
Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Unidad de posgrado

Programa de maestría en psicología con mención en psicología clínica



Tesis

Diseño de un programa cognitivo conductual para disminuir el nivel de ansiedad en las profesionales de enfermería del hospital naylamp, provincia de chichlayo, 2017

Para obtener el grado académico de maestra en Psicología con mención en Psicología clínica.

Investigador: Tepo Chapoñán Martha Donatila

Asesor: Dr. Jorge Castro Kikuchi

Fecha de sustentación : 22 de diciembre del 2025

Lambayeque - Perú

2023

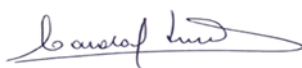
Diseño de un programa cognitivo conductual para disminuir el nivel de ansiedad en las profesionales de enfermería del hospital naylamp, provincia de chiclayo, 2017.

Para obtener el grado académico de maestra en psicología con mención en Psicología clínica.



M. Tepo Ch. Dr.

Tepo Chaponán Martha Donatila
Investigador



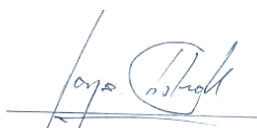
Mg. Carola Amparo Smith Maguiña
Presidente



Mg. Percy Morante Gamarra
Secretario



MgSc.Jua Carlos Granados Barreto
Vocal



Dr. Jorge Castro Kikuchi
Asesor



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

N°1001-2025

Siendo las 19.15 horas, del día 22 de diciembre de 2025, mediante la modalidad online a través de la plataforma Google Meet, en el siguiente enlace: <https://meet.google.com/ohw-pbiy-wqs>, por mandato de la **Resolución N°4432-2025-D-FACHSE** de fecha 17 de diciembre de 2025, que autoriza la sustentación, se reunieron los miembros del Jurado designado según **Resolución N°955-2019-UP-D-FACHSE** de fecha 15 de marzo de 2019 y su modificatoria mediante **Resolución N°2618-2023-V-D-FACHSE**, de fecha de 15 de diciembre de 2023; Jurado integrado por los siguientes miembros:

Presidente (a) : Dra. Carola Amparo Smith Maguiña.
Secretario (a) : Dr. Percy Carlos Morante Gamarra.
Vocal : Mg. Juan Carlos Granados Barreto.
Asesor(es) : Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi.



Con la finalidad de evaluar la(el) Tesis titulada(o): **“DISEÑO DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NAYLAMP, PROVINCIA DE CHICLAYO, 2017”**; Presentada por **MARTHA DONATILA TEPO CHAPOÑAN**, para obtener el Grado Académico de Maestra en Psicología con mención en **PSICOLOGÍA CLÍNICA**.

Leída la resolución de autorización, se inicia el acto sustentación, al término del cual y de conformidad con el Reglamento General de Investigación de la UNPRG (Res. N° 184-2023-CU de fecha 24 de abril de 2023) y el Reglamento de Grados y Títulos de la UNPRG (Res. N° 267-2023-CU de fecha 20 de junio de 2023), los miembros del jurado realizaron la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al/los sustentante(s), quien(es) respondió(eron) las interrogantes planteadas.

Dada la deliberación correspondiente por parte del jurado, se sucedió la valoración, **obteniendo el calificativo de 16 en la escala vigesimal, que equivale a la mención de Bueno** .

Siendo las 20.30 horas del mismo día, se dio por concluido el acto académico, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

Dra. Carola Amparo Smith Maguiña

PRESIDENTE (A)

Dr. Percy Carlos Morante Gamarra

SECRETARIO (A)

Mg. Juan Carlo Granados Barreto

VOCAL

DISEÑO DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NAYLAMP, PROVINCIA DE CHICLAYO, 2017

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	vsip.info Fuente de Internet	4%
2	recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet	3%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unprg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	docplayer.es Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%
8	Submitted to Universidad San Ignacio de Loyola Trabajo del estudiante	1%
9	biblio3.url.edu.gt Fuente de Internet	<1%
10	Submitted to Universidad Politécnica del Perú Trabajo del estudiante	<1%


 Dr. Jorge Isaac Castro Echeverri
 DNI: 34431781
 Chiclayo - Perú

11	repository.uniminuto.edu Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.autonmadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
14	www.lareferencia.info Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	files.core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %

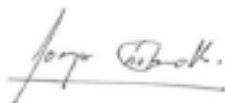
Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi
DNI: 16453781
Docente Asesor



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Tepo Chapoñán Martha Donatila
Título del ejercicio:	Trabajo de Investigación
Título de la entrega:	DISEÑO DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA
Nombre del archivo:	D... INFORME_DE_TESIS_2.docx
Tamaño del archivo:	652.88K
Total páginas:	79
Total de palabras:	17,476
Total de caracteres:	95,944
Fecha de entrega:	29-ene-2026 08:02p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega:	2391786952



Dr. Jorge Isaac Castro Kikuchi
DNI: 16453781
Docente Asesor

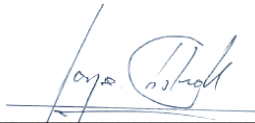
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Tepo Chapoñán Martha Donatila, investigador principal, y Dr. Jorge Castro Kikuchi, asesor del trabajo de investigación “DISEÑO DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL NAYLAMP, PROVINCIA DE CHICLAYO, 2017”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.



M. ~~Tepo~~ Dr.

Tepo Chapoñán Martha Donatila
Investigador principal



Jorge Castro Kikuchi

Dr. Jorge Castro Kikuchi
Asesor

DEDICATORIA

A mi hermosa familia.

AGRADECIMIENTO

Agradezco también a todos los que hicieron posible el resultado de esta
Investigación.

ÍNDICE

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I. DISEÑO TEÓRICO.....	16
1.1 ESTADO DEL ARTE	16
1.2 ANTECEDENTES	18
1.3 BASES TEÓRICAS.....	20
1.3.1 LA ANSIEDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA	20
1.3.1.1 MECANISMOS DE REGULACIÓN DE LA ANSIEDAD	21
1.3.1.2 ESTRATEGIAS DE DEFENSA ANTE LA ANSIEDAD.....	21
1.3.2 LA TEORÍA COGNITIVA APLICADA AL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD	21
1.3.2.1 La ansiedad en el desempeño y contexto laboral	22
1.3.2.2 El impacto de los sesgos cognitivos en las relaciones personales.....	22
1.3.3 TEORIA COGNITIVO - CONDUCTUAL:	23
1.3.3.1 FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN	
EL MANEJO DE LA ANSIEDAD:	23

1.3.3.2 Patrones de respuesta aprendidos en las relaciones interpersonales	23
1.3.4 Programa Cognitivo conductual	38
1.4 BASES CONCEPTUALES	41
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLOGICO	43
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	47
3.1 RESULTADOS.....	47
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO V: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL	54
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA	72
ANEXOS	75

RESUMEN

La investigación presente denominada “Diseño de un programa cognitivo conductual para disminuir el nivel de ansiedad en las profesionales de enfermería del Hospital Naylamp, provincia de Chiclayo, 2017”, se planteó en base a la problemática existente en torno a los problemas de ansiedad de las enfermeras del hospital mencionado, por distintos factores laborales y personales. En torno a la problemática planteada, el propósito fue diseñar un programa cognitivo conductual para reducir el nivel de ansiedad de las enfermeras del Hospital Naylamp de Chiclayo. Para dar respuesta al objetivo, se siguió una metodología cuantitativa con diseño no experimental descriptivo propositivo. Se aplicó de igual forma instrumentos de investigación a las enfermeras mencionadas. Según los resultados, en conclusión, se evidenció que las enfermeras, realmente presentaban niveles moderados de ansiedad, y que, a su vez, el diseñar un programa cognitivo conductual, sería el inicio para tratar estos problemas.

Palabras claves: Programa cognitivo conductual, ansiedad, enfermería.

ABSTRACT

The present research called “Design of a cognitive behavioral program to reduce the level of anxiety in nursing professionals at the Naylamp Hospital, province of Chiclayo, 2017”, was proposed based on the existing problems surrounding the anxiety problems of the nurses from the aforementioned hospital, due to different work and personal factors. Regarding the problem raised, the general objective was to design a cognitive behavioral program to reduce the level of anxiety of the nurses at the Naylamp Hospital in Chiclayo. To respond to the objective, a quantitative methodology with a purposeful descriptive non-experimental design was followed. Research instruments were also applied to the aforementioned nurses. According to the results, in conclusion it was evident that the nurses really presented moderate levels of anxiety, and that in turn, designing a cognitive behavioral program would be the beginning to treat these problems.

Keywords: Cognitive behavioral program, anxiety, nursing.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una respuesta emocional incómoda que varía de una persona a otra dependiendo del estímulo que la desencadene. Por lo general, viene acompañada de sensaciones como miedo, nerviosismo e intranquilidad, así como de ciertos cambios tanto físicos como conductuales. Esta reacción se activa cuando una persona percibe una amenaza en su entorno. Puede manifestarse de dos maneras: como un estado emocional pasajero o como un rasgo más estable de la personalidad. En el primer caso, la ansiedad aparece de forma temporal ante una situación específica, mientras que, en el segundo, se mantiene de forma más constante, formando parte del modo en que la persona enfrenta su realidad.

Hoy en día, mejorar la calidad de vida laboral es clave para el desarrollo de las organizaciones, especialmente en el caso del personal de enfermería, ya que su trabajo implica altos niveles de exigencia y exposición a riesgos. Esto puede afectar su salud mental, generando problemas como estrés, ansiedad y depresión. (OMS, 2023)

Los profesionales de enfermería representan la mayor parte del personal en los sistemas de salud a nivel mundial y están especialmente expuestos a sufrir ansiedad. Su labor exige un gran desgaste en varios aspectos, especialmente en lo físico, ya que es un trabajo demandante que puede generar altos niveles de ansiedad, provocando con el tiempo dolores y molestias frecuentes.

Emocionalmente, el trabajo de enfermería impacta por el constante contacto con el dolor y el sufrimiento. Además, las condiciones laborales, como la falta de recursos, el escaso apoyo y los cambios constantes, aumentan el desgaste que ya implica una labor tan demandante.

En países de América Latina como Brasil y Argentina, es común que muchos profesionales muestren signos de ansiedad, los cuales pueden reflejarse en su comportamiento, emociones e incluso en su estado físico. Todo esto afecta directamente el desempeño laboral. Estudios previos muestran que la ansiedad tiene un impacto negativo a nivel personal, familiar, social y laboral, generando insatisfacción, baja productividad, ausentismo, rotación de personal y

un mal clima laboral, lo que a su vez eleva los costos humanos, económicos y de eficiencia en las organizaciones. (Sum, 2015)

Cuando una persona se siente nerviosa, tensa o irritable sin una razón clara, podría estar enfrentando un trastorno de ansiedad. Este tipo de trastornos se clasifican en varias categorías, siendo las principales: ansiedad generalizada, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo y ataques de pánico. Estos trastornos podrían afectar seriamente la vida de quien los padece, impactando su salud física, mental y emocional, además de deteriorar sus relaciones personales, familiares y laborales. Esto se nota especialmente en empresas enfocadas en resultados económicos, donde la presión y la exigencia son mucho mayores. (Quispe, 2011)

En niveles moderados, la ansiedad es una reacción normal e incluso útil, ya que ayuda a la persona a responder y adaptarse a su entorno. Sin embargo, cuando se vuelve excesiva, puede convertirse en un riesgo para la salud y obstaculizar el bienestar y desarrollo personal. Tener altos niveles de ansiedad impide que un trabajador rinda adecuadamente, lo que afecta su productividad. Esta situación no solo impacta su desempeño laboral, sino también su vida personal y familiar.

En torno a la problemática de las enfermeras del Hospital Naylamp, se han podido identificar los siguientes datos:

Las enfermeras enfrentan mucha presión en su trabajo, lo que les provoca agotamiento tanto físico como emocional, afectando negativamente su desempeño laboral. Es importante mencionar que la ansiedad que sufren las enfermeras también puede afectar diversos aspectos de su salud. Esto incluye factores físicos como el hambre, enfermedades o el clima; factores psicológicos como el estado civil, sentimientos de envidia, pérdidas o cambios constantes en el entorno; y factores biológicos como la mala alimentación, hábitos poco saludables o incluso el consumo moderado de sustancias como café o bebidas gaseosas. Cada persona reacciona de manera diferente según su personalidad.

En base a lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta, como problema de estudio: ¿Cómo diseñar un programa cognitivo conductual para reducir el nivel de ansiedad en las enfermeras del Hospital Naylamp, 2017?

Y para dar respuesta a la interrogante, se plantea el siguiente objetivo general: Diseñar un programa cognitivo conductual para reducir el nivel de ansiedad en las enfermeras del Hospital Naylamp, 2017.

Y los siguientes objetivos específicos: Diagnosticar el nivel de ansiedad en las enfermeras del Hospital Naylamp, 2017. Sustentar con bases teóricas las variables del estudio es esencial para construir el modelo teórico que dará respaldo y estructura a la propuesta. Identificar y definir las características. del programa cognitivo conductual para reducir el nivel de ansiedad en las enfermeras del Hospital Naylamp, 2017.

Por último, la justificación sustantiva de esta investigación está orientada a superar la problemática indicada con el valioso aporte de la teoría. De acuerdo con Monje (2011), la justificación y relevancia de una investigación se basa en tres aspectos clave: el práctico, relacionado con la solución de problemas reales; el teórico, enfocado en el aporte al conocimiento académico; y el metodológico, que considera los procedimientos utilizados en el estudio.

- ✓ **Justificación práctica – social:** Esta investigación es realizada porque existe la imperiosa necesidad de reducir el nivel de ansiedad de las enfermeras de Hospital Naylamp.
- ✓ **Justificación metodológica:** Las técnicas, procesos, métodos y herramientas utilizados en el estudio, una vez que se compruebe su validez y confiabilidad, podrán ser aplicados en futuras investigaciones tanto académicas como científicas.
- ✓ **Justificación teórica:** El resultado de esta investigación podrá sistematizarse para después ser asociada a diversos campos paralelos a la práctica de la psicología.

