



Universidad Nacional de Cuyo



Facultad de Ciencias Médicas

ESCUELA DE ENFERMERÍA
CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
TALLER DE PRODUCCION DE TRABAJO FINAL

Métodos no farmacológicos que los enfermeros utilizan ante situaciones de ansiedad generalizada en los pacientes y sus familias.

(Estudio descriptivo de corte transversal realizado en los servicios: coordinado asistencial de emergencias (SERCA) y de medicina de urgencias del Hospital Central durante el mes de Noviembre de 2019)

AUTORES

Alexis, Caicedo

Estefania, Lucarelli

Giuliana, Caram

Mendoza, Marzo de 2020

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o de los autores.

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente:

Vocal 1:

Vocal 2:

Trabajo aprobado el:/...../.....

Agradecimientos.

Al equipo de docentes de la escuela de enfermería de la UNCuyo,

A nuestros hijos Emilio, Martina y Jazmín, por el amor.

A nuestra familia, por el apoyo incondicional.

A nosotros, por el compromiso para con nuestra profesión que nos motiva tanto.

PREFACIO

Una de las necesidades de plantear e investigar el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), es establecer herramientas para los enfermeros que trabajan en el servicio de medicina de urgencias, basado en investigaciones y publicaciones científicas.

En este, se encuestaron a 30 profesionales, cuyos resultados fueron datos valiosos para conocer donde estamos parados respecto al tema y a plantear propuestas.

El desarrollo de este tema se avoca a delimitar las acciones de enfermería y a establecer criterios para la calidad de atención.

ÍNDICE GENERAL

❖ CAPITULO I: planteo del problema	Pág. 6
➤ Introducción	Pág. 7
➤ Delimitación del problema	Pág. 9
➤ Objetivo general y específicos	Pág. 10
➤ Marco teórico	Pág. 11
• Trastorno de ansiedad generalizada	Pág. 12
• Actividades autónomas de enfermería	Pág. 15
• Medidas no farmacológicas para abordar al TAG	Pág. 17
• Actividades de enfermería de colaboración	Pág. 27
❖ CAPITULO II: diseño metodológico	Pág. 31
➤ Diseño metodológico	Pág. 32
➤ Tipo de estudio	Pág. 32
➤ Área de estudio	Pág. 32
➤ Universo y muestra	Pág. 32
➤ Operacionalización de las variables	Pág. 32
➤ Técnicas de recolección de datos	Pág. 34
➤ Procesamiento, análisis y presentación de datos	Pág. 35
❖ CAPITULO III: resultados, discusión y propuestas	Pág. 55
➤ Resumen general de los resultados	Pág. 56
➤ Discusión	Pág. 57
➤ Propuestas	Pág. 58
❖ APENDICE Y ANEXOS	Pág. 59
➤ Bibliografía	Pág. 60
➤ Anexo I	Pág. 62
➤ Anexo II	Pág. 64

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

El siguiente Trabajo Final es presentado por los alumnos Caicedo Alexis, Caram Giuliana y Lucarelli Estefanía de segundo año de la carrera del Ciclo de Licenciatura en Enfermería, de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza. En la que desarrollamos un trabajo de investigación sobre la actuación que tienen los enfermeros de los servicios de medicina de urgencias del Hospital Central y el servicio coordinado asistencial de emergencias (SERCA) sobre medidas no farmacológicas en el TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada).

En el desarrollo de este, mencionamos y describimos que es el Trastorno de Ansiedad generalizada, medidas farmacológicas y no farmacológicas, actividades autónomas de enfermería y actividades de colaboración.

Se realiza un trabajo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal en el mes de noviembre del año 2019. Por medio de cuestionarios anónimos a 30 enfermeros de los servicios de emergencias anteriormente nombrados, de los cuales obtuvimos información que responde a los objetivos planteados.

La información obtenida se procesa y representa a través de diferentes gráficos, dándonos las proporciones de acuerdo a la edad, a la experiencia en los servicios, al conocimiento de las medidas farmacológicas y no farmacológicas, etc.

Esperamos que con el siguiente trabajo de investigación logremos cumplir con los objetivos para así poder proponer herramientas para que los enfermeros podamos utilizar en nuestro quehacer laboral diario. Y así, mejorar la calidad de atención.

Desde la práctica profesional a la cual nos dedicamos, las personas que ingresan a los servicios de emergencia y/o familiares, pueden sufrir alteraciones en su estado de ánimo. Las cuales cursan con periodos de ansiedad, alterando sus signos vitales y a veces, no logrando expresar su verdadero problema o potenciando su proceso patológico.

Hay formas farmacológicas para mitigar estos problemas, que dificultan el abordaje del paciente ya que impactan sobre la conducta, interfiriendo en su comunicación, enlenteciendo su tratamiento.

Los motivos con los que una persona puede recurrir o llamar a un servicio de emergencia pueden ser muy variables ya sean: depresión, conflictos familiares, noticias desagradables (muerte de un familiar o personas cercanas), entre otras. Los cuales no son fáciles de reconocer en el momento ya que, a esto se le suma el conjunto de emociones como el llanto, movimientos bruscos, mutismo, heteroagresión, autoagresión, violencia de género, etc.

Cabe destacar que en el caso que pueda identificarse la problemática que le ocasiono a la persona este episodio de ansiedad será aquello que podría darnos una herramienta para el tratamiento de primer momento.

En la formación académica de cada uno de nosotros, ya seamos licenciados en enfermería, enfermeros universitarios/ profesionales o auxiliares en enfermería, dado que por la extensa currícula que se dicta en los años de cursado, no se logra contemplar este tema de forma óptima. Lo que nos limita el campo de abordaje ante estas situaciones tan habituales.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los métodos no farmacológicos que los enfermeros del servicio coordinado asistencial de emergencias (SERCA) y los del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central utilizan ante situaciones de ansiedad generalizada en los pacientes y sus familias durante el mes de noviembre del 2019?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo general:

- Determinar los métodos no farmacológicos que utilizan los enfermeros del servicio coordinado asistencial de emergencias (SERCA) y el servicio de medicina de urgencias del Hospital Central ante situaciones de ansiedad generalizada en los pacientes y sus familias, durante el mes de noviembre del 2019.

Objetivos específicos:

- Diferenciar las medidas invasivas de las no invasivas.
- Determinar que conocimientos tienen los enfermeros del servicio de emergencia sobre los métodos no farmacológicos frente al trastorno de ansiedad generalizada.
- Analizar como abordan los enfermeros el trastorno de ansiedad generalizada.
- Detallar cuál es el origen de los conocimientos que tiene cada enfermero del servicio de emergencia sobre los métodos no farmacológicos en el trastorno de ansiedad generalizada.
- Caracterizar la muestra en estudio.

MARCO TEORICO

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se define como ansiedad a un estado emocional que presenta reacciones de miedo u opresión anticipatorias de peligro o amenaza inespecíficos, acompañados de una activación del sistema nervoso autónomo, cuando ésta es difusa y persistente, que no está limitada ni predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular se denomina **Ansiedad generalizada**.¹

Este estado de ansiedad puede ocasionarse por factores internos o externos, y es importante entender éste estado emocional como normal ante determinados eventos y que se desarrolla partir de situaciones estresantes, a tal punto que es deseable ante ellos para poder resolver problemas cotidianos.

La ansiedad se convierte en patológica cuando sobrepasa cierta ansiedad o supera la capacidad adaptativa de las personas, y afectan al plano físico como al psicológico y al conductual.²

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales.
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad. Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias. Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial, hipertensión, Respiratorios: disnea, taquipnea, valor de saturación de oxígeno menor a 90%, Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, meteorismo. Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.	Preocupación, sensación de agobio Miedo a perder el control o sensación de muerte inminente Dificultad de concentración quejas de pérdida de memoria Irritabilidad, inquietud desasosiego, agresividad. Conductas de evitación de determinadas situaciones Inhibición o bloqueo psicomotor Obsesiones o compulsiones. Agorafobia

¹ Diccionario de medicina. Editorial Espasa Calpe, Madrid España; 2001

² Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS UETS N° 2006/10

Estos síntomas empeoran el pronóstico, aumentan el consumo de recursos, el deterioro funcional, la sobrecarga del cuidador y la institucionalización precoz, etc.

Para poder definir cuáles son las medidas farmacológicas que se emplean en TAG es de suma importancia primero tener en cuenta el correcto diagnóstico médico e indicación farmacológica correcta.

En un estudio post facto Dugas, Gagnon, Ladouceur, y Freeston (1988) explican y diferencian a TAG de otros trastornos, para ello proponen un modelo conceptual y establecen 4 componentes principales:

- La intolerancia hacia a la incertidumbre: que representa reacciones conductuales, cognitivas y emocionales negativas hacia los contextos y situaciones de incertidumbre de la vida diaria y se relaciona estrechamente con la preocupación, sin tener en cuenta los niveles de ansiedad y preocupación.
- La creencia hacia la preocupación, es una metacognición sobre la preocupación, al creer que preocuparse les ayuda a encontrar una solución, o una manera mejor de hacer las cosas.
- La orientación pobre hacia el problema: relaciona a la conciencia y valoración de los problemas cotidianos y la propia capacidad para resolverlos, también incluye la percepción del problema, atribución del problema, valoración del problema, creencias del control personal, y respuestas emocionales.
- Evitación cognitiva: define una actividad cognitiva de tipo conceptual, lingüística- verbal que suprime imágenes conceptuales. Es una estrategia interna llevada a cabo por un individuo para evitar pensamientos o imágenes mentales que generan ansiedad.

Estas variables son jerárquicas entre sí, de tal forma que el factor clave es la incertidumbre y la vulnerabilidad cognitiva que está relacionada directa e indirectamente con la preocupación. Directamente por que hace que las personas presten atención a eventos que desconocen, que son percibidos como amenazantes y preocupaciones.

Indirectamente por que una percepción disfuncional de eventos dificulta la forma de resolver los problemas amenazantes, aumentando la preocupación, por un lado para encontrar las soluciones y por otro para evitar consecuencias negativas que pueda conllevar resolverlos.

Es importante destacar que el diagnóstico correcto de TAG es dificultoso por las características comunes y al solapamiento que se da entre los distintos trastornos de ansiedad y estado de ánimo.

En el estudio anteriormente descrito se llegó a la conclusión que la pobre orientación al problema favorece a la aparición de TAG, y que de la forma que ellos se desarrollan, o bajo qué circunstancias, o sea características cualitativas, y cuantas veces se presenta en determinado periodo de tiempo, características cuantitativas, es la que lo diferencia de otros tipos de ansiedades, estos parámetros nos sirven para abordar al paciente en una situación aguda como puede ser una catástrofe o un accidente, y luego poder planificar con el equipo de salud una farmacoterapia acorde al paciente.

De esta forma TAG se reconoce oficialmente como entidad diagnóstica por el DSM-III, anteriormente se consideró como una categoría residual, y solo podía diagnosticarse por defecto, esto quiere decir que se diagnosticaba solo en ausencia de otro.³

El trabajo de enfermería frente a toda patología o trastorno, se puede abordar a partir de actividades independientes que por nuestra autonomía realizamos de forma libre basándonos en fundamentos científicos acordes a cada situación o patología; los cuales surgen de la formación académica y capacitación continua. También se abordan mediante actividades dependientes, las cuales son de colaboración con otros profesionales, las mismas se realizan en base a una prescripción médica.

³ Cubas R., Ibáñez I., González M. Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*; 2005, Vol. 6, N°1, pp. 23-39

ACTIVIDADES AUTONOMAS DE ENFERMERÍA

Cuando se presenta en los servicios de emergencia un caso de trastorno de ansiedad generalizada, el primer paso es realizar una valoración inicial, la cual consta de los siguientes pasos, los cuales se van realizando en simultáneo:

Control de signos vitales:

- Puede presentar taquicardia, taquipnea, nivel de saturación de oxígeno menor a 90% y/o hipertensión.

Observar el estado de conciencia y el grado de orientación temporo-espacial:

- Puede tener: confusión, desorientación alopsíquica y/o autopsíquica, amnesia anterógrada, obnubilación, alteraciones en el lenguaje, respuesta de lado, mutismo, verborragia, entre otras.

Observar la apariencia física y actitud del paciente:

- Puede expresar: anhedonia, apatía, agitación, agresión, sudoración, tensión muscular, temblor y/o cefalea.

Es necesario realizar una amplia entrevista, en un ambiente lo más propicio posible, cómodo, privado para el paciente, la que nos puede dar o no a conocer cuál es el conflicto del paciente y el significado de sus síntomas para poder realizar un adecuado diagnóstico y plan de cuidados. En la cual al mismo tiempo se debe ir valorando el estado de alerta actual para objetivar signos y síntomas de ansiedad. Durante la realización de la entrevista se podrá recolectar información sobre los principales problemas y factores que desencadenan la respuesta ansiosa, como así también identificar acciones que desarrolla la persona para afrontar la situación.

Del mismo modo es de suma importancia, entrevistar a los familiares o personas cercanas al paciente para la obtención de datos, en el caso de que el paciente se presente poco colaborador o reticente.

Recolectar información sobre los antecedentes médicos, patologías de base, alergias, medicación habitual, consumo de estupefacientes, y uso de sustancias ilícitas, alcoholismo, etc.

La observación permanente del paciente es clave para identificar el estado de ánimo, signos y síntomas, ya que posteriormente y casi con seguridad tendrá interconsulta con profesionales del área de salud mental.

Plan de acción de Enfermería

Debe estar enfocado en ayudar a la persona a descubrir y desarrollar mecanismos de afrontamiento eficaz y adecuado para neutralizar o contrarrestar el trastorno. Por lo que se debe planificar según el estado del paciente, lo cual puede variar según el transcurso del día. La valoración continua nos da las directrices de cambio de nuestros diagnósticos y por consiguiente el plan de cuidados para el paciente.

