzo. Empieza al inicio de la edad adulta, puede empezar en la infancia o en la adolescencia.

Curso. El trastorno no tiene inicio claro y presenta un curso crónico.

Deterioro y complicaciones. El deterioro en la actividad laboral o social suele ser leve o moderado, debido más a la cronicidad que a la gravedad del síndrome depresivo. La hospitalización es rara a menos de que haya intentos de suicidio o se acompañe de un trastorno afectivo mayor. Las complicaciones son el abuso de sustancias tóxicas y suicidio.

Factores predisponentes. Los trastornos físicos crónicos, el estrés psicosocial, otros trastornos mentales, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos que no remita completamente y se fusionen de forma imperceptible con este estado, falta de confianza, de autonomía, la orfandad, la influencia paterna, es muy probable que se asocien con un trastorno en la transmisión de norepinefrina y serotina.

Síntomas. El paciente emite reproches inmotivados contra él y otras personas; son frecuentes los remordimientos. El paciente experimenta sentimientos de tristeza y apatía. La tristeza es permanente no influenciada por el exterior. Deja de disfrutar de las experiencias que anteriormente le producían placer. Es muy difícil despertar en el enfermo reacciones de alegría. Es frecuente (4)

la crisis de llanto. La motivación se altera casi siempre. El enfermo deja de hacer cosas que antes hacia espontáneamente. No tiene deseos de emprender actividad alguna, sino que tiende a evitarla. Tiende a exagerar los problemas. Trata de deformar las dificultades externas. Su pensamiento es sombrío. Se siente incapaz y mira el porvenir oscuro. Es incapaz de mandar, de divertirse y cuando lo hace, lo hace de una forma forzada, o se siente indeciso para tomar cualquier resolución. Se queja de dificultad para concentrarse. Los trastornos somáticos son frecuentes en los enfermos deprimidos: perdida de peso, insomnio, trastornos autónomos, anorexia leve o moderada, otros comen compulsivamente y aumentan de peso.

Incidencia en cada sexo. Entre los adultos parece más frecuente en mujeres.

Diagnóstico diferencial. Cuando la depresión mayor se sobreañade a un trastorno distímico, deberán considerarse ambos diagnósticos ya que es probable que el sujeto continué con el trastorno distímico cuando se recupere de la depresión mayor. Los síntomas afectivos de este trastorno son considerados secundarios a un trastorno subyacente de personalidad. Cuando un sujeto cumple los criterios para el trastorno y para el trastorno de personalidad, deberían hacerse ambos diagnósticos sin pensar para nada en la relación causal entre los dos. Este trastorno es especialmente frecuente en los sujetos que presentan trastornos de personalidad histriónicos o de dependencia, los trastornos mentales crónicos como el obsesivo –compulsivo o la dependencia al alcohol, cuando se acompaña de síntomas depresivos, pueden sugerir un trastorno distímico. Solo se hará el diagnóstico adicional de trastorno distímico si el estado de ánimo deprimido, en virtud de su intensidad o de su efecto sobre la actividad, puede distinguirse con claridad de estado de ánimo habitual.

Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico. Durante los dos últimos años, el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas característicos del síndrome depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por períodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas. Durante los períodos depresivos hay un llamativo estado (4)

de ánimo depresivo (por ejem. Triste, melancólico, batido) o una notable perdida del interés o placer en todas las actividades o pasatiempos habituales.

Durante los periodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los siguientes síntomas:

Insomnio o hiperosmia

Bajo nivel de energía o cansancio crónico.

Sentimientos de incapacidad, perdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación.

Disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o casa.

Disminución de la atención, concentración opacidad para pensar con claridad.

Retraimiento social.

Perdida del interés o de disfrute de las actividades placenteras

Irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o tutores)

Incapacidad para responder con placer a los elogios o esfuerzos; menos activo hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o de inquietud.

Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados, sentimientos de lastima hacia uno mismo; llanto o sollozo.

Pensamiento repentino de muerte o suicidio.

Ausencia de síntomas sicolíticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

Si el trastorno se sobreañade un trastorno mental preexistente, como un obsesivo-compulsivo o dependencia al alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o de su efecto sobre la actividad. (4)

Depresión en la mujer. Por cada varón que sufre un estado depresivo hay un minimo de dos y máximo de seis mujeres que se encuentran en la misma circunstancia. El factor “sexo” parece ser la clave que pueda explicar la alta incidencia de este trastorno depresivo entre mujeres. La mujer se deprime con más frecuencia que el varón precisamente por ser mujer. A menudo la causa de la depresión es un estado de frustración, un sentimiento de fracaso y no cabe duda que en nuestra sociedad las personas de sexo femenino sufren frustración mayores y más profunda que los hombres. Desde la infancia (cuando la niña comienza percibir su injusta pero persistente (3)

desventaja frente al barón) hasta la edad adulta (cuando comienzan las presiones para que escoja un buen “marido”, organice la casa y cuide a los hijos), sus motivos de desilusión son cada vez más numerosos comparados con los del varón. Mas tarde durante la edad madura y la vejez, se agregan otras razones de que la mujer se deprima: el climaterio y el hecho de que los hijos dejen el hogar para formar una nueva familia son dos de las más importantes y frecuentes. El problema del trabajo tiene una notable importancia a este respecto. Las estadísticas indican que en la mujer la depresión es más frecuente entre los 21 y 44 años de edad, durante la plenitud de sus capacidades físicas; no deja de ser paradójico que el trabajo se convierta en un factor agravante de la depresión, en vez de ser un factor de alivio. Es precisamente en el campo laboral donde la mujer, a veces retribuida en menor medida que el barón y obligada a permanecer en una posición inferior e insatisfactoria, percibe con mayor claridad su desventaja. En su propia familia su carrera ha sido considerada mucho menos importante que la del marido y pasa incluso a ocupar un tercer plano, después de las labores domésticas. Sobre la mujer que trabaja fuera de casa, siguen pesando las labores tradicionales que malamente se compensan con el famoso mito de la “reina de la casa” en la cual en palabras menos engañosa, significa “ama de casa”, la limpieza, la cocina, la atención de los hijos y la administración de los gastos, el embarazo, el parto y el periodo de recuperación constituyen otras tantas ocasiones en las que la persona, tanto en lo físico como en lo emocional, está arduamente involucrada y durante las cuales se interrumpe en menor o mayor grado el trabajo, impidiendo el acceso a posiciones laborales más interesantes. La suma de todas estas causas, que aumentan el cansancio físico y la tensión nerviosa, explica el desplome psíquico de muchas mujeres. La falta de una adecuada introspección o una natural generosidad, la mujer tiende caso omiso de las causas externas de su insatisfacción o de su fracaso y en cambio se atribuye a si misma la culpa, “no soy una, soy una facha, estas son cosas para hombres”. Todo lo cual ahonda el sentimiento de inferioridad y el estado depresivo. Estancarse en este estado constituye un peligro y es necesario buscar ayuda, la mujer deprimida provoca inevitablemente, dada su posición en la familia, una reacción en cadena, por ejem. Ocasiona ansiedad en los hijos.

Los modelos culturales obligan a que el varón demuestre estoicismo, no desahogue libremente sus sentimientos de debilidad y no admita en forma abierta sus dificultades. Los varones son mucho más reacios que las mujeres en asumir el papel de “enfermo” que contradice marcadamente su (3)

imagen ideal de independencia, autonomía y virilidad. Es posible que las mujeres y los varones sufran de depresión en igual medida, pero que la afronten de forma distinta. El dato de que existe un mayor número de mujeres deprimidas puede ser un número artificio estadístico. (3)

Neurastenia. Se caracteriza por fatiga, irritabilidad, cefalea, depresión, insomnios y dificultad para concentrarse. Existe un sentimiento de incapacidad para soportar la intensidad de sus acciones subjetivas de fatiga física.

Causas. En la actualidad se piensa que es la tensión emocional excesiva la que impide el descanso, la concentración en el trabajo y por lo tanto, la disminución del rendimiento. Al disminuir el rendimiento, el enfermo procura evitar este efecto, no disminuye la tensión, como sería lo apropiado, si no aumenta las horas de trabajo.

La carencia de tiamina puede causar neurastenia. Trastornos que aumentan la necesidad de vit. B1, como el hipertiroidismo, embarazo, lactancia y la fiebre por cualquier causa, enfermedades que alteran la absorción, como las diarreas de larga duración, enfermedades que alteran la utilización de la vit. B1 como las hepatopatías graves; en el alcoholismo que provocan menor ingreso y absorción y utilización deficientes. Han puesto de manifiesto que la avitaminosis B1 provoca anorexia, fatiga e insomnio, son frecuentes la irritabilidad, depresión, cefalea generalmente del tipo occipital, palpitaciones, hipotensión, etc.

Características de la personalidad del neurasténico. Es condescendiente, pasivo, con relaciones débiles e insuficientes ante las exigencias de la vida diaria, con escasa capacidad para gozar e inseguro, fácilmente puede presentar tensión emocional provocada por ansiedad, de un trabajo no deseado, rutinario, poco interesante y quizás, mal remunerado.

Síntomas. El síntoma más sobresaliente es la fatiga no justificada por la actividad física, el neurasténico se queja de falta de memoria, de dificultad para concentrarse, su humor varía con frecuencia y por cualquier causa, los temores hipocondríacos son frecuentes, es temeroso: teme estar seriamente enfermo de los nervios, piensa que terminará en la locura, teme sufrir del corazón; muchas veces piensa que sus alteraciones de memoria son provocadas por una lesión del (5)

sistema nerviosos central. Es pasivo, indeciso, duda y cambia sus determinaciones fácilmente. Se siente cansado en especial en las mañanas, duerme mal, tiene con frecuencias pesadillas, se queja de parestesias y algias, principalmentecefálicas, visión turbia, tiende a permanecer en cama, come mal, tiene sensación de plenitud gástrico, tiene crisis de estreñimiento y diarrea. Es frecuente la hipotensión arterial, es frecuente la disminución del deseo sexual, la erección fugaz y la eyaculación precoz. (5)

Teoría de la consecución de los objetivos de King. Fue elaborada partiendo de la infraestructura de los 3 sistemas interactivos dinámicos: sistemas personales (individuos), sistemas interpersonales (los grupos) y c) sistemas sociales (la sociedad). Los conceptos clave de cada sistema son los siguientes:

Conceptos del sistema personal: percepción del propio yo, la imagen corporal, el crecimiento y el desarrollo, el espacio y el tiempo.

Conceptos del sistema interpersonal; relaciones mutuas, comunicación, intercambios, el rol y el estrés.

Conceptos del sistema social: organización, autoridad, poder, estatus y toma de decisiones.

El cliente y la enfermera son sistemas personales o subsistemas que están dentro de los sistemas interpersonales o sociales. Para identificar los problemas y determinar los objetivos, la enfermera y el cliente se relacionan y reaccionan, actúan mutuamente y realizan intercambios. Los intercambios o transacciones se definen como interacciones realizadas con un propósito que induce a la consecución de los objetivos. Las transacciones tienen las siguientes características:

Son fundamentales para obtener objetivos y para participar en los intercambios sociales, pactos y negociaciones, así como para compartir un marco de referencia encaminado a establecer unos objetivos comunes.

Requiere precisión para percibir las interacciones enfermera-cliente, coherencia entre el desempeño del rol y las expectativas del rol para la enfermera y el cliente.

Induce a lograr los objetivos y a producir satisfacciones asistencia eficaz y un crecimiento y un desarrollo mayor.

Salud. Estado dinámico del ciclo vital; la enfermedad es una interferencia en el ciclo de vida. (6)

La salud implica una adaptación continua al estrés del ambiente interno y externo mediante el empleo de los propios recursos para obtener al máximo potencial para la vida diaria.

Entorno: Los ajustes a la vida y a la salud dependen de las interacciones de un individuo con el ambiente. El ambiente está cambiando constantemente.

Enfermería: Es una profesión asistencial que ayuda a los individuos a los grupos de la sociedad a conseguir, conservar y recuperar la salud. Si esto no es posible, las enfermeras ayudan a los enfermos a morir dignamente. La enfermería consiste en percibir, pensar y relacionar, juzgar y actuar según el comportamiento de los individuos que requieren cuidados de enfermería.

Los cuidados de la enfermería son la realidad ambiental, temporal inmediata en donde la enfermera y el cliente entablan una relación para afrontar los cambios de salud y ajustarse a los cambios de actividad de la vida diaria si la situación requiere que se ajuste. Es un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción donde la enfermera y el cliente comparten la información sobre sus impresiones en el ámbito de la enfermería. (6)

Análisis de La relación enfermera cliente. La relación Enfermera-Cliente es el factor clave de todo proceso de enfermería. Es el medio por el cual las enfermeras son capaces de valorar correctamente los clientes, de formular diagnósticos, de planificar y ejecutar las actuaciones de enfermería y evaluar la eficacia del proceso de enfermería.

Componente emocional. Implica que la enfermera responde al cliente como un ser humano a otro, más que como un profesional de la salud y paciente. Las enfermeras deben aportar muchas cualidades a estas relaciones: consideración positiva, actitud no de juicio, aceptación, cariño, empatía, autenticidad, congruencia de los mensajes verbales y no verbales. Con el desarrollo del componente emocional, las enfermeras animan al cliente a que exprese sus ideas sobre como perciben el mundo, sus experiencias pasadas, sus esperanzas y su sueños para el futuro. También se anima a los clientes a que expresen sentimientos.

Componente espiritual .Es el sentimiento de conexión entre el cliente y la enfermera. (7)

Es ese sentimiento interno de ser parte de algo más que de uno mismo. Las enfermeras que están en armonía con el componente espiritual de la relación respetan los valores culturales y las visiones religiosas de los clientes. Consideran a los clientes como personas importantes y significativas, les ayudan a encontrar un significado y finalidad a su vida. Cuando el comportamiento espiritual es ignorado, tanto los clientes como las enfermeras pueden sentirse desimplicados y aislados.

Abordaje de no juzgar. Significa que las enfermeras no les critiquen duramente a los clientes, las enfermeras desarrollan un sentido de conciencia de si mismas para identificar las ideas y sentimientos de los clientes en particular. Con esta visión interna las enfermeras pueden evitar realizar juicios negativos. Las enfermeras que no juzgan permiten que los clientes hablen sobre sus pensamientos y sentimientos y los respetan como personas responsables capaces de tomar decisiones.

Aceptación. Las enfermeras que aceptan a los clientes respetan sus pensamientos e ideas y profundizan en ellas para ayudarles a entenderse a si mismos. La aceptación es el reconocimiento de que los clientes tienen derecho a expresar libremente sus sentimientos. Los sentimientos como respuestas internas a la percepción de uno sobre los demás y sobre el ambiente, son genuinos y pueden ser criticados, discutidos o denunciados. Decir al cliente lo que deben o no sentir es descartar sus experiencias pasadas, su estado presente y su potencial futuro. Al determinar una conducta si es o no aceptable, las enfermeras deben valorar primero las consecuencias probables de la conducta. El efecto se expresa principalmente de forma no verbal mediante una conducta positiva un tono amistoso o una sonrisa.

Empatía. Es la capacidad de ver la percepción del mundo que tiene el otro. Es entender como se ven así mismos los clientes y el significado que le dan a los sucesos de la vida. Es aprender sobre sus sentimientos, sobre por lo que están luchando por convertirse y lo que necesitan para crecer y cambiar. Durante todo este proceso las enfermeras deben mantener su propia identidad y seguir siendo objetivas. Esto significa ver los mundos de los clientes pero no experimentar las mismas reacciones ante estos mundos, deben ser capaces de profundizar en los sentimientos de enojo con sus clientes. Se han descrito dos condiciones necesarias para que se produzca la empatía: (7)

la primera es la conciencia de uno mismo, del cliente, y de las experiencias de ambos. Las enfermeras que se dan cuenta de sus propios valores, actitudes y reacciones juzgan menos a los clientes y es menos probable que proyecten sus propias actitudes y expectativas hacia ellos. La segunda condición es la temporalidad, se refiere a la capacidad de tratar inmediatamente con los sentimientos de los clientes, no cuando la enfermera tiene tiempo libre ni cuando se sienten más cómodas o seguras. La empatía se produce cuando se escucha cuidadosamente y se produce una respuesta. La empatía se produce solo si las enfermeras son capaces de comunicar verbalmente lo que entienden para que los clientes sean capaces de validar o corregir las percepciones de las enfermeras. La empatía correcta puede facilitar la colaboración terapéutica y ayudar a los clientes a experimentar y entenderse a sí mismos más completamente.

Paciencia. Es vital que las enfermeras tengan paciencia con los clientes para darles la oportunidad de crecer y desarrollarse. La paciencia es la escucha activa y la respuesta a los clientes. La paciencia, puede permitir a los clientes crecer a su ritmo, da lugar a que los clientes piensen y planifique los cambios que tiene que hacerse. La paciencia permite que los clientes resuelvan las incertidumbres y traten algunas de las incomodidades que acompañan inevitablemente al cambio o al crecimiento.