La investigación presenta las siguientes consideraciones: el **Capítulo 1 Diseño teórico** presentamos el estado del arte, los antecedentes de estudio, bases teóricas, bases conceptuales; en el **Capítulo 2 Diseño metodológico** encontramos los métodos y materiales usados en la investigación, se formula los procedimientos y diseño de la investigación, proporcionaremos la población y la muestra. En el **Capítulo 3 Resultados**, se presenta los resultados de la investigación. En el **Capítulo 4 Análisis de los resultados**, en el **Capítulo 5** se presenta la propuesta del programa de intervención cognitivo-conductual, por último presentamos nuestras conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

CAPÍTULO I. DISEÑO TEÓRICO

1.1 ESTADO DEL ARTE

El estado del arte respecto al diseño de programas de intervención para la gestión de la ansiedad clínica bajo el modelo cognitivo-conductual representa un campo de estudio dinámico y esencial en la salud mental contemporánea. A continuación, se presenta una revisión detallada de los componentes teóricos y empíricos que fundamentan la investigación actual:

1.1.1 El Modelo Cognitivo-Conductual y su Eficacia Clínica

Definición y marco conceptual: La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), fundamentada por Beck (2026), se define como un sistema de intervención que busca la reestructuración de pensamientos distorsionados y la modificación de conductas desadaptativas. En el tratamiento de la ansiedad, su objetivo es dotar al individuo de herramientas de autocontrol que permitan regular su estado de ánimo de manera autónoma.

Vigencia en la población adulta: Investigaciones recientes sugieren que la TCC es el enfoque con mayor evidencia científica para reducir la sintomatología ansiosa, logrando cambios significativos en la percepción de bienestar y funcionalidad de las personas en su vida diaria (Clark y Beck, 2010).

1.1.2 Impacto de la Ansiedad en el Desempeño y la Vida Cotidiana

Características y manifestaciones: La ansiedad clínica no solo afecta la salud emocional, sino que se manifiesta en dificultades de concentración, fatiga y un estado de alerta constante. Estos síntomas interfieren directamente con la calidad del trabajo y la capacidad de la persona para afrontar retos habituales sin experimentar un desgaste excesivo (Sanz y Vázquez, 2024).

Consecuencias en la salud integral: La persistencia de altos niveles de ansiedad, según estudios de Meichenbaum (2025), correlaciona positivamente con el desarrollo de trastornos psicosomáticos y una disminución en la satisfacción vital, evidenciando la necesidad de intervenciones estructuradas.

1.1.3 Interrelación entre el Manejo Emocional y las Formas de Relacionarse

Diversas investigaciones postulan que los niveles elevados de ansiedad alteran significativamente las formas de relacionarse del individuo. La tendencia a la interpretación catastrófica de las señales sociales suele generar conductas de aislamiento o dependencia, afectando los vínculos familiares y profesionales (Ellis, 2024).

La teoría sugiere que, al disminuir la ansiedad mediante un programa de entrenamiento, la persona recupera habilidades sociales asertivas, mejorando la convivencia y el apoyo social percibido en su entorno inmediato.

1.1.4 Programas de Intervención y Diseños Experimentales

Los programas basados en técnicas de inoculación de estrés y reestructuración cognitiva han demostrado ser altamente efectivos para reducir la ansiedad en contextos laborales de alta demanda en el Perú (Torres, 2024).

Sin embargo, se identifica que aún existe una brecha en la aplicación de estos programas de forma sistemática en instituciones de provincias como Chiclayo, donde la mayoría de las acciones son preventivas mas no terapéuticas o de diseño estructural profundo.

1.1.5 Contexto Actual y Desafíos en Salud Mental

- La realidad post-globalización y las nuevas dinámicas laborales de 2026 han incrementado los factores de riesgo para la ansiedad, haciendo indispensable que las instituciones adopten programas de salud mental basados en evidencia dentro de sus políticas de bienestar humano (Ministerio de Salud, 2025).

-
- Factores como el entorno social, la estabilidad económica y la cultura organizacional influyen directamente en la efectividad de estos programas, planteando el desafío de adaptar la teoría a la realidad local del Hospital Naylamp.

1.2 ANTECEDENTES

Concha et al. (2020) en su investigación denominada “Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19 Cusco Perú”, el propósito del estudio fue analizar la relación entre los estilos de afrontamiento y niveles de estrés, depresión y ansiedad en el personal de enfermería que atendió a pacientes con COVID-19 durante la emergencia sanitaria en Cusco, Perú en el año 2020. Se trató de un estudio correlacional y transversal, con un diseño por cuotas. Los resultados fueron presentados durante la “Maratón Científica de Enfermería” el 19 de agosto. Se recopilaron 91 respuestas a través de una encuesta por línea. Las variables dependientes fueron el estrés, la ansiedad, la depresión, mientras que la variable independiente fue el estilo de afrontamiento. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la UAC bajo el informe 004-CIEI-UAC. Se halló una prevalencia de depresión del 30,8%, ansiedad del 41,8% y estrés del 34,1%. Se identificaron correlaciones reveladoras entre el bloqueo del afrontamiento y los estilos de afrontamiento cognitivo, con valores entre -0.25 y -0.35, y tamaños del efecto grandes (0.50). Además, se observó que el afrontamiento social podría ser positivo al fortalecer los lazos familiares del personal de salud, mientras que el uso del afrontamiento por evitación podría traer consecuencias negativas a futuro.

Pereyra (2021), en su investigación denominada “Ansiedad y la aplicación de medidas de bioseguridad en enfermeros de un Hospital Covid-19 Lima, 2021”, El estudio presento como propósito analizar el vínculo entre la bioseguridad y la ansiedad. Fue una investigación básica, diseño no experimental de tipo transversal y con enfoque cuantitativo. Se trabajó con

una muestra no probabilística de 70 enfermeras. Se utilizó la encuesta como técnica y un cuestionario validado por expertos, con alta confiabilidad: 0.890 para ansiedad y 0.885 para bioseguridad, respectivamente según alfa de Cronbach). Obtuvo como resultados: El 37,1% de los encuestados presentó ansiedad en nivel severo, mientras que el 95,7% percibió la bioseguridad como buena. Se halló un vínculo positivo y alto entre la bioseguridad y la ansiedad (ρ de Spearman = 0,618), así como entre las dimensiones de la ansiedad y la implementación de medidas de bioseguridad. En conclusión, se confirmó que hay una relación entre ambos factores.

Cárdenas et al. (2022), en su investigación denominada “Ansiedad y satisfacción laboral en el personal de enfermería de la clínica San Judas Tadeo – Lima, 2020”, El objetivo del estudio fue analizar el vínculo la satisfacción laboral del personal de la Clínica San Judas Tadeo en Lima y la ansiedad durante el 2020. El estudio es de tipo básico con un diseño no experimental, descriptivo y correlacional. La muestra incluyó a 30 trabajadores, a quienes se les aplicaron dos cuestionarios, uno de ellos fue la Escala de Ansiedad de Zung, compuesta por 20 preguntas. También se aplicó el Cuestionario de Satisfacción Laboral de Montoya, modificado por Neira y Salinas. Los resultados mostraron que el 47% presentó ansiedad dentro del rango normal y un 47% tuvo alta satisfacción laboral. Se concluyó que existe una relación significativa entre ambos factores ($p=0.000$) en el personal de la Clínica San Judas Tadeo en Lima, 2020.

Patiño et al. (2021), en su investigación denominada “Niveles de ansiedad y depresión en enfermeros que atienden la emergencia por COVID 19 en La ciudad De Medellín en el Año 2021”, El estudio tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad y depresión en enfermeros que atendieron la emergencia por COVID-19 en una clínica privada de Medellín durante 2021. Surgió ante la necesidad de abordar esta problemática, ya que la pandemia provocó importantes cambios en la vida diaria, afectando especialmente al personal de salud, que debió enfrentar una crisis sanitaria sin estar preparado para una situación de tal magnitud. La investigación, de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo, se realizó con una

muestra de 24 enfermeros. Se aplicaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) para medir los niveles de ansiedad y depresión. Los resultados mostraron que el 54% presentó ansiedad mínima, el 29% leve, el 4% moderada y el 13% ansiedad grave. En cuanto a la depresión, los resultados mostraron que el 65% de los participantes tenía niveles mínimos, el 13% presentaba depresión leve y el 22% moderada, sin registrarse casos de depresión grave.

1.3 BASES TEÓRICAS

1.3.1 LA ANSIEDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

La teoría psicoanalítica, consolidada por Sigmund Freud y expandida por autores contemporáneos, plantea que el individuo es un sujeto en constante conflicto entre sus demandas internas y las exigencias del entorno. Esto significa que el estado de ánimo y el comportamiento son el resultado de un equilibrio dinámico entre deseos inconscientes, normas sociales internalizadas y la realidad objetiva (Freud, 2019). Desde esta perspectiva teórica, se sugiere que la ansiedad no es una respuesta externa aislada, sino un afecto que emerge de la interacción bidireccional entre la estructura psíquica del sujeto y las presiones de su vida cotidiana, como el trabajo y los vínculos sociales. Este enfoque metapsicológico reconoce que la estabilidad emocional surge de la capacidad del Yo para mediar entre las pulsiones biológicas y los imperativos morales del Superyó (Laplanche y Pontalis, 2023).

Según Freud (2019) dividió la psique en tres instancias que interactúan entre sí:

- El Ello: La parte instintiva y primitiva que busca la gratificación inmediata de los deseos (principio del placer).
- El Yo: La parte racional que actúa como mediadora entre los impulsos del Ello y la realidad (principio de realidad).
- El Superyó: La instancia moral y ética que internaliza las normas sociales y las reglas parentales.

1.3.1.1 MECANISMOS DE REGULACIÓN DE LA ANSIEDAD

Los seres humanos hemos desarrollado una estructura psíquica que busca mantener un estado de equilibrio homeostático, evitando el displacer que genera la tensión interna. Sin embargo, en ciertas circunstancias de la vida diaria como el estrés laboral o las crisis personales, el individuo puede verse inundado por un flujo de excitación que supera su capacidad de procesamiento. Según Freud (2021), el aparato psíquico posee funciones de autocontrol que ayudan a gestionar el temor y la preocupación; no obstante, cuando las exigencias externas son percibidas como una amenaza a la integridad del Yo, se activa lo que la teoría denomina "angustia de señal".

1.3.1.2 ESTRATEGIAS DE DEFENSA ANTE LA ANSIEDAD

El psicoanálisis denomina mecanismos de defensa a aquellos procesos psicológicos inconscientes que el Yo emplea para justificar, transformar o ignorar las fuentes de ansiedad que resultan intolerables para la conciencia. Según Laplanche y Pontalis (2023), estos mecanismos operan de la siguiente manera en la cotidianidad:

- **Represión:** Es el proceso mediante el cual el sujeto intenta mantener en el inconsciente pensamientos o recuerdos ligados a la ansiedad laboral o personal que resultan dolorosos.
- **Desplazamiento:** Se manifiesta cuando la ansiedad generada en un ámbito (por ejemplo, un conflicto con un superior en el trabajo) es redirigida hacia un objeto o situación más inofensiva en la vida familiar.
- **Racionalización:** El individuo emplea pensamientos lógicos para justificar conductas que le generan culpa o ansiedad, permitiéndole llevar a cabo acciones incoherentes con su ideal de vida sin experimentar un descenso severo en su estado de ánimo (Freud, 2021).

1.3.2 LA TEORÍA COGNITIVA APLICADA AL ESTUDIO DE LA ANSIEDAD

Desde el enfoque cognitivo, la ansiedad se entiende como el resultado de cómo procesamos la información de nuestro entorno. Según Beck (2026), las personas no sufren por los hechos en sí, sino por la interpretación que hacen de ellos. En la vida cotidiana, esto significa que nuestra mente actúa como un filtro que, cuando hay ansiedad, tiende a exagerar las amenazas y a minimizar nuestras propias capacidades para enfrentarlas. La teoría plantea que este ciclo de pensamientos negativos consume tanta energía que termina afectando seriamente nuestro estado de ánimo y nuestra salud mental (Beck, 2026).

1.3.2.1 La ansiedad en el desempeño y contexto laboral

En el ámbito del trabajo, la teoría cognitiva explica que la ansiedad surge cuando percibimos una desproporción entre lo que se nos exige y lo que creemos poder dar. De acuerdo con Clark y Beck (2010), es común que aparezcan los llamados "pensamientos automáticos", que son ideas rápidas y negativas que nos dicen que vamos a fallar o que seremos juzgados por nuestros compañeros.

Esta forma de procesar la realidad laboral genera una hipervigilancia constante: el trabajador está más atento a sus posibles errores que a sus logros. Según la teoría, esto no solo baja la productividad, sino que genera un agotamiento emocional crónico, ya que la persona vive en un estado de alerta permanente por peligros que, en la mayoría de los casos, son interpretaciones subjetivas y no hechos reales (Clark y Beck, 2010).

1.3.2.2 El impacto de los sesgos cognitivos en las relaciones personales

Según Sanz y Vázquez (2024), las personas con ansiedad suelen utilizar la "inferencia arbitraria", que consiste en sacar conclusiones negativas sin tener pruebas. Por ejemplo, si un amigo no responde un mensaje rápido, la persona ansiosa asume inmediatamente que hay un conflicto o un rechazo.

Este tipo de errores en el pensamiento genera una tensión innecesaria en los vínculos sociales. La teoría postula que el bienestar en las relaciones depende de nuestra capacidad para identificar estos sesgos y entender que nuestras sospechas son solo

pensamientos, no realidades confirmadas. Sin este filtro, la vida social se vuelve una fuente de estrés en lugar de ser un espacio de apoyo (Sanz y Vázquez, 2024).

