



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES
PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE
BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO”

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Lescano Veloz, Washington Paúl

Tutor: Lcdo. MSc. Alvarez Zayas, Rafael Emilio

Ambato – Ecuador

Diciembre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre del tema: **“LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES “TUNGURAHUA” DE LA CIUDAD DE AMBATO**”, de Washington Paúl Lescano Veloz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Octubre del 2014

EL TUTOR

Lcdo. MSc. Rafael Emilio Alvarez Zayas

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES “TUNGURAHUA” DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero del 2015

EL AUTOR

Washington Paúl Lescano Veloz

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga con esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Enero del 2015

Washington Paúl Lescano Veloz

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE BUSES DE LA COOPERATIVA “TUNGURAHUA” DE LA CIUDAD DE AMBATO”** de Washington Paúl Lescano Veloz, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica

Ambato, Diciembre del 2014

Para constancia firman:

Presidente / a

1er Vocal

2do Vocal

DEDICATORIA

A Dios por la bendición, a mis padres por el apoyo, a mis hermanos por el soporte, a mi esposa por la paciencia.

¡A ellos y por ellos sea este logro!

Paúl Lescano

AGRADECIMIENTO

Venerada gratificación a las personas que durante los 5 años de la ardua labor universitaria fueron sustento y complemento.

Gracias a la Dra. Msc. Tutora Norma Escobar Parra y al Lcdo. Msc. Rafael Alvarez Zayas, por su guía encaminada hacia el logro del momento cúlmen del trabajo estructurado de investigación; a los docentes por su ética y a las autoridades por su gran labor y eficiencia.

Por la cordial apertura y sutil recibimiento, gracias sinceras a los Srs. Directivos y socios de la Cooperativa de Buses Urbanos Tungurahua que permitieron llevar a cabo la ejecución de la investigación.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
CONTEXTUALIZACION	3
MACRO	3
MESO.....	7
MICRO.....	8
ANÁLISIS CRÍTICO.....	12
PROGNOSIS.....	12
PROBLEMA CIENTÍFICO	13
INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN	13
DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	13
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVOS	16
Objetivo General	16
Objetivos específicos	16
CAPÍTULO II	17

MARCO TEÓRICO	17
Antecedentes de la investigación	17
Fundamentación	21
Filosófica.....	21
Epistemológica.....	22
Psicológica	24
Legal.....	26
CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	29
HIPÓTESIS	72
SEÑALAMIENTO DE PROBLEMAS	72
CAPÍTULO III.....	73
METODOLOGÍA	73
ENFOQUES	73
MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN	73
De campo	74
Bibliográfica Documental	74
De intervención social o proyecto factible.....	74
TIPO DE INVESTIGACIÓN	75
POBLACIÓN Y MUESTRA.....	75
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	76
VARIABLE INDEPENDIENTE (LA ANSIEDAD).....	76
VARIABLE DEPENDIENTE (ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS)	77
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	78
TÉCNICA	78
INSTRUMENTO	78
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.....	78
PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	82
CAPÍTULO IV	83
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	83
RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	83
VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	91
CAPÍTULO V.....	101

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	102
CAPÍTULO IV	103
PROPUESTA	103
DATOS INFORMATIVOS	103
ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	104
JUSTIFICACIÓN	105
OBJETIVOS	106
Objetivo general	106
Objetivos específicos	106
FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA	106
METODOLOGÍA	114
MODELO OPERATIVO	114
MARCO ADMINISTRATIVO	131
Recursos físicos o institucionales.....	131
Recursos humanos.....	131
Materiales.....	131
Económicos.....	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
BIBLIOGRAFÍA	133
LINKOGRAFÍA	135
ANEXOS	139
ANEXO 1.....	139
Validación por expertos (Escala de Ansiedad de Hamilton)	139
ANEXO 2.....	142
Validación por expertos (Cuestionario orientado a determinar la aparición de enfermedades)	142
ANEXO 3.....	145
Oficio de aprobación para ejecutar la investigación (Cooperativa de Transportes “Tungurahua”	145
.....	145

ANEXO 4.....	146
Escala de ansiedad de Hamilton.....	146
ANEXO 5.....	149
Cuestionario orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas.....	149
ANEXO 6.....	150
Manejo del estrés y las emociones	150
ANEXO 7.....	150
El conductor de grandes vehículos y sus riesgos del trabajo	150
ANEXO 8.....	150
Cómo superar el pánico: con o sin agorafobia	150
ANEXO 9.....	151
Tabla de distribución Chi Cuadrado	151
ANEXO 10.....	152
Evidencia de la aplicación de reactivos en las unidades de transporte urbano “Tungurahua”	152