Cuidados de enfermería

1. Según el nivel de ansiedad, en los casos graves, donde el TAG compromete el funcionamiento corporal de la persona, guardar la calma, aislar al paciente actuar conjuntamente con otro profesional especialista (clínico, psicólogo, psiquiatra)
2. Proporcionar seguridad y bienestar:
 - Promover un ambiente terapéutico, disminuir la estimulación sensorial (luz, visitas, etc.)
 - Evitar la ansiedad recíproca. Recordar que la ansiedad se transmite de forma interpersonal.
 - Presentarse al paciente y permanecer junto a él siempre que sea posible.
 - Comunicar empatía: presencia tranquila, contacto ocular, hablarle lenta y tranquilamente, permitir que llore y exprese sus sentimientos, no hacer juicios sobre su comportamiento, entre otras.

3. Una vez que el paciente logre disminuir su nivel de ansiedad, brindarle contención hasta que sea abordado por los profesionales idóneos y derivado al consultorio o nosocomio correspondiente,
4. Aplicar el tratamiento según indicación médica observando las reacciones adversas de los fármacos.

Educación a la familia

La enfermería tiene un rol clave en la integración de la familia a la rehabilitación del paciente. Es necesario facilitar la entrevista de estos con el resto del equipo y mantenerlos informados de la situación actual de su familiar. Se debe educar a la familia sobre la patología y como ellos pueden participar y contribuir en la rehabilitación. Explicar y aclarar dudas sobre el tratamiento farmacológico y sus efectos secundarios.⁴

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL ABORDAJE DEL TAG

Por norma general, se actuara de la siguiente forma:

- Presentación y otras comunicaciones:

El profesional de la salud se presenta, y después pregunta el nombre al paciente. La forma de hablar es calmada, pero firme, y las instrucciones claras y cortas. Se debe transmitir tranquilidad y seguridad. Para ello, es imprescindible saber contenerse a uno mismo.

- Lugar seguro:

Se procura un espacio libre de peligros y de agobios. Si es posible hacer que se siente, sentándose a su lado. Proteger de curiosos, para salvaguardar su intimidad y dignidad.

- Contacto físico:

Tocar al paciente en el hombro, la espalda, el brazo, el antebrazo o las manos, no como consuelo. Sino resaltando nuestra presencia. El toque

⁴ Godoy C. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos ansiosos y su familia, Hospital de Santiago; 14 de agosto de 2012. Disponible en : <http://es.slideshare.net/mobile/anarien/cuidados-de-enfermera-en-pacientes-con-trastorno-ansioso>

debe ser firme, no fuerte. El tocar, en una emergencia, es muy importante, es un estímulo que contiene mucho emocionalmente.

Sin embargo. Hay que evitar tocar la cara, acariciar o frotar con la mano, ya que puede provocar confusión, distrae de un proceso interno, o puede ser vivido como una invasión.

Pedir la mirada, diciéndome “mírame” cada vez que la aparte.

Si procede, enseñar al paciente un método de respiración para ayudarle a que recupere el control.

A la hora de transmitir, siempre decir la verdad, nunca mentir ni dar falsas esperanzas. Lo que si se puede hacer es no contar toda la verdad, o suavizarla.

Ejemplos de frases o comentarios que puede resultar adecuados:

- ✓ “En esta situación, es absolutamente normal lo que te está pasando, lo que estas sintiendo”.
- ✓ “Estamos haciendo todo lo posible”.
- ✓ “Es verdad que tu amigo ha muerto, pero ahora serias de gran utilidad si pudieras tranquilizar a tus compañeros”.
- ✓ “Siento lo que estás viviendo”
- ✓ “Estamos aquí para poyarte”
- ✓ “Confía en nosotros: somos profesionales, sabemos lo que estamos haciendo”

Intentar no utilizar algunas expresiones que, aunque bienintencionadas, pueden irritar o aumentar el dolor, como por ejemplo:

- ✗ “Si hubieras llevado el cinturón”
- ✗ “Si no hubieses corrido tanto”
- ✗ Minimizar la situación, diciendo: “no te preocupes”, “luego estarás mejor”
- ✗ Palabras que magnifiquen la situación, como “catástrofe”, “terrible”, sino otras que ofrecen una salida, como “crisis”, “difícil”, etc.

- ✖ Frases o refranes vacíos para intentar animar: “eres afortunado de estar vivo”, “todo lo que se arregla con dinero no es tan terrible”, “no hay mal que dure cien años”, “se como te sientes”.

Otros recursos pueden ser:

- Uso de la distracción: llevarle a que piense en otra cosa, que fije su foco hacia otro lugar, o encomendarle una tarea para que este ocupado y tenga la sensación que es de utilidad.
- Informarle de trámites que pueden serle de utilidad, como por ejemplo que se ponga en contacto con su aseguradora para que gestione daños y reclamos, decirle a que hospital van los heridos, etc.
- Recurrir a personas de confianza de la víctima para que se ocupen de él. Por ejemplo: sugiriendo que llame a algún familiar o amigo.

Por último, es muy importante que la red social del paciente le de apoyo, facilitándole la integración de lo sucedido.

Por otra parte, no tenemos que minusvalorar a los supervivientes. Las personas, aún en estos casos, tienen muchos recursos, y debemos confiar en ellas, en su capacidad para recuperar la sensación de control y conseguir integrar el evento traumatogénico.

Por ello, no es recomendable dar fármacos para tranquilizarlos o facilitarles la situación (o facilitársela al personal interviniente, por ejemplo cuando los gritos de un herido dificultan la intervención), pues es tratarles como enfermos, les proporciona una sensación de indefensión, y posteriormente es más difícil que integren lo que les ha pasado. Cuando se medica a la persona se le causa una especie de amnesia emocional. Por ejemplo, al evitar artificialmente la tristeza no se puede hacer un buen duelo: la procesión va por dentro, y se sigue enganchado a la persona que se ha perdido. Un duelo es, al fin y al cabo, una expresión de sentimientos, una despedida, y un quedarse "limpio" para seguir viviendo.

Control de la hiperventilación

La hiperventilación es una respiración rápida y profunda, generalmente causada por estrés, ansiedad o pánico. La excesiva oxigenación lleva a que se presenten bajos niveles de CO₂ en la sangre, lo que produce una serie de sensaciones muy desagradables y atemorizantes (sobre todo si no se conocen), pero no suele resultar peligroso. Estas sensaciones son las siguientes: sensación de falta de aire, de ahogo; embotamiento mental, dificultad para pensar de forma Lógica; hormigueos y calambres; mareos; sensaciones de frío o calor; piernas debiles; dificultades de visión; palpitaciones; temblores.

Cuando alguien tiene síntomas de hiperventilación, y no van remitiendo con el toque, la mirada y el habla (suele ser suficiente), puede ser necesario proporcionarle la manera para que reduzca la toma excesiva de oxígeno. Dos métodos de conseguirlo, menos invasivos y aparatosos que el comúnmente conocido de respirar el aire de una bolsa, son los siguientes:

Método 1

- ❖ Decirle que cierre o se tape la boca y que se tape un agujero de la nariz, respirando solo por el otro. Así se reduce la toma de oxígeno, restableciéndose paulatinamente el equilibrio en el organismo entre oxígeno y dióxido de carbono.

Método 2:

- ❖ Decirle "stop" antes de que llene los pulmones, antes de llegar al máximo. Como la persona está muy alterada y es fácil que no comprenda las instrucciones, incluso una orden tan simple, puede ser conveniente oprimir con nuestra mano su pecho para dificultar su inspiración. Cuando se trate de una mujer (al tocarle en esa zona puede sentir invadida su intimidad), agarrar su mano y colocarla en su pecho, y poner nuestra mano encima.
- ❖ Que espire lentamente por la boca, coma si lo hiciera a través de un sorbete, apretando los labios, y haciendo ruido. Continuamos con el "stop". Reforzamos cuando lo hace bien (a lo largo de todo el proceso:

"muy bien, así"). Podemos continuar haciendo presión con nuestra mano en el pecho, para forzar la salida de todo el aire.

- ❖ Contar de 5 a 1 en la espiración: contamos nosotros de 5 a 1, adecuando nuestro ritmo a su espiración. Poca a poca vamos contando más lento.
- ❖ Contar de 1 a 5 en la inspiración: pedirle que inspire como si tuviera un sorbete, haciendo ruido. Contamos de 1 a 5, hasta conseguir que la inspiración dure también 5 segundos (cada inspiración comienza cuando la persona la necesita).
- ❖ Continuar con la respiración, de la siguiente manera: Inspirar (1-2-3-4-5) – Pausa - Espirar (5-4-3-2-1) hasta que comprobamos que la persona esta menos agitada.

Lenguaje cognitivo

Es aquel que no invoca la emoción, y que además produce el efecto de que la víctima se aleje de ella (emoción), de forma que consolida o recupera la sensación de control. Se habla de hechos, de lo que ha sucedido, de lo que la persona ha hecho, visto o escuchado. Para ello, se emplean las preguntas típicas de un interrogatorio policiaco: "¿Quién?" "¿Cuándo?" "¿Dónde?" "¿Qué?"

Nunca preguntar "¿Cómo lo has vivido?","¿Cómo te sientes?" y otras preguntas que movilicen la emoción.

Cuando vemos que el superviviente se para, se bloquea, se deja llevar por la emoción, incitarle a seguir con un discurso lógico con las siguientes preguntas: "¿Y después?", "¿y luego?".

El objetivo que perseguimos es que a la víctima no le domine la emoción y sea capaz de hacer un relato lógico y ordenado de lo que le ha sucedido. Un relato claro da control a nivel emocional y facilita el recuerdo integrado, ausente de escenas traumáticas inconexas, que dan lugar a confusión y sensación de falta de control.

Además de preguntar, podemos informar de lo que sucede, de cuales serán los próximos pasos, sobre qué es lo que necesita, de adonde debe

dirigirse para tal o cual cosa, etc. Y también, decirles que todo lo que están sintiendo es completamente normal y natural.

En las ocasiones en las que la emoción no se vive de forma muy descontrolada, puede estar bien acompañar a la persona, escuchándola y favoreciendo la expresión de ese dolor. Para ello es necesario poder conectar empáticamente con ella.

Escucha activa y empatía

La escucha activa es la demostración (lo nota el otro) con el comportamiento (no verbal) de estar escuchando al interlocutor. La escucha activa favorece las relaciones de respeto y confianza.

Empatía: capacidad de contacto emocional con nuestro interlocutor. Es ponernos en su lugar, sentir lo que siente el otro (aunque en menor escala). La empatía crea un clima relajado y distendido, favorece la sensación de comprensión y posibilita hablar de temas "delicados".

La diferencia entre ambas es la implicación emocional, ausente en la escucha activa y presente en la empatía, y por lo tanto la profundidad en la comprensión del otro.

¿Cómo ejercitarlas?

- Escuchamos lo que dice y observamos al interlocutor, su mirada, su expresión y demás comportamiento no verbal (postura, tono muscular).
- Detectar los momentos en los que espera que hablemos. Fundamental no interrumpir hasta que acabe (excepto en aquellos casos en que no es capaz de parar).
- Mantener el contacto visual, nuestra expresión de atención, movimientos afirmativos de cabeza, etc.
- Parafrasear (repetir lo que ha dicho con otras palabras) o utilizar expresiones de resumen. También reflejar el lenguaje corporal del interlocutor.

Grupos de riesgo:

Hay personas que, debido a su especial vulnerabilidad o por tener menos recursos personales para afrontar de forma eficaz una situación de crisis, es más probable que no integran lo sucedido y acaben desarrollando alguna patología. Entre este tipo de personas pueden encontrarse las siguientes:

Niños

No tienen desarrollados todavía recursos que les facilitarían la integración saludable de la situación traumatizante, así que debemos estar más pendientes de ellos. Estar con ellos, simplemente haciéndoles compañía, puede ser más que suficiente.

Ancianos

Suelen padecer algún tipo de enlentecimiento en sus funciones físicas y mentales, así como también falta de adaptabilidad a situaciones nuevas, con lo que puede ser una buena indicación comprender su situación y tener paciencia con ellos. También es importante que no les dejemos solos.

Personas con trastornos de personalidad o síndromes psiquiátricos

Son personas habitualmente más vulnerables a la situación traumática, y pueden comportarse de forma exagerada o extraña. Posiblemente sufrirán un agravamiento de su patología y tienen más probabilidades que la media de desarrollar TEPS. Es importante conocer qué tipo de trastorno o comportamiento manifiestan, para actuar en consecuencia (por ejemplo: si es agresivo, actuar coordinadamente con la policía o un compañero o tomar las precauciones necesarias). Puede ser de gran ayuda la presencia de algún profesional de salud mental para que se haga cargo de la situación o para que oriente a los intervinientes.

Personas con discapacidad

Actuaremos con ellas de forma diferente según sea su discapacidad, pero lo que siempre intentaremos es prestarles más atención, en un intento de

compensar su especial vulnerabilidad. Por ejemplo, si están incapacitados físicamente, les proporcionaremos la movilidad que necesitan (sacándoles de la zona de peligro, etc.); o si tienen alguna discapacidad mental o sensorial, acompañarles y transmitirles, predominantemente de forma no verbal, tranquilidad, confianza y seguridad.

Extranjeros e inmigrantes

Nos podemos encontrar con las siguientes peculiaridades:

- No hablan nuestro idioma, y no conocemos un idioma con el que entendernos,
- Costumbres y reacciones diferente debido a su cultura o religión particulares.
- Red social escasa o inexistente o poco accesible.
- Quizá una situación administrativa irregular, que puede que rechacen nuestra ayuda por miedo a ser denunciados.

Estar receptivos a estos aspectos y emplear básicamente lenguaje no verbal si no hay un lenguaje común.