Fiabilidad. Las enfermeras con buenas habilidades interpersonales ayudan a desarrollar confianza en ellas. Las enfermeras fiables son formales y responsables. Acuden a sus compromisos a tiempo, mantiene las promesas y son coherentes en sus actitudes. Los clientes aprenden que se puede confiar en esas personas. La confianza también se construye cuando las enfermeras demuestran sus deseos de seguir trabajando con los clientes que muestran pocos progresos. Las enfermeras fiables respetan la confidencialidad de la relación enfermera-cliente.

Humor. El humor es un instrumento útil para la relación eficaz enfermera-paciente. El humor dañino ridiculiza a otras personas. Este tipo de humor singulariza y excluyen a personas del grupo. El humor sano es una forma de producir la risa entre las personas. Se produce cuando uno se ríe con otras personas y no excluye a nadie, es adecuado a la situación y protege la dignidad de la persona. Un buen sentido del humor es un mecanismo de afrontamiento maduro y puede ayudar a (7)

las personas a adaptarse en situaciones difíciles. El reírse fuertemente tiene efectos fisiológicos sanos sobre las personas. La risa estimula al sistema respiratorio y aumenta los niveles de oxígeno en la sangre, aumenta la frecuencia cardíaca y mejora la circulación. El aumento resultante de los niveles de epinefrina contribuye a una sensación de bienestar y de estar alerta. La risa estimula los órganos internos masajeando el abdomen. La tensión muscular disminuye. Todos estos cambios tienen un efecto eufórico en la persona que ríe.

El humor disminuye la ansiedad y el miedo, diluye las emociones negativas, que no puede experimentar la persona cuando está riendo y disminuye el estrés y la tensión, ofrece algo de alivio a la rutina y disminuye el aburrimiento, puede ser válvula de escape de la energía generada por el enojo. La risa ayuda a regular la intensidad de la emoción y disminuye la conducta ofensiva. El humor también ayuda a cambiar la perspectiva, la objetividad aumenta cuando la persona puede mirarse a sí misma de una forma humorística. Cuando la risa es reciproca aumenta la igualdad de la relación enfermera cliente. Es una forma de establecer vínculos entre las enfermeras y los clientes aumenten a la comodidad de ambos participantes. La risa es una invitación para que las personas se reúnan, forma vínculos entre las personas, aumenta el interés mutuo, disminuye la soledad y la fuerza la cohesión del grupo.

El sentido del humor habilidoso, la diversión formal y el juego como actuaciones de enfermería dan como resultado una atmósfera más relajada e interacciones más flexibles con los demás. Puede ser una fuente de visión interna en los conflictos y facilitar la expresión de los sentimientos de una forma segura. (7)

Cortesía. Para practicar la cortesía, la enfermera dice hola y adiós, llama a las puertas antes de entrar, se presenta así misma y declara sus intenciones, se dirige a las personas por su nombre, dice por favor y gracias y a los miembros del equipo y se disculpa si comete un error involuntario o causa alguna molestia. Ser descortés causa que la enfermera sea percibida como brusca e insensible, levanta berreras entre la enfermera y el cliente y produce roces entre los profesionales del equipo.

Uso de nombres. La autopresentación es especialmente importante. Si la enfermera no da su nombre no indica su rango o no reconoce al cliente, puede producir incertidumbre sobre (8)

la interacción y transmitir una falta impersonal de compromiso o cuidado. Establecer contacto ocular y sonreír a los demás les da reconocimiento. Dirigirse a los demás por su nombre trasmite respeto por su dignidad humana y su unicidad.

Hay que evitar referirse a los clientes por su diagnostico, el numero de habitación u otros atributos que son degradantes y envían mensajes de que la enfermera no se preocupa lo suficiente para conocer la persona.

Intimidad y confidencialidad. Es esencial que la enfermera salvaguarde el derecho del cliente a la intimidad protegiendo cuidadosamente la información de naturaleza sensible y privada. Compartir información personal o chismorrear sobre los demás viola los códigos éticos y los estándares prácticos de enfermería. Envía el mensaje de que la enfermera no puede ser de confianza y daña las relaciones interpersonales. Los miembros del equipo directamente implicados en el cuidado del cliente solo deben recibir información relevante sobre su estado. El respeto por el cliente se demuestra cuando la enfermera trata a los demás con dignidad y mantiene su privacidad física y emocional.

Autonomía y responsabilidad. La autonomía es la capacidad de autodirigirse para la consecución de los objetivos y responder a los demás. Las enfermeras que son autónomas asumen la responsabilidad de sus propios pensamientos, sentimientos y conducta. Toman la iniciativa en la resolución de los problemas y se comunican de una forma que refleja lo que necesitan y quieren. Las enfermeras apoyan la autonomía de los usuarios al respetar y defender el derecho de la persona a sus propios valores y decisiones. (8)

Comunicación. La comunicación es un factor clave de la planificación y ejecución de los cuidados de enfermería. El propósito de la comunicación tiene dos aspectos:(1) dar y recibir información y (2) lograr el contacto interpersonal. Las tácticas de comunicación incluyen la escucha activa, percepción, respuesta verbal y no verbal, validación y resolución de problemas.

Las enfermeras deben escuchar tanto los mensajes encubiertos que se dan. Los mensajes abiertos son trasmítidos por la palabra hablada y si se oyen en el contexto de los estados afectivos del cliente. La entonación de la voz, la postura corporal y la expresión facial transmiten (7)

mensajes encubiertos. Los problemas pueden estar causados no por la falta de habilidad técnica en la comunicación sino por una insensibilidad a los mensajes encubiertos. Escuchar y entender son más importantes que la verbalización. La escucha descortés se produce cuando las personas están más interesadas en hablar que en escuchar o cuando están aburridas o impacientes. Las enfermeras para las cuales escuchar y entender son más importantes que la vervalizacion, experimentan gralmente. las interacciones mas productivas y satisfactorias.(7)

Comunicación interpersonal. La comunicación interpersonal es una interacción de uno en uno entre la enfermera y otra persona que suele producir cara a cara. Es el sistema que más se utiliza con mayor frecuencia y se encuentra en el núcleo de la práctica de la enfermera. Tiene lugar en un contexto social e incluye todos los símbolos y todos los elementos empleados para dar y recibir significado. El significado reside en las personas y no en las palabras por lo que los mensajes recibidos pueden ser diferentes de los mensajes enviados. Las enfermeras trabajan con personas que tiene diferentes opiniones, experiencias, valores y creencias, de manera que el significado debe ser valido o negociado mutuamente entre los participantes. La comunicación interpersonal significativa origina intercambio de ideas, resolución de problemas, expresión de sentimientos, toma decisiones, consecución de objetivos, construcción de un equipo y crecimiento personal. (9)

Comunicación terapéutica. La comunicación que mantiene el personal de enfermería con los pacientes tiene como finalidad establecer una relación terapéutica. La enfermera dirige la comunicación hacia el trabajo con el paciente para identificar el actual o posible problema de salud; para examinar las recursos disponibles y la posibilidad del paciente de valerse por si solo.

Las bases de una comunicación terapéutica son: sensibilidad y confianza. La sensibilidad se refiere a la capacidad para observar y escuchar al paciente y asegurar que puede hablar con libertad sin interrupción ni pretextos para dar consejos o hacer preguntas, los cuales podrían convertirse en barreras de la comunicación terapéutica.

La relación basada en la confianza se facilita con una información completa precisa, la cual es importante para las necesidades de bienestar y seguridad del paciente. Muchos enfermos sienten ansiedad temor, confusión por los procedimientos de admisión, en especial si nunca han sido hospitalizados, el personal, que advierten la ansiedad, deben recibir y conducir al (10)

paciente tranquilamente a la unidad que le corresponde y presentarlo con el personal y demás pacientes.

Las enfermeras deben saber como influyen su propio comportamiento en las interacciones con los demás, como sus respuestas y expresiones no verbales pueden inhibir o facilitar una reacción terapéutica. (10)

Rol Profesional. Para disminuir el potencial de dependencia insana, las enfermeras deben intentar concientemente no cubrir todas las necesidades, la enfermera y el cliente trabajan juntos como un equipo; forman una alianza terapéutica, cuyo objetivo es ayudar al crecimiento y adaptación del cliente.

Agente de relaciones sociales. Se centra en las deficiencias que tienen los clientes en la comunicación de los pensamientos y sentimientos a los demás. Al participar en grupos informales, las enfermeras son capaces de evaluar el crecimiento de los clientes en las técnicas sociales. Las relaciones sociales ayudan a moldear la conducta del grupo. La conversación informal da a los clientes la oportunidad de discutir temas tópicos sin estrés da algo de alivio a la ansiedad.

Modelo. Las enfermeras pueden señalar a los clientes como lograr cambios deseados que han sido identificados. No solo enseñan una conducta más adaptativa, también sirven como modelo para los clientes. Las personas aprenden imitando actitudes, creencias y conductas. El tener un modelo permite que los clientes observen y experimenten patrones de conducta alternativos. Ayudan a los clientes a clarificar los valores y a comunicarse abierta y congruentemente. Las enfermeras tienen que ser sensibles a su grado de influencia. La sensibilidad ayudara asegurar a las enfermeras que no imponen su propio sistema de valores al cliente.

Abogado. Las responsabilidades de la abogacía incluyen adaptar el ambiente para cubrir las necesidades de los clientes tales como intimidad e interacción social. La enfermera aboga el apoyo de rutinas flexibles para la población de técnicas de comunicación para llegar a los clientes de forma que ellos puedan atender y a la cual puedan responder. La abogacía de enfermería sirve como anexo entre los clientes y los miembros del equipo de salud. (7)

La abogacía en enfermería es la situación en la cual la enfermera ayuda a los clientes a ejercer de forma autentica sus responsabilidades hacia ellos mismos y hacia los demás.

Se permite a los clientes que expresen los sentimientos sin censura ni criticas. Se les anima a que sean activos en el proceso de tratamiento y a que se hagan independientes.

Como abogado del cliente, la enfermera les enseña la conducta responsable y protege a aquellos clientes que son temporalmente incapaces de protegerse así mismos.

Los clientes tienen derecho a sus propias creencias y valores. Ellos eligen la dirección en que quieren crecer y deciden cual es la mejor forma de lograr sus objetivos. La abogacía esta basada en el derecho de los clientes de tomar decisiones y de las responsabilidades por las consecuencias de dichas decisiones, los abogados respetan las decisiones incluso cuando estén en desacuerdo con ellas.

Asesor. Se representa más típicamente durante las sesiones individuales que se programa regularmente la primera fase se establece una relación de confianza para asegurar una valoración correcta. La interacción en la asesora se dirige a objetivos específicos y se basa en el plan de cuidados desarrollado conjuntamente por el cliente y la enfermera. Las enfermeras asesoras crean oportunidades para que los clientes hablen sus pensamientos y conductas que les afecte a ellos mismos y a los de más.

La comunicación verbal como la no verbal se moldea y practican durante las interacciones. Es el modelo en que se ejecutan, evalúan y modifican una diversidad de actuaciones. Se anima a los clientes a que utilicen el proceso de resolución de problemas para afrontar eficazmente las áreas de problemas identificados. La eficacia del asesoramiento se ve cuando los clientes presentan una mejora en las técnicas de afrontamiento de los problemas, aumentan la autoestima, mayor visión interior y compresión de ellos mismos.

Cuidadora. El cuidado / consuelo ha incluido actividades que protegen la dignidad del individuo y aquellas a las que a menudo se conoce en enfermería como acciones maternales. Los cuidados incluyen conocimiento y asistencia sensibilidad hacia lo que es importante para los clientes por medio de actitudes y acciones que muestran interés por su bienestar y su aceptación como persona, no meramente como un ser mecánico. La enfermera no se puede reducir a mera técnica (7)

y conocimientos científicos, porque el mal humor, la ira, el amor duro, la administración de medicamentos y la enseñanza al cliente tiene diferentes efectos en un contexto que en otro no lo es.

Consejero. El asesoramiento es el proceso de ayudar a un cliente a reconocer y hacer frente a los problemas estresantes desde el punto de vista psicológico o social, para desarrollar y mejorar las relaciones interpersonales y proporcionar el crecimiento adulto. Implica apoyo emocional, intelectual y psicológico. La enfermera sirve de guía a personas inicialmente sanas, pero con dificultades de adaptación. Se concentrará en ayudar al individuo a desarrollar nuevas actitudes, sentimientos y conductas, más que en estimular el desarrollo intelectual. Se anima al cliente a buscar conductas alternativas, a reconocer las opciones y desarrollar su dominio.

El consejero debe tener conocimientos de comunicación terapéutica. La enfermera debe ansiar moldear y enseñar conductas deseadas, ser sincera con la gente que trata y demostrar interés y afecto en beneficio de los de más.

Consoladora. Los cuidados enfermeros deben dirigirse a la persona completa más que simplemente al cuerpo, por lo que el consuelo y el apoyo emocional suele ayudar a darle al cliente fuerzas para recuperarse. Las enfermeras pueden ofrecer consuelo y demostrar atención al cliente como individuo con sentimientos y necesidades únicas. Como consoladoras, las enfermeras deben ayudar al cliente a alcanzar los objetivos terapéuticos más favorables que la dependencia emocional o física. (7)

Otras Investigaciones. La relación enfermera persona – sana o enferma no ha sido suficientemente abordada, algunos profesionales de la salud consideran que las relaciones medico-paciente y enfermera-persona sana o enferma son las mismas y declaran que no hay diferencia entre ellas. Sin embargo, a pesar de compartir igual objeto de estudio espacios comunes para el ejercicio de cada profesión no poseen igual contenido de funciones, existe una gran diferencia entre la actuación médica y de enfermería, por lo cual las relaciones terapéuticas que establece cada tipo de profesional con las personas enfermas o sanas no han de ser las mismas.

La relación enfermera paciente, se trata de una relación estrecha, humana emocional, en esencia una relación interpersonal. En esta relación, ambos, la enfermera y el enfermo o el sujeto sano (11)

se encuentran para tratar de enfrentar y solucionar en conjunto de algo que resulta de gran importancia para la persona sana o enferma, su salud. Esta relación terapéutica es también una relación ética, donde los valores de cada uno deben ser conocidos y considerados de igual importancia, es una relación terapéutica que exige de la enfermera profesional un comportamiento que puede etiquetarse como comportamiento práctico moral.

Es aquí donde la ética en enfermería se plantea el desenvolvimiento de los cuidados cotidianos al paciente, no los grandes dilemas; cuestiones tan aparentemente banales como llamar al paciente por su nombre, tratar de usted o llamar a la puerta antes de entrar a la habitación, y no son estas normas de cortesía, sino el mínimo y necesario de respeto por aquel que han acudido solicitando nuestra ayuda profesional, sin que por ello pierda su identidad o su derecho a la intimidad. (11)

En el Hospital ABC en 1995 se realizó una investigación estudiando La Relación Enfermera-Paciente y su repercusión en el Estado Emocional del Paciente Crítico, a los pacientes que ingresaron al departamento de medicina crítica, encontrándose que las principales causas de ansiedad fueron el temor a presentar complicaciones 36%, temor a morir 23%, preocupación económica 9% y un 32% que no refirió temor. El 73% refirió no contar con la información en relación al funcionamiento del servicio y sus reglamentos, sin embargo el 100% refirió confianza en relación al personal de enfermería. Las unidades de terapia intensiva deben de contar con información adecuada sobre los protocolos de manejo y reglamento de las mismas; así como la capacitación del personal de enfermería para el apoyo del paciente con problemas emocionales.

En el Hospital de la Zona No. 1 Gabriel Mancera del Instituto Mexicano del Seguro Social que atiende a pacientes con SIDA se estudió los factores laborales asociados a la presencia de ansiedad en personal hospitalario que atiende a personas con este padecimiento, los resultados obtenidos denotaron una gran significancia clínica al encontrar mayor grado de ansiedad en personal joven, con escasa antigüedad en el puesto, con poca instrucción profesional (como es el caso del personal de intendencia) y personal que no había recibido una capacitación previa al ejercicio en el puesto. Debido a ser un área de alto riesgo, donde la presencia de agentes biológicos de alta peligrosidad es evidente, resulta necesario enfatizar en la adecuada instrucción del personal que labora en estas áreas, tanto sobre la enfermedad que presentan los pacientes que atienden, así como (12)

los adecuados métodos de trabajo en los manejos de los mismos. La presencia de ansiedad en este personal puede ser así mismo un factor de riesgo que pueda originar accidentes laborales que conlleven la mayor parte probabilidad de contagio en estos trabajadores de la salud. (12)

IV. JUSTIFICACION

Casi todas las personas tienen un comportamiento neurótico en algún aspecto de su conducta; la neurosis alcanza un grado que si bien no afecta las funciones esenciales si limita al afectado a realizar actos cotidianos y habituales (13) comprometiendo la relación y la convivencia con las personas que le rodean produciendo una insatisfacción permanente, teniendo como base alteraciones en el carácter, existiendo adaptación social pero con dificultad y sufrimiento. (14)

En el caso particular de Enfermería se encuentra que sus propias angustias, sus miedos y preocupaciones personales son tan constrictivos que les resulta difícil fijar su atención sobre los problemas de los pacientes, los sentimientos de ansiedad y enojo van a interferir en la capacidad de escuchar al paciente, el mal humor aumenta la ansiedad, el miedo, las emociones negativas, el estrés, conductas ofensivas y una mala comunicación. (7)

A menudo las enfermeras somos objeto de críticas con respecto al comportamiento que reflejamos o expresamos ante el paciente en el ambiente intrahospitalario, se resalta que las enfermeras estamos expuestas a cargas de estrés dado que jugamos diferentes roles como esposa, madre, ama de casa entre otras aunado al trabajo propio de nuestra profesión donde muchas veces somos retribuidas, no se reconoce nuestro trabajo y nuestra profesión es considerada de menor valor que otras. Se ha comprobado que los cambios hormonales generan ansiedad y depresión, el sexo femenino es más propenso a la depresión, un ambiente intrahospitalario en el que predominan las bacterias podrían generar técnicas de limpieza exagerada, solo quiero recalcar que ante todo solo somos seres humanos y como es evidente también estamos propensos a cometer errores.