1.3.3 TEORIA COGNITIVO - CONDUCTUAL:

1.3.3.1 FUNDAMENTOS DE LA TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD:

La Teoría Cognitivo-Conductual (TCC) se basa en la premisa de que los individuos no son simples receptores de lo que sucede a su alrededor, sino que sus emociones y acciones dependen de cómo interpretan su realidad. Según Beck (2026), la ansiedad aparece cuando el sistema de procesamiento de información de la persona se vuelve selectivo hacia el peligro, exagerando las amenazas y minimizando los recursos personales para afrontarlas. En la vida diaria, esto se traduce en un estado de alerta que agota el ánimo, ya que el individuo vive anticipando problemas que aún no existen, lo que genera una tensión constante entre lo que piensa y lo que siente (Beck, 2026).

1.3.3.2 Patrones de respuesta aprendidos en las relaciones interpersonales

Este enfoque plantea que muchas reacciones ansiosas son conductas que la persona ha aprendido para protegerse de posibles juicios o rechazos. Según Sanz y Vázquez (2024), cuando alguien se siente ansioso, tiende a interpretar gestos o comentarios neutros de los demás como señales de desaprobación.

La teoría cognitivo-conductual propone que, al mejorar la comunicación y desafiar estos miedos sociales, el individuo reduce su ansiedad y recupera la satisfacción en sus círculos sociales y familiares, entendiendo que el bienestar relacional se basa en la autenticidad y no en el cumplimiento de expectativas ajenas (Sanz y Vázquez, 2024).

LA ANSIEDAD

- **Definición:**

Una enfermedad nerviosa se refiere comúnmente a los síntomas relacionados con la ansiedad. Estos pueden ir desde una ligera sensación de tensión hasta manifestaciones más intensas que interfieren con la vida diaria y dificultan el funcionamiento normal de una persona.

De acuerdo con Hollander y Simeon (2004), los trastornos de ansiedad son las afecciones psiquiátricas más comunes y suelen causar un gran malestar emocional, además de afectar significativamente el funcionamiento diario de quienes los padecen. La ansiedad se ha ido transformando en un fenómeno que es cada vez más frecuente hoy en día. Son varios los factores que contribuyen a su aparición, no obstante, se destaca tres como los principales responsables: el ritmo acelerado de vida, la falta de referentes claros en cuanto a valores y estándares, y un creciente nivel de desconexión social impulsado por la dinámica de la sociedad posindustrial.

Según los mismos autores, la ansiedad provoca miedo, una reacción natural e instintiva que cumple la función de protegernos frente a posibles amenazas. Estos temores pueden clasificarse en cinco grandes categorías. Entre los principales tipos de miedo que pueden desencadenar ansiedad se encuentran: el miedo a estímulos intensos como ruidos fuertes o dolor, el temor ante lo desconocido, como la presencia de personas extrañas, el miedo a la ausencia de estímulos, como la oscuridad, y aquellos temores relacionados con situaciones que han representado una amenaza para la supervivencia humana a lo largo del tiempo. También se incluyen el miedo a la interacción social y, finalmente, el miedo a la separación, la pérdida o la muerte, todos ellos capaces de generar respuestas ansiosas.

La ansiedad es una reacción completamente natural en la persona, una respuesta automática del cerebro más primitivo al percibir una amenaza para la vida. Cuando el peligro es real, esta respuesta impulsa a la persona a actuar y encontrar una solución, siendo útil para

enfrentar la situación. Sin embargo, si la amenaza no existe realmente, la ansiedad puede provocar bloqueo y una sensación de indefensión (Ros, 2004).

Según Halgin y Krauss (2009), la ansiedad hace referencia a un estado en el que la persona se siente excesivamente preocupada, tensa y temerosa ante la idea de que algo malo pueda ocurrir. Esta reacción incluye tanto aspectos emocionales como pensamientos negativos. Cuando una persona está ansiosa, siente que algo malo está por ocurrir y que debe actuar de inmediato. Su atención se centra en sus propias preocupaciones y se vuelve excesivamente alerta ante posibles amenazas, ya sean sociales, emocionales o situaciones específicas. La ansiedad se convierte en un problema clínico cuando alcanza tal intensidad que interfiere con la vida diaria, provocando respuestas físicas y emocionales desproporcionadas que afectan su funcionamiento normal.

De acuerdo con Navarrete (2013), la ansiedad puede ser desencadenada por uno o varios estímulos, incluso sin que la persona sea consciente de ellos. Esta se manifiesta de forma visible en la conducta y el aspecto físico, por lo que se identifican tres aspectos clave para su análisis.

- a. Síntomas físicos: la ansiedad provoca una actividad excesiva del sistema nervioso autónomo, la cual se va a ver reflejada en signos como las pupilas dilatadas, mareos, temblores, dificultad para conciliar el sueño, nerviosismo, tensión muscular, entre otros.
- b. Síntomas cognoscitivos: A nivel mental la ansiedad provoca una preocupación constante, incertidumbre, pensamientos malos y miedo. También, puede producir sensación de pérdida de control, problemas para resolver situaciones y dificultades para concentrarse o desempeñarse en el trabajo.
- c. Síntomas conductuales: Se manifiesta a través de cambios de estado de ánimo y conductas compulsivas como tomar alcohol, comer en exceso y fumar.

Jarne, Talarn, Armoyones, Horta, E. y Requena, E, (2006), señalan que estas 3 áreas no se van activar de la misma forma en los demás; algunos van a experimentar una mayor influencia de ansiedad en una zona determinada. Los trastornos de ansiedad son muy

diversos y, aunque todos tienen la ansiedad como síntoma principal, su variedad hace necesario tratarlos de manera individual.

Halgin y Krauss (2009) señalan que la ansiedad a menudo surge por preocupaciones sobre el futuro, ya sean sobre eventos importantes a largo plazo o inquietudes más inmediatas. Esta ansiedad incluye tanto aspectos emocionales como pensamientos, y se manifiesta cuando la persona se siente excesivamente tensa, aprensiva y preocupada ante la posibilidad de que ocurra algo malo, sintiéndose incapaz de cambiarlo. Así, la atención se centra en sus propias preocupaciones mientras se mantiene en un estado de alerta exagerada frente a posibles amenazas.

- **Enfoques psicológicos en la historia de la ansiedad**

La ansiedad funciona como un sistema de alerta del cuerpo frente a contextos que se perciben como amenazantes, es decir, aquellas en las que hay algo en juego, ya sea una ganancia o una pérdida. Por otro lado, Rivera, Murillo y Sierra (2007) mencionan que el concepto de neurosis ha sido complicado desde sus inicios en 1769, cuando William Cullen relacionaba la «irritabilidad» del sistema nervioso con un tono general del cuerpo, que se pensaba estaba influenciado por un fluido que recorría el sistema nervioso. También señalan que la neurosis se manifestaría como irritabilidad, nerviosismo, tristeza y otros síntomas parecidos, causados por un desequilibrio en el sistema nervioso o, según sus propios términos, en los fluidos neurales.

- **Características generales de ansiedad**

La ansiedad se describe principalmente como una experiencia emocional, un estado interno que afecta profundamente a la persona. Según González, Mata y Mena (2007), algunos trabajadores que la padecen pueden presentar diversos síntomas como tristeza, falta de interés, indiferencia, insensibilidad emocional, pensamientos negativos, baja autoestima, desesperanza, ideas suicidas, problemas para concentrarse, descuido personal, fatiga general, llanto frecuente, aislamiento, trastornos para dormir, problemas estomacales, intentos de suicidio, alergias y dificultades sexuales.

La ansiedad suele venir acompañada de dificultades en la concentración, la atención y la memoria, las cuales tienden a mejorar a medida que los síntomas depresivos disminuyen.

Según los mismos autores, a medida que los síntomas se vuelven más graves, el impacto es mayor en el aspecto emocional y afectivo que en el funcionamiento general. Para que la ansiedad afecte realmente el desempeño laboral de una persona, debe alcanzar un nivel de intensidad considerable.

Si las recaídas ocurren con frecuencia, es probable que con el tiempo lleguen a afectar significativamente la capacidad de la persona para mantener su rendimiento laboral.

- a. Estos trastornos no se consideran enfermedades en el sentido médico tradicional, ya que su origen es principalmente psicológico, salvo en casos como los trastornos obsesivos y las crisis de angustia.
- b. Tienen una naturaleza dimensional, es decir, forman parte de la personalidad y varían en intensidad de una persona a otra.
- c. Los síntomas pueden aparecer en personas sanas, y solo cuando se vuelven más intensos o constantes se consideran patológicos.
- d. El pronóstico puede variar según factores personales, sociales y el tipo de tratamiento recibido
- e. Suelen tener un curso crónico, con altibajos a lo largo del tiempo.
- f. El tratamiento suele centrarse en la terapia psicológica, aunque en casos como las crisis de angustia o los trastornos obsesivos puede requerirse apoyo médico

- **Factores que influyen en la respuesta de ansiedad**

Las causas de los trastornos de ansiedad no se conocen por completo, pero todo indica que surgen de la combinación de varias causas. Según Chávez (2004), hay distintos elementos que influyen en cómo cada persona responde ante la ansiedad. Entre ellos se destacan las características y el tipo de personalidad del contexto que genera ansiedad. A estos factores

se les conoce como “Ansiedad Rasgo”, que está relacionada con la forma de ser de la persona, y “Ansiedad Estado”, que depende del contexto o situación que se está viviendo.

a. **Ansiedad Rasgo:** La ansiedad rasgo se refiere a una característica constante en la personalidad, siendo más común en personas con personalidad tipo A. Estas suelen ser muy competitivas, rígidas en sus ideas, exigentes consigo mismas y con un fuerte compromiso tanto en el trabajo como en el ocio. Sin darse cuenta, muchas veces son ellas mismas la principal fuente de su ansiedad.

b. **Ansiedad Estado:** Este tipo de ansiedad está vinculada a una respuesta temporal frente a situaciones concretas, donde la persona experimenta una angustia continua por la posibilidad de fallar o tener un bajo desempeño, así como por las consecuencias negativas que eso podría acarrear.

Además, Baeza (2008) indica que tanto la presencia como la permanencia de la ansiedad como trastorno dependen de una variedad de factores, que se explican a continuación.

c. **Factores predisposicionales:** Se trata de factores biológicos y hereditarios, o no, que aumentan la probabilidad de desarrollar ansiedad ante ciertos estímulos. También incluye rasgos de personalidad, influenciados por la historia de vida, la biología y el aprendizaje del individuo. Estos factores predisponentes no significan que una persona tenga ansiedad ni que necesariamente la vaya a desarrollar, sino que aumentan su vulnerabilidad. Es decir, hay personas con un sistema de alerta más sensible y difícil de apagar una vez activado. En cierto modo, viven en un estado de "pre-alerta", lo que influye en cómo perciben su entorno y los lleva a anticipar ciertos eventos como amenazas, reaccionando de forma defensiva con mayor facilidad.

d. **Factores activadores:** Estos factores se refieren a eventos, situaciones o circunstancias que activan el sistema de alerta del organismo, preparando a la persona para reaccionar. Como la ansiedad está estrechamente ligada a la percepción de una amenaza, estos factores son precisamente aquellos que tienen que ver con cómo se interpreta y experimenta esa amenaza. También mencionamos que la percepción de riesgo, o lo que se considera una amenaza, depende principalmente de un proceso de evaluación, ya sea

consciente o automático. Este proceso evalúa qué está ocurriendo y cómo nos afecta, así como qué acciones se pueden tomar al respecto. En líneas generales, la ansiedad surge principalmente por dos tipos de problemas. En primer lugar, la ansiedad puede surgir cuando se percibe que algo está bloqueando o dificultando la realización de planes, deseos o necesidades importantes que aún están en proceso, como aprobar un examen para conseguir un empleo. En segundo lugar, también aparece cuando se siente que algo puede poner en peligro o afectar negativamente objetivos ya alcanzados o logros personales, como la pérdida de la salud o del trabajo, que se consideran una amenaza.

e. Factores de mantenimiento: Este tipo de factores influye sobre todo cuando los problemas que causan la ansiedad no se solucionan de forma adecuada, o cuando la ansiedad llega a niveles que ya se consideran un trastorno. Una vez que se presenta como un problema, existe el riesgo de que la ansiedad continúe aumentando con el tiempo. Cuando la ansiedad surge, activada por ciertos factores y reforzada por predisposiciones personales, si se mantiene de forma intensa y prolongada, puede causar problemas de salud. Estos problemas, aunque provocados por la ansiedad, también la empeoran. Al verse afectada la salud, algo muy valorado, se incrementan la sensación de alarma y la sensación de vulnerabilidad.

- **Etiología de la ansiedad**

La ansiedad puede originarse de manera espontánea o puede desarrollarse poco a poco ya sea en minutos, segundos o incluso horas. Por ello, a veces se confunden los términos de miedo y ansiedad. De acuerdo con Pinel (2007), los trastornos de ansiedad suelen originarse tras sufrir ciertos eventos estresantes y por lo general, se va a enfocar en situaciones u objetos específicos. Él indica que hay 3 causas primordiales que originan este tipo de estrés.

a. Causas biológicas: Se ha indicado que la herencia presenta un rol limitado en el desarrollo de la ansiedad. Aunque ciertos trabajos investigativos han señalado que tienen a presentarse con gran frecuencia dentro de ciertas familias, es difícil de distinguir cuánto de eso se origina a factores genéticos y cuánto a haber crecido en un entorno familiar que se encuentra marcado por la ansiedad.

b. Causas psicosociales: En el origen de la ansiedad, estos factores tienden a presentar un peso fundamental, pues se encuentran relacionados con traumas físicos que han sufrido en su niñez, relaciones problemáticas entre los hijos y sus padres, así como con otras personas que son cercanas a ellos. Todo esto se encuentra relacionado con el desarrollo personal limitado y a experiencias de aprendizaje distorsionadas.

c. Causas socioculturales: No se ha indagado con mucha profundidad acerca de ello, sin embargo, se ha podido demostrar que hay efectos socioculturales diferentes de los individuos que presentan ansiedad. Una de las diferencias es el tipo de reacción que va tener un individuo determinado ya que cada uno tiene la capacidad de poder enfrentar las situaciones que se le presenten, la otra se refiere al contexto social en el que se encuentra pues ello va a incluir en la manifestación de la ansiedad y la manera en que el individuo se ha desenvuelto.