Técnicas de relajación

Cuando uno se siente demasiado alterado, se pierde eficacia en la intervención y se incrementa el riesgo:

- ✖ Mentalmente, existe dificultad para pensar de forma lógica; dificultades en comprender sencillas instrucciones; incapacidad de decidir, o por el contrario decisiones precipitadas, etc.
- ✖ Comportamiento: bloqueo de la acción o, por el contrario, actuación impulsiva; entorpecimiento en los movimientos, etc.
- ✖ Estrechamiento del foco de atención, perdiéndose detalles importantes; o por el contrario la atención se hace difusa y poco operativa.
- ✖ Alteración emocional, y cambio de foco de lo externo (lo que requiere la intervención) a lo interno (miedo, impotencia, etc.).
- ✖ Respiración: excesivo consumo de oxígeno (riesgo de hiperventilación).
- ✖ Tensión muscular excesiva, con lo que el cansancio sobreviene antes.

✕ etc.

La respiración es una forma rápida y sencilla de lograr un estado de activación pertinente a la situación. Se van a ver dos tipos de respiración: profunda y relajada. Si se practican las dos técnicas de respiración en el mismo momento, empezar por la respiración profunda, y luego seguir con la respiración relajada.

1. Respiración profunda:

Cuando se está alterado, la respiración profunda es lo más simple y rápido para bajar el estrés. Consiste en lo siguiente:

- ✓ Inspirar lenta y profundamente por la nariz durante 5 segundos, llenando la totalidad de los pulmones (se deben mover tórax y abdomen)
- ✓ Retener el aire durante otros 5 segundos
- ✓ Espirar lentamente por la nariz o por la boca durante 10 segundos concentrándose en las sensaciones de relajación que se producen en el cuerpo al exhalar. Puede complementarse con las autosugestiones “calma”, “relax”, “tranquilo” u otra palabra similar. También se puede, en lugar de una palabra, visualizar como la tensión se aleja con cada espiración, como burbujas de aire que se van alejando, o cualquier otra visión que simbolice para uno un estado de tranquilidad y bienestar.
- ✓ Repetir la secuencia unas 5 veces.

Después de las respiraciones profundas, seguir respirando lento, regular y naturalmente, empleando sobre todo la respiración abdominal, sin realizar ningún esfuerzo.

2. Respiración relajada:

La técnica de la respiración relajada va encaminada a conseguir una respiración lenta y regular. Es un método muy eficaz para afrontar la ansiedad y reducir la actividad fisiológica. Su aprendizaje consta de una serie de pasos:

- ❖ Elegir un lugar tranquilo para practicar, asegurándose de no ser molestado.
- ❖ Posición: tumbado o sentado y con los ojos cerrados.

- ❖ Ponerse cómodo, aflojar la ropa si produce incomodidad. Colocar una mano sobre el pecho y otra sobre el abdomen.
- ❖ Concentrarse unos minutos en la respiración, poniendo atención a que mano sube y que mano baja con cada respiración.
- ❖ Inspirar por la nariz durante 2-3 segundos utilizando el diafragma. El abdomen y la mano que esta sobre el se elevaran. No levantar los hombros, el pecho casi no se mueve.
- ❖ Hacer una breve pausa después de inspirar.
- ❖ Espirar lentamente por la nariz o por la boca durante aproximadamente el doble de tiempo que el que se estuvo inspirando, es decir, durante 4-6 segundos. El abdomen volverá a su posición original.
- ❖ Hacer una breve pausa después de espirar.
- ❖ Repetir la secuencia “inspiración – pausa – espiración lenta – pausa” durante unos minutos.
- ❖ Poner atención en las sensaciones de relajación, de pesadez, o de calor que se producen en el cuerpo, y/o repetir mentalmente la palabra “calma”, “relax”, “tranquilo”, o una similar. Como alternativa se puede imaginar también que la tensión se escapa con el aire espirado. O construir mentalmente un lugar seguro en el que nos veamos relajados y en paz, y mantener esa imagen mientras respiramos.

Una vez que se domina la técnica tumbado, sentado y de pie en situaciones de tranquilidad, pasar a practicar en otro tipo de situaciones no tan tranquilas (con ruido, etc.). Finalmente, practicar en aquellas situaciones en que se experimenta tensión física o emocional, con el fin de reducirla. Es mejor comenzar por aquellas situaciones que alteran menos, y conforme se va adquiriendo mayor destreza en la aplicación de la técnica, pasar a situaciones cada vez más estresantes. ⁵

⁵ Godoy C. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos ansiosos y su familia, Hospital de Santiago; 14 de agosto de 2012. Disponible en : <http://es.slideshare.net/mobile/anarien/cuidados-de-enfermera-en-pacientes-con-trastorno-ansioso>

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA DE COLABORACION

Se indica para pacientes que presentan síntomas persistentes o severos de ansiedad generalizada en los servicios de emergencia cuando no hay respuesta positiva a las medidas no farmacológicas y con las cuales se cuenta en este tipo de servicios.

En el servicio coordinado asistencial de emergencia (Ser.Ca) solo se cuenta con diazepam y oxígeno para este tipo de trastorno, debido a que ante casos severos se derivara a un nosocomio de mayor complejidad y contención para el paciente.

Oxigenoterapia: administración de oxígeno de bajo flujo para estabilizar los parámetros de saturación.

Benzodiazepinas

Son los más utilizados por su comprobada eficacia y seguridad. La mayoría de estos medicamentos poseen una similar acción farmacológica y solo se diferencian en la duración de la acción terapéutica. Pueden ser de corta (alprazolam, lorazepam) y de prolongada acción (diazepam, clonazepam).

- Alprazolam: posee propiedades ansiolíticas, hipnóticas, relajantes musculares y anticonvulsivantes, así como una actividad específica en crisis de angustia. Se cree que ejerce efecto por unión a los receptores estero – específicos localizados en SNC. Indicado principalmente para ansiedad generalizada y ansiedad asociada a depresión. Trastornos de angustia con o sin agorafobia. Pacientes geriátricos o con enfermedades debilitantes. Su tratamiento no debe superar las 8-12 semanas de tratamiento. Contraindicaciones: hipersensibilidad a alprazolam u otras benzodiazepinas. Intoxicación aguda por alcohol, entre otras.
- Lorazepam: ansiolítico que actúa incrementando la actividad del ácido aminobutírico (GABA). Posee actividad sedante, hipnótica, anticonvulsivante, relajante muscular y amnésica. Se encuentra indicada para el tratamiento a corto plazo de todos los estados de ansiedad y tensión, asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos. Enfermedades psicósomáticas y orgánicas. Trastornos del sueño,

insomnio, entre otras. Contraindicaciones: hipersensibilidad, miastenia gravis, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia respiratoria severa. Precauciones y advertencias: insuficiencia renal o insuficiencia hepática leve o moderada, dependencia de alcohol o drogas; riesgo de amnesia anterógrada, reacciones psiquiátricas y paradójicas, tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia, entre otras.

- Diazepam: facilita la unión del GABA a su receptor y aumenta su actividad. Actúa sobre el sistema límbico tálamo e hipotálamo. No produce efectos secundarios extrapiramidales. Indicado para la supresión sintomática de la ansiedad, agitación y tensión psíquica por estados psiconeuroticos y trastornos situacionales transitorios. Como inducción para anestesia, privación alcohólica, coadyuvante en dolor musculoesquelético por espasmos o patología local. Espasticidad por parálisis cerebral y paraplejía, atonía y síndrome de rigidez generalizada, coadyuvante en terapia anticonvulsivantes, tétanos, preclampsia y eclampsia. Contraindicaciones: hipersensibilidad a benzodiazepinas o dependencia a otras sustancias incluido el alcohol (excepto tratamiento de reacciones agudas de abstinencia), miastenia gravis, glaucoma del ángulo cerrado, entre muchas otras. Precauciones y advertencias: riesgo de amnesia anterógrada, dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. (6)⁶

- i. Clonazepam: actúa sobre el sistema nervioso central. Antiepiléptico, antipánico. Indicado para: **a.** Tratamiento en primera línea de ausencias típicas, ausencias atípicas, convulsiones mioclónicas, convulsiones atónicas **b.** Tratamiento de segunda línea para espasmos infantiles **c.** Tratamiento de tercera línea para convulsiones tónico clónicas, convulsiones parciales simples, convulsiones parciales complejas, convulsiones generalizadas tónico clónicas secundarias **d.** Tratamiento de los trastornos de angustia (pánico) con o sin agorafobia. Contraindicaciones: hipersensibilidad al clonazepam, insuficiencia respiratoria grave, miastenia gravis, dependencia alcohólica, etc.

Precauciones: alcoholismo agudo, ataxia medular o cerebelosa, depresión, dependencia, tolerancia, entre otras. (7) ⁷

Dosis y vías de administración

<u>Fármaco</u>	<u>Dosis y vía de administración</u>
<u>Lorazepam</u>	Vía oral: comprimidos de 1,2 y 5 mg IM y EV: 4 mg/1ml ampollas
Alprazolam	Vía oral. Ansiedad generalizada y ansiedad asociada a depresión: Comp.: 0,25-0,5 mg/3 veces día.
Diazepam	IM o EV: 10mg/ 2 ml
Clonazepam	Debe adaptarse individualmente a la edad y tolerancia del paciente. Vía oral: comprimidos de 0.25, 0.50. 1 y 2 mg

Antipsicóticos

Es importante que se destaque el uso de antipsicóticos típicos usados en el servicio de guardia de hospital central para aquellos pacientes que por el uso constante de psicofármacos han generado a través del tiempo tolerancia a estos y por lo que se opta que se administre como por ejemplo: clorpromazina o haloperidol.

En estos casos, los pacientes provienen al servicio con un estado de excitación psicomotriz con o sin agresividad y los cuales ponen en riesgo al personal del hospital: enfermeros, médicos, personal de limpieza y seguridad, a los demás pacientes que se encuentran allí y a ellos mismos.

6. Vidal.1ªedición. Madrid. Vademecum Spain S.A.,2015[date unknown]
Disponibile en:<http://www.vademecum.es>

7. Holub.registros para e rivotril.1ªedición.Ucrania:2019.Datapharm.Disponible en
<http://www.medicines.org.uk/expedientespararegistrorivotril>

- Clorpromazina: antipsicótico neuroléptico sedante indicado para pacientes con agitación y agresividad en el curso de psicosis agudas o crónicas, sobredosificación o síndrome de abstinencia. Ampolla de 50mg (25 mg/ml, 2 ml) administración intramuscular o endovenosa. Contraindicaciones: problemas cardíacos, Alzheimer, glaucoma del ángulo cerrado, enfermedad de Parkinson, etc. Efectos adversos: somnolencia, síndrome extrapiramidal, efectos anticolinérgicos, hiperglucemia, entre otros.⁸
- Haloperidol: potente antagonista de los receptores dopaminérgicos cerebrales (neuroléptico de gran potencia). No posee actividad antihistamínica ni anticolinérgica. Indicado como neuroléptico en: delirios y alucinaciones, esquizofrenia, síndrome de Korsakoff (alcoholismo), trastorno de la personalidad.
Para la agitación psicomotriz en demencia, retraso mental, agitación, agresividad, premeditación y mezclas anestésicas. Antiemético en diversas etiologías. Administración 5-10mg Intramuscular (en agitación psicomotriz). Contraindicaciones: hipertrofia prostática, hipopotasemia, enfermedades cardiovasculares, riesgo de síndrome neuroléptico maligno, entre otras. Reacciones adversas: agitación, insomnio, somnolencia, depresión, vómitos, náuseas, boca seca, disfunción eréctil, trastorno extrapiramidal, etc.

⁸ Medicinssansfronteres. Genova Suecia.2017.disponible en <http://medicalguideline.msf.org/viewport/EssDr/latest/clorpromazina-inyectable>.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El tipo de estudio utilizado en el trabajo final es descriptivo, cuantitativo y de corte transversal.

Cuantitativo: se obtienen resultados cuantificables que se expresan numéricamente.

Descriptivo: se analizan y describen los datos obtenidos, con el fin de obtener los métodos no farmacológicos utilizados en los servicios de emergencias.

Corte transversal: se realiza un estudio y análisis de variables en un determinado momento y lugar en el tiempo.

Área de estudio:

Trabajo realizado en el Hospital Central ubicado en Alem y Salta de Ciudad, Mendoza y en SERCA, situado en Vieytes 20, Godoy Cruz, Mendoza.

Universo y muestra:

El universo son 30 profesionales de salud, entre enfermeros y licenciados en enfermería, de los servicios de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de ambulancias SERCA.

Se tomó como muestra representativa al 100% del universo, a través de un método de muestreo no probabilístico.

Operacionalización de variables

<i>MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD</i>	Métodos autónomos de enfermería	Valoración: identifica los patrones	Si No
		Aplica las técnicas de respiración:	Si No
		Realiza educación a la familia sobre el manejo del TAG	Si No

GENERALIZA DA			
	Métodos de colaboración de enfermería	Conocimiento sobre el manejo de la farmacoterapia (dosis, vía, efectos adversos, entre otros)	Si No
	Conocimientos	Trastorno de ansiedad generalizada como ente psicopatológico, componentes,	Si No
	Origen de los conocimientos	Formación académica.	Cursos Jornadas Congresos Tema desarrollado en la currícula.
	Epidemiología	Edad	20-35 36- 50 >50
		Sexo	Femenino Masculino
		Nivel de formación	Auxiliar Enfermero Prof / Univ Licenciado
		Años de experiencia	< 1 año 1-5 años >5 años
		Carga horaria	< 36 hs semanales 36-48 hs sem

			> 48 hs sem
--	--	--	-------------

Técnica de recolección de datos

Para realizar el estudio de investigación la técnica empleada para la recolección de datos, fue un cuestionario de carácter anónimo en el cual se utilizó escala de Likert, preguntas dicotómicas y preguntas abiertas, elaborado por los autores del estudio.

El cuestionario se diseñó utilizando la plataforma Google Drive, y se envió a cada uno de los 30 profesionales por medio de WhatsApp.