Se ha observado en los pacientes que algunas emociones como el dolor, el miedo y las dudas afectan con mayor probabilidad el proceso patológico (15)

Los cuidados físicos de las enfermeras no son eficaces si las enfermeras y los clientes no tienen la sensación de ser aliados entre sí o si hay obstáculos para los pensamientos y sentimientos del cliente, las percepciones de la enfermera y del cliente dentro de la relación enfermera-paciente determinan la dirección de los cuidados de enfermería y definen el poder de la relación, la técnica interpersonal es la base de una relación de confianza, según aprenden los clientes a confiar en las enfermeras se vuelven más abiertos a las oportunidades de crecer y desarrollarse, solo cuando las relaciones son mutuas y activas se puede hacer un progreso real. (7)

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la mayor parte de la población es perturbada por la neurosis, misma que se ve reflejada en nuestra conducta, este padecimiento perjudica diferentes aspectos de nuestra vida, en el caso profesional y de manera particular en enfermería, el vínculo enfermera paciente se ve afectado ya que en más de una ocasión los pacientes son víctimas de nuestra ansiedad, depresión, neurastenia, entre otros, el ambiente es percibido como tenso, produce en el paciente ira, temor, ansiedad entre otros, tomemos en cuenta que en muchas ocasiones las enfermeras trabajamos con nuestra personalidad, siendo un modelo a seguir para el paciente y si la influencia de este modelo no es terapéutica agravara el proceso patológico en el paciente.

¿Cuál es el impacto de la disfunción en la interacción enfermera-paciente generado por una conducta neurótica por el personal de enfermería en el Hospital General de la Zona No. 8 de Uruapan Mich. en Julio del 2005 ?

VI. ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente

Conducta neurótica del personal de Enfermería.

Variable Dependiente

Impacto en la interacción Enfermera-Paciente

Disfunción de la interacción enfermera-paciente

VII. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Nombre de la Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición Operacional
Conducta Neurótica del personal de Enfermería	Independiente	Forma de comportamiento consistente en un alto grado de ansiedad, miedo, obsesiones relacionado con factores conflictivos personales o ambientales que provocan sufrimiento psíquico.	Leve Moderado Severo
Impacto en la interacción Enfermera-Paciente.	Dependiente	Efecto que produce la neurosis del personal de Enfermería en la técnica interpersonal.	Si afecta No afecta
Disfunción de la interacción enfermera-paciente	Dependiente	Alteración de la relación enfermera - paciente.	Existe deterioro No existe deterioro

VIII. HIPOTESIS

|
Ha. La conducta neurótica del personal de enfermería si causa impacto en la interacción enfermera-paciente.

Ho. La conducta neurótica del personal de enfermería no causa impacto en la interacción enfermera-paciente

IX. TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO.- Investiga las características de la población y la magnitud del problema.

RETROSPECTIVO.- Este fenómeno se ha presentado con anterioridad en el pasado.

ANALITICO.- Esta dirigido a contestar porque sucedió determinado fenómeno en relación a la causa y al efecto.

X. UNIVERSO DE ESTUDIO

Se tomo como muestra al personal de enfermería que labora en el Hospital General de la Zona # 8 y a los pacientes hospitalizados en dicha institución.

XI. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal de enfermaría y pacientes

XII. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Familiares de los pacientes, otro personal del área de la salud que labore en la institución, pacientes analfabetas y pacientes que presenten alguna discapacidad mental.

XIII. CRITERIOS DE ELIMINACION

Enfermeras y pacientes que no deseen participar en la investigación, cuestionarios que no estén debidamente contestados y que no cumplan con los requisitos.

XIV. PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se entrevistó en forma aleatoria a las enfermeras que laboran en el turno vespertino.

XV. TAMANO DE LA MUESTRA

Muestreo por conveniencia, debido a las características pequeñas de la unidad.

XVI. ANÁLISIS ESTADISTICO

Se utilizo la estadística descriptiva, la información aportada por los pacientes y enfermeras se analizo con el programa SPSS y será expuesta mediante tablas y gráficos, se valido la confiabilidad de los instrumentos mediante los métodos Alpha de Crombach y Unequal-length Spearman-Brown obteniéndose del cuestionario de histeria un Alpha de .6296 y Unequal-length

Spearman-Brown de .1674, en cuanto al cuestionario para diagnosticar la ansiedad presento un Alpha .7601 y Unequal-length Spearman-Brown de .7680, a la depresion corresponde un Alpha de .8665 y un Unequal-length Spearman-Brown de .8807 y finalizando con el cuestionario para evaluar el grado de obsesidad presento un Alpha de .8137 y un Unequal-length Spearman-Brown de .7653 respectivvamente.

XVII. RECURSOS HUMANOS

Personal de Enfermería, pacientes, asesores, autoridades de la institución.

XVIII. ETICA

Se entablara un contacto interpersonal con los pacientes y personal de enfermería protegiendo su identidad, su autonomía y su integridad, respetando su manera de pensar, el auto concepto en el que se tienen y la manera en que perciben su entorno donde se desenvuelven e interactúan; alentándolos a contestar honestamente el instrumento de recolección de la información y propiciando su libre participación en el mismo.

XIX. RESULTADOS

Se entrevistaron a 35 enfermeras del HGZ No. 8 Uruapan que laboraban en turno vespertino, en un promedio de edad de 30+-D.E.a las cuales se les aplicó el cuestionario de Leyton, del autor inglés James Cooper para diagnosticar la obsesión. También a las mismas enfermeras se les aplicó otro cuestionario para determinar el grado de ansiedad, y para esto, se tomó el más conocido y difundido de Janet A. Taylor, psicóloga estadounidense; el cual comprende 50 aseveraciones con opción de respuesta tipo dicótomo (verdadero ó falso). Otro cuestionario que también se utilizó fue el del psiquiatra estadounidense Aarón T. Beck, el cual contiene 21 grupos de aseveraciones para medir depresión. Y finalmente se les aplicó un cuarto cuestionario para detectar histeria; este, de 42 preguntas. Toda esta información de requizó además de un cuestionario para medir la calidad de la atención del personal de enfermería.

Se hizo análisis de fiabilidad para precisar la confiabilidad de los cuatro instrumentos. Se procedió a analizar su consistencia global, mediante el Alpha de Cronbach, y su simetría por el método de mitades (Spearman-Brown). En general todos tienen buena confianza.

Por otro lado, con la finalidad de confrontar la opinión de la enfermera contra la del paciente en cuanto a la calidad de los servicios de atención; se les aplicó un cuestionario para evaluar la atención de la enfermera. En este caso se entrevistó a dos pacientes por una enfermera, o sea, que en total se recolectó la información de 70 pacientes.

Para evaluar la obsesividad, a menudo se utiliza el “cuestionario de Leyton”, así denominado por su autor, el psicólogo inglés James Cooper, lo utilizó experimentalmente en la localidad de Leyton, cercana a la ciudad de Londres. El cuestionario es autoadministrado y consta de 40 reactivos o preguntas. Su opción de respuesta es SI ó NO. Las escalas de calificación son: 0 a 10 No hay signo, 11 a 20 Obsesión media, 21 a 30 Neurosis de carácter y finalmente mayor a 30 puntos; Neurosis. La suma de respuestas afirmativas (“si”) proporciona la puntuación de los síntomas obsesivos.

Otro aspecto de interés es determinar el grado de ansiedad. Entre los cuestionarios referentes a la ansiedad, el más conocido y difundido es el ideado por Janet A. Taylor, psicóloga estadounidense; se denomina “escala de ansiedad manifiesta” y comprende 50 aseveraciones o items. La escala de calificación es: si se han marcado 16 ó 17 de estos cuadros, es obvio que la ansiedad no representa

ningún motivo de preocupación: no pasa de ser el grado de tensión necesario para afrontar apropiadamente los problemas cotidianos; si se han marcado 32 ó 33, el estado de ansiedad puede ser molesto.

El instrumento que detecta comportamiento histérico consta de 42 preguntas. Si hay menos de 25 aseveraciones; no hay histeria. En caso contrario histeria marcada.

Y por último para evaluar el grado de depresión se empleó el instrumento ideado por el psiquiatra Aarón T. Beck , que consta de 21 grupos de aseveraciones. La escala de calificación es: 10 a 12 sin depresión; 13 a 20 depresión leve; 21 a 30 depresión moderada y por arriba de 30 depresión fuerte.

Ante el planteamiento metodológico de relacionar la ansiedad y la depresión, en el contraste se supone que son independientes. Para ello se utilizó el estadístico de prueba Chi-cuadrado para asociar los diferentes valores categóricos de ambos instrumentos involucrados en una tabla de contingencia. El valor de obtenido 6.293, gl=2, 0.05, P=0.043 , aportó un *P_valor* < 0.05. Lo cual lo hace estadísticamente significativo. 29 (82.9%) no manifiestan depresión ni ansiedad; 1 (2.9%) sin ansiedad pero con depresión leve; ansiedad leve sin depresión 4 (11.4%) y por último ansiedad leve con depresión moderada 1 (2.9%). En cuanto a la escala general de ansiedad tan sólo un 5 (14.3%) con ansiedad leve, y 30 (85.7%) sin ansiedad. De un total de 35 enfermeras entrevistadas.

(Ver Anexos, Cuadro #1, Grafico #1)

También se asoció la depresión con la obsesión. El valor del estadístico Pearson Chi-cuadrado fue de 11.467, gl =4, 0.05, *P_valor* = 0.022 . En la cual se interpreta cierta asociación. Depresión leve asociado a obsesión media 1 (2.9 %); depresión moderada asociada a neurosis de carácter 1 (2.9%). Con las 33 enfermeras restantes a pesar de que no manifiestan depresión, la obsesión se distribuye: sin signo de obsesión 9 (27.3%); obsesión media 22 (66.7 %); y neurosis carácter 2 (6.1%). Como se puede ver la distribución de frecuencias es pequeña en las categorías de obsesión media y neurosis carácter. (Ver Anexos, Cuadro # 2, Grafico # 2.)

Cuando se analiza la independencia de variables entre ansiedad y obsesión. Se observa en valores marginales que 30 (85.7%) no manifiestan ansiedad y 5 (14.3 %) ansiedad leve. La distribución Sin ansiedad queda: 9 (30.0%) sin signo de obsesión; 20 (66.7 %) obsesión media; 1 (3.3%) neurosis

carácter. También 3 (8.6%) ansiedad leve y obsesión media. Y finalmente 2 (5.7%) ansiedad leve y neurosis carácter. El valor de la Pearson Chi-cuadrado es 8.251, gl =2, 0.05, P=0.016. La magnitud el efecto es de .486 razón estándar que mas bien es pequeño, y esto debido a que la opción de ansiedad leve que es de un 14.3 % (5 enfermeras) que asocia a la obsesión. (Ver Anexos, Cuadro #3, Grafico #3.)

En lo referente a la obsesión que presenta el personal de enfermería por servicio se encontró que el 2.8% del personal analizado de Puerperio de Bajo Riesgo presento una obsesión media y otro 2.8% neurosis de carácter, en cuanto al servicio de toco/Cx el 8.5% del personal presenta una obsesión media, mientras que el personal del servicio de Gineco-Obstetricia el 8.5% presenta una obsesión media y otro 2.8% una neurosis de carácter en lo que respecta al servicio de urgencias se encontró el 5.7% del personal no presento ningún signo de obsesión y el 17.1% una obsesión media, mientras que el servicio de Renales el 5.7% del personal que se analizo no tiene ningún signo de obsesión y otro 5.7% presento una obsesión media, en lo que respecta al servicio de Medicina Interna se encontró que el 5.7% del personal no tiene ningún signo de obsesión y el 11.4% presenta una obsesión media, en lo que concierne al servicio de Cuneros Patológico y Pediatra se descubrió que el 2.8% no tiene ningún signo de obsesión, mientras que en el servicio de Observación el 2.8% del personal no tiene ningún signo de obsesión y el 5.7% tiene una obsesión media, en lo que respecta al servicio de CEYE el 2.8% no tiene ningún signo de obsesión, mientras que el personal de enfermería que no tiene un servicio fijo el 5.7% específico una obsesión media y el 2.8% una neurosis de carácter. En total el 25.7% del personal no tiene ningún signo de obsesión, el 65.7% una obsesión media y el 8.5% una neurosis de carácter. (Ver Anexos, Cuadro # 4, Grafico # 4.)

En cuanto a la distribución de ansiedad que presenta el personal de enfermería de los diferentes servicios se encontró que el servicio de Puerperio de Bajo Riesgo el 5.7% tiene una ansiedad leve, mientras que en el servicio de Toco/Cx el 8.5% del personal manifestó no tener ansiedad, mientras que el personal del servicio de Gineco-Obstetricia el 11.4% no presenta ningún signo de ansiedad, en cuanto al personal del servicio de Urgencias el 17.1% no presenta ningún signo de ansiedad y el 5.7% una ansiedad leve, en lo que respecta al personal del servicio de Renales el 11.4% no señalan tener ningún signo de ansiedad, en lo concerniente al personal del servicio de

Medicina Interna el 17.1% no presenta ningún signo de ansiedad, mientras que el personal del servicio de Cuneros Patológico y Pediatría el 2.8% menciona que no presentan ansiedad, en lo que respecta al personal del servicio de Observación el 8.5% señala no padecer ansiedad, en lo concerniente al personal del servicio de CEYE el 2.8% indican no padecer ningún signo de ansiedad y mientras que las enfermeras que no tienen un servicio fijo el 5.7 no presenta ansiedad y el 2.8% una ansiedad leve. En total el 85.30% del personal no tiene ningún signo de ansiedad y el 14.20 una ansiedad leve. (Ver Anexos, Cuadro #5, Grafico #5)

En lo concerniente a la distribución de la depresión que presenta el personal de enfermería que se encuentra en los diferentes servicio se encontró que el 2.8% del personal de enfermería de del servicio de Puerperio de Bajo Riesgo no tiene ningún signo de depresión y otro 2.8% una depresión moderada, en lo que respecta al servicio de Toco/Cx el 5.7% del personal no presenta ningún signo de depresión y otro 2.8% una depresión moderada, mientras que en el servicio de Gineco-Obstetricia el 11.4% del personal no tienen ningún signo de depresión, en lo referente al servicio de urgencias el 22.8% del personal no presenta depresión, en lo relativo al servicio de Renales el 11.4% del personal señala no presentar depresión, mientras que al servicio de Medicina Interna el 17.1% del personal manifiesta no presentar ningún signo de depresión, en cuanto a al servicio de Cuneros Patológico y Pediatría el 2.8% no presenta ningún signo de depresión, mientras que al servicio de observación el 8.5% de personal no presenta ningún signo de depresión, en lo concerniente al servicio de CEYE el 2.8% del personal analizado no presenta ningún signo de depresión, mientras que al personal de enfermería que no tiene un servicio fijo el 8.5% no presenta ningún signo de depresión. En total el 93.80% no presenta ningún signo de depresión y el 5.60% una depresión moderada. (Ver Anexos, Cuadro # 6, Grafico #6)

En lo que respecta a la neurosis histérica no se encontraron rasgos característicos de esta alteración mental en el personal analizado. En total el 100% del personal analizado no presenta neurosis histérica. (Ver Anexos, Cuadro # 7, Grafico # 7)