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipo de participantes.....	75
Tabla 2. Variable independiente	76
Tabla 3.. Variable dependiente.....	77
Tabla 4. Escala de ansiedad de hamilton	80
Tabla 5. Cuestionario semiestructurado.....	81
Tabla 6. Plan de recolección de información	82
Tabla 7. Distribución de Niveles de Ansiedad.....	83
Tabla 8. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas relacionadas con el sueño....	84
Tabla 9. Riesgo de enfermedades físicas	86
Tabla 10. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas genitourinarias.....	87
Tabla 11. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas cardiovasculares	89
Tabla 12. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas neuromusculares.....	90
Tabla 13. Correlaciones de Pearson	94
Tabla 14. Método psicoprofiláctico	112
Tabla 15. Metodología	115
Tabla 16. Modelo operativo	119
Tabla 17. Presupuesto	132

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Árbol de problemas.....	11
Gráfico 2. Red de inclusiones conceptuales.....	29
Gráfico 3. Distribución de los niveles de ansiedad.....	83
Gráfico 4. Riesgo de alteraciones de sueño.....	85
Gráfico 5. Riesgo de enfermedades físicas.....	86
Gráfico 6. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas genitourinarias.....	88
Gráfico 7. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas cardiovasculares.....	89
Gráfico 8. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas relacionadas con el aspecto neuromuscular.....	90

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES
PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE
BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO”**

Autor: Lescano Veloz, Washington Paúl

Tutora: Lcdo MSc. Alvarez Zayas, Rafael Emilio

Fecha: Enero del 2015

RESUMEN

El informe de investigación que se detalla a continuación ha sido un estudio que tiene como finalidad determinar la manera en que los niveles de ansiedad van a repercutir en la salud psicofisiológica de cada una de las personas de la población de estudio y por ende plantear alternativas de solución.

El trabajo fue realizado en la Cooperativa de Buses Urbanos “Tungurahua”, en el período Septiembre – Febrero del 2014; en esta institución fueron evaluadas 107 personas de sexo masculino, quienes presentan ciertas dificultades de índole psicológica y fisiológica.

La información fue adquirida a través de los reactivos aplicados: Escala de ansiedad de Hamilton, diseñada la versión en español por Carroble y Cols (1986), este es uno de los instrumentos más manejados en estudios farmacológicos acerca de la ansiedad. Puede ser empleada para evaluar la rigidez de la ansiedad de forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad y para vigilar la respuesta al tratamiento.

Mientras tanto el otro reactivo aplicado fue el Cuestionario semiestructurado orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas, elaborado y diseñado por el investigador y debidamente

validado por profesionales, pudiendo así percibir la presencia o ausencia de problemas en la salud de los conductores.

Con la respectiva aplicación de cada uno de los reactivos, se puede concluir que en la población de estudio se encuentra considerado como principal indicador del problema, manifestando así que dentro de los niveles de ansiedad es observable que un 4% denota ausencia de la misma, 37% manifiesta un grado leve, el 55% presenta ansiedad moderada y finalmente un 4% se encuentra en el rango de ansiedad grave.

Consecuentemente, a través del Cuestionario semiestructurado orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas, es considerable manifestar que los principales problemas en el estudio se encuentra basado en lo físico y cardiovascular, obteniendo así un 92% y 74% respectivamente, para lo cual es importante realizar un esquema de intervención primaria, necesaria e indispensable para evitar que los inconvenientes pasen a un grado mayor.

Finalmente, la propuesta establecida para la investigación, se encuentra con una importante prioridad para tener efectos positivos en la ejecución de cada una de las conferencias, con orientación cognitiva conductual dentro de la psicoprofilaxis de prevención primaria, esto con el afán de potencializar el normal desenvolvimiento diario en su trabajo y un manejo adecuado de emociones en el ámbito biopsicosocial para así evitar la aparición de la ansiedad y posteriormente de las enfermedades psicofisiológicas.