Una vez finalizada la recolección de datos, se procedió a realizar las tabulaciones correspondientes con el fin de representar la información en gráficos de barra y torta, para analizar los datos obtenidos.

PROCESAMIENTO, ANALISIS, Y PRESENTACION DE DATOS

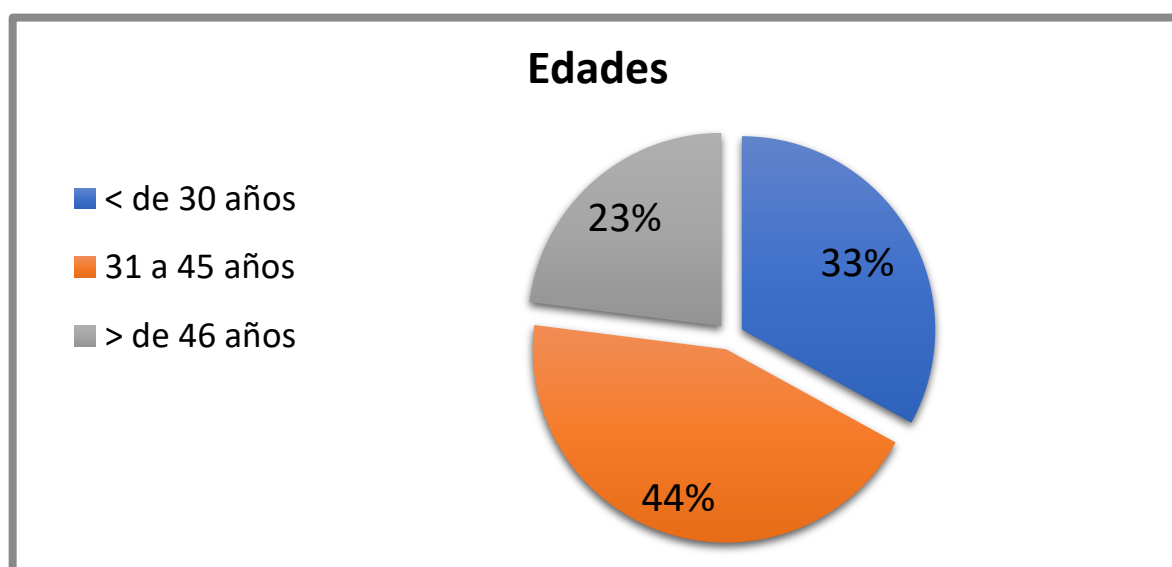
TABLA N° 1

Distribución de la muestra según EDAD.

Datos individuales: categoría de edades	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Menor de 30 años	10	33 %
De 31 a 45 años	13	44 %
Mayor de 46 años	7	23 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N°1.



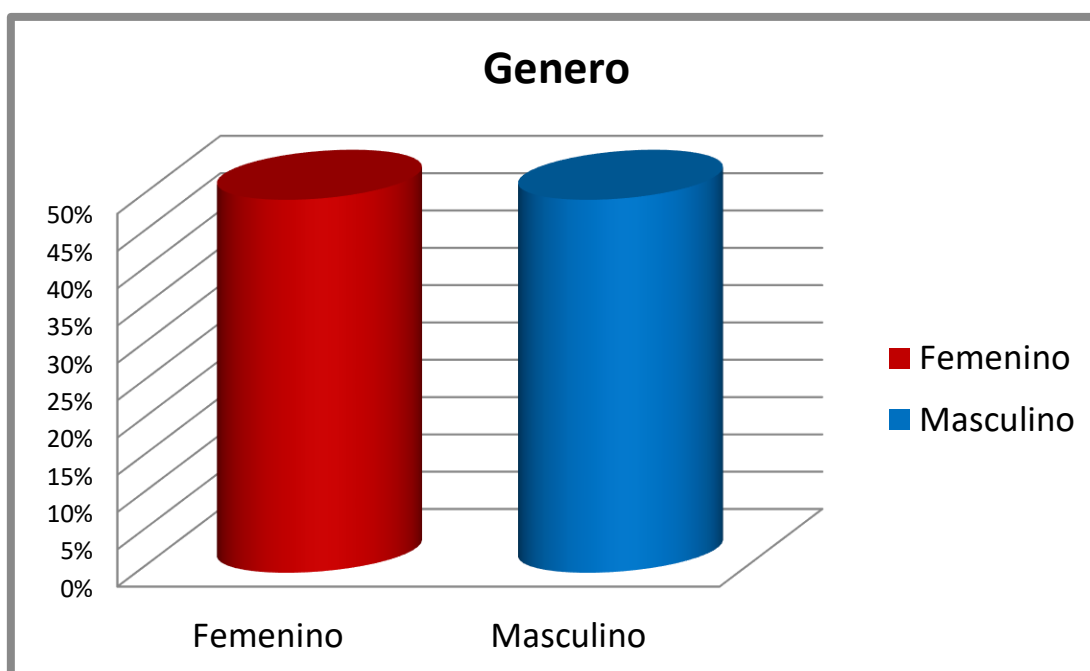
Comentario: Según los resultados obtenidos de los cuestionarios, se concluye que del total de los profesionales enfermeros que ejercen su función en los servicios de emergencia el 23 % es mayor de 46 años, el 33 % es menor de 30 años y el 44 % tiene entre 31 y 45 años.

TABLA 2:
Distribución de muestra según GÉNERO

Datos individuales: genero	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Femenino	15	50 %
Masculino	15	50%

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 2



Comentarios: Se observa que en la muestra en estudio de los profesionales enfermeros no predomina ninguno género en particular, sino que corresponde a parte iguales del género femenino (50%) y masculino (50%).

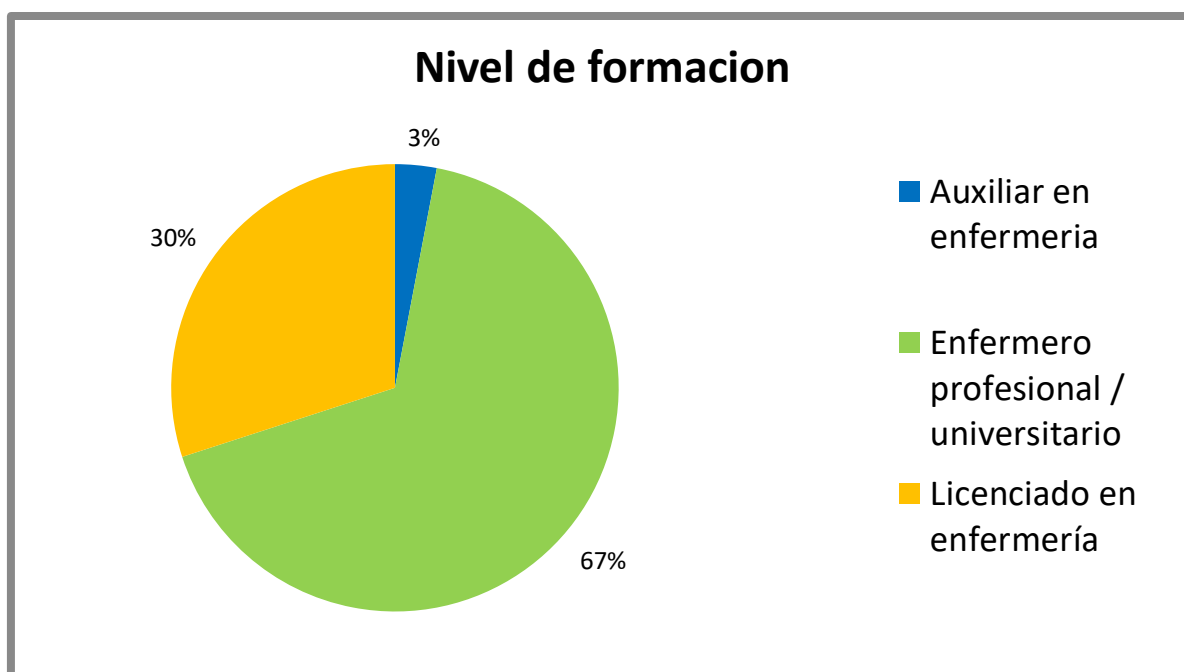
TABLA N°3

Distribución de muestra según NIVEL DE FORMACIÓN.

Datos individuales: nivel de formación	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Auxiliar de enfermería	1	3%
Enfermero profesional / universitario	20	67%
Licenciado en enfermería	9	30%

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 3



Comentarios: En los profesionales enfermeros de los servicios de medicina de urgencias, el nivel de formación corresponde a 30% licenciados en enfermería, 3% auxiliares en enfermería, y en mayor proporción 67% son enfermeros profesionales / universitarios.

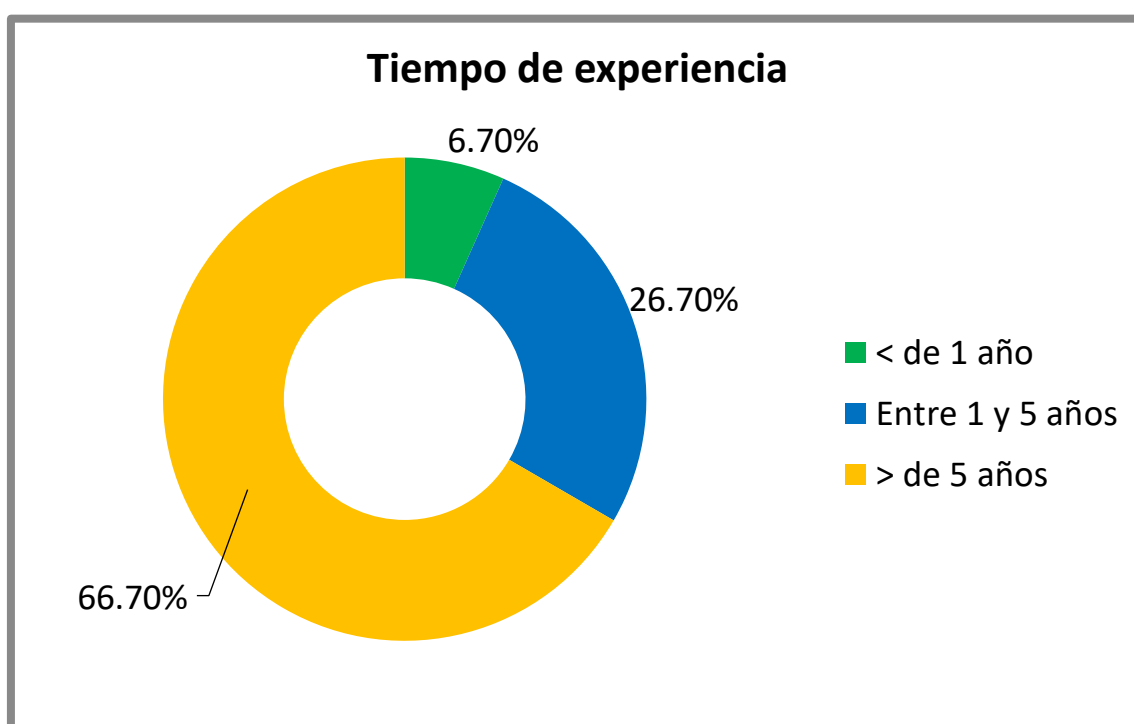
TABLA N° 4

Distribución de muestra según: Tiempo de experiencia laboral

Datos individuales: tiempo de experiencia	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Menos de 1 año	2	6,7 %
Entre 1 y 5 años	8	26,7 %
Más de 5 años	20	66,7 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

➤ Grafico 4:



Comentario: El siguiente grafico nos indica que en la muestra en estudio, el 66,7% tiene más de 5 años de experiencia como profesional enfermero, el 26,7 % tiene entre 1 y 5 años de experiencia, y el 6,7% restante menos de 1 año de experiencia como profesional enfermero.

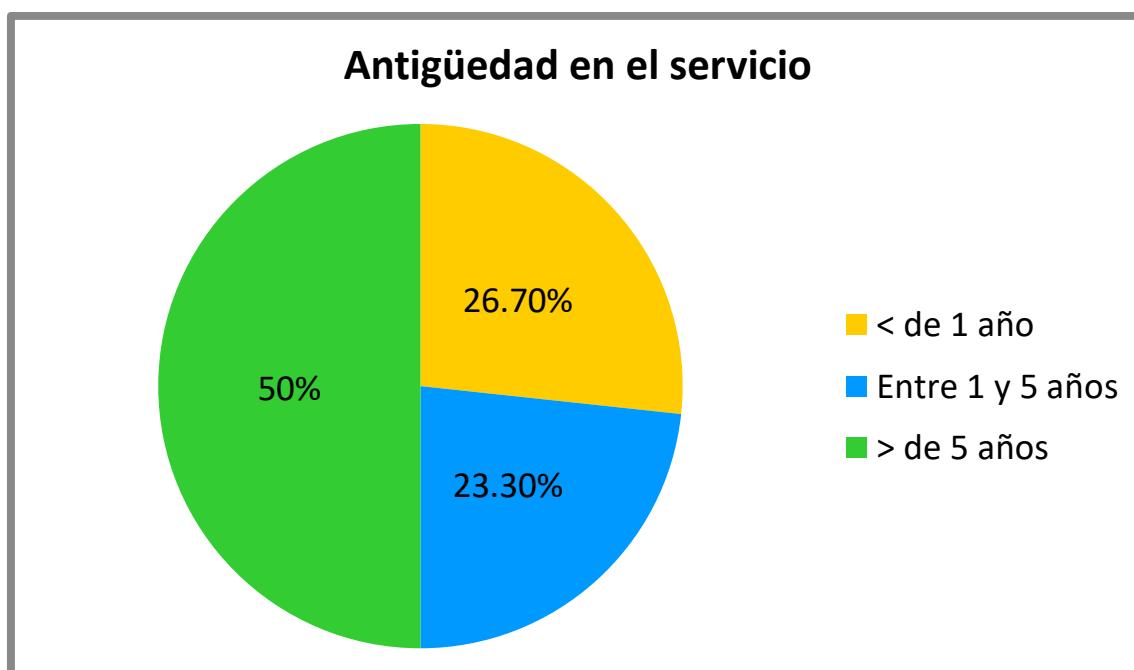
TABLA N° 5:

Distribución de muestra según: Antigüedad de los profesionales en servicios de emergencias.