En lo relativo a la conducta que han identificado los pacientes en el personal de enfermería el 2.78% de los pacientes de Puerperio de Bajo Riesgo expresaron que son pasivas , otro 2.78% de Toco/Cx señala que las enfermeras también son pasivas y el 1.39% que no tienen ninguna de las características planteadas en el instrumento, mientras que el 1.39% de los pacientes de observación refieren que las enfermeras son indiferentes y otro 1.39% son pasivas, el 5.56% dicen que las enfermeras no tienen ninguna de las características especificadas y otro 5.56% que tienen otras, mientras que el 4.17% de los pacientes del servicio de Renales indica que las enfermeras son pasivas y el 1.39% que tienen otras características no especificadas en el instrumento, en lo que respecta al servicio de Gineco-Obstetricia el 4.17% de los pacientes señala que las enfermeras son pasivas y el 6.94% que no tienen ninguna de las características especificadas en el instrumento y el 4.17% indicó que tienen otras, en lo relativo al servicio de Medicina Interna el 1.39% de los pacientes expresaron que las enfermeras son enojonas, otro 1.39% indicó que tenían ansiedad, otro 1.39% de los pacientes que son pasivas, el 8.33% de los pacientes expreso que las enfermeras no tienen ninguna de las características señaladas en el instrumento y el 11.11% que tienen otras, mientras que los pacientes que no sabían cual era el servicio en el que se encontraban el 1.39% de los pacientes afirmó que las enfermeras eran enojonas, otro 1.39% planteó que las enfermeras presentaban ansiedad, el 2.78% de los pacientes expreso que las enfermeras eran indiferentes, el 8.33% de los pacientes indicó que las enfermeras eran pasivas, mientras que el 1.39% manifestó que eran impacientes y el 12.50% de los pacientes contestó que las enfermeras no tenían ninguna de las características señaladas en el instrumento y el 6.94% que tenían otras. En total el 34.72% no tienen ninguna de las características descritas en la pregunta, el 29.17% tienen otras y el 25.01% refieren que son pasivas, el resto son pequeños porcentajes en enojo, ansiedad, indiferencia. (Ver Anexos, Cuadro # 8, Grafico # 8)

Cuando se les preguntó a los pacientes que efecto les producía el comportamiento de su enfermera el 1.39% de Puerperio de Bajo Riesgo contestaron que ningún efecto y otro 1.39% otros no especificados en la pregunta, en lo relativo al servicio de Toco/Cx el 1.39% de los pacientes señalaron que el comportamiento de su enfermera les producía ansiedad y el 2.78% ningún efecto, en cuanto al servicio de Observación el 1.39% de los pacientes específico que el comportamiento de las

enfermeras les producía ansiedad, el 9.72% ningún efecto y el 2.78% otros, mientras que el 2.78% de los pacientes del servicio de Renales señalo que no les producía ningún efecto y otro 2.78% que le producía otros efectos no especificados en la pregunta, en cuanto al servicio de Gineco-Obstetricia el 1.39% de los pacientes expreso que el comportamiento de las enfermeras le producía ansiedad, el 8.33% ningún efecto y el 5.56% otros, en lo referente al servicio de Medicina Interna el 1.39% de los pacientes indicó que el comportamiento de su enfermera le producía miedo, el 16.67% ningún efecto y el 5.56% otros, mientras que los pacientes que no sabían cuál era el servicio donde se encontraban el 4.17% señalaron que el comportamiento de su enfermera les producía miedo, el 26.39% ningún efecto y el 4.17% otros. En total el 68.06% de los pacientes afirma que el comportamiento de la enfermera no les produce ningún efecto, otras características el 22.22% y tan solo el 5.56% miedo. (Ver Anexos, Cuadro # 9, Gráfico # 9)

En cuanto a análisis que se realizó respecto si la enfermera puede trabajar como antes en relación a si enseña al paciente los cuidados que debe tener respecto a su enfermedad se encontró que el 87.5% de las enfermeras pueden trabajar más o menos como antes y si enseñan al paciente los cuidados que deben tener con su enfermedad en relación con el 12.5% de las enfermeras que al igual pueden trabajar más o menos como antes y no enseñan al paciente los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad, en lo que respecta el 93.3% de los pacientes señalaron que las enfermeras si les enseñan los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad en relación con el 80% refieren no haberseles enseñado por parte del personal de enfermería los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad; mientras que el 50% de las enfermeras afirman que les cuesta hacer un gran esfuerzo empezar a hacer algo pero si enseñaron al paciente los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad y otro 50% que también les cuesta hacer un gran esfuerzo empezar hacer algo pero no enseñan al paciente los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad, en lo que respecta el 3.3% de los pacientes señalan que si se les enseñó por parte del personal de enfermería los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad y el 20% señala que no se enseñó los cuidados que debe tener respecto a su enfermedad, continuando con el 100% de las enfermeras que hacen mención que para hacer cualquier cosa tienen que esforzarse pero si enseñaron al paciente los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad, a lo que respecta el

3.3% de los pacientes que señalaron que si se les enseño por parte del personal de enfermería los cuidados que deben tener respecto a su enfermedad. En total el 85.7% si ilustra los cuidados al paciente el 14.3% no. (Ver Anexos, Cuadro # 10, Grafico # 10)

En cuanto al análisis que se le realizó con respecto si la enfermera fija su atención en las necesidades de los pacientes en relación con su grado de cansancio se encontró que el 90% de las enfermeras señalan que no se cansan más de lo común y si fijaron su atención en las necesidades de los pacientes en relación con el 10% que al igual manifiesta que no se cansa más de lo común pero no fijaron su atención en las necesidades de los pacientes, en lo que respecta el 84.4% de los pacientes hacen mención que la enfermera si fijo su atención en sus necesidades y el 100% de los pacientes afirman que la enfermera no fijo la atención en sus necesidades, continuando con el 100% de las enfermeras que manifiestan que se cansan más fácil que antes pero si fijaron su atención en las necesidades de los pacientes en lo que respecta el 14.3% de los pacientes que afirman que las enfermeras si fijan su atención en sus necesidades. (Ver Anexos, Cuadro # 11, Grafico # 11)

En lo relativo al a si la enfermera se siente un poco molesta si el trabajo no se puede realizar en un tiempo previsto o según un cierto orden en relación a si explica los cuidados o actividades que le va a realizar al paciente se encontró que el 100% de las enfermeras no se sienten molestas si el trabajo no se puede realizar en un tiempo previsto o según un cierto orden y si le explican al paciente los cuidados o actividades que le van a realizar, en lo que respecta el 57.6% de los pacientes manifiestan que las enfermeras si le explican los cuidados o actividades que le van a realizar, en relación, con el 12.5% de las enfermeras que afirman que si se sienten un poco molestas si el trabajo no se puede realizar en el tiempo previsto o según un cierto orden y no le explicaron al paciente los cuidados o actividades que le iban a realizar y el 87.5% que al igual se sintieron un poco molestas si el trabajo no se puede realizar en un tiempo previsto o según un cierto orden pero si le explicaron al paciente los cuidados o actividades que le iban a realizar, en lo que respecta el 100% de los pacientes afirman que la enfermera no les enseña los cuidados o actividades que le va

a realizar en relación con el 42.4% que señala que las enfermeras si le explican los cuidados o actividades que le van a realizar. En total el 5.7% de las enfermeras no se sienten un poco molestas si el trabajo no se pueden realizar en un tiempo previsto o según un cierto orden y el 94.3% si. (Ver Anexos, Cuadro 12, Grafico # 12)

En la determinación que se le realizo a las variables cuando la enfermera trabaja esta muy tensa en relación a si explica al paciente los cuidados o actividades que le va ha realizar se encontró que el 5.7% de las enfermeras afirman que cuando trabajan están muy tensas pero no explican al paciente los cuidados o actividades que se van ha realizar en relación con el 94.3% que cuando trabajan también están muy tensas pero si le explican al paciente los cuidados que se le van ha realizar, a lo que respecta el 100% de los pacientes afirman que las enfermeras no les explican los cuidados o actividades que les va ha realizar, mientras que otro 100% de los pacientes señala que las enfermeras si les explicaron los cuidados o actividades que les iban a realizar. En total el 5.7% de las enfermeras manifiestan no ponerse tensas cuando trabajan y el 94.3 si. (Ver Anexos, Cuadro # 13, Grafico # 13)

Cuanto se les pregunta a los pacientes cuales son las características del humor de las enfermeras en relación a si la enfermera se irrita mas de lo común, se encontró que el 3.7% de las enfermeras afirma no irritarse mas de lo común a lo que los pacientes dijeron de estas que tienen un humor dañino y ridiculizante en relación al 96.3% de las enfermeras que también señalan no irritarse mas de lo común pero los paciente especifcan que tienen un humor sano que produce risa entre las personas, mientras que el 100% de las enfermeras que afirman irritarse mas fácil que antes los pacientes señalan de estas que tienen un humor sano que produce risa entre las personas y finalizando con el 100% de las enfermeras que mencionan que ya no se irritan por las cosas que antes le molestaban los pacientes dicen de ellas que tienen un humor sano que produce risa entre las personas. (Ver Anexos, Cuadro #14, Grafico # 14)

XX. DISCUSIÓN

La ansiedad es una reacción emocional que se encuentra con mucha frecuencia en los seres humanos, en las mujeres es mas frecuente debido a que tienen mayores responsabilidades y a los cambios hormonales, cuando la ansiedad se encuentra en niveles altos son perjudiciales, enfocándose en la profesión de enfermería y específicamente en la distribución de la ansiedad por servicios se encontró que el nivel medio de ansiedad es el más común que se encontró en los servicios de Puerperio de Bajo Riesgo, en el personal que no tenía un servicio fijo y Urgencias. Tal vez en Urgencias podría ser evidente ya que el ambiente es más tenso, valga la redundancia por las urgencias, se entiende que el servicio de Puerperio de Bajo Riesgo podría ser debido a las características del ambiente como el ruido, el tipo de pacientes con los que se trata o podrían ser ajena al trabajo, sin embargo cuando se aplicaron los cuestionarios no se percibieron influencias de ningún tipo creadoras de ansiedad, se observa que en CEYE, Renales, Cuneros Patológico, Toco, Pediatría, Medicina Interna/Cirugía, tienen los niveles más bajos de ansiedad dado que el ambiente es más relajado a diferencia de otros servicios, aunque en esta última si debería de existir niveles considerables de ansiedad dado a la demanda del servicio. Los pacientes perciben a la enfermera que presenta ansiedad como enojona, ansiosa e impaciente.

Se observan rasgos obsesivos-compulsivos en las enfermeras como el orden excesivo, la duda, el contar, limpieza y comprobar, sin embargo existen evidencias de que si repercuten en el desempeño laboral, ya que puede originar tensión o enojo con el resto del personal al no seguir un orden preciso en las actividades y esto repercutir en el paciente. Se ha observado que los servicios de Cuneros, Observación y CEYE tienen los niveles más bajos de obsesividad, sin embargo en CEYE se cree de manera personal sería uno de los servicios donde existiría y de manera elevada obsesividad-compulsividad relacionada con la limpieza u orden entre otros, dado que en este servicio se esteriliza todo el material y provee de este a otros servicios como quirófano; en cuneros también dado que los Recién Nacido son inmaduros de su organismo en relación con una persona adulta, son más propensos a infecciones por esto de manera personal se cree que debería haber índices elevados pero no es así, sin embargo, existe reglamento de acceso a estas áreas el

cual se cumple. Puerperio de Bajo Riesgo, Gineceo –Obstetricia, y el personal que no tienen un servicio fijo tienen los niveles más elevados de obsesivo-compulsivo se cree que es debido a las características del medio o también podría ser ajeno al trabajo.

Es de considerar la depresión importante ya que el sexo femenino es el mas propenso a presentar esta alteración mental y enfermería en su mayoría somos mujeres, sin embargo, en el presente estudio los niveles fueron leves y fueron relativamente pocos los casos encontrados, aunque existe un evidente deterioro en el desempeño laboral ya que las enfermeras que presentan síntomas tienen que esforzarse para hacer alguna actividad, ya que el cansancio es evidente, así como también aumenta el grado de irritabilidad, en ocasiones los pacientes perciben a estas enfermeras como pasivas. Se estima que en los servicios de Puerperio de Bajo Riesgo y Toco/Cirugía fueron los únicos servicios en que se encontraron depresión moderada, se llega a suponer que probablemente algún acontecimiento dentro del área de trabajo o también podría ser ajeno a este que origino la depresión.

La conducta directamente observada para el paciente, el concepto que se forma de la enfermera a partir de alguna experiencia van a afectar de una manera significativa la relación enfermera-paciente ya que el enojo y la ansiedad identificados en la enfermera aumentan las emociones negativas, el estrés y la tensión en el paciente. La indiferencia y la pasividad ante las necesidades físicas y emocionales nos hacen ver que hace falta a la enfermera comprometerse con el paciente, así como conocer mas sobre lo que el paciente esta experimentado durante su estancia intrahospitalaria.

Es de considerar que el efecto que tiene el comportamiento de la enfermera es de vital importancia ya que las emociones como la ansiedad y el miedo aumentan las emociones negativas y las conductas ofensivas, con esto la relación enfermera-paciente se ve deteriorada y al mismo tiempo interfiere con el proceso de recuperación del paciente.

Es importante tomar en cuenta el estado ánimo el cual interfiere con el desempeño laboral, en especial para las enfermeras, para las cuales realizar una actividad representa un verdadero esfuerzo, como enseñar al paciente los cuidados que debe tener con su enfermedad, tan importante para recuperar y preservar la salud.

Uno de los aspectos mas importantes es fijar la atención en las necesidades de los pacientes, partiendo de esto se pueden distinguir las necesidades físicas, emocionales y sociales de los pacientes, esta identificación se puede ver afectada por el grado de cansancio de las enfermeras, debido a alguna alteración mental como es el caso de la neurastenia o la depresión, o las exigencias del trabajo o el desempeño de los diferentes roles que jugamos los y las enfermeras. El cansancio físico puede ser mal percibido o juzgado por el paciente y esto propiciar que se pueden formar un concepto erróneo de las enfermeras, sin embargo me gustaría resaltar que las enfermeras también somos seres humanos.

Es de mucha significancia explicar al paciente las actividades que se le van a realizar, ya que los pacientes pueden experimentar ansiedad y temor hacia los procedimientos desconocidos por el y la enfermera puede ser identificada como brusca, cabe mencionar que en ocasiones las exigencias del trabajo aumentan la tensión en el personal de enfermería y se pueden pasar por alto algunas técnicas de cortesía.

El humor es básico para la relación enfermera -paciente, los pacientes que perciben una enfermera irritada, pueden experimentar emociones negativas como la ansiedad, el temor y la ira. Los pacientes que observan una enfermera relajada, se abren a esta, con la cual se sienten en mayor confianza e incluso el medioambiente es percibido como mas relajado, en el cual las interacciones son mas efectivas y productivas.

Por lo regular el paciente se encuentra desadaptado ante un ambiente hospitalario, su principal objetivo es recuperar la salud, experimenta ansiedad y temor por los procedimientos que se le

realizan desconocidos para el y al mismo tiempo incertidumbre por su evolución terapéutica o pronostico.

XXI. CONCLUSIONES

En términos generales se ha llegado a la conclusión de que si existe en pequeños porcentajes neurosis en el personal de enfermería analizado, siendo la más evidente la neurosis de tipo obsesivo y el nivel medio el más común que se encontró, en menor prevalencia la neurosis de ansiedad de tipo leve y la neurosis de depresiva de tipo moderado respectivamente, mientras que de la neurosis de tipo histérico no se encontraron signos de esta alteración mental en el personal que se analizó.

En cuanto al efecto que pudiera tener en un momento dado el comportamiento de la enfermera en la relación enfermera-paciente se encontró que la mayoría de los pacientes señala que ningún efecto y en menor cantidad ansiedad, miedo entre otras.

Se hace notar que la neurosis si limita al personal de enfermería para prestar una buena calidad de la atención al paciente, ya que el mal humor que es percibido por el paciente aumenta las emociones negativas y evitara que el paciente se habrá hacia la enfermera; el cansancio anormal o crónico, el grado de tensión o un mal desempeño laboral, interfiere en la necesidad de fijar la atención de la enfermera hacia las necesidades de los pacientes como por ejemplo recibir información apropiada sobre los procedimientos que se le van realizar, con esto se disminuiría el miedo y la ansiedad hacia algo totalmente desconocido para el paciente o la enseñanza que se le debe proporcionar acerca de los cuidados de la patología a la que se está enfrentando, básico para recuperar la salud.

Por lo tanto se acepta que la conducta neurótica del personal de enfermería si causa impacto en la interacción enfermera- paciente.

XXII. SUGERENCIAS

- ❖ Que se reconozca y se impulse al comité para la vigilancia de la calidad de la atención a cumplir con sus funciones.
- ❖ Realizar cursos sobre la calidad de la atención de enfermería, facilitando la participación del personal de cada turno.
- ❖ Fomentar el trabajo en equipo de todo el personal multidisciplinario que labora en la institución.
- ❖ Promover la integración y las buenas relaciones humanas entre el personal, haciendo hincapié en el respeto.
- ❖ Evaluar constantemente la calidad de la atención a través de encuestas o cuestionarios aplicados directamente al paciente.
- ❖ Otorgar reconocimientos o estímulos al personal de enfermería que se esmera en brindar una buena calidad de la atención.
- ❖ Fomentar la preservación de un entorno terapéutico tanto para el paciente como para el personal.
- ❖ Crear actividades de relajación, esparcimiento al cual tenga acceso todo el personal, así como impulsar al personal que presente rasgos neuróticos más evidentes y graves a tomar a psicoterapia.

XXIII. GLOSARIO

Acinesia. Privación del movimiento.

Adrenalina. Hormona segregada por la medula de las cápsulas renales. Su función es transmitir las excitaciones desde las fibras nerviosas simpáticas a los órganos efectores.

Conducta Neurótica. Comportamiento inadaptado carente de flexibilidad, que parece asociado con uno más de los siguientes atributos: ansiedad, conflictos emocionales, temores irrationales, afecciones somáticas que carecen de base orgánica y tendencia a evitar ciertas situaciones provocadas de tensión, en vez de hacerle frente de manera eficaz.