Según con Baezay Balguer (2008), menciona que la ansiedad es proporcional y se va a manifestar dentro de ciertos límites, en este sentido se tiene que mencionar que no hay manifestaciones sintomatológicas en otras palabras los cambios psicológicos y fisiológicos no logran alcanzar a superar los umbrales sensoriales de receptores de temperatura, presión, el dolor o bien son inferiores, salvo en que algún instante puedan llegar a ser muy altos para que puedan ser detectado. Estas permutaciones en los procesos fisiológicos no simplemente son normales, sino que son funcionales, pues a preparar al cuerpo humano para que pueda realizar las acciones adecuadas en relación a la realidad a la que se pueda enfrentar.

Asimismo, Bourne y Garano (2012) mencionan que la ansiedad puede manifestarse como un grupo de síntomas físicos. Pues, muchas veces cuando se le pide a los demás que describan que piensan acerca de la ansiedad comienzan a nombrar una larga lista de sensaciones físicas como la tensión muscular, hiperventilación, palpitaciones y falta de aire. Esta sintomatología va a reforzar las ideas que originan ansiedad.

Otra investigación de Muñoz (2013) señala que la sintomatología de la ansiedad puede clasificarse como afectivos, fisiológicos, conductuales y cognitivos. Al mismo momento, las reacciones pueden ser de 3 tipos: Inhibición, movilización y desmovilización.

- **Trastorno de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad se originan con otras enfermedades físicas o mentales incluso el abuso del alcohol o de drogas, lo que puede ocultar los síntomas de la ansiedad o inclusive agravarlos. La persona es un ser cambiante y esto se debe muy probablemente a las vivencias que ha podido vivir a lo largo de su vida, pues muchas veces a hallado a individuos que manifiestan comportamientos que no se consideran normales dentro de la sociedad, no obstante, para poder definir el concepto de lo que es normal o anormal se importante poder determinar los fenómenos más importantes del comportamiento. El criterio que han podido aportar Halgin y Whitbourne (2004), es acerca de la descripción de 4 características que va a determinar un comportamiento anormal:

- a. La perturbación: Se va a definir como el dolor mental que se sufre ante una determinada situación.
- b. El deterioro: Se va a definir como la reducción de la destreza de un individuo en el funcionamiento óptimo, pero para el propio individuo es un factor que suele pasarse desapercibido pues se siente muy bien.
- c. El riesgo para las demás personas y para sí mismo: Se define a la circunstancia de amenaza que va a representar para uno mismo y para las personas que se encuentran a su alrededor.
- d. El comportamiento social y la cultura inaceptable: Se va a definir como una conducta que no se encuentra dentro del entorno social en el que se encuentra el individuo.

En este sentido para Baeza, y Balguer (2008), la ansiedad se considera como un sistema de alerta para nuestro cuerpo ante ciertas circunstancias que consideramos que van a ponernos en peligro, en otras palabras, contextos que nos van afectar y en los que se tiene algo que ganar o perder. La definición de ansiedad se encuentra asociada cuando nos sentimos en peligro o amenaza y a la disposición de respuestas que vamos a tener al momento de afrontarnos a ella. El rol de la ansiedad va a radicar en poder activar y advertir a nuestro cuerpo frente a circunstancias en las que nos encontremos en riesgo o peligro de manera que podamos salir de ello.

En este sentido la ansiedad nos va a preparar para:

Enfrentar, luchar o atacar la posible amenaza; Para huir del posible peligro, Para evitar las circunstancias peligrosas; Para activar comportamientos de obediencia que va a neutralizar los comportamientos desfavorables de otros; Para buscar apoyo, componentes de seguridad y protección; Para dotar los saberes que van a permitir esquivar los riesgos.

“Según el American Psychological Association, DSM-IV-TR (2005), existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad y los describe de la siguiente manera:

- a. Crisis de angustia: Períodos de miedo intenso e incomodidad física, presentando síntomas como palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, opresión torácica, náuseas, mareos, parestesias y escalofríos. En algunos casos las personas pueden experimentar desrealización o despersonalización.
- b. Agorafobia: Hay personas que sienten miedo a sentirse solas o a sentirse atrapados en ciertos lugares públicos, donde puede resultar problemático en algún momento el rápido acceso a una salida o a un lugar de seguridad, a este trastorno se le conoce con el nombre de agorafobia y va unido con frecuencia a sufrimiento y a una importante limitación. Suele comenzar en la mitad o al final de la tercera década de la vida, frecuentemente aparecen episodios depresivos de diversa intensidad, previos al comienzo de la fobia o como reacción a la desesperanza y desamparo que supone la drástica reducción de la calidad de vida que la agorafobia suele ocasionar.
- c. Trastorno de angustia sin agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia inesperadas que causan un estado permanente de preocupación al paciente.
- d. Trastorno de angustia con agorafobia: se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
- e. Agorafobia sin historia de trastorno de angustia: se caracteriza por la presencia de agorafobia y síntomas similares a la angustia de un individuo sin antecedentes de crisis de angustia inesperadas.
- f. Fobia específica: La característica principal es miedo irracional y constante a un objeto, actividad o situación particular, que provoca una respuesta inmediata de ansiedad, causa una alteración significativa del funcionamiento y resulta en una conducta de evitación.
- g. Fobia social: La característica principal es el miedo intenso e irracional de que la propia conducta, en una situación pública, sea motivo de burla o crítica para los demás. A

pesar de que estas personas reconocen lo irracional de sus miedos, no dejan de sentirse preocupados, llegando a extremos para evitar esas situaciones. En los casos en los que no tienen ninguna elección, se paralizan por la ansiedad.

h. Trastorno obsesivo – compulsivo: El trastorno obsesivo compulsivo incluye obsesiones y compulsiones recurrentes que interfieren en la forma significativa de las personas. La obsesión se define como una idea, pensamiento o impulso persistente. Y la compulsión es una conducta repetitiva con un propósito evidente, al cual surge como respuesta a impulsos incontrolables. A diferencia de las obsesiones que generan ansiedad, las compulsiones son realizadas como un esfuerzo para reducir la ansiedad. Ambas influyen en la vida de la persona, causando un deterioro significativo.

Se caracteriza por obsesiones, que pueden ser ideas o pensamientos que se repiten, y no desaparecen de la mente del individuo, aunque lo intente por todos los medios. Cuando se manifiesta cada obsesión lleva asociada una compulsión o conducta que compensa la angustia que provoca. Las compulsiones se definen como comportamientos, por ejemplo:

Lavarse las manos, ordenar objetos, comprobaciones, o actos mentales como, rezar, contar o repetir palabras en silencio, todo esto de carácter repetitivo, en el que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta una obsesión o de acuerdo a una serie de normas que debe seguir estrictamente; estos comportamientos u operaciones mentales tienen como objetivo prevenir algún acontecimiento o situación temida, sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales, no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, estos resultan claramente excesivos, la angustia que genera este trastorno provoca rituales que ocupan cantidades importantes de tiempo perdido, que puede llegar a hacer más de una hora diaria.

a. Trastorno por estrés post traumático: En el estrés postraumático la persona durante al menos un mes vuelve a experimentar con persistencia el evento traumático, en pensamientos, sueños, recuerdos e imágenes. Características: aparece en aquellos individuos que se han visto expuestos a un evento traumático que involucra un daño físico o psicológico extremo. Se manifiesta con pérdida del sueño, irritabilidad, sobresalto, falta de concentración.

-
- b. Trastorno por estrés agudo: Una persona desarrolla un trastorno por estrés agudo, luego de atravesar por un evento traumático, aparece en el 1er mes que lo sigue, experimentando miedo intenso, pérdida de la esperanza u horror. En el caso del estrés postraumático la persona durante al menos un mes vuelve a experimentar con persistencia el evento traumático. En ambos pueden aparecer síntomas disociativos, amnesias, etc. el individuo continúa reviviendo el evento en imágenes, pensamientos, sueños y recuerdos. Síntomas físicos de ansiedad y temor, problemas para dormir o concentrarse, volverse irritables e hipervigilantes, entre otros síntomas. Interfiere y deteriora la vida de la persona.
- c. Trastorno de ansiedad generalizada: Las personas con un trastorno de ansiedad generalizada luchan en contra de una ansiedad incontrolable casi todo el tiempo. Estos esfuerzos son generalmente inútiles, preocupándose por síntomas físicos como psicológicos, interfiriendo en su funcionamiento laboral, social y personal en general. Se caracteriza por la aparición progresiva y permanente de síntomas intensos de ansiedad, sin una causa real que los provoque. Se manifiesta con fatiga, inquietud, dificultad para dormir, irritabilidad, tensión muscular.
- d. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- e. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una droga, fármaco o tóxico.
- f. Trastorno de ansiedad de separación: se caracteriza por ser una ansiedad excesiva e inapropiada, que se presenta en el niño cuando se acerca la edad en la que debe salir de casa y separarse de las personas a las que está muy pegado, entre los criterios diagnósticos figuran ocho síntomas en el que la persona debe de manifestar al menos tres, tales como la preocupación o la angustia y los problemas de sueños o físicos, dentro de los problemas del sueño se puede presentar, pesadillas, recurrentes a la separación, negarse a ir a dormir si no está una de las figuras de apego, en lo que refiere a lo físico se incluye expresiones somáticas frecuentes como dolores de cabeza, de estómago, náuseas, vómitos, estos síntomas están relacionados con la inquietud provocada por la propia separación o por la preocupación de que pudiera suceder algún daño a las figuras de mayor apego, la resistencia o el rechazo

a ir al colegio por miedo a la separación, dentro de los síntomas también se presentan la resistencia excesiva a estar solo en casa o ir solo, sin ninguna persona de confianza” (p. 27).

- **Síntomas**

Los síntomas primordiales de este trastorno hacen referencia al sentimiento de desosiego generalizado, que no va a estar referido a ningún contexto ambiental en específico. Es por ello que Cano (2007) nos menciona que las manifestaciones más comunes de la sintomatología de la ansiedad son los que se van a mencionar a continuación:

a. “A nivel cognitivo-subjetivo: Preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre la propia actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de las dificultades, temor a la pérdida de control, dificultades para pensar, estudiar o concentrarse, etc.

b. A nivel fisiológico: Fatiga, tensión muscular, temblores, dolores musculares, espasmos o calambres, tics, dificultad para conciliar el sueño, zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío o calor, sensación de hormigueo, taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire), dificultad de deglutir alimentos, flatulencia, dolor abdominal, náusea, vómitos, pérdida de peso, constipación, excretar orina frecuentemente o urgentemente, amenorrea, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual, boca seca, palidez, sudoración, cefaleas por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).

c. A nivel motor u observable: Evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.”

En este sentido, Villarroel (2008), nos señala que la ansiedad hace referencia a un sistema de alerta que tiene nuestro cuerpo antes circunstancias peligrosas o amenazantes, y que el rol que tiene la ansiedad por así decirlo es activar al cuerpo humano y advertir a la persona para que se pueda movilizar en contextos que son peligrosos y que puedan huir. En este sentido, es importante mencionar que dependiendo del peligro en el que se encuentre la persona la ansiedad va a preparar al individuo a que luche y enfrente el peligro en el que se

encuentra, evitar contextos a los que se teme y buscar ayuda. La ansiedad va a implicar 3 tipos de aspectos:

- d. Cognoscitivos: anticipaciones peligrosas, evaluaciones del riesgo, ideas automáticas negativas, iconografías importunas, entre otros.
- e. Fisiológicos: activación de diferentes centros nerviosos, sobre todo el SNA que va a implicar cambios en la respiración y en los vasos sanguíneos.
- f. Motores y de comportamiento: sensación de inquietud, llanto fácil o cambios de intranquilidad, irritabilidad, sobresaltos, depresión, humor, inquietud, rostro preocupado, temblor en las manos, fruncimiento del entrecejo y falta de goce en los pasatiempos.

La ansiedad es considerada como una función adaptativa que va a estar presente en todos los individuos y que bajo ciertas condiciones va a optimizar el rendimiento tanto social, laboral como académico. Presenta la esencial función de mover a las personas frente a circunstancias que son amenazantes de forma que va a impulsar a reaccionar de manera estratégica para evitar riesgos, neutralizarlos o enfrentarlos de forma eficaz, Un claro ejemplo, es que ayuda a estudiar si tiene un examen, también permite que estén preparados para una entrevista laboral, competencias deportivas, tocar un instrumento musical enfrente de los demás, huir ante un incendio, entre otros. No obstante, cuando se sobrepasa ciertos límites, la ansiedad se va a convertir en un problema que va a interferir de manera notable en la realización de algunas actividades laborales, sociales o intelectuales que van a alterar la calidad de vida de la persona.

Finalmente, según Pinel (2007), hace mención que los trastornos de ansiedad presentan un elemento genético que es sumamente esencial, las tasas de concordancia son más altas entre los gemelos en un saco vitelino que entre los gemelos en dos sacos vitelinos. Desarrollando de esta manera 3 tipos de factores que van a dar respuesta a la sintomatología, los cuales van a hacer:

- a. Factores genéticos y biológicos: Se hizo una investigación acerca de los gemelos parecidos y explica que, si uno de los gemelos tiene trastorno de pánico, existe un 30% de probabilidad de que el otro gemelo también presente esto.

b. Factores psicológicos: hace mayor énfasis desde el punto de vista conductual, en el cual destaca los factores ambientales, en el que considera a la ansiedad como una respuesta que va hacer aprendida a partir del estrés, Cuando un individuo se va a enfrentar a un suceso que va a poner en riesgo su permanencia, hace que experimente una preocupación intensa. El comportamiento de evitación, lo que hace en aliviar la ansiedad que pueda estar presentando.

c. Factores cognoscitivos: Indica que los trastornos de ansiedad van a surgir a partir de creencias e ideas no apropiadas sobre las situaciones por las que va atravesar el individuo. Concluye que las ideas desadaptadas acerca del mundo que tiene una persona, son lo que va a ocasionar los trastornos de ansiedad.