Datos individuales: Antigüedad en el servicio	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Menos de 1 año	8	26,7 %
Entre 1 y 5 años	7	23,3 %
Más de 5 años	15	50 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 5



Comentarios: Los profesionales enfermeros que desarrollan sus funciones en los servicios de medicina de urgencias, el 50 % tiene más de 5 años de experiencia, el 26,7% tiene entre 1 y 5 años de antigüedad en el servicio, mientras que el 23,30% restante tiene menos de 1 año de antigüedad en el servicio de urgencias.

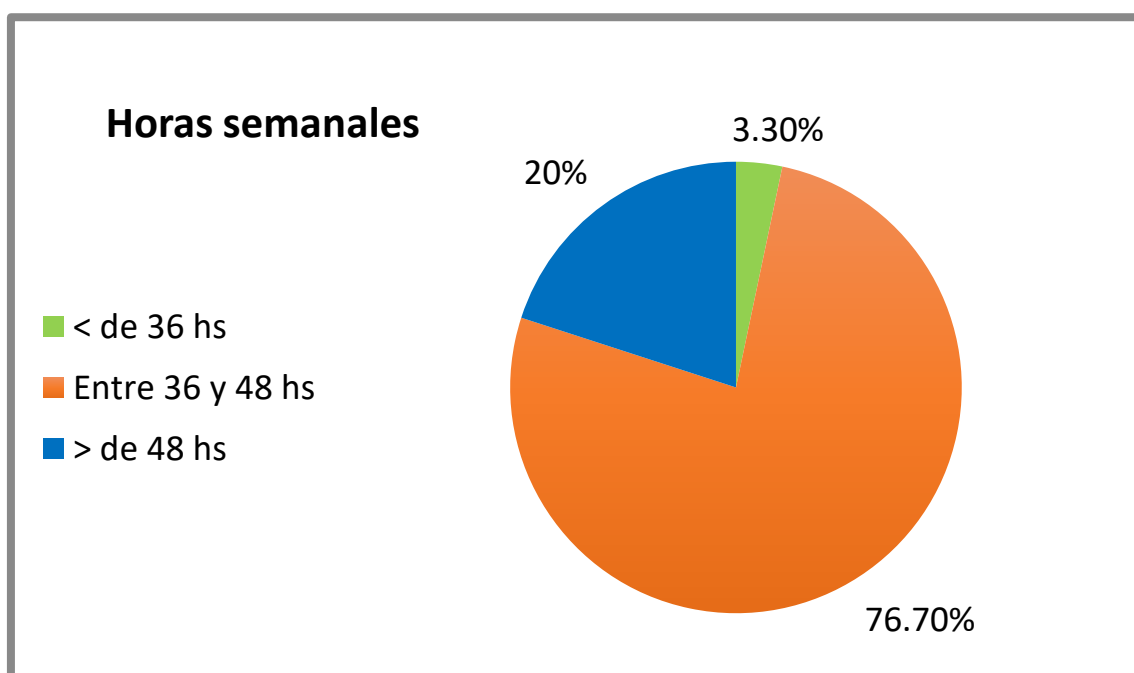
TABLA N° 6:

Distribución de muestra según: Rango de horas semanales que trabajan los profesionales.

Datos individuales: horas semanales	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Menos de 36 horas semanales	1	3,3 %
Entre 36 y 48 horas semanales	23	76,7 %
Más de 48 horas semanales	6	20 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 6



Comentario: En los servicios de medicina de urgencias del Hospital Central y SERCA los profesionales enfermeros tienen el 76,7% una carga horaria laboral entre 36 y 48 horas semanales, el 20% de la muestra trabaja más de 48 horas semanales, mientras que solo el 3,3% hace menos de 36 horas semanales.

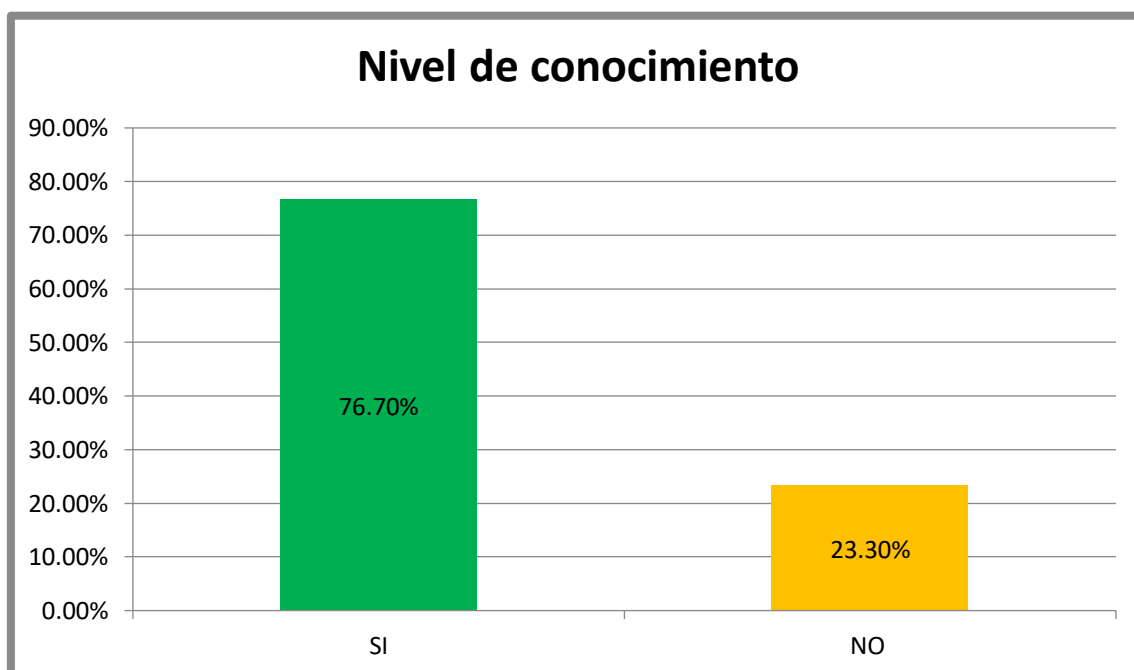
TABLA N° 7:

Distribución de muestras según: Nivel de conocimiento sobre el trastorno de ansiedad generalizada.

Datos individuales: nivel de conocimiento sobre el TAG	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Si	23	76,7 %
No	7	23,3 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 7



Comentario: Los profesionales enfermeros de los servicios de medicina de urgencias del Hospital Central y SERCA, en su gran mayoría (76,7%) conocen el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que en menor porcentaje (23,3%) desconocen el trastorno.

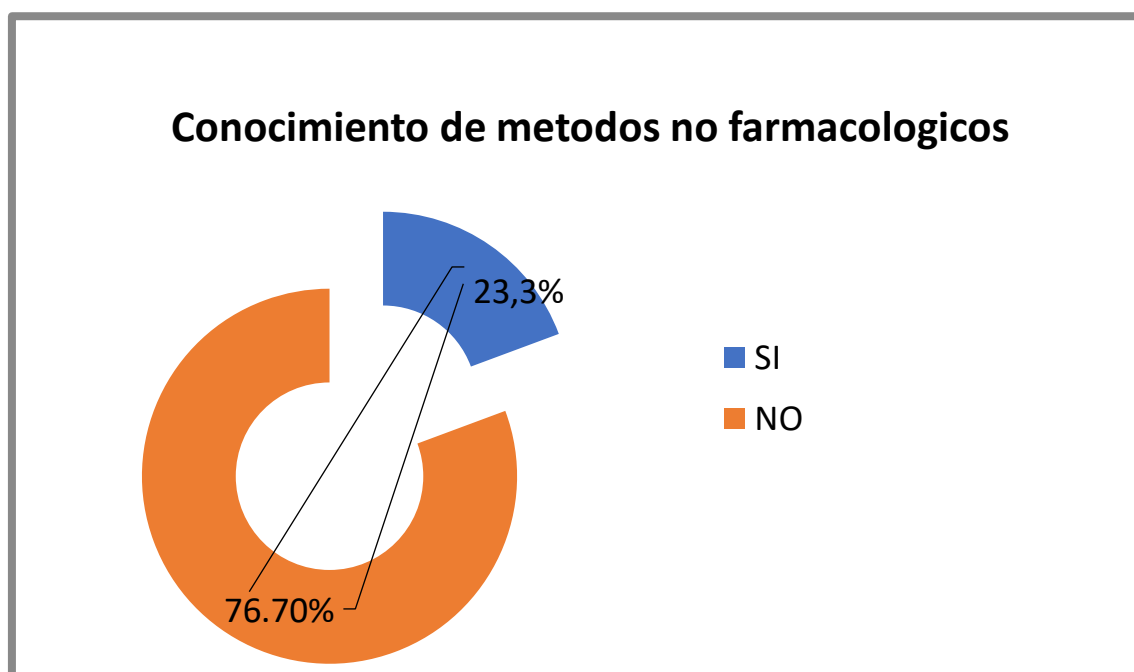
TABLA N° 8:

Distribución de la muestra según: Conocimiento sobre métodos no farmacológicos para abordar el trastorno de ansiedad generalizada.

Datos individuales: conocimiento de métodos no farmacológicos en el TAG	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
SI	23	76,7 %
NO	7	23,3 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 8



Comentario: En el siguiente grafico se puede observar que los profesionales enfermeros de los servicios de medicina de urgencias del Hospital Central y SERCA, están en conocimiento (76,7%) de los métodos no farmacológicos para abordar el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que una pequeña parte (3,2%) desconoce la temática.

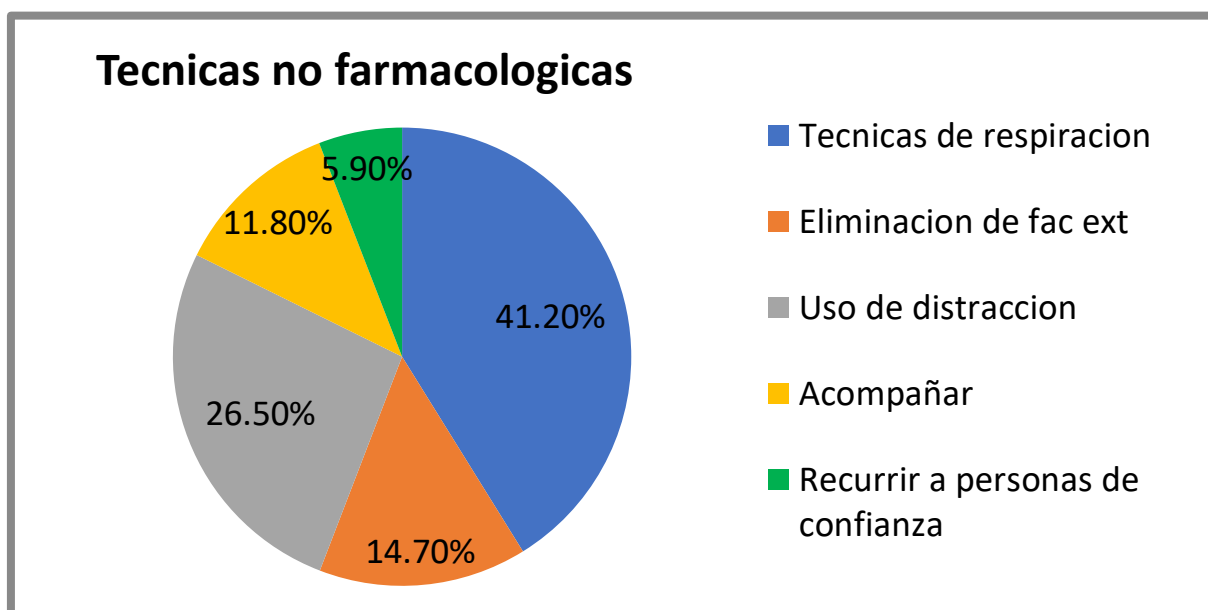
TABLA N° 9

Distribución de la muestra según: Técnicas no farmacológicas más utilizadas por los profesionales de enfermería.

Datos individuales: técnicas no farmacológicas	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Técnica de respiración	12	41,2%
Eliminación de factores externos	5	14,7 %
Uso de la distracción	8	26,5 %
Acompañar en todo momento	3	11,8 %
Recurrir a personas de confianza del paciente	2	5,9 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 9



Comentarios: Las técnicas no farmacológicas más utilizadas por los profesionales enfermeros son, en primer lugar las técnicas de respiración (41,2%), en segundo lugar el uso de la distracción (26,5%), tercero la eliminación de factores externos (14,7%), en cuarto lugar acompañar al paciente (11,8%) y por último la menos utilizada es recurrir a personas de confianza del paciente (5,9%).