Disfunción. Alteración de una función o una actividad.

Disociar. Síntoma esquizofrénico con discordia entre el pensamiento y la expresión.

Disparidad. Desemejanza de unas cosas respecto a otras

Distimia. Enfermedad distímica; depresión neurótica (distimia); depresión crónica.

Es una forma crónica de depresión que se caracteriza por estados de ánimo permanentemente bajos, pero no tan extremos como otros tipos de depresión.

Se desconoce la causa exacta del trastorno. Aunque la sintomatología no es tan severa como la de las otras formas de depresión, las personas afectadas se deben enfrentar casi a diario con los síntomas de bajo nivel de auto-estima, desesperación y desesperanza.

Dopamina. Es un neurotransmisor (químico utilizado para transmitir impulsos entre células) que se encuentra principalmente en el cerebro

Estoicismo. Dominio sobre la propia sensibilidad y desgracia.

Epinefrina. No sólo es un neurotransmisor del cerebro, sino una de las hormonas más importantes del organismo. La médula de la glándula suprarrenal segregá epinefrina en respuesta a la disminución de la glucosa en la sangre, el ejercicio y otras formas de estrés agudo. La epinefrina produce varias respuestas: descomposición de glucógeno a glucosa en el hígado, liberación de ácidos grasos del tejido adiposo (grasa), vaso dilatación de las arterias pequeñas dentro del tejido de los músculos, aumenta el ritmo y fuerza de los latidos cardíacos

Hiperosmia. Aumento anormal de la sensibilidad olfativa

Impacto. Efecto que produce en alguien o algo un suceso o acción.

Interacción enfermera-paciente. Es un vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo e interdependencia: la enfermera proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchar atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares, para comprenderlo y atenderlo; el enfermo o persona sana, aquel que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de malestares, que espera ser escuchado, comprendido u orientado.

Introyección. Mecanismo inconsciente de la incorporación imaginaria de un objeto o de una persona.

Merma. Acción y efecto de mermar. Porción de algo que se consume naturalmente o se sustraer o sisa.

Mutismo. Silencio voluntario o impuesto.

Nexo. Unión o vínculo de una cosa con otra.

Norepinefrina. Es el principal neurotransmisor del sistema nervioso simpático (controla las reacciones de "lucha o huida" y también se encuentra en el cerebro).

Pródromo. Conjunto de signos o síntomas que se presentan al comienzo de una enfermedad o que indican su pronta instauración.

Serotonina. Amina, biogénica derivada del triptófano por descarboxilación y oxidación que se encuentra en diversos tejidos animales y vegetales. Posee una notable importancia en el desarrollo normal de los procesos psíquicos.

Tic. Movimiento convulsivo breve o involuntario, originado por la contracción repentina de uno o varios músculos.

IVXX. BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.psicoespaci.neurpsico.htm>
2. GUTIERREZ Sáenz Raúl, **Psicología**, Ed. Esfinge, 2^a. Ed. Mexico D.F. 1985, P.P.226, 228-232
3. **Vida y Psicología**, Selecciones de Reader Digest 1^a. Ed Mexico D.F. 1987.P.p.232, 233, 517, 524,525, 534535, 538,539, 540,544, 54, 555, 556
4. VALDES Miyar Manuel, et.al.**DSM III**, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales"1^a. Ed. 1983, México, p.p.231-233, 242-248, 256-259, 262-264.
5. CASO Muñoz Agustín **Psiquiatría**,Ed. Limusa, 2^a. Ed.México D.F. 1982,p.p.829, 836,839, 841, 853, 857, 860, 663, 864, 866.
6. KOZIER B. **Fundamentos de Enfermería Conceptos, proceso y practica, Vol I**. Mac Gill Interamericana, 5^a ED. México DF. 1999 P.P.52,53, 55.
7. COOK JS et.al. **Enfermería Psiquiatra**, Editorial Interamericana, México D.F. 1998, p.p.14, 18-25.
8. POTTER A. Patricia, **Fundamentos de Enfermería Vol. 1** Ed. Mosby, 1^a. Ed. 1999, México, D.F. p.p.402.
10. LAURIE Crawford Annie, **Enfermería Psiquiatra y Salud Mental**), Ed. Manual Moderno México D.f. 1990, P.P.34, 35.
11. http://bvs.sld.cu.revistas/spu/vol.30_4_04/spu10404.htm
12. http://www.imbomed.com.mx/Enfer/Env5n4/espanolWen74_01.htm
13. <http://www.psicoespacio.com/trauma>
14. ZIGKI Norma, ET.AL. **Fundamentos de la Psicología**, Ed. Limusa, 2^a. Ed. México D.f. 1996,P.P.522-525
15. GOLDMAL Howard, Psiquiatría Gral. Ed. Manual Moderno, México D.F. p.p.18-20.
16. VIDAL Alarcón Guillermo, **Psiquiatría**, Ed. Panamericana México D.F.1986,P.P.312, 314.
17. <http://ceril.clneurosis.htm>
- 18.<http://www.fitnes.com.mx/medicina0156.htm>
19. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/encyclopedia_M-Mf.htm
20. <http://www.rae.es/>

XXV. ANEXOS

TABLA DE CONTINGENCIA POR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

ESCALA DE ANSIEDAD		ESCALA DE DEPRESION			% del Total
		no hay	depresión leve	depresión moderada	
sin ansiedad	N	29	1		30
	% en ansiedad	96.7%	3.3%		100.0%
	% en depresión	87.9%	100.0%		85.7%
	% del total	82.9%	2.9%		85.7%
ansiedad leve	N	4		1	5
	% en ansiedad	80.0%		20.0%	100.0%
	% en depresión	12.1%		100.0%	14.3%
	% del total	11.4%		2.9%	14.3%
% del Total	N	33	1	1	35
	% en ansiedad	94.3%	2.9%	2.9%	100.0%
	% en depresión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	94.3%	2.9%	2.9%	100.0%

Cuadro # 1. Ansiedad en relación con la depresión que presenta el personal de enfermería del H.G.Z. #.8 de Uruapan Mich. en agosto del 2005.

ANSIEDAD EN RELACION CON DEPRESION QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL H.G. Z. #8 DE URUAPAN, MICH.
EN AGOSTO DEL 2005

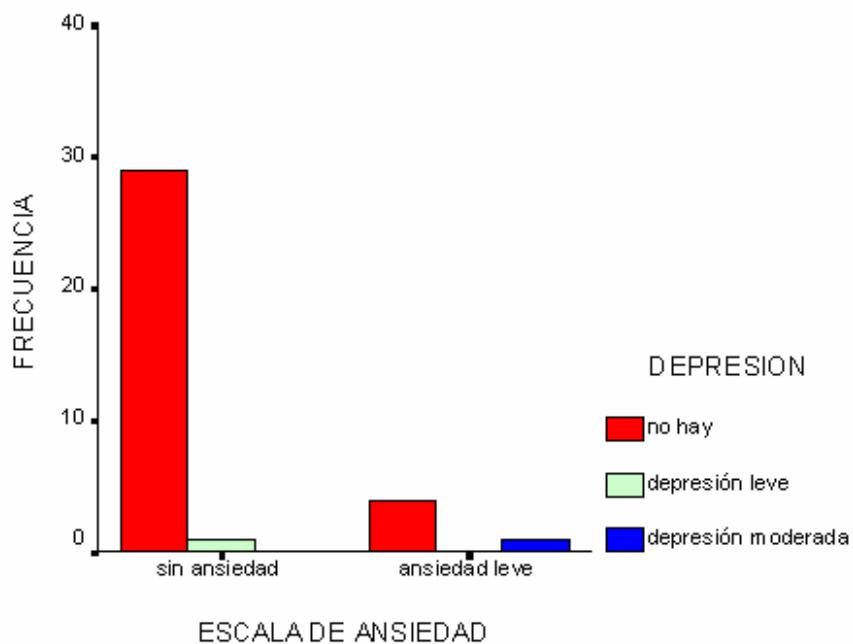


Grafico # 1
Fuente: cuadro 1

TABLA DE CONTINGENCIA POR DEPRESIÓN Y OBSESIÓN

ESCALA DE DEPRESIÓN		ESCALA DE OBSESIÓN			% del Total
		0-10 NO HAY SIGNO	11-20 MEDIA	21-30 NEUROSIS CARÁCTER	
no hay	N	9	22	2	33
	% En depresión	27.3%	66.7%	6.1%	100.0%
	% En obsesión	100.0%	95.7%	66.7%	94.3%
	% del total	25.7%	62.9%	5.7%	94.3%
depresión leve	N		1		1
	% En depresión		100.0%		100.0%
	% En obsesión		4.3%		2.9%
	% del total		2.9%		2.9%
depresión moderada	N			1	1
	% En depresión			100.0%	100.0%
	% En obsesión			33.3%	2.9%
	% del total			2.9%	2.9%
% del Total	N	9	23	3	35
	% En depresión	25.7%	65.7%	8.6%	100.0%
	% En obsesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	25.7%	65.7%	8.6%	100.0%

Cuadro # 2.Depresión en relación con obsesión que presenta el personal de enfermería del H.G.Z.
#. 8 de Uruapan Mich. en agosto del 2005.

DEPRESION EN RELACION CON OBSESION QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL H.G.Z. # 8 DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005.

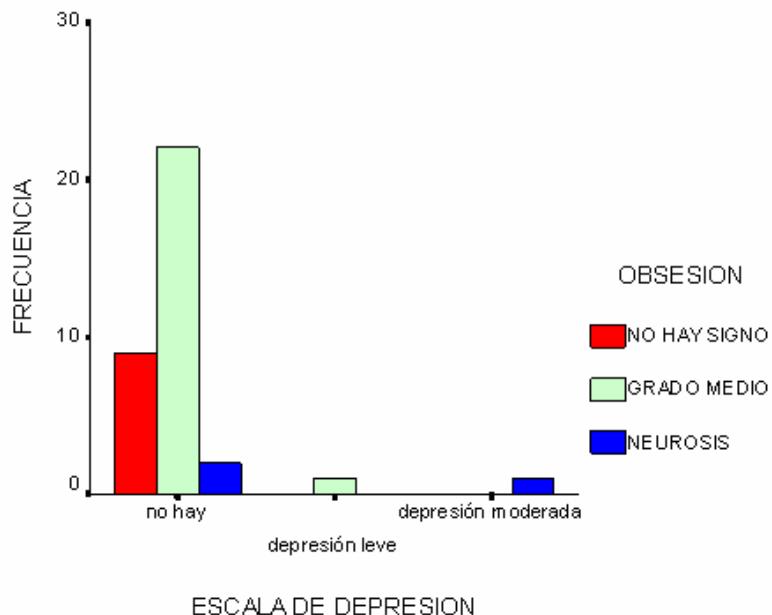


Grafico # 2
Fuente: Cuadro # 2

TABLA DE CONTINGENCIA POR ANSIEDAD Y OBSESIÓN

ESCALA DE ANSIEDAD		ESCALA DE OBSESIÓN			% del Total
		0-10 NO HAY SIGNO	11-20 MEDIA	21-30 NEUROSIS CARÁCTER	
sin ansiedad	N	9	20	1	30
	% en ansiedad	30.0%	66.7%	3.3%	100.0%
	% en obsesión	100.0%	87.0%	33.3%	85.7%
	% del total	25.7%	57.1%	2.9%	85.7%
ansiedad leve	N		3	2	5
	% en ansiedad		60.0%	40.0%	100.0%
	% en obsesión		13.0%	66.7%	14.3%
	% del total		8.6%	5.7%	14.3%
% del Total	N	9	23	3	35
	% en ansiedad	25.7%	65.7%	8.6%	100.0%
	% en obsesión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	25.7%	65.7%	8.6%	100.0%

Cuadro # 3. Ansiedad en relación con obsesión que presenta el personal de enfermería del H.G.Z.

#.8 de Uruapan, Mich. en el 2005.

ANSIEDAD EN RELACION A LA OBSESION QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL H.G.Z. # 8 DE URUAPAN, MICH EN AGOSTOTO DEL 2005.

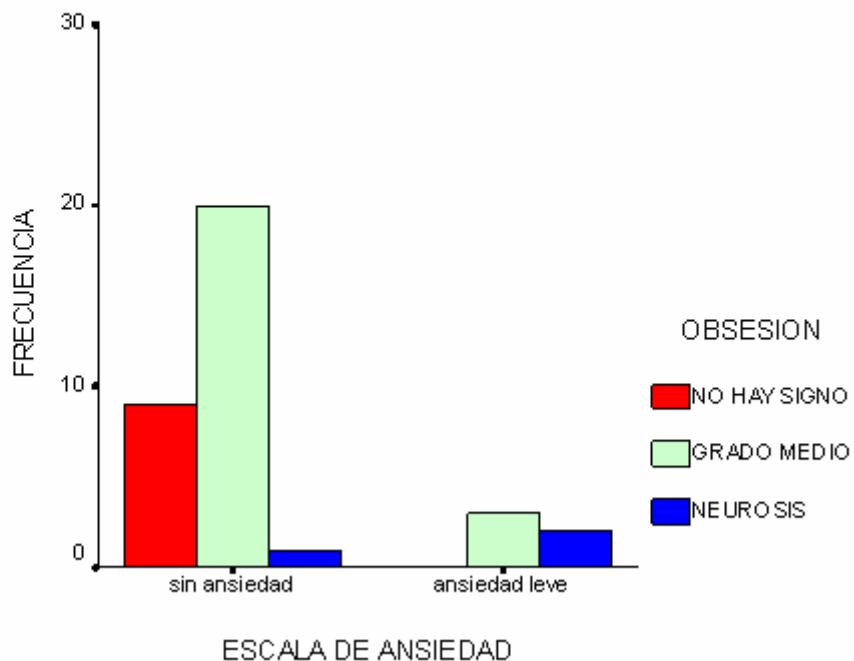


Grafico # 3
Fuente: Cuadro # 3

DISTRIBUCIÓN DE LA OBSESIVIDAD POR SERVICIO

SERVICIO	NIVELES DE OBSESIVIDAD		
	No hay signo	Media	Neurosis de carácter
PBR		1	1
		2.8%	2.8%
Toco/Cx		3	
		8.5%	
Gineco-obstetricia		3	1
		8.5%	2.8%
Urgencias	2	6	
	5.7%	17.1%	
Renales	2	2	
	5.7%	5.7%	
Medicina Interna	2	4	
	5.7%	11.4%	
Cuneros patológico/Pediatria	1		
	2.8%		
Observación	1	2	
	2.8%	5.7%	
CEYE	1		
	2.8%		
Mixto		2	1
		5.7%	2.8%
% del Total	9	23	3
	25.7%	65.7%	8.5%

Cuadro # 4: Distribución de la obsesividad por servicio en el H.G.Z. No.8 de Uruapan, Mich. en agosto del 2005.

**DISTRIBUCION DE LA OBSESION POR SERVICIO EN EL H.G.Z. # 8 DE
URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005**

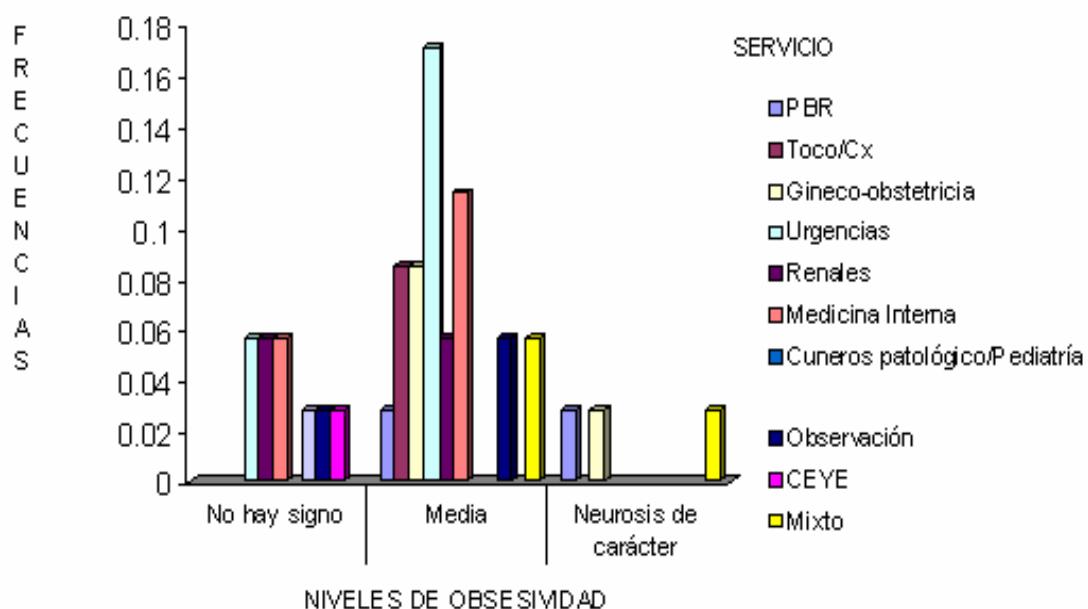


Grafico # 4
Fuente: Cuadro # 4

DISTRIBUCIÓN DE LA ANSIEDAD POR SERVICIO

SERVICIO	NIVELES DE ANSIEDAD		
	Sin ansiedad	Leve	Moderada
PBR		2	
		5.7%	
Toco/Cx	3		
	8.5%		
Guineco-Obstetricia	4		
	11.4%		
Urgencias	6	2	
	17.1%	5.7%	
Renales	4		
	11.4%		
Medicina Interna	6		
	17.1%		
Cuneros Patológico/Pediatria	1		
	2.8%		
Observación	3		
	8.5%		
CEYE	1		
	2.8%		
Mixto	2	1	
	5.7%	2.8%	
% del Total	30	5	
	85.30%	14.20%	

Cuadro # 5: Distribución de la ansiedad por servicio en el I H.G.Z. No. 8 de Uruapan, Mich. En agosto del 2005.