- **Ansiedad Laboral**

Hace referencia a la consecuencia de circunstancias que se llegan a sentir como amenazantes para el individuo. Pambay (2006), menciona que la gran masa de personas desempleadas debido a reorganizaciones, recortes, cambios de despidos masivos y fusiones han conllevado al trabajador a tener una mayor inseguridad acerca de su trabajo. A pesar de ser problemas que mundiales no se ha abordado como oportunidades para investigar a fondo los graves problemas de la salud mental de los trabajadores. Estas condiciones van a formar parte del grupo de las fobias que va a incluir la agorafobia, las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

El autor señala que la ansiedad laboral puede desencadenar estrés crónico, afectando el desempeño y la calidad de vida. Si no se trata a tiempo, puede convertirse en "burnout", un trastorno emocional propio de los tiempos actuales, relacionado con el entorno laboral y el estilo de vida. Al somatizarse, puede causar graves efectos físicos y mentales, siendo hoy una de las principales razones por las que muchas personas abandonan sus trabajos.

Para poder evitar que una situación laboral se convierta en un problema de salud, es esencial reconocer que condiciones de trabajo se estan volviendo estresante y complicado de manejar para algunos. Cuando esto sucede aparece síntomas como la falta de claridad mental, la dificultad para tomar decisiones, problemas para conciliar el sueño, el mal humor y la

sensación de cansancio. Toda esta sintomatología tiene que atenderse para preservar no solo la salud en el entorno laboral, sino que también la salud mental.

- **Causas del trastorno de ansiedad laboral**

La ansiedad laboral puede estar asociada a varios factores como la dificultad para tomar decisiones, la falta de claridad mental, mal humor, dificultad para conciliar el sueño, los cambios de hábitos y el cansancio constante. De acuerdo con Vélez (2013), menciona que el trabajo es considerado como una de las fuentes primordiales de la ansiedad. En realidad va a representar una carga constante de preocupaciones y estrés que, si no se sabe gestionar puede afectar seriamente la estabilidad mental de la persona. Lo más importante es poder comprender que no es necesario tener conflictos en el trabajo para que la persona tenga ansiedad, a veces simplemente el ritmo o las exigencias son suficiente para desencadenarla.

Factores como la presión constante, el exceso de responsabilidades, las relaciones con jefes o compañeros, la competencia entre colegas e incluso la inseguridad laboral, son causas cada vez más comunes de ansiedad que, en muchos casos, terminan provocando bajas laborales. Además, ciertas actitudes personales, como el perfeccionismo, también pueden generar un gran desgaste emocional y poner en riesgo el esfuerzo de años. Por eso, es esencial no permitir que el trabajo se convierta en una fuente de ansiedad.

El mismo autor indica que hay varias razones por las que el trabajo se ha convertido en una fuente esencial de ansiedad, sobre todo en tiempos recientes, donde la crisis ha acentuado la inestabilidad y la precariedad en el empleo diario. La presión por un control excesivo por parte de los jefes, la competencia constante entre compañeros, el perfeccionismo o la necesidad de hacer todo de forma impecable, así como asumir más compromisos de las que se pueden manejar, son algunas de las circunstancias que suelen desencadenar ansiedad en el entorno laboral.

1.3.4 Programa Cognitivo conductual

Este enfoque se basa en la metodología científica que se encarga de guiar todo el proceso paso a paso. Desde cómo se obtiene el conocimiento y se valida en una hipótesis, hasta como

se aplica en el campo clínico a través de métodos terapéuticos determinados, todo se desarrolla siguiendo criterios científicos actuales y ampliamente reconocidos.

Sin duda alguna, la psicología se destaca por ofrecer valiosas herramientas para la intervención clínica. La terapia cognitivo-conductual, en particular, se enriquece con aportes de varias disciplinas científicas que forman parte de lo que se conoce como ciencias del comportamiento. Entre estas encontramos la farmacología, sociología, biología, estadística y neurofisiología. A diferencia de otras formas de intervención clínica, la terapia cognitivo-conductual no surge de una teoría individual, sino que se basa en un enfoque metodológico científico. Su fortaleza va a radicar en integrar aportes de varias disciplinas y en el trabajo colaborativo de miles de investigadores a nivel mundial (Rivadeneira; Minici y Dahab).

La terapia cognitivo conductual se ha desarrollado en tres etapas. La primera ocurrió entre 1950 y 1970, cuando surgió de forma paralela, pero sin conexión directa en Inglaterra y Estados Unidos. Durante esta etapa, la teoría de aprendizaje tuvo un gran impulso gracias a la investigación. En el Reino Unido, los psicólogos se concentraron en los trastornos de ansiedad teniendo como base el condicionamiento clásico de Pavlov, con aportes destacados de Eysenck y Wolpe. En cambio, en Norteamérica, el enfoque principal fue el tratamiento de pacientes psicóticos graves, guiados por el condicionamiento operante de Skinner. Aunque, con enfoques distintos, ambos compartían un fuerte énfasis en la conducta y un enfoque práctico con poca teoría.

Este enfoque, que en su momento daba poca relevancia a los procesos mentales, va a representar la raíz conductual de lo que hoy conocemos como terapia cognitivo- conductual.

La falta de una base teórica sólida en el modelo anterior, junto con su limitada efectividad para tratar ciertos trastornos psicológicos, fueron factores claves que impulsaron a que aparezcan nuevas terapias cognitivas, marcando de esta manera una nueva etapa en su desarrollo. A mediados de los años 60, Albert Ellis y Aaron Beck coincidieron en que muchos de los problemas psicológicos tienen su origen en pensamientos distorsionados o en un procesamiento mental incorrecto.

En línea con esta idea, plantean que la manera de abordar estos trastornos es corrigiendo los procesos cognitivos erróneos y reemplazando los pensamientos disfuncionales por otros más útiles, realistas y adaptativos.

La terapia cognitiva de Beck marcó un antes y un después en la historia de la psicología, sobre todo por la efectividad que tuvo en el tratamiento de la depresión. Este nuevo enfoque aportó herramientas valiosas que han complementado las tácticas basadas en el condicionamiento, las cuales no habían dado resultados de todo satisfactorios frente a este trastorno. Ya hacia fines de los 80, el éxito en el tratamiento del trastorno de pánico permitió que se integrarían ambos enfoques tanto el conductual como el cognitivo en un modelo de trabajo más amplio, de esta manera da inicio a una tercera etapa en la evolución de la terapia cognitivo- conductual, la cual está vigente hasta el día de hoy.

Así, la terapia cognitiva va a presentar con un enfoque terapéutico centrado sobre todo en el papel que tienen los pensamientos y procesos mentales en la aparición y manejo de las emociones.

Modificar el pensamiento y la forma en la que procesamos la información puede ocasionar cambios tanto conductuales como emocionales. En este enfoque se emplean diversos métodos terapéuticos, como identificar, cuestionar y poner a prueba los pensamientos automáticos; examinar y cambiar creencias y supuestos fundamentales; y trabajar sobre esquemas de pensamientos disfuncionales para transformarlos. Todas estas técnicas están orientadas al proceso de reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es modificar y reorganizar los pensamientos, creencias e ideas del paciente, transformándolos en más racionales, realistas y funcionales. Por otro lado, el enfoque conductual se va a basar en la idea de que tanto la conducta como los trastornos emocionales están determinados por factores del entorno, siguiendo las leyes del condicionamiento. De este modo, las técnicas conductuales buscan generar un cambio en el comportamiento a través de la formación de nuevas asociaciones entre estímulos y respuestas, reemplazando aquellas antiguas que resultan menos útiles o disfuncionales.

Esto se va a conseguir mediante una manipulación planificada del entorno. Como cuando se expone gradualmente a una persona a aquello que le genera ansiedad mientras practica la relajación, creando de esta manera una nueva asociación entre una respuesta calmada y el estímulo. Hoy en día, incluso con los avances cognitivos, se reconoce que existen trastornos psicológicos que aún van a requerir del uso de técnicas conductuales para un tratamiento efectivo. Por ejemplo, en casos como los hábitos nerviosos (como la tricotilomanía o la tartamudez), las adicciones, los trastornos del control de impulsos, las depresiones severas o los problemas de aprendizaje, las técnicas conductuales son clave. Un buen ejemplo es el tratamiento de la agorafobia, donde la terapia de exposición con prevención de la respuesta, que es una técnica principalmente conductual, resulta ser la elección más eficiente.

Sin embargo, aunque ambas líneas surgieron por separado, hoy en día la mayoría de los psicólogos clínicos coinciden en que combinar ambos enfoques ofrece mejores resultados en la terapia.

1.4 BASES CONCEPTUALES

- Ansiedad laboral:

Hace referencia a un conjunto de signos y síntomas en donde el profesional va perdiendo la motivación en las labores diarias que realiza, pues se siente agotado emocionalmente, frustrado y desilusionado, esto ocasiona que rápidamente esté irritado y trate de la peor manera a sus clientes e inclusive a sus compañeros de trabajo, además, se nota que su rendimiento en el ámbito laboral ha disminuido bastante. (Sum, 2015)

- Programa:

Es un conjunto de estrategias y herramientas que ayudan a fomentar el desarrollo de una cualidad o competencia. (Hernández, 2010)

- Cognitivo conductual:

Se refiere a las orientaciones de la terapia cognitiva que se encuentra enfocada en la asociación del pensamiento y el comportamiento, y que va a recoger los aportes de diferentes corrientes dentro de la psicología científica. (Ventura, 2009)

- Terapia:

En el campo de la medicina, tratamiento o terapia hace referencia a un grupo de medios de cualquier clase cuyo propósito es el alivio de la sintomatología que pueda presentar una persona. En este sentido, es un tipo de juicio clínico. (RIALP, 2014)

- Enfoque:

Es una forma de observar las cosas o pensamientos y esto conlleva a tratar los problemas que derivan de ello. (Hernández, et al., 2014)

- Paradigma:

Es el modelo a seguir en una investigación científica. (Hernández, et al., 2014)

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLOGICO

- **Hipótesis:**

La propuesta del Programa Cognitivo conductual, ayudaría a reducir el nivel de ansiedad de las enfermeras.

- **Paradigma de investigación**

Según el corte de la investigación, el trabajo, según Hernández et al. (2014) pertenece al paradigma positivista, ya que busca analizar y cuantificar una variable de investigación en vista a darle una solución o propuesta determinada.

- **Tipo de estudio**

Es de tipo propositiva, por el mismo motivo de haber elaborado un Programa Cognitivo conductual para reducir el nivel de ansiedad de las enfermeras del Hospital Naylamp de Lambayeque.

- **Diseño de estudio**

El diseño que va a presentar este estudio es el no experimental propositivo, cuyo diagrama se presentará a continuación:

M → O → P

Donde

M: muestra de estudio

O: Diagnóstico de la Investigación

P: programa cognitivo conductual.

- **Población y muestra**

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de 50 enfermeras del Hospital Naylamp.

De acuerdo con Carrasco (2005), “la población es llamada también Universo y presentan determinadas características, susceptible de ser estudiada”.

Con respecto al concepto dado por Alvitres, la población elegida para este estudio, presenta ciertas peculiaridades que son parecidas.

- **Muestra**

La muestra de estudio estuvo conformada por 20 enfermeras. El muestreo se hizo de forma no probabilística o de forma intencional.

- **Método de investigación**

El método que se ha empleado para este trabajo investigativo es deductivo - inductivo. Se empleó la estadística descriptiva e inferencial para que se pueda comprobar científicamente la hipótesis, se examinaron e interpretaron los resultados sobre actitudes y niveles de ansiedad en base a la bibliografía escogida, lo que aportó un enfoque cualitativo a la investigación.

- **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

En esta sección se describen los métodos y los instrumentos utilizados para la recolección de datos, los cuales permitieron la evaluación empírica de las variables objeto de estudio. Para tal efecto, se empleó la técnica del cuestionario, utilizando la Escala de Ansiedad de Zung, instrumento conformado por 20 ítems orientados a medir el nivel de ansiedad en la persona evaluada. El instrumento utiliza una escala de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, que va desde 1 (“nunca o muy pocas veces”) hasta 3 (“la mayoría del tiempo”). Asimismo, la escala presenta adecuados niveles de confiabilidad, evidenciados por un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83 (Velásquez Cabrejos, 2019).

Los hallazgos de Torres (2024) y Paredes Osorio (2024), quienes reportaron una mejora significativa en los niveles de ansiedad. Ambos autores demostraron que, tras la intervención, los pacientes lograron puntuaciones <40 puntos, alcanzando rangos de normalidad clínica. Específicamente, Torres evidenció una reducción del 25-30% en la escala global, mientras que Paredes Osorio logró que el 43.6% de su muestra normalizara su estado emocional, validando así la sensibilidad del instrumento para medir el progreso terapéutico.

Para los fines de la presente investigación, la Escala de Ansiedad de Zung fue organizada en tres dimensiones, de acuerdo con el tipo de sintomatología evaluada. La dimensión psicológica comprende los ítems del 1 al 5; la dimensión orgánica abarca los ítems del 6 al 12; y la dimensión anatómica incluye los ítems del 13 al 20.

El instrumento aplicado se presenta en el Anexo N.º 1.

- **Métodos de análisis de datos**

El procesamiento estadístico de los datos empíricos que se recogieron durante la investigación fueron procesados, considerando el método descriptivo y el método inferencial. De forma particular, el tratamiento estadístico se hizo teniendo en cuenta el siguiente proceso:

- **Seriación:**

Para comenzar con el procesamiento de datos, se unificaron todos los instrumentos aplicados en un único sistema de organización, con el fin de facilitar su identificación y manejo.

- **Codificación**

Como parte del procesamiento de datos, se procedió a la codificación utilizando hojas específicas, asignando valores numéricos a las respuestas obtenidas para facilitar su análisis.