PALABRAS CLAVES: ANSIEDAD, RIESGO, PSICOFISIOLÓGICA, SUEÑO, FÍSICOS, GENITOURINARIOS, CARDIOVASCULARES, NEUROMUSCULARES, CONDUCTORES, EMOCIONES, BIOPSICOSOCIAL, PSICOPROFILAXIS

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

**"LEVELS OF ANXIETY AND THE RISK OF
PSYCHOPHYSIOLOGICAL DISEASE IN DRIVERS OF THE
COOPERATIVE OF BUS TUNGURAHUA IN THE AMBATO CITY "**

Author: Lescano Veloz, Washington Paúl

Tutor: Lcdo. MSc. Alvarez Zayas, Rafael Emilio

Date: Enero del 2015

SUMMARY

The research report that is detailed later has been a study that has as purpose determine the way in which the levels of anxiety are going to reverberate in the health psicofisiológica of each of the persons of the population of study and for ende to raise alternatives of solution.

The work was realized in the Cooperative of Urban Buses "Tungurahua", in the period September - February, 2014; in this institution there were evaluated 107 persons of masculine sex, who present certain difficulties of psychological and physiological nature.

The information was acquired across the applied reagents: Scale of Hamilton's anxiety, designed the version in Spanish for Carroble and Cols (1986), this one is one of the instruments most handled in pharmacological studies brings over of the anxiety. It can be used to evaluate the inflexibility of the anxiety of global form in patients who assemble criteria of anxiety and to monitor the response to the treatment.

Meanwhile another applied reagent was the Questionnaire semistructured orientated to determining the appearance of diseases psicofisiológicas, elaborated and designed by the investigator and due validated by professionals, being able perceive this way the presence or absence of problems in the health of the drivers.

With the respective application of each one of the reagents, it is possible to conclude that in the population of study it is considered to be a principal indicator of the problem, demonstrating so inside the levels of anxiety it is observable that 4 % denotes absence of the same one, 37 % demonstrates a slight degree, 55 % presents moderate anxiety and finally 4 % is in the range of serious anxiety.

Consistently, across the semistructured Questionnaire orientated to determining the appearance of diseases psicofisiológicas, it is considerable to demonstrate that the principal problems in the study he is based on the physical and cardiovascular thing, obtaining this way 92 % and 74 % respectively, for which is important to realize a scheme of primary, necessary and indispensable intervention to prevent the disadvantages from going on to a major degree.

Finally, the offer established for the investigation, he meets an important priority to have positive effects in the execution of each one of the conferences, with cognitive behavioral orientation inside the psicofilaxis of primary prevention, this with the zeal to promote the normal daily development in his work and a suitable managing of emotions in the area biopsicosocial this way to avoid the appearance of the anxiety and later of the diseases psicofisiológicas.

KEYWORDS: ANXIETY, RISK, PSICOFISIOLÓGICA, DREAM, PHYSICISTS, GENITOURINARIOS, CARDIOVASCULAR, NEUROMUSCULARES, DRIVERS, EMOTIONS, BIOPSIOSOCIAL, PSICOPROFILAXIS

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un tema que se ha presentado a lo largo de los años, pero que ha tenido siempre el desconocimiento por parte de la humanidad, percatándose así en la actualidad mediante la sintomatología presentada en la mayoría de la población, a veces de forma desapercibida y en otras ocasiones ya con una magnitud más severa.

Pocas veces se ha logrado determinar de forma acertada el nivel de ansiedad que una persona pueda presentar debido al estrés diario en los ámbitos que se desenvuelven, ahí nace la necesidad de instaurar un estudio, para conciliar así el problema y las posibles alternativas de solución que se puede brindar a dicho problema; la razón primordial para realizar esto es que los niveles de ansiedad van más allá de problemas psicológicos, redimiendo al cuerpo humano la sintomatología física y orgánica por la influencia de la psique.

Se presentan muchos problemas al momento de realizar una relación entre el alma y el cuerpo, el espíritu y la materia, la mente y el cerebro o lo psicológico y lo fisiológico, esto porque no se ha logrado obtener resultados concisos y ha llevado al análisis innumerable del mismo problema básico, esto entre las relaciones conducta (lo que hacemos, pensamos y sentimos), y el cuerpo biológico que la sustenta.

En la investigación se establece que los factores psicológicos están implicados causalmente en los procesos de salud y enfermedad. Esta aseveración se encuentra con determinaciones coherentes, con un concepto positivo e integrador de la salud, dentro del cual es importante tener claro aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Como línea de base, el presente informe de investigación contiene principios relevantes de la ansiedad y de las enfermedades psicofisiológicas como entes primordiales del estudio, variables que se encuentran dentro del área del conocimiento en Psicología, estudiando así minuciosamente aplicación de técnicas, conceptos y teorías, evaluación y control de los factores psicológicos que influyen en la salud.