DISTRIBUCION DE LA ANSIEDAD POR SERVICIO EN EL H.G.Z. #8
DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005.

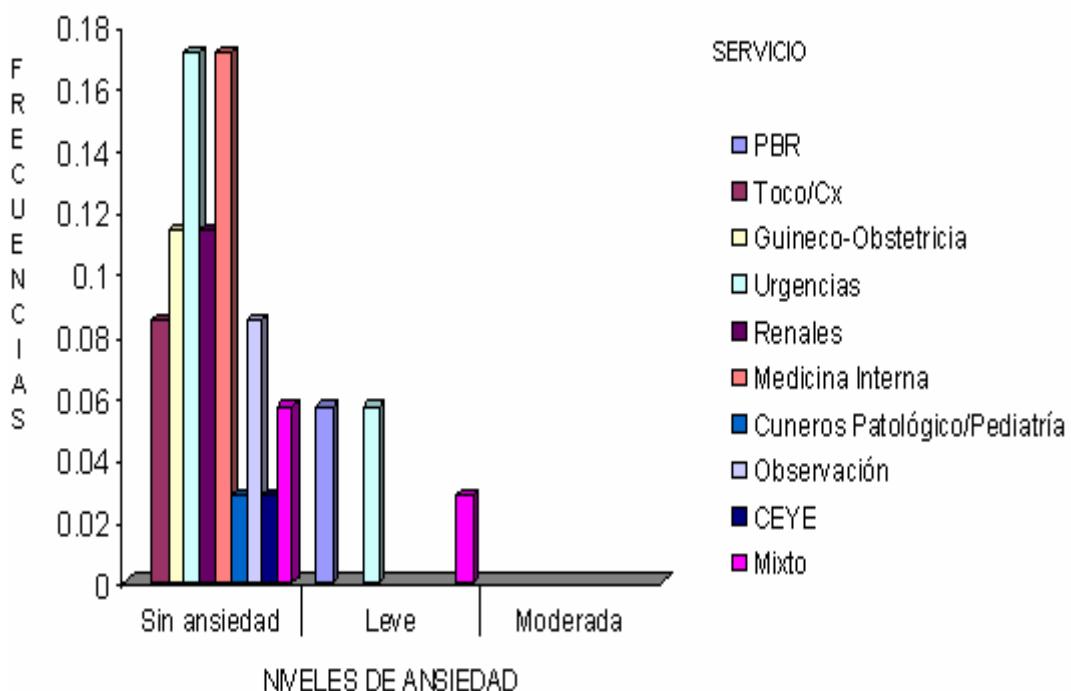


Grafico # 5
Fuente: Cuadro # 5

DISTRIBUCIÓN DE LA DEPRESIÓN POR SERVICIO

SERVICIO	NIVELES DE DEPRESIÓN		
	No hay	Moderada	Severa
PBR	1	1	
	2.8%	2.8%	
Toco/Cx	2	1	
	5.7%	2.8%	
Guineco-Obstetricia	4		
	11.4%		
Urgencias	8		
	22.8%		
Renales	4		
	11.4%		
Medicina Interna	6		
	17.1%		
Cuneros Patológico/Pediatria	1		
	2.8%		
Observación	3		
	8.5%		
CEYE	1		
	2.8%		
Mixto	3		
	8.5%		
% del Total	33	2	
	93.80%	5.60%	

Cuadro # 6. Distribución de la depresión por servicio en el H.G.Z. No.8 de Uruapan, Mich. En agosto del 2005.

DISTRIBUCION DE LA DEPRESION POR SERVICIO EN EL H.G.Z. #
8 DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005

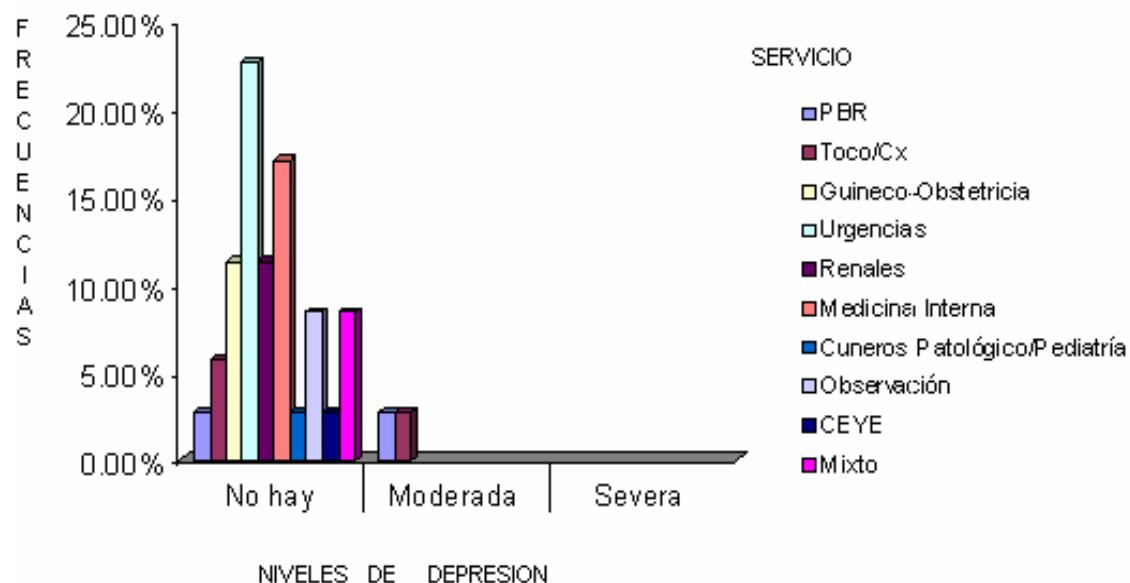


Grafico # 6
Fuente: Cuadro # 6

DISTRIBUCIÓN DE LA HISTERIA POR SERVICIO

SERVICIO	Niveles de Histeria	
	No existe	Si existe
PBR	2	
	5.7%	
Toco/Cx	3	
	8.5%	
Guineco-Obstetricia	4	
	11.4%	
Urgencias	8	
	22.8%	
Renales	4	
	11.4%	
Medicina Interna	6	
	17.1%	
Cuneros Patológico/Pediátrica	1	
	2.8%	
Observación	3	
	8.5%	
CEYE	1	
	2.8%	
Mixto	3	
	8.5%	
% del Total	35	
	100%	

Tabla # 7: Distribución de la histeria por servicio en el H.G.Z. No.8de Uruapan, Mich.
Agosto del 2005.

DISTRIBUCION DE LA HISTERIA POR SERVICIO EN EL
H.G.Z. # 8 DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005

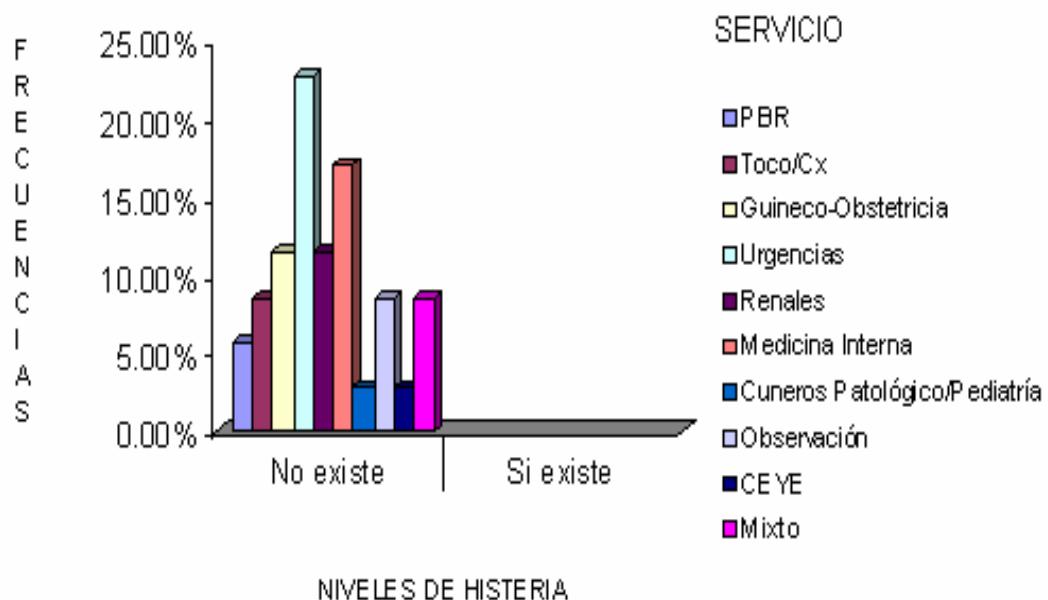


Grafico # 7
Fuente: Cuadro # 7

TABLA DE CONTINGENCIA DE LA CONDUCTA QUE HAN IDENTIFICADO LOS PACIENTES EN EL PERSONAL ENFERMERA POR SERVICIO.

Servicio	¿Que conducta ha identificado en su enfermera?							% del Total
	Enojo	Ansiedad	Indiferencia	Pasiva	Impaciencia	Ninguno	Otros	
PBR	0	0	0	2.78%	0	0	0	2.78%
Toco/Cx	0	0	0	2.78%	0	1.39%	0	4.17%
Observación	0	0	1.39%	1.39%	0	5.56%	5.56%	13.89%
Renales	0	0	0	4.17%	0	0	1.39%	5.56%
Gineco-Obstetricia	0	0	0	4.17%	0	6.94%	4.17%	15.28%
Medicina Interna	1.39%	1.39%	0	1.39%	0	8.33%	11.11%	23.61%
No se	1.39%	1.39%	2.78%	8.33%	1.39%	12.50%	6.94%	34.72%
% del Total	2.78%	2.78%	4.17%	25.01%	1.39%	34.72%	29.17%	100%

Cuadro # 8: Conducta que han identificado los pacientes en el personal de enfermería en relación al servicio en el H.G.Z. No.8, de Uruapan, Mich. en agosto del 2005.

CONDUCTA QUE HAN IDENTIFICADO LOS PACIENTES EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA POR SERVICIO EN EL H.G.Z. #8 DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005.

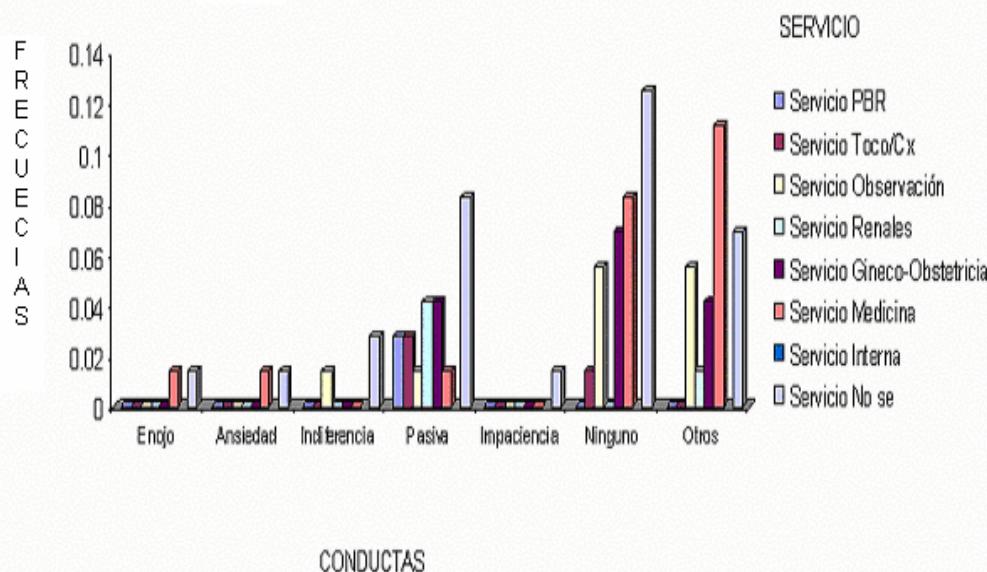


Grafico # 8
Fuente: Cuadro # 8

TABLA DE CONTINGENCIA DEL EFECTO QUE TIENE EL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMERA EN EL PACIENTE POR SERVICIO.

Servicio	¿El Comportamiento de su enfermera le produce?				% del Total
	Ansiedad	Miedo	Ninguno	Otros	
PBR	0	0	1.39%	1.39%	2.78%
Toco/Cx	1.39%	0	2.78%	0	4.17%
Observación	1.39%	0	9.72%	2.78%	13.89%
Renales	0	0	2.78%	2.78%	5.56%
Gineco/Obstetricia	1.39%	0	8.33%	5.56%	15.28%
Medicina Interna	0	1.39%	16.67%	5.56%	23.61%
No se	0	4.17%	26.39%	4.17%	34.72%
% del Total	4.17%	5.56%	68.06%	22.22%	100%

Cuadro # 9: Efecto que tiene el comportamiento del personal de enfermería en el paciente
En relación al servicio en el H.G.Z. No.8 de Uruapan, Mich. en agosto del 2005.

**EFFECTO QUE TIENE EL COMPORTAMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE EL PACIENTE EN
EL H.G.Z.# 8 DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005**

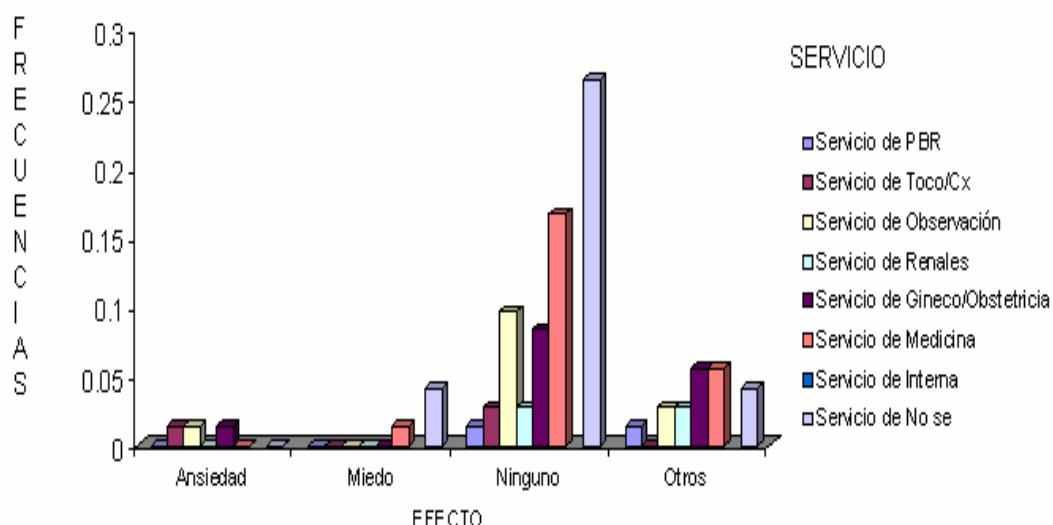


Grafico # 9
Fuente: Cuadro # 9

LA ENFERMERA PUEDE TRABAJAR COMO ANTES EN RELACION A LA ENSEÑANZA QUE DEBE PROPORCIONAR AL PACIENTE RESPECTO A LOS CUIDADOS DE SU ENFERMEDAD.

¿La enfermera puede trabajar más o menos como antes?	¿La enfermera enseña al paciente los cuidados que debe tener respecto a su enfermedad?		% del Total
	si	no	
Puedo trabajar más o menos como antes	N	28	32
	% de 0	87.5%	12.5%
	% de 5	93.3%	80.0%
	% del total	80.0%	11.4%
Me cuesta hacer un gran esfuerzo empezar a hacer algo	N	1	2
	% de 1	50.0%	50.0%
	% de 5	3.3%	20.0%
	% del total	2.9%	5.7%
Para hacer cualquier cosa tengo que esforzarme	N	1	1
	% de 2	100.0%	100.0%
	% de 5	3.3%	2.9%
	% del total	2.9%	2.9%
% del Total	N	30	35
	% de 0	85.7%	14.3%
	% de 5	100.0%	100.0%
	% del total	85.7%	14.3%

Cuadro # 10: La enfermera puede trabajar como antes en relación a la enseñanza Que debe proporcionar al paciente sobre los cuidados que debe tener respecto A su enfermedad, en el H.G.Z. # 8 de Uruapan, Mich. en agosto del 2005

- Donde:**
- 0= Puedo trabajar más o menos como antes
 - 1= Me cuesta hacer un gran esfuerzo empezar a hacer algo
 - 2= Para hacer cualquier cosa tengo que esforzarme
 - 5= La enfermera enseña al paciente los cuidados que debe tener con su enfermedad.