- **Tabulación**

Para comenzar con la tabulación, se ingresaron las respuestas codificadas en una matriz de datos, lo que permitió elaborar las tablas estadísticas necesarias para contrastar los resultados con los objetivos del estudio.

- **Análisis e Interpretación de Información**

Una vez que han sido creadas las tablas estadísticas, se examinó la hipótesis en relación con las variables y los objetivos de la investigación, lo cual ha permitido comprobar su validez. Finalmente, se elaboraron las conclusiones y sugerencias para abordar la problemática que se está investigando.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 RESULTADOS

En esta parte se van a presentar las tendencias esenciales conseguidas a partir de la ejecución del instrumento de recolección de datos, dirigido a un total de veinte enfermeras y fue escogida mediante la técnica no probabilística intencional a quienes se le administró un cuestionario referente al nivel de ansiedad.

Los resultados conseguidos en esta investigación se trataron empleando la estadística descriptiva e inferencial, que está dedicada a examinar y determinar grupos de datos, los cuales han sido representados como F de frecuencia acumulada, % de porcentaje de gráficos y tablas.

Ante esto, se han tenido en cuenta tres procesos que resumen el nivel de ansiedad que presentan las enfermeras del Hospital Naylamp:

Proceso 1: Aspectos psicológicos

- Me siento ansioso y nervioso más de lo habitual.
- Tengo miedo sin ninguna razón clara.
- Me Despierto fácilmente o tengo episodios de pánico en la noche.
- Siento una tensión tan fuerte que parece que voy a explotar.
- Tengo la sensación de que todo está bien y que nada malo va a pasar.

Proceso 2: Aspectos orgánicos

- Siento temblores en las manos y en los pies.
- Me molestan dolores frecuentes en la cabeza, cuello y en la parte baja de la espalda.
- Me siento débil y me agoto con facilidad.
- Me siento en calma y puedo mantener la tranquilidad sin problema.
- A veces noto que mi corazón late muy rápido.

Proceso 3: Aspectos anatómicos

- Suelo tener malestar estomacal o problemas de digestión.
- Voy al baño a orinar con bastante frecuencia.
- Mis manos suelen sentirse secas y calientes.
- Tengo sensaciones repentinas de calor intenso.
- Me duermo fácilmente y descanso bien en la noche.
- Tengo sueños inquietantes o pesadillas.

Después de haber precisado los indicadores referentes a los procesos del nivel de ansiedad, se tratará de sistematizar los datos conseguidos de las encuestas bajo una valoración vigesimal de 0 a 20, bajo la valoración cualitativa de:

Alto: 16-20 puntos

En proceso: 11-15 puntos

Básico: 6-10 puntos

En inicio: 0-5 puntos

Proceso N° 1: Aspectos psicológicos

Tabla N° 1

Aspectos psicológicos			
Valoración Cuantitativa	valoración cualitativa	f	%
16-20 puntos	Bajo	1	5
11-15 puntos	En proceso	2	10
6-10 puntos	Básico	2	10
0-5 puntos	En inicio	15	75
Total		20	100

Fuente: Elaboración propia teniendo como base la guía de observación (n= 20)

Según como se observa en el cuadro el 75% de los de las enfermeras se encuentra en un nivel en inicio del desarrollo de este primer proceso, en cuanto al nivel básico y en proceso, el mismo porcentaje de enfermeras, un 10%, se mantiene constante. Sin embargo, el grupo más pequeño, que representa solo el 5%, se encuentra en el nivel alto.

Proceso N° 2: Aspectos orgánicos

Tabla N° 2

Aspectos orgánicos			
Valoración Cuantitativa	valoración cualitativa	F	%
16-20 puntos	Alto	1	5
11-15 puntos	En proceso	0	0
6-10 puntos	Básico	4	20
0-5 puntos	En inicio	15	75
Total		20	100

Fuente: Elaboración propia teniendo como base la guía de observación (n= 20)

De acuerdo como se puede ver en el recuadro el 75% de las enfermeras se hallan en un nivel en inicio del desarrollo de este segundo proceso, con respecto al nivel en proceso se halla en un 0%, después el 20% de las enfermeras se hallan en un nivel básico, finalmente, el 5% de las enfermeras se hallan en un nivel alto.

Proceso N° 3: Aspectos anatómicos

Tabla N° 3

Aspectos anatómicos			
Valoración Cuantitativa	valoración cualitativa	F	%

16-20 puntos	Alto	0	0
11-15 puntos	En proceso	0	0
6-10 puntos	Básico	9	45
0-5 puntos	En inicio	11	55
Total		20	100

Fuente: Elaboración propia teniendo como base la guía de observación (n= 20)

De acuerdo como se ve en el recuadro el 55% de las enfermeras se hallan en un nivel en inicio del desarrollo de este tercer proceso, con respecto al nivel en proceso y sobresaliente se hallan en un 0%, y finalmente, el 45% de las enfermeras se hallan en un nivel básico.

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Teniendo en cuenta los resultados más principales de la investigación, se contrastarán con los antecedentes y teorías planteadas. En ese sentido, el diagnóstico pertinente, fue el siguiente:

Según la primera dimensión de la variable ansiedad, el 75% de los de las enfermeras se hallan en un nivel en inicio del desarrollo de este primer proceso, con respecto al nivel básico y en proceso, hay el mismo porcentaje de las enfermeras de 10%, ahora, el menor número de enfermeras, abarcando el 5 % de los mismos se encuentran en nivel alto. Según la segunda dimensión, el 75% de las enfermeras se encuentra en un nivel en inicio del desarrollo de este segundo proceso, en cuanto al nivel en proceso se encuentra en un 0%, después el 20% de las enfermeras se hallan en un nivel básico, y finalmente, el 5% de las enfermeras se hallan en un nivel alto. Además, de acuerdo con la tercera dimensión, el 55% de las enfermeras se hallan en un nivel en inicio del desarrollo de este tercer proceso, con respecto al nivel en proceso y sobresaliente se halla en un 0%, y finalmente, el 45% de las enfermeras se hallan en un nivel básico.

En base a lo mencionado, según Concha et al. (2020) en su investigación denominada “Estrés ansiedad y depresión con estilos de afrontamiento en enfermeras en contacto con COVID-19 Cusco Perú”, el objetivo del estudio fue identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y los niveles de estrés, ansiedad y depresión en el personal de enfermería que atendió a pacientes con COVID-19 durante la emergencia sanitaria en Cusco, Perú, en el año 2020. Se trató de una investigación de tipo correlacional y transversal, utilizando un diseño por cuotas. La información fue difundida durante la “Maratón Científica de Enfermería” el 19 de agosto. Se recolectaron 91 encuestas en línea. Las variables dependientes del estudio fueron el estrés, la ansiedad y la depresión, mientras que la variable independiente fue el estilo de afrontamiento. El estudio contó con la aprobación del comité de ética de la UAC (informe 004-CIEI-UAC). Los resultados mostraron una prevalencia de depresión del

30,8%, ansiedad del 41,8% y estrés del 34,1%. Se encontraron correlaciones significantes entre el bloqueo del afrontamiento y los estilos de afrontamiento cognitivo, con valores entre -0.25 y -0.35, y tamaños de efecto grandes (0.50). El afrontamiento social mostró una relación que podría tener un impacto positivo, especialmente al fortalecer los lazos familiares del personal de salud. En cambio, el uso del afrontamiento por evitación podría traer consecuencias negativas a futuro para estos profesionales.

Además, según Pereyra (2021), en su investigación denominada “Ansiedad y la aplicación de medidas de bioseguridad en enfermeros de un Hospital Covid-19 Lima, 2021”, el estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la ansiedad y el cumplimiento de las medidas de bioseguridad. Fue una investigación básica, con un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental de tipo transversal. Su muestra fue no probabilística y estuvo compuesta por 70 enfermeras. Se utilizó la encuesta como técnica y un cuestionario validado por expertos, con alta confiabilidad: 0.890 para ansiedad y 0.885 para bioseguridad, respectivamente según alfa de Cronbach). Obtuvo como resultados: El 37,1% de los encuestados presentó ansiedad en nivel severo, mientras que el 95,7% percibió la bioseguridad como buena. Se encontró una correlación positiva y alta entre ansiedad y bioseguridad (ρ de Spearman = 0,618), así como entre las dimensiones de la ansiedad y la implementación de medidas de bioseguridad. En conclusión, se confirmó que existe una relación entre ambos factores.

La ansiedad funciona como un sistema de alerta del cuerpo frente a situaciones que se perciben como amenazantes, es decir, aquellas en las que hay algo en juego, ya sea una ganancia o una pérdida. Por otro lado, Rivera, Murillo y Sierra (2007) mencionan que el concepto de neurosis ha sido complicado desde sus inicios en 1769, cuando William Cullen relacionaba la «irritabilidad» del sistema nervioso con un tono general del cuerpo, que se pensaba estaba influenciado por un fluido que recorría el sistema nervioso. También señalan que la neurosis se manifestaría como irritabilidad, nerviosismo, tristeza y otros síntomas parecidos, causados por un desequilibrio en el sistema nervioso o, según sus propios términos, en los fluidos neurales.

Existen diversas teorías que buscan explicar el origen de la ansiedad, debido a su relevancia como factor detrás de numerosos problemas clínicos (Virues, 2005). Algunas de estas teorías son:

a. La ansiedad presenta un origen físico ligado a la activación del sistema nervioso, ya sea en respuesta a estímulos externos o debido a un trastorno interno en las estructuras o funciones del cerebro. La activación del cerebro humano se va ver reflejado en los síntomas físicos que van hacer producidos por el SNA (como el incremento de la actividad simpática) y de las hormonas generadas por las glándulas suprarrenales, que son las que van a generar los signos físicos de la ansiedad. Además, la estimulación del sistema límbico y la corteza cerebral producen los síntomas psicológicos relacionados con la ansiedad.

b. La teoría psicodinámica de Freud plantea que la angustia surge inicialmente como una reacción fisiológica ante una sobre estimulación ligada a impulsos sexuales o libido. Más adelante, se reinterpretó como una señal de alerta frente a situaciones de peligro. Según esta perspectiva, la ansiedad se genera por el conflicto interno entre las exigencias estrictas del súper yo y los deseos reprimidos del ello, donde los impulsos considerados inaceptables por la persona provocan este estado de inquietud.

c. Teorías Conductistas. Sostiene que todos los comportamientos se adquieren a través del aprendizaje y, en algún momento, se vinculan a estímulos positivos o negativos, lo que les otorga un significado que perdura con el tiempo. Según esta teoría, la ansiedad surge porque los individuos han comprendido de forma equivocada asociar ciertos estímulos inicialmente neutros con experiencias traumáticas o peligrosas. Así, cada vez que se enfrentan a esos estímulos, se activa la sensación de miedo o angustia vinculada a esa amenaza. La teoría del aprendizaje social explica que la ansiedad puede surgir no solo por experiencias o información directa sobre eventos traumáticos, sino también al observar y aprender de las reacciones de personas importantes que se encuentra en nuestro entorno.

Ello nos indica que esta variable tiene que ser atendido, tomando en cuenta la metodología cognitivo conductual.

CAPÍTULO V: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL

El programa de intervención grupal con enfoque cognitivo-conductual, diseñado para reducir el trastorno de ansiedad generalizada, se llevó a cabo en cuatro sesiones distribuidas en dos por semana. La primera sesión tuvo una duración de sesenta minutos, la segunda fue de setenta minutos, y tanto la tercera como la cuarta duraron sesenta minutos cada una.

Indicadores de evaluación

- Asistencia al programa (30%)
- Entrega de los productos en equipo (30%)
- Evaluación final del programa (40%)

A continuación, se detalla el contenido trabajado en cada sesión.

SESIÓN I:

OBJETIVO:

Identificar cómo la ansiedad se "guarda" en los músculos del cuerpo y aprender a soltar esa carga mediante ejercicios de estiramiento y respiración para trabajar con más alivio.

Metodología:

- Dinámica de inicio "El Semáforo Corporal".
- Práctica guiada de relajación y respiración.
- Diálogo grupal sobre el dolor físico.

TIEMPO

Sesenta minutos.

DESARROLLO

Presentación:

Al empezar con la sesión dimos la bienvenida a las enfermeras donde formulamos las siguientes preguntas: "¿Qué es la ansiedad para ustedes?". Algunas enfermeras dicen que es

"nervios", otras que es "querer correr". Para explicarlo fácil, se hace la dinámica "El Semáforo de mi Cuerpo":

Cada una identifica una zona en ROJO (donde le duele mucho por estrés, como el cuello), en AMARILLO (donde siente molestias a veces) y en VERDE (donde se siente relajada).

Se explica que la ansiedad es como una alarma que se queda "prendida" en nuestros músculos (espalda, hombros y mandíbula) y que, aunque las enfermeras saben mucho de anatomía por su profesión, a veces olvidan aplicar ese conocimiento en su propio cuerpo.

Procedimiento:

Todas las participantes toman asiento formando un círculo. Se les pide recordar un momento difícil del turno de ayer. Ellas enunciaron cómo se sintió su cuerpo en ese momento:

- Seis mencionaron que sienten el cuello "duro como piedra".
- Cinco dijeron que sienten opresión en el pecho que no las deja respirar bien.
- Cuatro comentaron que terminan el día con dolor en la boca del estómago.

Al compartirlo, se dan cuenta de que todas cargan el estrés en los mismos lugares del cuerpo.

Actividades:

- Técnica de la Respiración.
- Ejercicios Musculares.

Cierre:

Por último, en las hojas de tarea, cada participante anotó un compromiso. Por ejemplo, las que sufren de dolor de cuello se comprometieron a hacer 3 estiramientos antes de su refrigerio.

Técnicas usadas:

- Respiración Diafragmática: Para calmar la agitación del cuerpo.
- Relajación Muscular Progresiva: Para soltar la dureza de la espalda y hombros.
- Dinámica del Semáforo: Para que reconozcan sus propios puntos de dolor.