Así, entonces, la primera parte está dedicada a conocer profundamente lo que es la ansiedad, sus niveles, su influencia en lo físico y biológico, tipos, consecuencias a corto – largo y mediano plazo, sintomatología.

La segunda parte aborda la temática psicofisiológica, detallando así el estudio de su etiología, síntomas, tipos y alternativas de tratamientos (psicoterapéutico y farmacológico).

Y en la tercera y última parte se establece la alternativa de solución planteada para un mejor manejo de las situaciones de riesgo dentro de las atmósferas personales, familiares y sociales, para de esta manera establecer un cierto entrenamiento en la población de estudio y así puedan y logren controlar por sí solos los factores estresores y ansiógenos del día a día.

Supremamente, este estudio está propenso a extender su estudio, es decir, predispuesto a anexar más teoría y conocimiento objetivo, dando paso a las pautas referenciales para así seguir construyendo ciencia e investigación en beneficio de los seres humanos y de la Psicología mismo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo los niveles de ansiedad se relacionan con las enfermedades psicofisiológicas en conductores de la Cooperativa de buses Tungurahua de la Ciudad de Ambato?

CONTEXTUALIZACION

MACRO

A nivel mundial, durante mucho tiempo se ha elaborado una cantidad representativa de estudios referentes al transporte público para evaluar los diferentes aspectos que repercuten en la salud de cada conductor; generalmente se ha encontrado que existen consecuencias importantes en el entorno para generar enfermedades fisiológicas en las personas y cada detalle se debe a presentar niveles leves, moderados o altos de ansiedad provocados por los factores estresores ambientales, familiares y personales, lo que desencadena en diversas patologías.

Hoy en día, el estrés es aminorado en distintos campos rutinarios. Este fenómeno es la clara muestra de la envergadura que ha tomado este problema a nivel psíquico, ya que las experiencias ambientales llegan a formar parte del origen como de las consecuencias de las situaciones estresantes. En el ámbito social, específicamente en las situaciones de tránsito y tráfico vial, son provocados altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad (Cokerman, 2001).

En la rutina diaria es donde se ha podido observar que en el transcurso del día existen diferencias en torno a mirar un hombre conduciendo (producen sensaciones de diversión por la competencia que existe radicalmente queriendo imponer la lucha por la superioridad pero que continúa en un proceso que pasa de ser un oficio extravagante a ser una labor estresora al no lograr objetivos); en cambio, al encontrar a una mujer conduciendo es lo contrario a lo anterior (ellas generan ansiedad, estrés, tensión, por las críticas que aún reciben en un mundo medieval (Cokerman, 2001).

Las mujeres al volante suelen tener presente la jerarquización que los demás hacen en su contra, entonces por hacer bien las cosas es que circulan con una sobrecarga emocional para que no exista margen de error); ahora, dentro de éste engranaje se puede considerar que el miedo presentado también puede resultar beneficioso por el hecho de la tendencia a ser más precavidos y por ende no tienen preocupación alguna en medio del tráfico.

Los conductores por lo general asumen la conducción con una determinada carga emocional que, naturalmente, influye en su forma de conducir. Una observación que se pudo constatar fue que cuando la conducción se realiza en un estado emocional desagradable se produce más fatiga, menor atención, se asumen más riesgos y se cometen más errores e infracciones (Alonso, Sanmartín, Esteban, Calatayud, Alamar y López – Fernández y Doval, 2006).

Se estudió la salud de los conductores y cómo el estado de salud influye en la conducción y su seguridad. Cuando se estudiaron las alteraciones emocionales, se descubrió que el 21,9% de los conductores manifestaba algún síntoma relacionado con la depresión, el 11,2% con trastornos de ansiedad y que el 76,9% habían experimentado algún suceso vital estresante (Alonso, Sanmartín, Esteban, Calatayud, Alamar y López – Fernández y Doval, 2008).

Más de la mitad de los conductores afirmaron haber experimentado, durante los tres meses anteriores, dolores de cabeza o nuca, el 48,5% dificultades para dormir, el 35% nerviosismo, el 27,4% irritación, el 24,1% dificultades para

relajarse y el 20% mareos, sudores, temblores y hormigueos (Alonso, Sanmartín, Esteban, Calatayud, Alamar y López – Fernández y Doval, 2008).

Es necesario recordar que estos porcentajes no reflejan alteraciones emocionales producidas por la conducción sino la cantidad de conductores que las experimentan, sea cual sea su causa. Este estudio se interesaba en descubrir hasta qué punto éstas alteraciones interfieren en la conducción.