LA ENFERMERA PUEDE TRABAJAR COMO ANTES EN RELACION CON LA
ENSEÑANZA QUE DEBE PROPORCIONAR AL PACIENTE RESPECTO A
LOS CUIDADOS DE SU ENFERMEDAD EN EL H.G.Z. # 8 DE URUAPAN
MICH. EN AGOSTO DEL 2005.



Grafico # 10
Fuente: Cuadro # 10

LA ENFERMERA FIJA SU ATENCION EN LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES EN RELACION CON SU GRADO DE CANSANCIO

Grado de cansancio	¿La enfermera fija su atención en las necesidades de los pacientes?		% del Total
	si	no	
No me ciento más de lo común	N	27	30
	% de 0	90.0%	10.0%
	% de 5	84.4%	100.0%
	% del total	77.1%	8.6%
Me ciento más fácil que antes	N	5	5
	% de 1	100.0%	100.0%
	% de 5	15.6%	14.3%
	% del total	14.3%	14.3%
% del Total	N	32	35
	% de grado cansancio	91.4%	8.6%
	% de 5	100.0%	100.0%
	% del total	91.4%	8.6%

Cuadro # 11: La enfermera fija su atención en sus necesidades de los pacientes en relación a su grado de cansancio en el H.G.Z. No.8 de Uruapan, Mich. en el agosto del 2005.

Donde:
 0= No me ciento más de lo común
 1= Me ciento más fácil que antes
 5= ¿La enfermera fija su atención en las necesidades de los pacientes?

LA ENFERMERA FIJA SU ATENCION EN LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES EN RELACION CON SU GRADO DE CANSANCIO EN EL H.G.Z. # 8 DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005

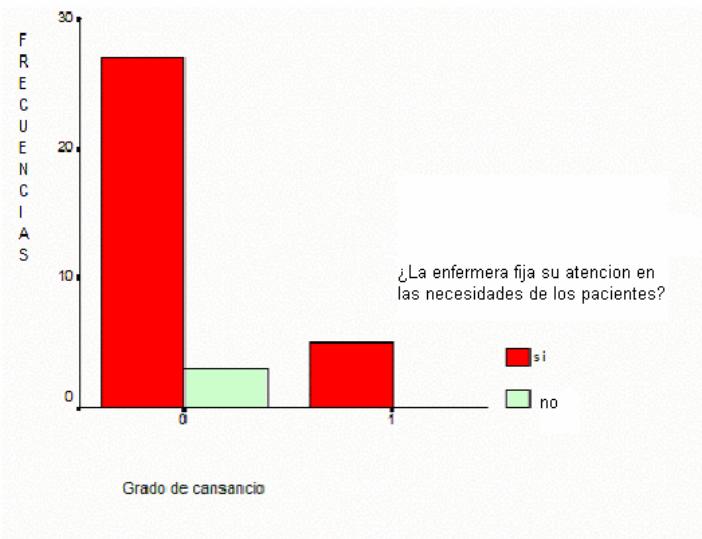


Grafico # 11
Fuente: Cuadro #11

LA ENFERMERA SE SIENTE UN POCO MOLESTA SI EL TRABAJO NO SE PUEDE REALIZAR EN UN TIEMPO PREVISTO O SEGÚN UN CIERTO ORDEN EN RELACIÓN A SI EXPLICA AL PACIENTE LOS CUIDADOS O ACTIVIDADES QUE LE VA HA REALIZAR

¿La enfermera siente un poco molesta si el trabajo no se puede realizar en el tiempo previsto o según un cierto orden?		¿La enfermera explica los cuidados o actividades que le va ha realizar al paciente?		% del Total
		no	si	
NO	N	19	19	
	% de O25		100.0%	100.0%
	% de P7		57.6%	54.3%
	% del Total		54.3%	54.3%
SI	N	2	14	16
	% de O25	12.5%	87.5%	100.0%
	% P7	100.0%	42.4%	45.7%
	% del Total	5.7%	40.0%	45.7%
% del Total	N	2	33	35
	% de O25	5.7%	94.3%	100.0%
	% de P7	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	5.7%	94.3%	100.0%

Cuadro # 12: La enfermera se siente un poco molesta si el trabajo no se puede realizar en un tiempo previsto o según un cierto orden en el H.G.Z. # 8 de Uruapan, Mich. en agosto del 2005.

Donde: O25= Se siente un poco si el trabajo no se puede realizar en el tiempo previsto o según un cierto orden.

P7= La enfermera le explica los cuidados o actividades que le va ha realizar.

LA ENFERMERA SE SIENTE UN POCO MOLESTA SI EL TRABAJO NO SE PUEDE REALIZAR EN UN TIEMPO PREVISTO O SEGUN UN CIERTO ORDEN EN RELACION A A SI EXPLICA AL PACIENTE LOS CUIDADOS O ACTIVIDADES QUE LE VA HA REALIZAR EN EL H.G.Z. # 8 DE URUAPAN, MICH. EN AGOSTO DEL 2005.

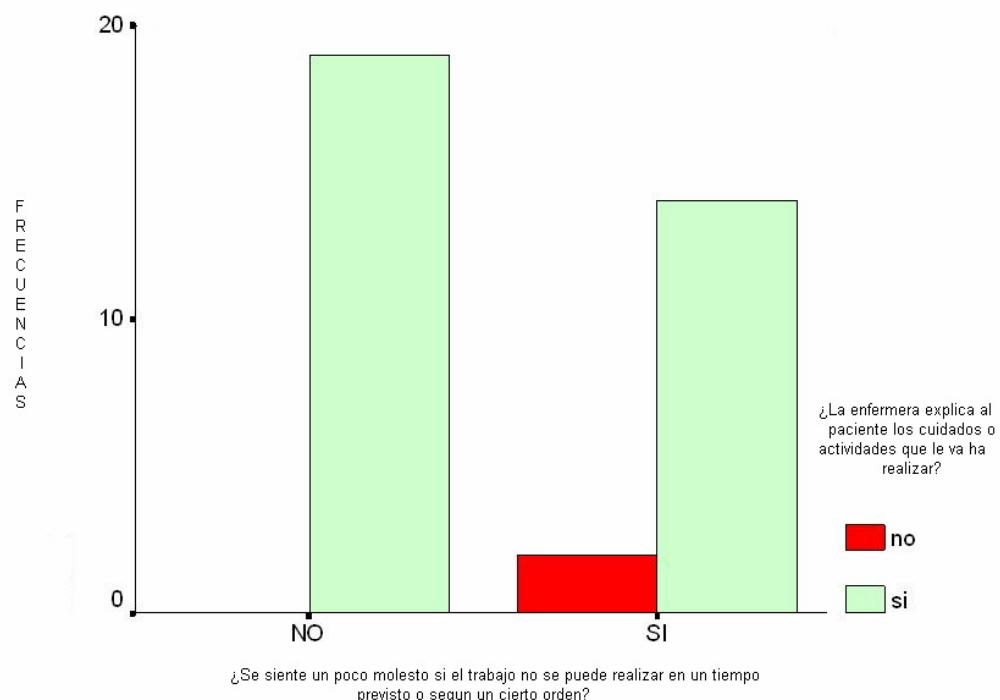


GRAFICO: # 12
FUENTE: Cuadro: #12

**LA ENFERMERA EXPLICA AL PACIENTE LOS CUIDADOS O ACTIVIDADES QUE LE VA HA REALIZAR
EN RELACIÓN A SI CUANDO TRABAJA ESTA MUY TENSA**

¿Cuando trabajo estoy muy tenso?		¿La enfermera le explica los cuidados o actividades que le va ha realizar?		% del Total
		no	si	
¿Cuando trabajo estoy muy tenso?	N	2	33	35
	% A5	5.7%	94.3%	100.0%
	% P7	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	5.7%	94.3%	100.0%
% del Total	N	2	33	35
	% A5	5.7%	94.3%	100.0%
	% P7	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	5.7%	94.3%	100.0%

Cuadro # 13: La enfermera explica al paciente los cuidados o actividades que le va ha realizar en relación a si cuando trabaja esta muy tensa en el H.G.Z. # 8 de Uruapan, Mich. en agosto del 2005.

LA ENFERMERA EXPLICA AL PACIENTE LOS CUIDADOS O
ACTIVIDADES QUE LE VA HA REALIZAR EN RELACION A SI CUANDO
TRABAJA ESTA MUY TENSA

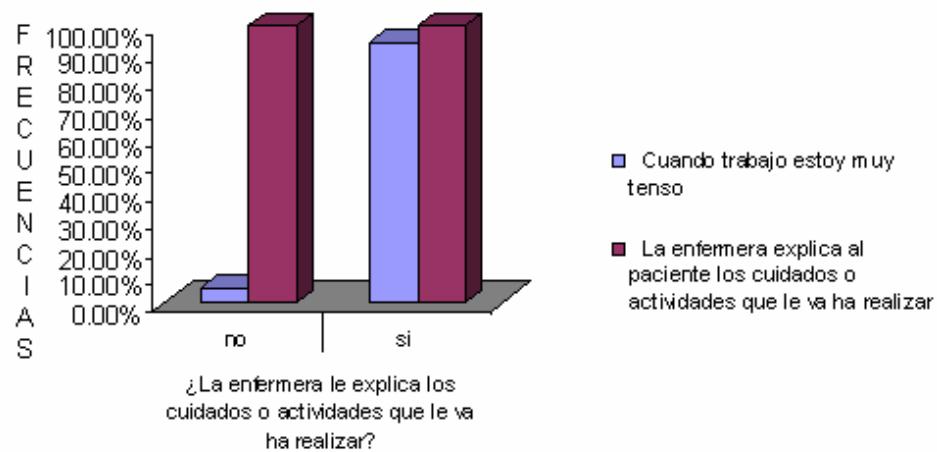


Grafico: #13
Fuente: Cuadro # 13

CUALES SON LAS CARACTERÍSTICAS DEL HUMOR DE LA ENFERMERA EN RELACIÓN A SI SE IRRITA MAS DE LO COMÚN

		¿Cuales son las características del humor de su enfermera?		% del Total
No me irrito más de lo común		Humor dañino y ridiculizante	Humor sano que produce risa entre las personas	
No me irrito más de lo común	N	1	26	27
	% de 0	3.7%	96.3%	100.0%
	% de P13	100.0%	76.5%	77.1%
	% del Total	2.9%	74.3%	77.1%
Me irrito más facil que antes	N		2	2
	% de 1		100.0%	100.0%
	% de P13		5.9%	5.7%
	% del Total		5.7%	5.7%
Ya no me irrito mas por las cosas que antes me molestaban	N		6	6
	% de 3		100.0%	100.0%
	% de P13		17.6%	17.1%
	% del Total		17.1%	17.1%
% del Total	N	1	34	35
	% de 0	2.9%	97.1%	100.0%
	% de P13	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	2.9%	97.1%	100.0%

Cuadro # 14. Cuales son las características del humor de la enfermera en relación a si se irrita más de lo coman en el H.G.Z. # 8 de Uruapan, Mich. EN agosto del 2005

Donde: 0= No me irrito más de lo común

1= Me irrito más facil que antes

3= Ya no me irrito mas por las cosas que antes me molestaban

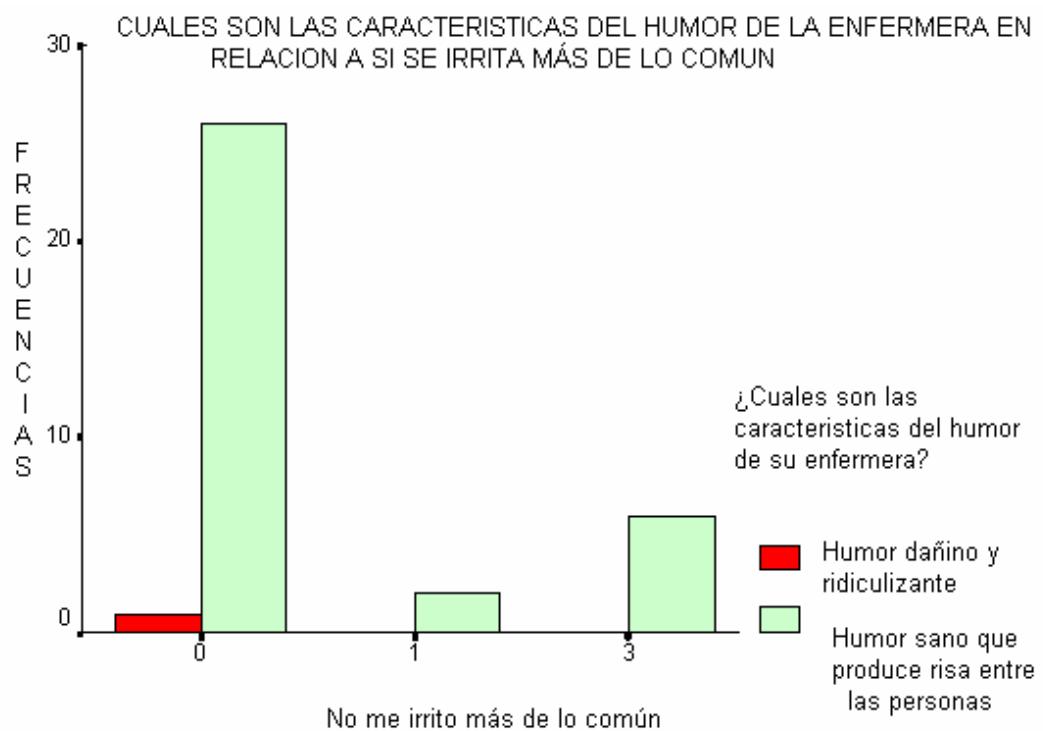


Grafico # 14
Fuente: Cuadro # 14

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.**INSTRUCCIONES:**

Continuación se le presenta un listado de preguntas de las cuales usted subrayará la que crea correcta.

La información obtenida será confidencial no se revelara y se protegerá la identidad del encuestado.

1. ¿Cuál es el servicio en el que se encuentra?

- 1) Puerperio de bajo riesgo 2) Toco-cirugía 3) Observación 4) Renales 5) Ginecología-Obstetricia 6) Medicina Interna y cirugía 7) No se

2. ¿La enfermera lo saluda en forma amable?

- 1) Si 2) No

3. ¿Se presenta con usted la enfermera?

- 1) Si 2) No

4. ¿Cuando la enfermera se dirige con usted lo hace por su nombre?

- 1) Si 2) No

5. ¿La enfermera usa técnicas de comunicación de manera que usted pueda entender y responder?

- 1) Si 2) No

6. ¿La enfermera respeta los secretos o comentarios que Ud. le hace?

- 1) Si 2) No

7. ¿La enfermera le explica los cuidados o actividades que le va a realizar?

- 1) Si 2) No

8. ¿La enfermera se interesa por que su estancia sea agradable?

- 1) Si 2) No

9. ¿La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y pudor?

- 1) Si 2) No

10. ¿La enfermera le hace sentir seguro al atenderle?

- 1) Si 2) No

11. ¿La enfermera le enseña a usted y a su familia de los cuidados que debe tener respecto a su enfermedad?

- 1) Si 2) No

12. ¿La enfermera respeta su valor cultural y visión religiosa?

- 1) Si 2) No

13. ¿Cuáles son las características del humor de su enfermera?

- 1) Humor dañino y ridiculizante
2) Humor sano que produce risa entre las personas

14. ¿La enfermera ha establecido una relación de confianza?

- 1) Si 2) No

15. ¿La enfermera crea oportunidades para que usted hable sobre sus pensamientos, sentimientos y conductas que lo afectan?

- 1) Si 2) No

16. ¿La enfermera lo trata con respeto?

- 1) Si 2) No

17. ¿Se siente satisfecho con el trató que le da su enfermera?

- 1) Si 2) No

18. ¿Por qué?

19. ¿Su enfermera usa conductas positivas un tono amistoso y una sonrisa?

- 1) Si 2) No

20. ¿La enfermera fija su atención en sus necesidades de usted?

- 1) Si 2) No

21. ¿El comportamiento de su enfermera le produce?

- 1) Ansiedad 2) miedo 3) enojo 4) estrés 5) ninguno 6) otras..... 22.

22. ¿Qué conducta ha identificado a su enfermera?

- 1) enojo 2) ansiedad 3) indiferencia 4) tristeza 5) es pasiva 6) impaciencia 7) ninguna

- 8) todos 9) otros

DATOS PERSONAL DEL LAS ENFERMERAS

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan un listado, lea cuidadosamente y subraye la que crea conveniente.

La información obtenida será confidencial y utilizada para un fin escolar.

1. ¿Cual es su edad?

- 1) 18-24 años 2) 26-34 años 3)35-45 años 4)46-60 años

2. ¿Cual es su sexo?

- 1) Femenino 2) Masculino

3. ¿Cual es el servicio donde se desempeña laboralmente?

- 1) P.B.R. 2) Toco-Cirugía 3) Gineco-Obstetricia 4) Urgencias 5) Renales
6) Medicina Interna y Cirugía 7) Cuneros patológico y pediatría 8) Observación

4. ¿Padece usted alguna enfermedad?