SESIÓN II:

OBJETIVO:

Aprender a frenar los pensamientos acelerados y la agitación del cuerpo mediante el uso de los cinco sentidos, logrando que la persona regrese al "aquí y ahora" de manera inmediata.

METODOLOGÍA

- Dinámica de inicio: "El Escáner Sensorial".
- Entrenamiento práctico en la técnica 5-4-3-2-1.

TIEMPO

Sesenta minutos.

DESARROLLO:

Introducción:

Al iniciar la sesión se procedió a realizar las siguientes preguntas: "¿Cuántas veces están medicando a un paciente, pero su mente está pensando en el problema de mañana?". Las enfermeras ríen y asienten. Se explica que la ansiedad es vivir en el futuro, y que las enfermeras, por su trabajo bajo presión, suelen estar "desconectadas" de su propio cuerpo. De este modo se realiza una dinámica rápida donde deben cerrar los ojos y decir el sonido más lejano que escuchan, introduciendo así el poder de los sentidos.

Procedimiento:

Sentadas en círculo, se les explica que cuando sientan que el corazón se acelera (síntoma orgánico), deben usar sus sentidos para avisarle al cerebro que no hay peligro real en ese momento. Las participantes comentaron situaciones donde pierden el control:

- Siete dijeron que se bloquean cuando hay muchos familiares exigiendo atención.
- Cinco mencionaron que sienten mareos cuando piensan en sus deudas al llegar a casa.
- Tres dijeron que a veces sienten que "no están ahí" por tanto cansancio.

Actividad de Mejora: Técnica 5-4-3-2-1 (25 min):

Se guía a las participantes a realizar la técnica paso a paso:

- 5 cosas que puedes VER: Se les pide nombrar objetos en la sala (el reloj, una silla, el color del uniforme).

-
- 4 cosas que puedes TOCAR: (La textura de su pantalón, el frío de la silla, sus propias manos, su cabello).
 - 3 cosas que puedes OÍR: (El ventilador, un carro afuera, su propia respiración).
 - 2 cosas que puedes OLER: (El olor a desinfectante, el aroma de su perfume o café).
 - 1 cosa que puedes PROBAR: (El sabor que queda en la boca o simplemente pasar saliva y notar la sensación).

Al realizar dicha actividad se reflejó una mejoría en las enfermeras en donde expresaron que se sentían más calmadas y olvidando su carga que mantenían día a día.

Cierre:

En las hojas de tarea, anotaron su compromiso: realizar el "5-4-3-2-1" apenas sientan que su respiración se vuelve corta o rápida. Se les explica que esta técnica es un "ancla" para no dejar que la ansiedad suba. Se despiden notando que, al estar más atentas a sus sentidos, su cuerpo se siente menos rígido.

INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS USADAS

- Técnica de Grounding (5-4-3-2-1): Para conectar con la realidad física y bajar la intensidad del pensamiento ansioso.
- Enfoque Sensorial: Para regular el sistema nervioso mediante estímulos externos.
- Diálogo Reflexivo: Para validar que todas pasan por momentos de "desconexión" por el estrés laboral.

SESIÓN III:

OBJETIVO

Identificar los contextos que conllevan a que una persona evite las relaciones interpersonales y aprender estrategias para afrontarlas de una manera correcta.

METODOLOGÍA Exposición Diálogo

Análisis grupal y espacio de discusión

Asignación de tareas para realizar en el hogar

TIEMPO

Sesenta minutos

DESARROLLO

Presentación. -

Se hizo una presentación mutua entre la facilitadora, la monitora y los quince participantes, quienes en su gran mayoría ya se conocían porque estaban en grupo parroquial. Asimismo, se explicó el objetivo del programa y las normas básicas como la perseverancia, la puntualidad y el respeto a la intimidad. Gracias a este conocimiento pudieron realizar la actividad, la cual duró 15 minutos.

Evaluación pre test

A cada uno de los participantes se le explicaron cómo se debía de realizar la actividad y a la vez se les hizo entrega de una escala de ansiedad generalizada denominada GAD7 otorgándoles un buen tiempo de aproximadamente 10 minutos para que pudieran solucionarlo de manera individual. Para diez mujeres fue fácil de responder y otras pidieron ayuda para que les explique nuevamente.

Procedimiento

Todas las participantes tomaron asiento formando un círculo, de forma que ya no podían verse entre ellos. Después, de ello procedieron a explicar a las pacientes como se desarrollaría la sesión cuyas intervenciones son disminuir la conducta evitativa y tácticas interpersonales.

Se le procedió a pedir a cada uno de las participantes que se acuerden de ciertas situaciones que les lleva a estar alejadas de otras personas. Es por este motivo que se consideró esencial trabajar en grupo para que ellos sean un soporte emocional.

Ellas enunciaron los juicios, ideas que les conllevaron a que tengan esa conducta evitativa en las relaciones interpersonales:

Cinco de ellas mencionaron que sienten temor por el que dirán las demás personas, cuatro dijeron que, para evitar problemas, tres porque dejaron absorberse por sus preocupaciones y las otras tres dijeron que no presentan dificultad para relacionarse con otros.

Después se le pidió a las participantes que enunciaran lo que han aprendido de estar en grupo.

Todas comentaron que comprendieron la importancia de compartir sus experiencias en un grupo donde se sintieron respetadas y en confianza, expresando frases como “Estoy empezando a sentir confianza en el grupo” y “Me aceptan tal como soy”.

Por último, en las hojas de tarea para el hogar cada participante anotó su compromiso para enfrentar conductas evitativas en sus relaciones. Por ejemplo, las cinco mujeres que temen al qué dirán se comprometieron a acercarse sin prejuicios, y las cuatro que evitan problemas trabajarán en una comunicación asertiva, expresando sus ideas y emociones de manera clara y adecuada.

Al momento de identificar las ideas que las hacían evitar las relaciones sociales, las integrantes empezaron a acercarse entre sí como compañeras. Al darse cuenta que compartían situaciones similares, como las preocupaciones y ansiedad generalizada, pudieron conectarse con más confianza y atención mutua.

SESIÓN IV:

OBJETIVO

Determinar los pensamientos automáticos y desarrollar tácticas de resolución de problemas.

METODOLOGÍA Exposición Diálogo Análisis de problemáticas Tareas para el hogar

TIEMPO

Setenta minutos

DESARROLLO

Se revisó la tarea asignada en el día uno, once la realizaron con regularidad, dos de ellas les resultó difícil debido al miedo de que dirán y las otras dos porque se dejaron absorber por sus preocupaciones.

Durante la revisión de la sesión anterior se destacó la importancia de establecer las relaciones interpersonales, lo que va a permitir a que haya un crecimiento y enriquecimiento personal.

En esta sesión se trabajó en identificar los pensamientos automáticos, esos mensajes que surgen de manera involuntaria y que hemos aprendido a medida que pasa el tiempo. Entre los pensamientos distorsionados que las personas lograron reconocer, se encuentran los siguientes:

- Siento que a mi supervisor no le agrado, pero no comprendo porque me trata con antipatía
- Me dan la impresión de que están en mí contra
- Creo que soy una persona muy aburrida
- Siento que no tengo a nadie que esté a mi lado
- Pienso que no soy capaz de realizar cosas importantes
- Siempre siento que me tengo que sacrificar por alguien más

-
- Siento que mi familia no me acepta tal como soy
 - Me preocupa constantemente que algo malo les ocurra a mis seres queridos
 - Me cuesta recordar cosas, soy muy olvidadiza
 - A veces reacciono de forma impulsiva y agresiva, y eso me genera preocupación.

Después se realizó la explicación de los elementos para la solución de problemas que se van a detallar:

El primer elemento: definir el problema: en este elemento las integrantes han descrito 2 de los problemas que les estaba generando preocupación, por ejemplo:

- Problema 1: Cómo apoyar a tu pareja para que no se deje influenciar por sus amigos cuando lo invitan a salir a tomar.
- Problema 2: Cuando intento acercarme a mis hijos, me responden de manera defensiva.

El segundo elemento: El grupo les brindó apoyo para hallar diversas soluciones a cada uno de los problemas que plantearon

Para el 1° problema: Se propusieron las siguientes ideas sobre cómo apoyar a mi pareja para que no se deje influenciar por sus amigos cuando lo invitan a beber:

- a) Que la paciente se encargue de administrar el dinero en casa.
- b) Que tenga una conversación con su pareja y le explique las consecuencias del consumo del alcohol.
- c) Que la paciente vaya a recoger a su esposo al salir del trabajo.

Para el 2° problema: Cuando intento acercarme a mis hijos, me responden de manera defensiva.

- a) Mostrar cierta indiferencia ante actitudes.
- b) Imponerse con firmeza, recordándoles que es su madre.

-
- c) Acercarse con una actitud positiva, sonreírles y decirles cosas amables.

El tercer componente: En esta etapa, evaluaron de manera realista las posibles consecuencias de cada una de las soluciones planteadas en el paso anterior, con el fin de tomar la mejor decisión.

Para el 1° problema: Se propusieron varias opciones sobre cómo apoyar a mi pareja para que no se deje influenciar por sus amigos cuando lo invitan a beber, considerando tanto las posibles consecuencias positivas como las negativas de cada una.

- a) Solución propuesta: Que la paciente se encargue de administrar el dinero.
- Consecuencia positiva:
 - El dinero se organizaría mejor y se destinaría a cubrir las necesidades del hogar.
 - Consecuencia negativa:
 - Es posible que el esposo se moleste por perder el control del dinero.
- b) Solución propuesta: Que la paciente dialogue con su pareja y le explique las consecuencias de beber alcohol.
- Consecuencias positivas:
 - La paciente podría expresar como es que se siente y compartir sus preocupaciones.
 - Esto le dará más tranquilidad.
 - El esposo podría reflexionar y empezar las invitaciones de sus compañeros.
 - Consecuencia negativa:
 - Al principio, el esposo podría reaccionar con molestia.
- c) Solución propuesta: Que la paciente recoja a su esposo al salir del trabajo.
- Consecuencia positiva:
 - De esa manera llegarían juntos a casa.

- Consecuencias negativas:

- Es posible que el esposo se enoje.
- Sus compañeros de trabajo podrían molestarlo por eso.

Para el 2° problema: Cuando me acerco a mis hijos me responden a la defensiva se propusieron las siguientes soluciones, junto con sus posibles efectos positivos y negativos:

a) Solución propuesta: Mostrar indiferencia a sus hijos.

- Consecuencia positiva:

- No se identificaron beneficios.

- Consecuencias negativas:

- La paciente podría sentirse herida emocionalmente.
- Podría causarle irritación.
- Incluso llegar a provocar dolor de cabeza.

b) Solución generada: Acercarse con una actitud positiva, sonreírles y decirle cosas positivas.

- Consecuencias positivas:

- Los hijos podrían recibirla con más apertura.
- Se generaría la oportunidad de comenzar un diálogo.
- La paciente se sentiría emocionalmente mejor.

- Consecuencia negativa:

- Existe la posibilidad de que alguno le conteste mal.

c) Solución propuesta: Gritarles para imponer autoridad como madre.

-
- Consecuencia positiva:
 - Les haría saber que ella es la figura materna
 - Consecuencias negativas:
 - Los hijos podrían reaccionar con más enojo.
 - Esto podría ocasionar un conflicto entre madre e hijos.

El cuarto componente: Para cada problema, eligieron la solución que ofrecía más beneficios y menos efectos negativos, y se la llevaron como tarea para ponerla en práctica en casa.

De esta manera para el primer problema: Para abordar la situación de cómo apoyar a su pareja para que no se deje influenciar por sus amigos para ir a beber, se concluyó que la opción más adecuada era que la paciente hablara con él y le explicara las consecuencias de beber alcohol.

Para el segundo problema: Frente al problema "Cuando me acerco a mis hijos me contestan a la defensiva", la opción más adecuada fue acercarse a ellos con una actitud positiva, sonreírles y hablarles con palabras amables.

Al finalizar la sesión, 14 participantes compartieron lo valioso que fue aprender sobre cómo resolver problemas y destacaron el apoyo recibido del grupo y la facilitadora, expresando sentirse más tranquilas y comprendidas. Solo una de ellas tuvo dificultad para concentrarse en la actividad, ya que estaba muy afectada por sus preocupaciones.

Después, cada participante anotó en su hoja de tareas para casa el compromiso de enfrentar y solucionar tanto las pequeñas como los grandes problemas que puedan ir ocurriendo.

Las mujeres empezaron a notar una mejoría en sus preocupaciones al descubrir que los problemas pueden solucionarse, lo que ayudó a calmar a su conducta. Esto demuestra que la técnica de resolución de problemas es muy útil para pacientes con ansiedad generalizada, ya que le permite afrontar aquello que le genera angustia, miedo e intranquilidad.

Las mujeres reconocieron que anteriormente solamente hacían las cosas por aprender, intuición, consejo de amigos y familiares, al comprender la técnica de solución de problemas es más disciplinado su conducta.

SESIÓN V:

OBJETIVO

Solucionar los problemas que se puedan ir presentando y tomar conciencia de la enfermedad por la que estan atravesando.

METODOLOGÍA

Exposición Diálogo Análisis y Discusión de Grupo Evaluación

TIEMPO

Sesenta minutos

DESARROLLO

Se hizo la retroalimentación respectiva de la anterior sesión, en donde se les preguntaba acerca de los elementos de la solución de los problemas, todas recordaban cada uno de los elementos o componentes. En este sentido, se les explicó que, si no obtienen un resultado satisfactorio, la paciente tendrá que comenzar de nuevo e intentar hallar una mejor solución.

Se revisaron las tareas que eran para el hogar, diez pusieron en práctica la solución que les ofrecía más beneficios y menos efectos negativos. De ellas, solamente 6 lograron resultados positivos, mientras que cuatro tuvieron que enfrentar el mismo inconveniente en más de una ocasión.

Luego, se continuo con el análisis de ciertos problemas de las pacientes en hallar soluciones con los 4 elementos o componentes:

El primer componente: definir el problema: en esta etapa los pacientes identificaron y describieron dos situaciones que le generaba preocupación, por ejemplo:

- Problema 1: Siento que no tengo a nadie a mi lado

-
- Problema 2: Quizás mi esposo me está engañando.