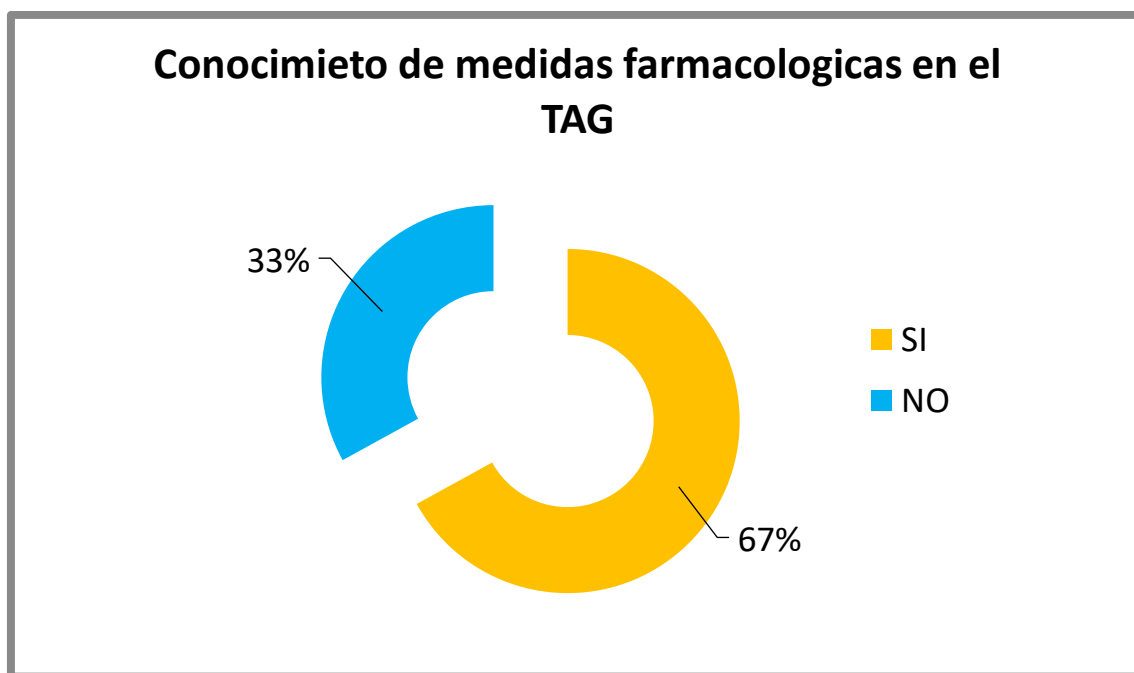
TABLA N° 10

Distribución de la muestra según: Conocimiento sobre medidas farmacológicas para abordar el trastorno de ansiedad generalizada

Datos individuales: conocimiento de medidas farmacológicas en el TAG	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
SI	20	67 %
NO	10	33 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 10



Comentario: A partir del siguiente grafico podemos analizar que los profesionales enfermeros de los servicios de medicina de urgencias del Hospital Central y SERCA, conocen (67%) las medidas farmacológicas para abordar el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que el 33% desconoce las medidas.

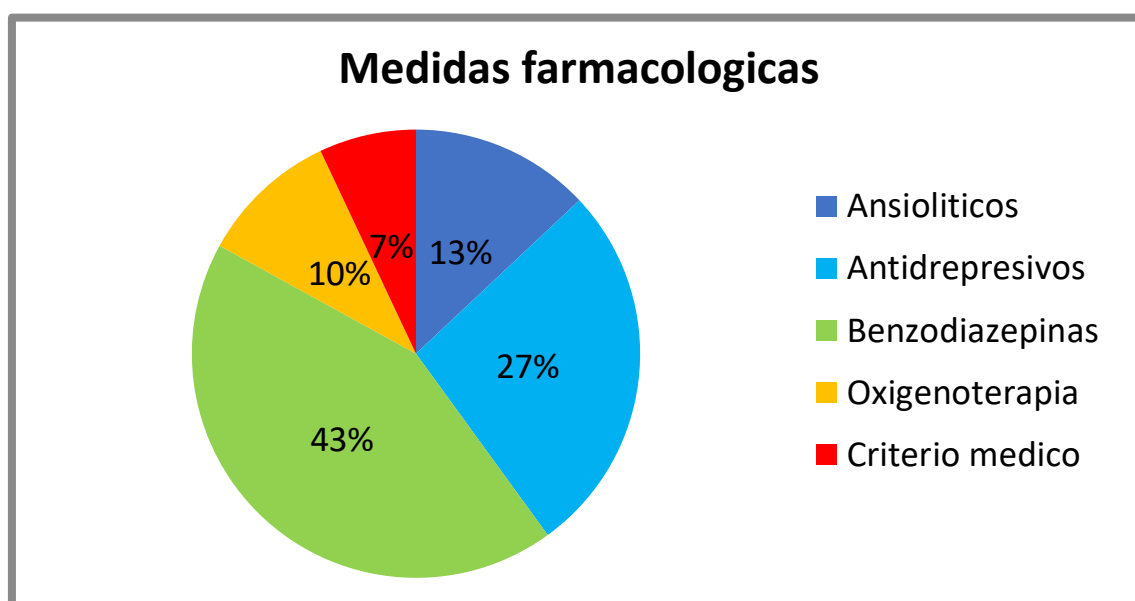
TABLA N° 11:

Distribución de la muestra según: Medidas farmacológicas más conocidas para tratar el trastorno de ansiedad generalizada.

Datos individuales: medidas farmacológicas	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Ansiolíticos	4	13 %
Antidepresivos	8	27 %
Benzodizepinas	13	43 %
Oxigenoterapia	3	10 %
Criterio medico	2	7 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 11



Comentario: Las medidas farmacológicas más empleadas por los profesionales enfermeros son en primer lugar con 43% las benzodiacepinas (midazolam, clonazepam, entre otros), en segundo lugar con 27% los antidepresivos (sertralina, fluoxetina, entre otros), en tercer lugar con 13% los ansiolíticos (clorpromacina, haloperidol, entre otros), en cuarto lugar con 10% usan oxigenoterapia, y en último lugar con 7% lo dejan a criterio médico.

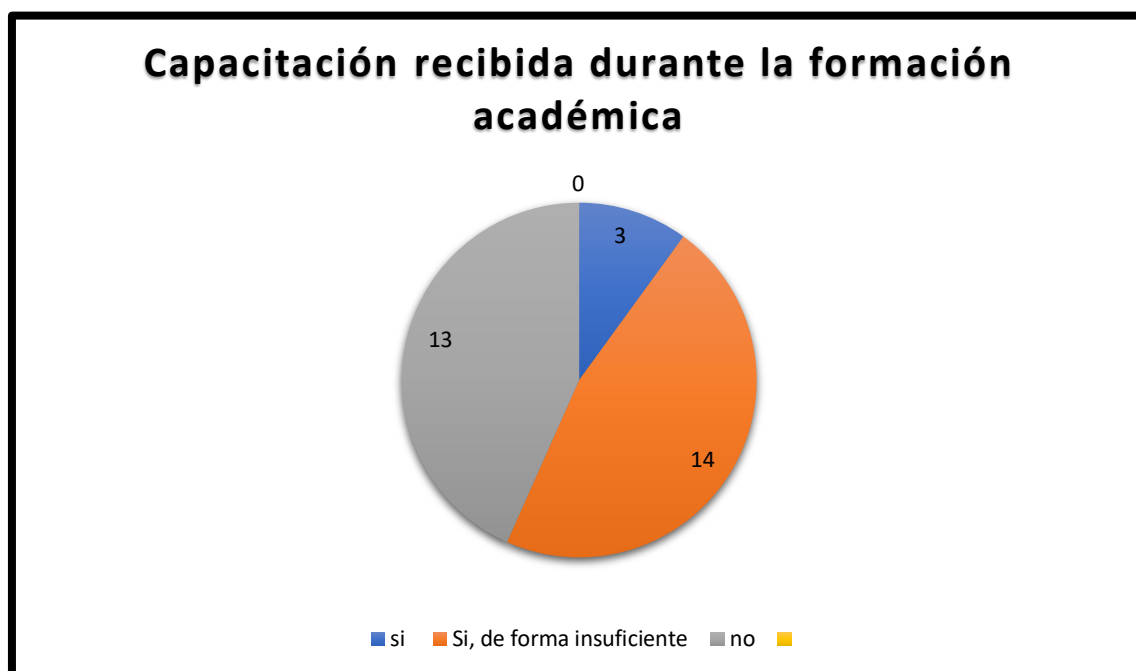
TABLA N° 12

Distribución de la muestra según: Capacitación recibida en el transcurso de la formación académica sobre las medidas no farmacológicas en el trastorno de ansiedad generalizada.

Datos individuales: información sobre el TAG en la formación académica	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Si	3	10 %
Si, de forma insuficiente	14	46,7 %
No	13	43,3 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 12



Comentario: Se observa que los profesionales enfermeros de los servicios de medicina de urgencias durante su formación académica solo el 10% recibieron información sobre el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que en un 46,7% fue de forma insuficiente y el 43,3% restante no recibieron información sobre el trastorno.

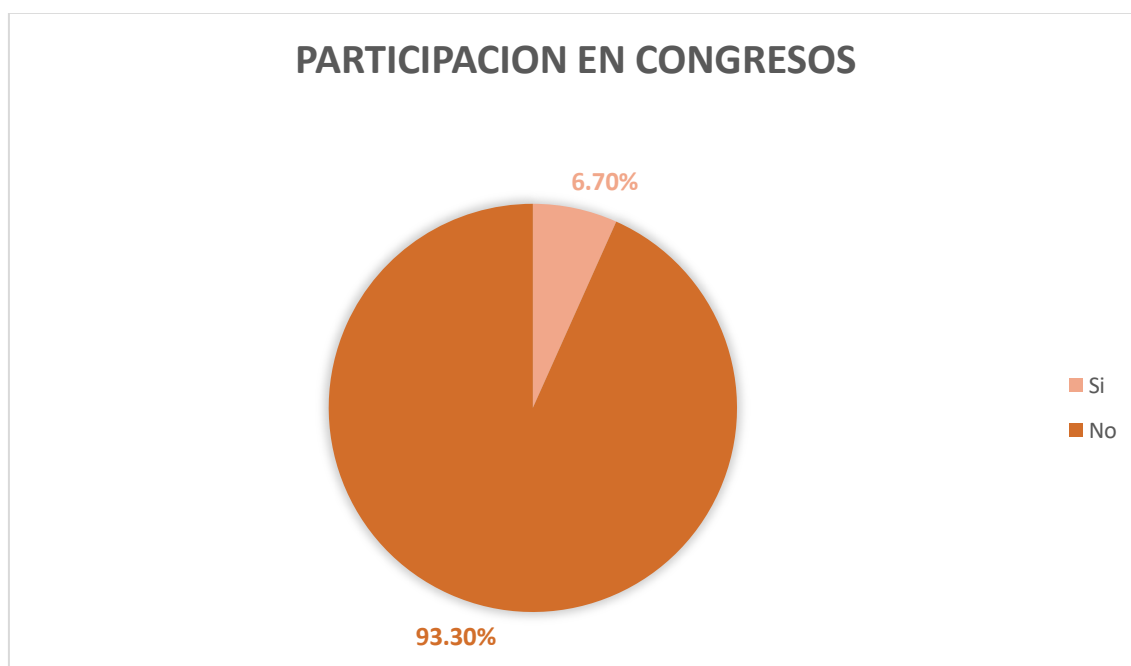
TABLA N° 13

Distribución de la muestra según: Participación en congresos o jornadas de actualización sobre el trastorno de ansiedad generalizada y como abordarlo.

Datos individuales: participación en congresos	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
SI	2	6,7%
NO	28	93,3%

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 13:



Comentario: Se concluye que gran parte, 93,3% de los profesionales enfermeros de los servicios de medicina de urgencias, no participan en congresos ni jornadas que aborden el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que una pequeña porción de la muestra en estudio, 6,7% si participa en dichos congresos o jornadas.

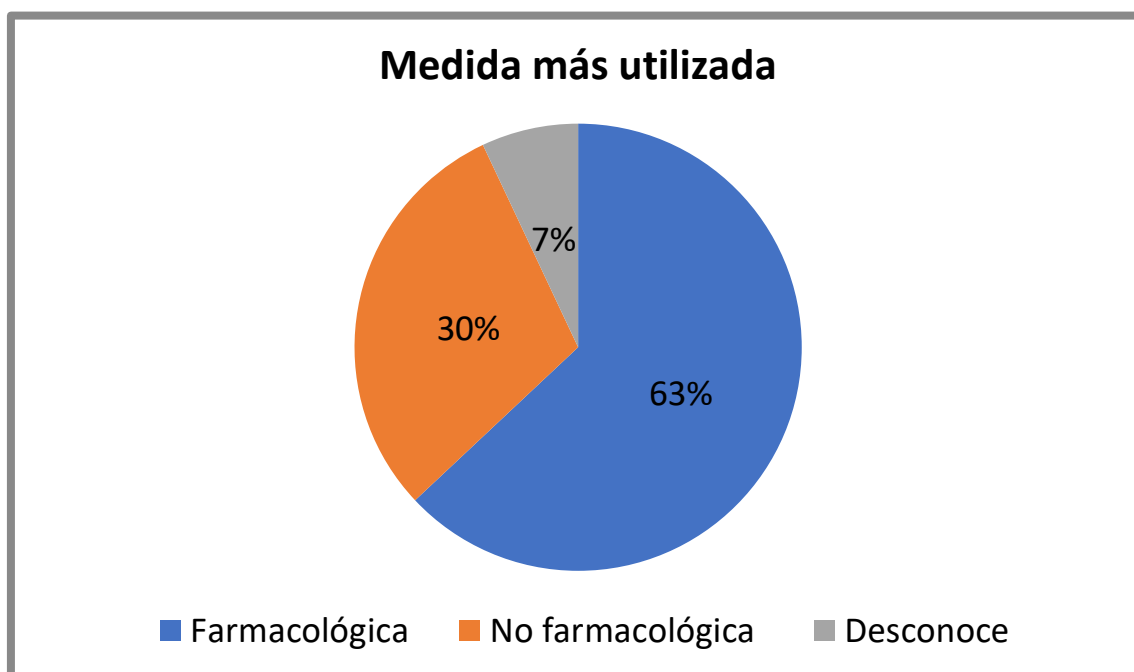
TABLA N° 14

Distribución de la muestra según: Medidas más utilizadas por los profesionales.

Datos individuales: medida más utilizada	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Farmacológica	19	63 %
No farmacológica	9	30 %
Desconoce	2	7 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 14:



Comentario: En los servicios de medicina de urgencias del Hospital Central y SERCA, predominan (63%) las medidas farmacológicas para abordar el trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo también se utilizan las medidas no farmacológicas, pero en menor proporción (30%). Además se observa que una pequeña parte de la muestra en estudio, 7%, desconoce el tema.