- 1) Si 2) No

5. ¿Cuál?.....

**"CUESTIONARIO DE LEYTON" PARA EVALUA LA OBSESIVIDAD DEL PSICOLOGO INGLES
JAMES COOPER.**

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y subraya si el contenido corresponde a su caso particular (SI, si es cierta) o (NO si es falsa).

1. ¿Piensa insistenteamente que alguna persona querida pueda ocurrirle una desgracia?
1) Si 2) No
2. ¿Tiene abecés el pensamiento de que podría hacer daño a si mismo o hacer daño a sus familiares?
1) Si 2) No
3. ¿Revisa a manudo si las llaves del gas o del agua están cerradas o si la luz está apagada?
1) Si 2) No
4. ¿Suele regresar para cerciorarse de que las puertas y ventanas estén cerradas?
1) SI 2) No
5. ¿Cree que determinada cosa ya no es buena si la usando o la a tocado ora persona?
1) Si 2) No
6. ¿Le molesta que la gente lo toque o lo roce?
1) Si 2) No
7. ¿Considera que hasta el menor contacto con las secreciones corporales (sudor, saliva, orina), es desagradable, peligroso, contagioso?
1) Si 2) No
8. ¿Le preocupa de que haya alfileres, agujas o cabellos sueltos?
1) Si 2) No
9. ¿Le preocupa que los objetos de casa puedan deteriorarse?
1) Si 2) No

10. ¿Se pone nervioso si en casa hay cuchillos u otros objetos peligros?

- 1) Si 2) No

11. ¿Se lava las manos minuciosamente?

- 1) Si 2) No

12. ¿Manda lavar o limpiar ropa que no este realmente sucia?

- 1) Si 2) No

13. ¿Cuida que la ropa que usa este siempre limpia y planchada?

- 1) Si 2) No

14. ¿Coloca sus enceres personales según un orden preciso?

- 1) Si 2) No

15. Al desvestirse ¿es muy cuidadoso para doblar y acomodar la ropa?

- 1) Si 2) No

16. ¿Es muy meticuloso para tener limpia y ordenada la casa?

- 1) Si 2) No

17. ¿Le molesta que una habitación este en desorden o no muy limpia aunque sea por poco tiempo?

- 1) Si 2) No

18. ¿Le gusta que los muebles y los accesorios siempre estén precisamente en el mismo lugar?

- 1) Si 2) No

19. ¿Siente la necesidad de quitar de inmediato cualquier partícula de polvo del piso o de los muebles?

- 1) Si 2) No

20. Permanece a menudo en casa para limpiarla u ordenarla aunque nadie se lo pida?
- 1) Si 2) No
21. ¿Limpia o lava las cosas muchas veces para cerciorarse de que no estén sucias?
- 1) Si 2) No
22. ¿Se apega a horarios o hábitos precisos aunque sea para hacer cosas de poca importancia?
- 1) Si 2) No
23. ¿Al vestirse, desvestirse o bañarse sigue siempre un cierto orden?
- 1) Si 2) No
24. ¿Tiene en ocasiones el impulso de hacer ciertas cosas innecesarias?
- 1) Si 2) No
25. ¿Se siente un poco molesto si el trabajo no se puede realizar en tiempo previsto o según un cierto orden?
- 1) Si 2) No
26. ¿Hace las cosas determinado numero de veces antes de quedar satisfecho?
- 1) Si 2) No
27. ¿Tiene que contar las cosas un cierto numero de veces para poder quedar satisfecho?
- 1) Si 2) No
28. ¿En ocasiones se atrasa en el trabajo por el hecho de tener que rehacer muchas veces una cosa?
- 1) Si 2) No
29. ¿Cuida mucho los detalles?
- 1) Si 2) No
30. ¿Pierde mucho el tempo en hacer las cosas mejor de lo que se necesita?

1) Si 2) No

31. ¿Se siente incomodo si alguna cosa no se ha hecho exactamente como quería?

1) Si 2) No

32. ¿Le cuesta trabajo decidir?

1) Si 2) No

33. ¿Piensa cada cosa una y otra vez antes de decidir lo que hay que hacer?

1) Si 2) No

34. ¿Se pregunta y duda acerca de las cosas que se hacen sin pensarlas?

1) Si 2) No

35. ¿Evita algunas cosas porque podrían alterarlo?

1) Si 2) No

36. ¿Le es difícil tirar las cosas?

1) Si 2) No

37. ¿Conserva muchas cajas, bolsas, periódicos, etc., por si llegaran a ser útiles?

1) Si 2) No

38. ¿En ocasiones llega tarde por que no tuvo tiempo de pensar las cosas suficientemente?

1) Si 2) No

39. ¿Antes de tomar de tomar un camión o acudir a una cita tiene que hacer planes precisos?

1) Si 2) No

40. ¿Se siente insatisfecho de lo que hace aunque haya puesto todo su cuidado?

1) Si 2) No

**"CUESTIONARIO DE ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA" IDEADO POR LA PSICOLOGA
ESTADOUNIDENSE JANET A. TAYLOR**

INSTRUCCIONES:

Conteste las siguientes preguntas (SI, si es cierto) (NO, si es falso)

1. Es difícil que me canse

- 1) Si 2) No

1. Sufro accesos de náuseas

- 1) Si 2) No

3. ¿No creo ser más nervioso que muchas otras personas?

- 1) Si 2) No

4. Muy rara vez me duele la cabeza.

- 1) Si 2) No

5. Cuando trabajo estoy muy tenso

- 1) Si 2) No

6. ¿No logro concentrar la mente en determinada cosa?

- 1) Si 2) No

7. El dinero y los negocios me dan preocupación

- 1) Si 2) No

8. A menudo, cuando trato de hacer algo, me tiemblan las manos:

- 1) Si 2) No

9. No me ruborizo más que las demás personas

- 1) Si 2) No

10. Una vez al mes, o con mayor frecuencia me da diarrea
1) Si 2) No
11. Me preocupo mucho por las posibles desgracia
1) Si 2) No
12. Prácticamente nunca me ruborizo
1) Si 2) No
13. A menudo temo ruborizarme
1) Si 2) No
14. Tengo pesadillas cada dos o tres noches
1) Si 2) No
15. Generalmente tengo calientes las manos y los pies
1) Si 2) No
16. Sudo muy fácilmente, aún cuando haga frío
1) Si 2) No
17. A veces, cuando estoy turbado, sudo en forma muy molesta
1) Si 2) No
18. Muy raras veces tengo palpitaciones o me falta la respiración
1) Si 2) No
19. Casi siempre tengo hambre
1) Si 2) No
20. Muy raras veces sufro de estreñimiento
1) Si 2) No
21. Sufro de muchas molestias estomacales
1) Si 2) No
22. He pasado por periodos en los que las preocupaciones me han quitado el sueño
1) Si 2) No

23. Mi sueño es irregular y está alterado

- 1) Si 2) No

24. A menudo sueño cosas que es preferible no contar a los demás

- 1) Si 2) No

25. Me desconcierto fácilmente

- 1) Si 2) No

26. Soy más sensible que los demás

- 1) Si 2) No

27. A menudo me doy cuenta de que algo me preocupa

- 1) Si 2) No

28. Quisiera ser tan tranquilo como parecen ser los demás

- 1) Si 2) No

29. Por lo general, soy una persona tranquila e imperturbable

- 1) Si 2) No

30. Lloro fácilmente

- 1) Si 2) No

31. Casi siempre siento ansiedad por algo o alguien

- 1) Si 2) No

32. Casi siempre me siento tranquilo

- 1) Si 2) No

33. Cuando tengo que esperar me pongo nervioso

- 1) Si 2) No

34. Paso periodos por tal inquietud que no puedo estar sentado mucho tempo

- 1) Si 2) No

35. A veces estoy tan agitado que no puedo conciliar el sueño

- 1) Si 2) No

36. En ocasiones me ha parecido que se me acumulan tantas dificultades

- 1) Si 2) No

37. Reconozco que a veces me he preocupado demasiado por cosas que no lo ameritaban

- 1) Si 2) No

38. Cuando estoy entre amigos tengo pocos temores

- 1) Si 2) No

39. He sentido miedo de cosas o de personas que en realidad no podían hacerme daño

- 1) Si 2) No

40. A veces me siento completamente inútil

- 1) Si 2) No

41. Me resulta difícil concentrarme en un trabajo

- 1) Si 2) No

42. Suelo estar demasiado pendiente de mí

- 1) Si 2) No

43. Soy una persona que tiende a tomar en serio las cosas

- 1) Si 2) No

44. Soy una persona muy tensa

- 1) Si 2) No

45. Casi siempre la vida me parece una carga

1) Si 2) No

46. A veces pienso que soy un rotundo fracaso

1) Si 2) No

47. No tengo ni la menor confianza en mi mismo

1) Si 2) No

48 A veces siento como si fuera a estallar

1) Si 2) No

49. Las dificultades me asustan

1) Si 2) No

50. Soy muy seguro de mí

1) Si 2) No

**“CUESTIONARIO PARA DETERMINAR EL GRADO DE DEPRESION” IDEADO POR EL
PSIQUIATRA AARON T. BECK.**

INSTRUCCIONES. De las opciones que continuación se le presentan escoja la que corresponda al estado de ánimo en que se encuentre al efectuar la prueba.

A 0. No me siento triste

1. Me siento triste
2. Siempre estoy triste y no logro remediarlo
3. Estoy tan triste o afligido que no puedo soportarlo

B 0. No soy especialmente pesimista

1. Me siento desanimado ante el futuro
2. Creo que no tengo nada que esperar
3. Me parece que el futuro esta perdido y no hay modo de remediarlo

C 0. No me siento fracasado

1. Me siento más fracasado que los demás
2. En mi vida solo veo fracasos
3. Me siento totalmente fracasado

D 0 Las cosas siguen dando me la misma satisfacción de siempre.

1. Las cosas ya no me satisfacen como antes
2. Nada me satisface verdaderamente

3. Estoy insatisfecho o cansado de todo

E. 0 No me siento especialmente culpable.

1. A menudo me siento culpable
2. Me siento culpable casi siempre
3. siempre me siento Culpable

F. 0.No tengo la sensación de ser castigado

1. Creo que podría ser castigado
2. Siento que voy a ser castigado
3. Me siento castigado

G 0.No me siento desilusionado de mi

1. Me siento desilusionado de mi mismo
2. Me siento disgustado de mi mismo
3. Me odio

H 0.No creo ser peor de los de más

1. Me critico por mi debilidad y por mis errores
2. Insisto en reprocharme mis faltas

3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

I. .0. No lloro más de lo común

1. Lloro más de una vez

2. Ahora siempre lloro

3. Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque desee.

L. 0.No tengo ideas suicidas

1. Pienso en suicidarme pero no lo are

2. Querría suicidarme

3. Si hallara la ocasión, me suicidaría

M. 0.No me irritó más de lo común

1. Me irritó más fácilmente que antes

2. Ahora siempre esto irritado

3. Ya no me irritó por las cosas que antes me molestaban

N. 0. No he perdido interés en los demás

1. Los demás no me interesan como antes

2. Casi he perdido el interés por los demás

3. He perdido el interés por los demás.

- O. 0.Tengo la misma facilidad de siempre para tomar decisiones
1. Tiendo a posponer las decisiones con más frecuencia que antes
 2. Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones
 3. Ya no puedo tomar decisiones

- P. 0.No creo ser más feo que antes
1. Me preocupa sentirme feo y poco atractivo
 2. Creo que mi aspecto sufre continuos cambios que me vuelven poco atractivo.
 3. Estoy convencido de ser feo

- Q. 0. Puedo trabajar más o menos como antes
1. Me cuesta hacer un gran esfuerzo empezar a hacer algo
 2. Para hacer cualquier cosa tengo que esforzarme
 3. No puedo ya trabajar

- R. 0. Duermo bien, como de costumbre.
1. No duermo también como antes
 2. Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me cuesta trabajo volver a dormirme
 3. Me despierto muchas horas antes de lo acostumbrado y no puedo dormir más

S. 0. No me canso más de lo común

1. Me canso más fácil que antes

2. Me canso por cualquier cosa

3. Estoy demasiado cansado para hacer algo

T. 0. No tengo menos apetito que de costumbre

1. No tengo el mismo apetito que antes

2. Ahora, tengo mucho menos apetito

3. Ya no tengo apetito.

U. 0. Últimamente no he perdido peso o muy poco

1. He perdido más de dos kilos

2. He perdido más de cuatro kilos

3. He perdido más de seis kilos

V. 0. No me preocupo más que antes por la salud

1. Me preocupo constantemente por malestares físicos: dolores, molestias estomacales, estreñimiento.

2. Estoy tan preocupado por los malestares físicos que me cuesta trabajo pensar en otra cosa.

3. Estoy tan preocupado por los malestares físicos que no pienso en nada más.

Z. 0. No ha cambiado mi interés por la sexualidad

1. Ya no me interesa tanto la sexualidad

2. La sexualidad me interesa poco
3. No me interesa la sexualidad

CUESTIONARIO PARA DETECTAR LA PRESENCIA DE HISTERIA

INTRUCCIONES: A continuación se le presentan una lista de preguntas conteste según sea su caso (Sí, si es verdadero o No si es falso).

1. ¿Le resulta entablar una conversación con extraños?

- 1) Si 2) No

2. ¿A menudo se lamenta de su propia timidez?

- 1) Si 2) No

3. ¿Alguna vez ha tenido crisis de mareo o desmayo?

- 1) Si 2) No

4. ¿Se impresiona cuando ve sangre?

- 1) Si 2) No

5. ¿Siente a menudo un súbito acaloramiento sin que para ello exista motivo?

- 1) Si 2) No

6. ¿Admira a las personas que saben hacer las cosas aunque estén en lo límite de lo legal?

- 1) Si 2) No

7. ¿Es capaz de concentrarse mucho tiempo en un trabajo?

- 1) Si 2) No

8. ¿Duerme bien y en forma restablecedora?

- 1) Si 2) No

9. Cuándo esta con amigos ¿logra hallar temas de conversación acordes con las circunstancias?

- 1) Si 2) No

10. ¿Tiene todavía buena vista?

- 1) Si 2) No

11. ¿Piensa que, al fin y al cabo, no hay que tomar todo enserio?

- 1) Si 2) No

12. ¿Tiene siempre buen apetito?

- 1) Si 2) No

13. ¿Se cansa con buena facilidad?

- 1) Si 2) No

14. ¿Le preocupa lo que los demás piensen de usted?

- 1) Si 2) No

15. ¿Logra controlar bien sus propias emociones?

- 1) Si 2) No

16. Cuando esta trabajando ¿se distrae con bastante facilidad?

- 1) Si 2) No

17. ¿Cree que pueda fiarse de todo mundo?

- 1) Si 2) No

18. ¿Le tiemblan las manos al hacer una cosa?

- 1) Si 2) No

19. Al leer el periódico ¿le gustan las noticias sensacionales?

- 1) Si 2) No

20. ¿Considera que usted es una persona intuitiva?

- 1) Si 2) No

21. Últimamente ¿se ha sentido casi siempre bien

- 1) Si 2) No

22. ¿Alguna vez ha sentido leves dolores del corazón

- 1) Si 2) No

23. ¿Le gusta estar a la moda, aunque sea pasajera?

- 1) Si 2) No

24. ¿Siente a menudo un nudo en la garganta?

- 1) Si 2) No

25. ¿Tiene a menudo, sacudidas o contracciones musculares?

- 1) Si 2) No

26. ¿Le gustaría ser un científico o un investigador?

- 1) Si 2) No

27. ¿Tiende a ver la vida en forma romántica o sentimental?

- 1) Si 2) No

28. ¿Tiene a menudo la sensación de que un círculo le oprime la cabeza?

- 1) Si 2) No

29. ¿Sufre de náuseas y vómitos con frecuencia?

- 1) Si 2) No

30. ¿Es usted impresionable?

1) Si 2) No

31. ¿Le gustan los cuadros pintados con colores muy vivos?

1) Si 2) No

32. Tiene momentos de nerviosismo que le impiden permanecer quieto?

1) Si 2) No

33. ¿Puede hacer amistad con personas que hacen cosas "no muy buenas"?

1) Si 2) No

34. ¿Se pregunta a veces porque una persona ha tenido con usted alguna gentileza especial?

1) Si 2) No

35. ¿En las discusiones ¿generalmente le resulta difícil convencer a los demás?

1) Si 2) No

36. ¿Considera que son muchos quienes exageran sus desventuras para ganarse la simpatía de los demás

1) Si 2) No

37. Después de haberse enfurecido ¿sifue molesto durante mucho tiempo?

1) Si 2) No

38. ¿Cuándo sufre contrariedades, cree que es mejor no hablar de ello con nadie?

1) Si 2) No

39. ¿Se siente débil a menudo?

1) Si 2) No

40. ¿Esta convencido de que goza de una buena salud?

1) Si 2) No

41. ¿A veces siente que tiene adolorida la cabeza?

- 1) Si 2) No

42. ¿En ocasiones siente que le falta la respiración?

- 1) Si 2) No