El segundo componente: El grupo las apoyó en encontrar diferentes alternativas de solución para cada uno de los problemas planteados.

Para el primer problema: Siento que no tengo a nadie a mi lado, se propusieron las soluciones que se mostraran a continuación:

- a) Que la paciente fuera a visitar a su vecina.
- b) Que la paciente cantara y bailara en su hogar.
- c) Que recordara sus capacidades y momentos hermosos.

Para el segundo problema: Quizás mi esposo me está engañando.

- a) Que la paciente este persiguiendo a su esposo.
- b) Que la paciente estuviera atenta a cualquier cambio de conducta de su esposo y hablará con él al respecto.
- c) Que revisara sus pertenencias para ver si hay alguna señal de engaño.

El tercer componente: En esta etapa evaluaron de manera realista las posibles consecuencias de cada solución propuesta en el segundo paso, con el fin de tomar una decisión informada.

Para el primer problema: Siento como si nadie estuviera a mi lado, se propusieron las soluciones siguientes, con sus efectos tanto buenos como malos:

- a) Solución propuesta Que la paciente visitara a su vecina.

Consecuencias positivas:

- La paciente no estaría sola.
- La paciente tendría la oportunidad de compartir sus sentimientos e ideas.

Consecuencia negativa:

-
- Va a interrumpir a su vecina para que pueda realizar sus actividades de manera normal.

b) Solución propuesta: Que la paciente cantara y bailara en su casa.

Consecuencia positiva:

- La paciente aliviaría su estrés frente a los problemas.

Consecuencia negativa:

- Esa sensación de bienestar solo duraría un instante.

c) Solución propuesta: Que la paciente recordara sus capacidades y momentos hermosos.

Consecuencias positivas:

- La paciente conservará en su mente sus cualidades y recuerdos hermosos durante todo el día.
- Esto le hará sentirse mejor.
- Le permitirá llevar a cabo sus actividades con mayor energía.

Consecuencias negativas:

- No se identificaron.

Para el segundo problema: Quizás mi esposo me esté engañando, se propusieron soluciones, con efectos buenos o malos respectivamente:

a) Solución propuesta: Que la paciente persiguiera al esposo.

Consecuencia positiva:

- Tendría claridad y resolvería su duda.

Consecuencias negativas:

-
- Podría afectar su dignidad como mujer.
 - Podría ser riesgoso, y provocar una situación peligrosa.
 - Podría resultar en una pérdida de tiempo.

b) Solución propuesta: Que la paciente estuviera atenta a cualquier cambio de conducta de su esposo y hablará con él al respecto.

Consecuencias positivas:

- Se despejarían las dudas
- La confianza en relación se fortalecería.
- Ambos podrían compartir sus sentimientos abiertamente.

Consecuencia negativa:

- No se identificó.

c) Solución propuesta: Que revisara sus pertenencias para ver si hay alguna señal de engaño.

Consecuencia positiva:

- Podría aclarar sus dudas.

Consecuencias negativas:

- Perdería autoestima.
- No afrontaría la situación con valentía.

El cuarto componente: De cada problema, eligieron la solución que ofrecía más beneficios y menos efectos negativos, y se comprometieron a aplicarla en casa.

Para el primer problema, “Me siento sola”, la mejor opción fue que la paciente se enfocara en recordar sus cualidades y los momentos felices. En cuanto al segundo problema, “Creo

que mi esposo me engaña”, la solución más acertada fue que la paciente prestara atención a cualquier cambio en el comportamiento de su esposo y hablara con él al respecto.

Luego se les explicó la importancia de ampliar su conciencia y aceptar sus pensamientos como parte de ellas mismas. Para reforzar esto, se les pidió que repitieran frases como: “¡Me acepto tal como soy!”, “¡Acepto a la persona que está a mi lado!”, “¡Me gusta lo que hago!”, “¡Me gusta este lugar!”, “¡Voy a mejorar!” y “¡Sí puedo!”.

Se hizo el cierre de la sesión, con las sugerencias de las mujeres, manifestando que empezaron a sentirse más optimistas y felices por el reforzamiento positivo de las frases que hay ayudado a poder enriquecer su interior y de esta manera reducir la ansiedad.

Hablando de la conducta de las pacientes podemos destacar que su conducta fue mejorando en relación con su entorno laboral, amical y familiar, al solucionar los principales motivos de su preocupación, en otras palabras, los problemas. En este sentido, como ya se conocían las razones e ideas de la evitación de las relaciones sociales, a partir de ello se podía hacerle frente, entablando un diálogo con otras personas.

CONCLUSIONES

- Se logró definir un programa cognitivo-conductual caracterizado por una metodología participativa y terapéutica, estructurada mediante talleres vivenciales. Esta metodología permitió que los objetivos de reducción de ansiedad se trabajaran de forma práctica, facilitando que los participantes identifiquen sus pensamientos automáticos y modifiquen sus conductas en la rutina diaria. La estructura de taller favoreció un entorno de aprendizaje activo, esencial para que el profesional desarrolle herramientas de autocuidado sostenibles en el tiempo.
- Se determinó que una proporción significativa de la muestra presenta niveles elevados de ansiedad, lo que confirma la vulnerabilidad emocional del grupo de estudio. Estos resultados evidencian la necesidad urgente de priorizar la salud mental de los profesionales, entendiéndolos como el eje central de la institución. No abordar estos niveles de ansiedad de manera temprana no solo compromete el bienestar del individuo en su vida diaria, sino que representará una dificultad estructural y operativa para el hospital a largo plazo.
- La fundamentación del programa en el modelo cognitivo-conductual integrando aportes del conductismo, el constructivismo y el enfoque sociocultural proporcionó la estructura necesaria para comprender la ansiedad desde una perspectiva integral. Este respaldo teórico permitió consolidar un modelo sólido donde la ansiedad no se ve como un síntoma aislado, sino como un proceso que afecta las formas de relacionarse y el desempeño en el trabajo, validando así la pertinencia científica de la propuesta.
- Se definieron claramente las características, fases y técnicas del programa cognitivo-conductual, garantizando su aplicabilidad práctica y efectividad potencial para reducir la ansiedad en el personal de enfermería del hospital.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la dirección del hospital ejecutar el programa cognitivo-conductual diseñado, iniciando con las profesionales que reportaron niveles más altos de ansiedad. Es fundamental que la participación no se perciba como una carga laboral extra, sino como un espacio de bienestar personal y autocuidado dentro de la jornada institucional.
- Dado que el modelo teórico demostró ser efectivo, se sugiere institucionalizar talleres de "alfabetización emocional". El objetivo es que los trabajadores aprendan de forma permanente a identificar sus sesgos cognitivos y a manejar su diálogo interno, evitando que el estrés del día a día se convierta en ansiedad clínica crónica.
- Se recomienda fortalecer las formas de relacionarse dentro de los equipos de trabajo. El hospital debe promover espacios de comunicación asertiva y apoyo mutuo, basándose en el enfoque sociocultural de la teoría, para reducir la sensación de aislamiento que a menudo acompaña a la ansiedad en el entorno laboral.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association. (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR. España: Editorial Masson.
- Andrade, S (2013). Principales Factores de Ansiedad de un Grupo de Colaboradores de una Empresa gubernamental, al momento de Producirse un terremoto en el Departamento de San Marcos, Guatemala. De la ciudad de Guatemala, (Tesis inédita de la licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Campus Central, Guatemala.
- Aguilar, E (2005). Nivel de Ansiedad de los docentes ante la Evaluación del Desempeño en un colegio privado de la Ciudad de Guatemala. (Tesis inédita de la licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Campus Central, Guatemala.
- Baeza, J. y Balguer, G. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. España: Editorial Isfas
- Baeza J. (2008). Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad. Madrid y Barcelona.
- Barberà, E. y Martínez, I. (2004), Psicología y Genero. Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T. (2026). Terapia cognitiva y trastornos emocionales. Editorial Paidós.
- Búcaro, S (2008). Detección de los niveles de ansiedad manifestados por un grupo de encargados de restaurante de una empresa de comida italiana en Guatemala. (Tesis inédita de la licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Campus Central.
- Cano, A. (2007). La naturaleza de los Trastornos de Ansiedad, SEAS. Consultado el día 06 de abril de 2014 (En Red). Disponible en: <http://www.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>
- Castillo, E (2012). Niveles De Ansiedad Ante La Evaluación Del Desempeño (Tesis inédita de la licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Huehuetenango, febrero Campus San Roque González, S.J.
- Chávez, E. (2004). Estrategias de afrontamiento a la ansiedad de evaluación y su relación con el desempeño académico en estudiantes universitarios incorporados a modelos educativos innovadores. Consultado el día 03 de abril de 2014. De: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ELSA_GUADALUPE_CHAVEZ_DE_AND A.pdf
- Clark, D. A., y Beck, A. T. (2010). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad.

-
- Cuestas, J. (2001). Productividad y estudio del Trabajo. Consultado el día 03 de abril de 2014. De: <http://www.asetemyt.com/2011/06/productividad-y-el-estudio-del-trabajo/>
- De Laparra, I., Cortelezzi, M., Lombardi, E. (2006) Diagnostico y Terapéutica en Endocrinología y Ginecología y Reproductiva (1ª Edición) Buenos Aires: Journal.
- Díaz, H (2012). Lidiando con la ansiedad. Consultado el 06 de abril del 2014 <http://www.tratamientoparatuansiedad.com/lidiando-con-ansiedad-en-el-trabajo/>.
- Dunstan, D. A., & Scott, N. (2020). Norms for Zung's Self-rating Anxiety Scale. *BMC Psychiatry*, 20(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2427-6>.
- Fuentes, S. (2012). Satisfacción laboral y su influencia en la productividad, el estudio se realizó en la delegación de recursos humanos del organismo judicial en la ciudad de Quetzaltenango. (Tesis inédita de la licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Campus de Quetzaltenango, Quetzaltenango, Guatemala.
- Freud, S. (2019). El Yo y el Ello. En Obras Completas (Vol. XIX). Amorrortu Editores. (Original publicado en 1923).
- Freud, S. (2021). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas (Vol. XX). Amorrortu Editores. (Original publicado en 1926).
- García, A. (2006). La salud. Consultado el 06 de abril del 2014, de <http://www.lasalud.com/pacientes/ansiedad.htm#7>
- García, A. (2009). La ansiedad anticipatoria. Consultado el día 03 de abril de 2014 de: <http://www.amadag.com/articulo4.htm>
- Halgin, R. y Krauss, S. (2009). Psicología de la anormalidad (5ª. Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Halgin, R., y Whitbourne, S. (2004). Psicología de la anormalidad. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, Fernández y Baptista (2006) Investigación descriptiva. Consultado el día 03 de abril de 2014 investigación. (4ta Edición). México: McGraw Hill.
- Lahuerta, B., Saiz, S., Moreno, S., y Falagán, M., (2011) Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. GM (1a. Ed.) España: McGraw Hill.
- Luna, M (2007). Relación entre el nivel de Ansiedad, el Nivel de Agresión y la Disciplina en Niños de Edades Escolares. Consultado el día 03 de abril de 2014 http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/arellano_1_s/resumen.pdf.

-
- Marban, J. (2000). Ansiedad y trabajo, consultado el día 03 de abril de 2014 de: gandia.nueva-acropolis.es: http://gandia.nueva-acropolis.es/pagina.asp?art=2873.
- Mardomingo, M. (2004). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid, España: Díaz de Santos S.A.
- Meichenbaum, D. (2025). *Entrenamiento en inoculación de estrés: Un enfoque cognitivo-conductual*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Muñoz, A. (2013). Los síntomas de ansiedad. Consultado el día 03 de abril de 2014 de: <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Los-Sintomas-De-Ansiedad.htm>.
- Navarrete, M. (2013). La ansiedad: ¿Cómo nos afecta? Consultado 03 de abril de 2014 de: <http://www.guiadelasalud.info/articulo.php?art=638&id=480>.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. B. (2023). *Diccionario de Psicoanálisis*.
- Paredes Osorio, J. C. (2024). *Ansiedad y salud mental en profesionales de la salud en el contexto peruano*. Repositorio Institucional - Universidad Continental.
- Roldan, J (2005). *Nivel De Ansiedad En Colaboradores Que Estudian Y Trabajan En Una Empresa Transnacional De Comercio Internacional de la ciudad de Guatemala*, (Tesis inédita de la licenciatura), Universidad Rafael Landívar, Campus Central, Guatemala.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (2024). *Psicopatología y sistemas cognitivos*. Alianza Editorial
- Torres, R. (2024). *Efectos de la TCC en la salud mental peruana*. Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Velásquez Cabrejos, H. S. (2019). *Validez y confiabilidad del Test de Zung que categoriza la depresión en adultos mayores – zonas de la Región Cajamarca*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

ANEXOS

Anexo 1: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN PARA IDENTIFICAR EL NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS ENFERMERAS DEL HOSPITAL NAYLAMP, CHICLAYO, PERÚ.

Objetivo: Diagnosticar el nivel de ansiedad en las enfermeras del Hospital Naylamp, Chiclayo, Perú.

Instrucciones: Por favor, marque adecuadamente según corresponda a cada ítem.

N°	ÍTEM	ESCALA		
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	Estoy nervioso(a) y ansioso(a) más que de costumbre.			
2	Me siento con temor sin razón.			
3	Despierto con facilidad o siento pánico durante la noche.			
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.			
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder			
6	Me tiemblan las manos y las piernas.			
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.			
8	Me siento débil y me canso fácilmente.			
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.			
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.			
11	Sufro de mareos.			
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.			

13	Puedo inspirar y expirar fácilmente			
14	Se me adormecen o me hinchan los dedos de las manos y pies.			
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.			
16	Orino con mucha frecuencia.			
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.			
18	Siento bochornos.			
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche			
20	Tengo pesadillas.			

、