TABLA N° 15

Distribución de la muestra según: Primer procedimiento que realiza ante el trastorno de ansiedad generalizada.

Datos individuales: primera actuación	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Control de signos vitales	7	23 %
Tratamiento farmacológico	8	27 %
Contener, acompañar, escucha activa	11	36 %
Pedir colaboración	2	7 %
Desconoce	2	7 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAFICO N° 15



Comentario: Se obtuvo una variada cantidad de respuestas frente a la primera actuación de los profesionales enfermeros en el trastorno de ansiedad generalizada entre ellas podemos mencionar las más utilizadas las cuales son contener, acompañar y escuchar activamente al paciente (36%), tratamiento farmacológico (27%), el control de signos vitales (23%), pedir colaboración (7%) y por ultimo una porción (7%) de los profesionales enfermeros no sabe cómo actuar.

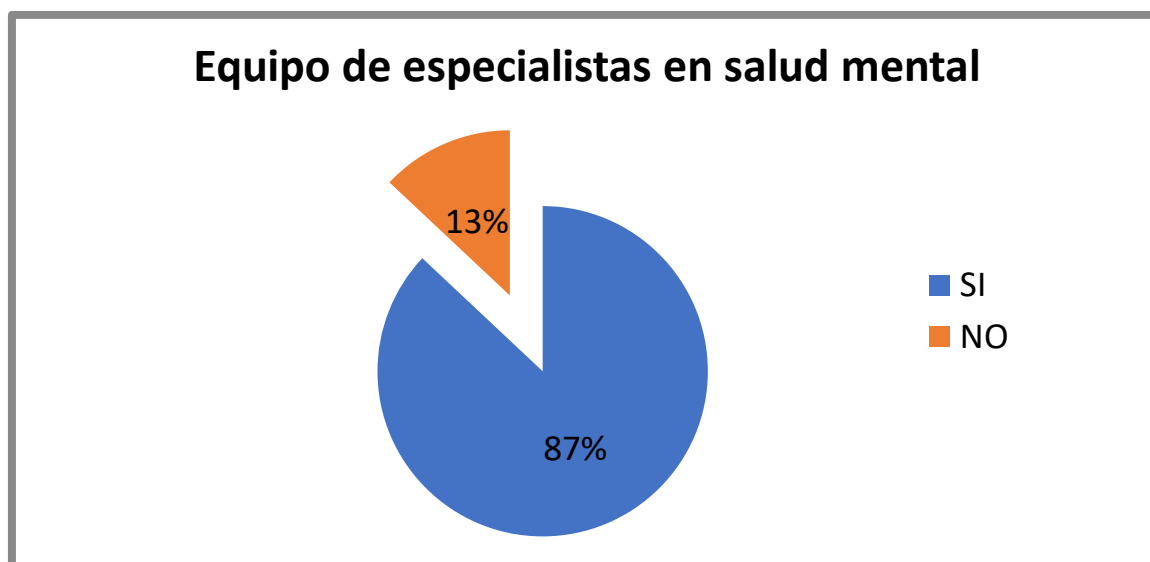
TABLA N° 16

Distribución de la muestra según: La importancia de la necesidad de un equipo de especialistas en salud mental.

Datos individuales: equipo de especialistas en salud mental	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
SI	26	87 %
NO	4	13 %

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

GRAICO N° 16



Comentario: Para el 87% de los profesionales enfermeros es de suma importancia la presencia de un equipo de especialistas en salud mental para abordar la problemática del trastorno de ansiedad generalizada, sin embargo, el 13% de los profesionales no lo considera relevante.

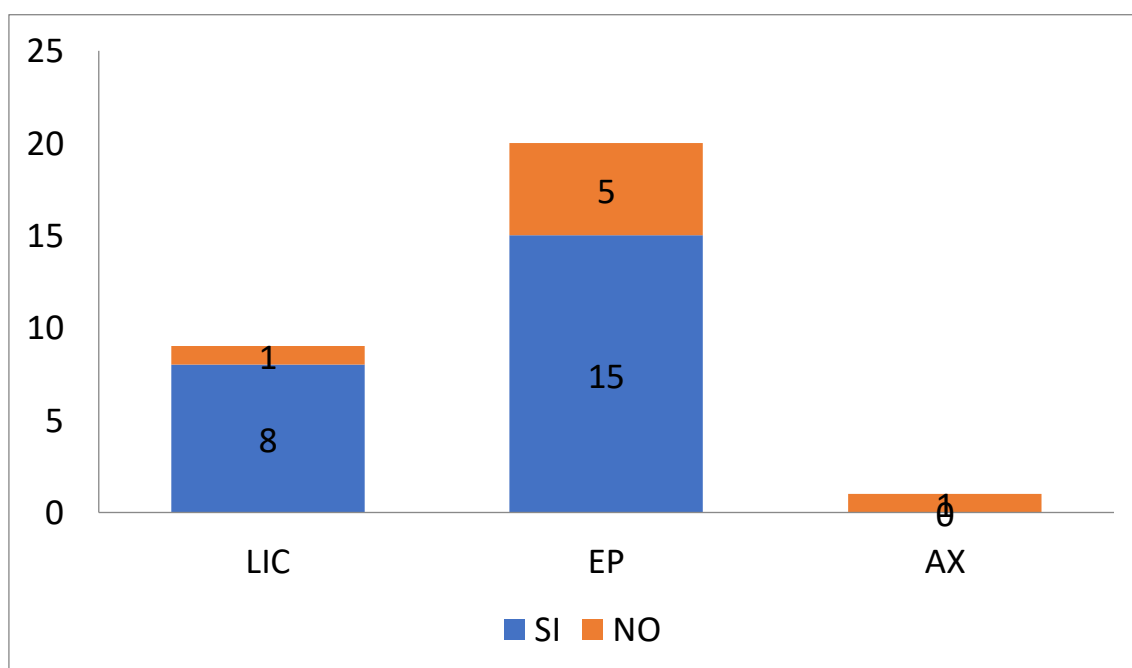
TABLAS Y GRÁFICOS BIVARIADOS

Tabla y grafico bivariado N°1

Distribución de la muestra según: la formación académica y el conocimiento de
T.A.G

FORMACION ACADEMICA	CANTIDAD	FRECUENCIA	CONOCEN LO QUE ES TAG	
			SI	NO
AUXILAR DE ENFERMERIA	1	3%	0	1
ENFERMERO PROFECIONAL / UNIVERSITARIO	20	67%	15	5
LICENCIADO EN ENFERMERIA	9	30%	8	1

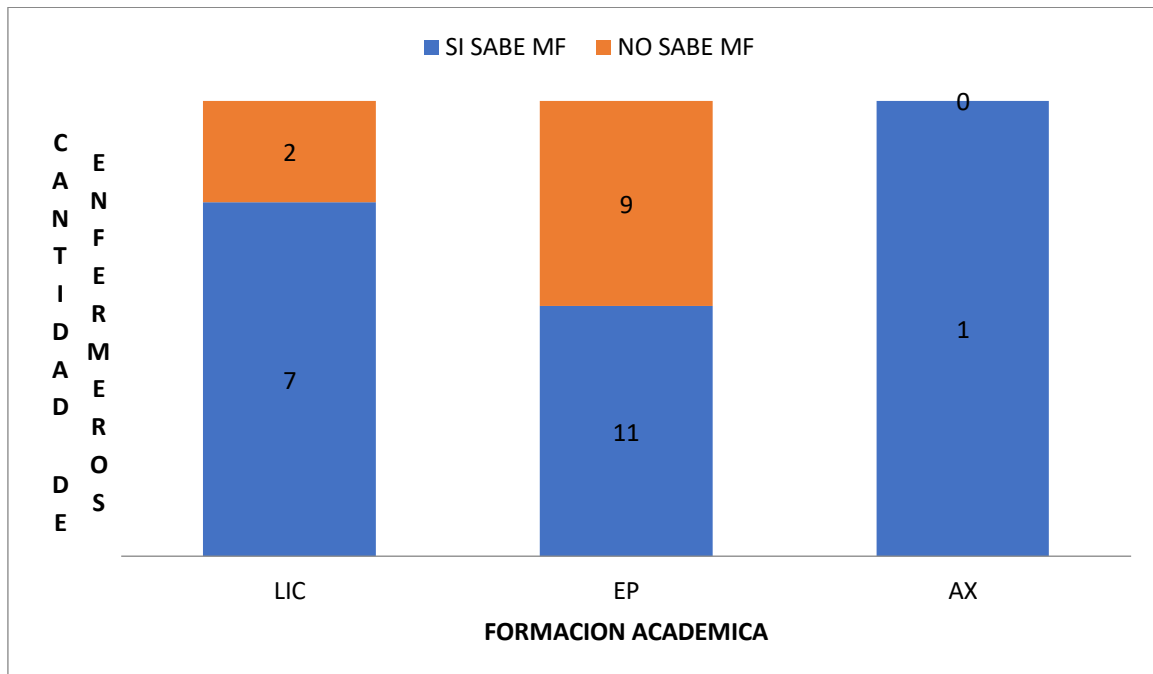
Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).



Comentario: La gran mayoría de los entrevistados son enfermeros profesionales u universitarios, quienes 15 de 20 de estos si conocen el trastorno de ansiedad generalizada. En cuanto a los licenciados en enfermería, 8 de los 9 entrevistados si conoce en TAG. No obstante, el único auxiliar en enfermería desconoce o no se familiariza con el término de TAG.

Tabla y gráfico bivariado N° 2

Distribución de la muestra según: conocimiento sobre medidas farmacológicas y formación académica.



	SI SABE MF	NO SABE MF
LIC	7	2
EP	11	9
AX	1	0

Fuente: cuestionario elaborado por los autores del estudio y administrado por enfermeros del servicio de medicina de urgencias del Hospital Central y del servicio de emergencias coordinado asistencial (SERCA).

Comentario: 19 de los 30 entrevistados sabe las medidas farmacológicas, solo 2 de los 9 entrevistados no conoce las medidas farmacológicas. Gran parte de los que no lo conoce son enfermeros, por su parte el Auxiliar en enfermería si conoce las medidas farmacológicas.

CAPITULO III

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS.

RESUMEN GENERAL DE LOS RESULTADOS

Se entrevistó a 30 profesionales, del servicio de Medicina de Urgencias del Hospital Central de Mendoza y SERCA (servicio coordinado de emergencias), los cuales el 66.7 % corresponde a enfermeros profesionales, el 30% a licenciados en enfermería y el 3,3 % corresponde a auxiliares de enfermería. Así mismo, 15 enfermeros son hombres y 15 enfermeros son mujeres, el 66,7% trabaja hace más de 5 años en servicio de emergencia, el 26,7% trabaja hace aproximadamente entre 1 y 5 años y el 6,7 % trabaja hace menos de un año.

Las técnicas de relajación, fueron las más nombradas, pero solo el 8,6% (3 personas) se inclinan por recurrir a personas de confianza de la persona. La mayoría de los profesionales entrevistados afirmo que la preparación académica sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada fue insuficiente y solo 3 de 30 respondieron que sí se desarrolló esta temática, el 43, 3% 13 personas respondieron que no se desarrolló, este correspondería a 13 profesionales de 30 entrevistados. Y más del 90% se los entrevistados ha asistido a congresos o jornadas de actualización donde al menos se tocaba esta temática quizás éste fue el único medio por el cual se entrenaron para el abordaje del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

DISCUSIÓN

Los métodos que se desarrollan en el marco teórico son métodos que pueden desarrollarse en situaciones de emergencia, así mismo se deberá tener en cuenta la circunstancia en la que se aborda al paciente y la infraestructura del servicio ya que quizás uno de los inconvenientes es que en los servicios de emergencia, el espacio para circular de forma adecuada no admite acompañantes y no se tiene el tiempo suficiente para desarrollar correctamente algunos de estos métodos como el de acompañar en todo momento o el uso de distracción.

Llama la atención que de todos los entrevistados solo uno respondió que busca el criterio médico ante una situación de TAG, podemos entonces inferir que el resto de los entrevistados, medicaría al paciente, sin criterio médico, cabe destacar que solo el 33% de los entrevistados conoce sobre medidas farmacológicas. Según la referencia bibliográfica las medidas farmacológicas se utilizan cuando las medidas no farmacológicas (acciones independientes de enfermería) no son efectivas. En resumen se recomienda oxigenoterapia, benzodiazepinas (principalmente alprazolam) y antipsicóticos para pacientes que de alguna manera desarrollaron resistencia a benzodiazepinas. En la práctica solo el 43 % los usa, pero también se administran ansiolíticos, antidepresivos y solo el 3% empiezan con oxigenoterapia, concluimos entonces que hay poca información al respecto del tratamiento de TAG.

PROPUESTAS

En primer lugar es muy importante que desde la formación se incluya al Trastorno de Ansiedad Generalizada, como una entidad, ya que efectiviza la atención de los pacientes.

En segundo lugar sería interesante realizar capacitaciones sobre esta enfermedad y sobre los distintos tratamientos, podemos presentar la fisiopatología y desarrollar Proceso de Atención de Enfermería (PAE) los servicios de urgencia, de esta forma se podrán delimitar los procedimientos de enfermería delimitando los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y luego realizar un protocolo en donde se vea definido el rol del enfermero y del médico, psiquiatra.

La aplicación de un PAE nos da la oportunidad de plantear mejoras en la atención y así optimizar nuestros recursos, como por ejemplo formar un criterio acerca de los medicamentos que se deben utilizar, o si es más efectivo utilizar un método no farmacológico como técnicas de respiración o simplemente recurrir a permanecer con el paciente y así mejorar la atención de todo el personal para los pacientes.

APENDICE Y ANEXOS.

BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS UETS N° 2006/10
2. Cubas R., Ibáñez I., González M. Variables de proceso en la determinación de la ansiedad generalizada y su generalización a otras medidas de ansiedad y depresión. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*; 2005, Vol. 6, N°1, pp. 23-39
3. Godoy C. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos ansiosos y su familia, Hospital de Santiago; 14 de agosto de 2012. Disponible en : <http://es.slideshare.net/mobile/anarien/cuidados-de-enfermera-en-pacientes-con-trastorno-ansioso>
4. Molina A. Manual del Bombero. Organización y desarrollo profesional: Psicología de emergencia, vol. 5.; País Vasco: Arkaute; Junio 2011
5. Godoy C. Cuidados de enfermería en pacientes con trastornos ansiosos y su familia, Hospital de Santiago; 14 de agosto de 2012. Disponible en : <http://es.slideshare.net/mobile/anarien/cuidados-de-enfermera-en-pacientes-con-trastorno-ansioso>
cines.org.uk/expedientespararegistrorivotril
6. Vidal. 1ª edición. Madrid. Vademecum Spain S.A., 2015 [date unknown] 16-02-2020 Disponible en: <http://www.vademecum.es>
7. Holub. registros para el rivotril. 1ª edición. Ucrania: 2019. Datapharm. 16-02-2020. Disponible en <http://www.medicines.org.uk/expedientespararegistrorivotril>

8. Otonnello.medicamento : clorpromazina. Genova
Suecia.2017.disponible.Medicinssansfronteres 16-02-2020en[http://m
8edicalguideline.msf.org/viewport/EssDr/latest/clorpromazina-inyectable](http://medicalguideline.msf.org/viewport/EssDr/latest/clorpromazina-inyectable).

ANEXO I

Cuestionario

1. Edad: ____
2. Género: (marque con una x)
 - Femenino ____
 - Masculino ____
3. Nivel de formación:
 - ☐ Auxiliar en enfermería ____
 - ☐ Enfermero profesional/universitario ____
 - ☐ Licenciado en enfermería ____
4. Tiempo de experiencia como enfermero:
 - ☐ < 1 año ____
 - ☐ Entre 1 y 5 años ____
 - ☐ >5 años ____
5. Tiempo en el servicio de emergencia:
 - ☐ < 1 año ____
 - ☐ Entre 1 y 5 años ____
 - ☐ >5 años ____
6. Horas semanales:
 - ☐ < 36 hs semanales ____
 - ☐ Entre 36 y 48 hs semanales ____
 - ☐ >48 hs semanales ____
7. Conoce que es el trastorno de ansiedad generalizada:
 - ☐ Sí ____
 - ☐ No ____
8. Sabe algún método no farmacológico para abordar un trastorno de ansiedad generalizada:
 - Sí ____
 - No ____
9. Utiliza alguno de los siguientes métodos:
 - ☐ Técnicas de respiración ____
 - ☐ Eliminar factores externos ____
 - ☐ Uso de la distracción ____

o Acompañar en todo momento ____

o Recurrir a personas de confianza del paciente (familiar, amigo, pareja) ____

10. Conoce medidas farmacológicas.

Sí ____ No ____

Mencione al menos 4 medidas

-
-
-
-

11. En el transcurso de su formación académica, ¿se dictó alguna vez información sobre este tema?

Si ____

Si de forma insuficiente ____

no ____

12. ¿Alguna vez participo en un congreso, jornada de actualización, sobre este tema?

Si ____

No ____

13. ¿Cuál es la medida más utilizada en su servicio? ¿Por qué?

-

14. ¿Qué es lo primero que hace ante un TAG?

-

15. ¿Considera necesario un equipo de especialistas en salud mental para abordar estos pacientes? ¿Por qué?

ANEXO II

TABLA MATRIZ DE DATOS

1	36	femenino	licenciado en enfermería	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	si	uso de distracción	Sí	Ansiolíticos - Inhibidores de Serotonina - Antidepresivos - Tratamientos psicoterapéuticos	si, de forma insuficiente	Sí	Actividad física - Técnicas Anti estrés - Recreación	Detectarlo - Pedir ayuda - Evaluación de su estado - Tratamiento	Si, porque no solo afecta a nivel social sino personal que conlleva a múltiples complicaciones con el entorno y consigo mismo por la irritabilidad, chicos de conducta, desmotivación, entre otros pudiendo llegar a la depresión
2	25	femenino	Enfermero profesional	entre 1 y 5	Menos de 1 año	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	Sí	Ansiolíticos, antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotoninas	si	No	Ansiolíticos	Usar técnicas de relajación para distraer al paciente. Si el pte no se logra calmar usar medicación correspondiente	Creo si debería ser necesario porque ellos saben como tratar estos casos y abordar sobre ello
3	31	masculino	Enfermero profesional	más de 5	Menos de 1	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	Sí	Venlafaxina quetiapina sertralina.	no	No	Benzodiazepinas.	Tranquilizar al paciente interrogando de forma clara y calmada.	Si. Lo importante es el

			nal		año			n		Benzodiazepi na. Antidepresivo s.					abordaje multidisciplin ario.	
4	5 4	femeni no	licencia do en enferme ría	más de 5	Más de 5 años	Menos de 36 horas	si	si	Eliminac ión de factores externos	Sí	Se pueden dar antidepresivo s ,medicación contra la ansiedad y sedantes	si , de forma insuficie nte	N o	Contención del paciente ,y tratamiento farmacológic o en primera instancia .	Se trata de contener al paciente ,preguntándole que le pasa que siente y poder descubrir cuál fue el detonante que produjo su crisis y de ahí ver qué acciones se tomen para mejorar su condición. Contención del paciente	Si .Antes de que empeorén con el paso del tiempo.Es más fácil tratarla si obienes ayuda pronto
5	2 6	femeni no	Enferme ro profesio nal	men os de un año	Men os de 1 año	entre 36 y 48 horas	n o	si	Técnica s de relajació n	N o	Diazepan, rivotril	no	N o	Contencion hablada	Medicacion	Si
6	2 5	femeni no	Enferme ro profesio nal	entre 1 y 5	Men os de 1 año	entre 36 y 48 horas	n o	si	Recurrir a persona s de confianza de la persona	N o	No conosco ninguno	no	N o	Coushin	Me aislo	Si, ayidarin por lo menos en mi servicio a que no se desoriente y nos capasitarian a la contencion de los mismos
7	4 7	masculi no	licencia do en enferme ría	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	si	Acompa ñar en todo moment o	N o	Desconozco	no	N o	Desconozco	Desconozco	De ser necesario, si

8	60	masculino	Enfermero profesional	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	No	Acompañar en todo momento	Sí	Haloperidol, Diazepam, lorazepam	si	No	Diazepam 10mg diluida en 10 cc sf	Medica	Si , para tratamiento
9	61	masculino	Enfermero profesional	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	si	Recurrir a personas de confianza de la persona	Sí	Diazepam , Lorazepam , Amplictil , iny. Clonazepam, vo esto a criterio médico	si , de forma insuficiente	No	Diazepam IM. Clonazepam VO.	Evaluación de SV, abordaje de familiares recabar información	No el médico clínico esta capacitado para esa tarea y derivar al profesional de Salud Mental
10	46	masculino	Enfermero profesional	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	No	uso de distracción	No	Hablar con paciente	no	No	Escuchar	Comunicacion	Si, hay trastornos emocionales que ejercitan apoyo profesional
11	26	femenino	Enfermero profesional	entre 1 y 5	Menos de 1 año	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	Sí	Diazepam, clonazepam, lorazepam, haloperidol	no	No	Farmacologica	Acompañar y calmar al paciente	Si para abordarlo de forma completa
12	47	masculino	licenciado en enfermería	más de 5	Más de 5 años	Mas de 48 horas semanales.	si	No	Técnicas de relajación	No	Benzodiacepinas	si , de forma insuficiente	No	Farmacología . Interconsulta con Psicología y/o Psiquiatría	Tratar de tranquilizar al paciente, que exprese qué es lo que realmente le está afectando	Si considero necesario un equipo en salud mental, más aún creo más adecuado un equipo interdisciplinario

13	46	femenino	Enfermero profesional	más de 5	Entre 1 y 5	entre 36 y 48 horas	no	si	uso de distracción	Sí	Diazepam lorazepam	si , de forma insuficiente	No	Farmacológica	Control de signos vitales	Si es sumamente necesario
14	46	masculino	Enfermero profesional	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	no	No	Eliminación de factores externos	No	No	no	No	Farmacológica	Pedir colaboración	Si porque es necesario
15	39	masculino	licenciado en enfermería	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	no	No	Técnicas de relajación	Sí	Clonazepam, haloperidol	si , de forma insuficiente	No	Farmacológica	Control de signos vitales y medicar	Si para un abordaje holístico
16	39	femenino	licenciado en enfermería	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	No	Técnicas de relajación	Sí	Diazepam. Halopecidol. Lorazepam. Clobazepam	no	No	Farmacológica	Diazepam IM	Si. Ellos conocen sobre la patología y como abordarla.
17	28	masculino	Enfermero profesional	menos de un año	Menos de 1 año	Mas de 48 horas semanales.	si	si	Técnicas de relajación	Sí	Sertralina, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam.	si , de forma insuficiente	No	Farmacológica	Medicación	Si por qué necesitan ayuda profesional!!
18	34	femenino	licenciado en enfermería	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	si	Eliminación de factores externos	Sí	Haloperidol Lorazepam clonazepam	no	No	Hidratación parenteral	Hablar con el paciente disminuir la ansiedad	Si que cuenten con guardia de 24 horas, dado que ellos son los especialistas
19	38	femenino	licenciado en enfermería	más de 5	Más de 5 años	Mas de 48 horas semanales.	si	si	Eliminación de factores externos	Sí	Oxigenoterapia. Lorazepam. Haloperidol. Olanzapina. Hidratación parenteral sin	no	Sí	Hidratación parenteral sin agregados. Eliminación de factores externos.	ABCDE. Control de signos vitales. Contención familiar. Eliminar factores externos. Ubicación y Confort del paciente.	No considero indispensable la necesidad de un equipo de salud

										agregados.					Contención y escucha activa. Cumplir con indicaciones médicas. Registrar acciones e intervenciones.	mental para abordar exclusivamente TAG.
20	37	masculino	licenciado en enfermería	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	Sí	Diazepam, lorazepam, olanzapina, clorpropacina	si, de forma insuficiente	No	Medidas farmacológicas	Control de signos vitales	Si y de hecho lo hay
21	30	masculino	Enfermero profesional	entre 1 y 5	Menos de 1 año	Mas de 48 horas semanales.	si	si	Acompañar en todo momento	No	No conozco	si, de forma insuficiente	No	Medidas no farmacológicas	Control de signos vitales.	Si, para brindar asistencia al paciente
22	52	masculino	Auxiliar de enfermería	más de 5	Más de 5 años	Mas de 48 horas semanales.	no	si	uso de distracción	Sí	Clonazepam, haloperidol, diazepam, alprazolam	si, de forma insuficiente	No	Metodos farmacológicos	Medicarlo	Si, para tratarlos mejor
23	26	femenino	Enfermero profesional	entre 1 y 5	Menos de 1 año	entre 36 y 48 horas	si	si	uso de distracción	Sí	Diazepam, lorazepam, clonazepam, haloperidol	si, de forma insuficiente	No	Metodos farmacológicos	Toma de signos vitales para comprobar que los signos vitales esten estables.	Si y de hecho lo hay. Equipo de salud mental
24	33	masculino	Enfermero profesional	más de 5	Entre 1 y 5	Mas de 48 horas semanales.	no	No	uso de distracción	No	Nada	si, de forma insuficiente	No	Ninguna	Nada	Si porq son pacientes q requieren ayuda
25	32	femenino	Enfermero profesional	entre 1 y 5	Entre 1 y 5	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	No	No lo se	no	No	No sé utiliza	Contención y escucha activa.	Sí
26	35	femenino	Enfermero profesional	más de 5	Más de 5 años	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	Sí	Sertralina paroxetina duloxetina escitalopram	no	No	Plasebo y antidepresivos	Acompañamiento	Si, porque es una enfermedad q si no es tratada como

																se debe desencadenar a complicaciones severas en los pacientes
27	24	femenino	Enfermero profesional	entre 1 y 5	Entre 1 y 5	entre 36 y 48 horas	si	si	uso de distracción	Sí	Clonagin Alprazolam Diazepam zolpidem	no	No	Se lo medica según indicación médica !midazolam clonagin etc	Tratar de tranquilizar al paciente y ayudarlo para que seda su ansiedad !	Si porque son pacientes que necesitan ayuda para poder abordar la situación de ansiedad de la mejor manera !
28	30	masculino	Enfermero profesional	más de 5	Entre 1 y 5	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	Sí	Sertralina, Clonazepam, Fluoxetina, lorazepam	si	No	Técnicas de relajación y farmacológica	Acompañamiento y tranquilizar	Si, por qué cada vez se observan más casos y muchas veces no se sabe que tratamiento seguir
29	27	masculino	Enfermero profesional	entre 1 y 5	Menos de 1 año	entre 36 y 48 horas	si	si	Técnicas de relajación	No	Ansilioticos - Antidepresivos	si , de forma insuficiente	No	Test laboral.	Diagnóstico, tratamiento psicoterapia o farmacológico.	No. Es mejor un equipó multidisciplinario junto a la familia.
30	51	femenino	Enfermero profesio	entre 1 y 5	Entre 1 y 5	entre 36 y 48 horas	si	si	uso de distracción	Sí	Clonazepan lorazepan alplazolan	si , de forma insuficie	No	Tranquilizar al paciente. Casi siempre	Tranquilizar rregular respiracion y relajacion muscular si el paciente	Si es necesario . La ayuda de

			nal								diazepan	nte		indicacion medica clonazepan	colabora		un profesional es esencial
--	--	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	----------	-----	--	------------------------------------	----------	--	----------------------------------