Es importante recordar que una de las conclusiones de este estudio fue que los hombres están menos sensibilizados, y por lo tanto son menos conscientes que las mujeres sobre la influencia de estos estados psicológicos en la conducción. Finalmente, también se constató que los conductores con estados de ansiedad, depresión o estrés asumen más riesgos al conducir (Fernández y Doval, 2006).

En el mismo tenor Fernández y Doval señalan que los conductores europeos refieren: “que por lo menos una vez no han tenido la completa predisposición para conducir, esto en su mayoría, en un 77% debido a molestias físicas o en un 14% debido a molestias psicológicas.

De éste grupo de choferes casi el 40%, a pesar de los inconvenientes que se presentan en ese momento, han seguido conduciendo, convirtiendo en oculto el malestar, solo el 62,3 supo admitir y tomó la firme decisión de no seguir haciéndolo.

En la actualidad, la mayoría de choferes priorizan la conducción antes que su salud, por el motivo de satisfacer las necesidades personales y familiares. Ante estos factores, a quedado en evidencia la despreocupación de la los mismos, por lo que en ciertos casos ya no existe un control normal de la enfermedad. En una minoría, determinan su tiempo para cuidar de su salud y buscar ayuda, tomando tiempos libres y compensando el desgaste físico y emocional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) ha proyectado que para el año 2030 los accidentes de tránsito se convertirán en una de las tres primeras causas de muerte en el mundo. Las estimaciones se basan en que habrá

un mayor acceso de automóviles de bajo costo e inseguros en países subdesarrollados, con poco respeto de las normas de tránsito y mala reglamentación vial.

Según la Gerencia Estadounidense de Seguridad del Tráfico en la carretera (NHTSA, 1999), hay un número importante de conductores estadounidenses que informan que han experimentado actos hostiles, arriesgados o agresivos de parte de otros conductores. En un estudio de 1995 en el Reino Unido (UK) reporto que cerca del 90% de 526 automovilistas reportaron y experimentaron actos agresivos en 1994.

Solo en Estados Unidos, el 13% de los habitantes son personas mayores de 65 años de edad que conducen un automóvil, representando el 16% de siniestros en las carreteras (Joint – Sierra y Alfaro, 1995 - 2008).

Una agresividad resultado de un rasgo agresivo de personalidad, ha sido definida como: “una propensión general para involucrarse en actos de agresión física y verbal, una propensión para la cólera, y una propensión a tener creencias hostiles de otras personas en diferentes situaciones” (Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador: Estudio de factores asociados, 1996).

Existen grupos divididos dentro de los afectados por los factores estresores, los hombres que son “pinchados” por los sucesos o contratiempos con otros choferes y las mujeres por tratar de conducir de la mejor manera y a su vez llevar consigo una baja autoestima al considerar que no lo podrán hacer como las demás personas, es ahí donde se puede plasmar el hecho de ver a una mujer conduciendo con mucha tensión y con la viva preocupación de saber si llegará bien o no a su destino, esto va desapareciendo luego de mucho tiempo dependiendo de la forma de afrontamiento que tenga la persona.

La ansiedad generalizada que terminan por tener los conductores les dirige a dejar de realizar dicha actividad, en casos por los diferentes síntomas que presentan (nerviosismo, miedo, aumento del sudor, opresión en el pecho, respiración dificultosa, hiperventilación, dolor de cabeza, mareo, temblores, peso

en los hombros y cuello, ideas negativas, fobias, etc.) mientras van perdiendo las facultades físicas y por la edad misma.

En la actualidad se encuentra que uno de cada cinco conductores que manejan a diario un vehículo sufre algún síntoma de ansiedad y uno de cada tres, si pudiera, no conduciría, por el nivel de ansiedad que le produce.

MESO

En América Latina, existen experiencias en donde se determinan diferentes estudios en los que se hace evidente la presencia de alteraciones en los choferes por diferentes circunstancias con reacciones similares a otros países del mundo como España y Estados Unidos.

Los inconvenientes psicológicos en conductores radica en un problema Latinoamericano, donde también se da una problemática a nivel vial por otro factor primordial como es la edad de los conductores de transporte urbano y rural, por el declive mismo de sus capacidades tanto cognitivas, físicas, como psicológicas.

Un ejemplo es el que se da en Argentina, donde cada año mueren 7.557 personas y resultan heridas otras 56.000, son la principal causa de muerte en los menores de 30 años, siendo los varones de entre 17 a 24 años los que representan el mayor porcentaje de víctimas. Esto significa que, estadísticamente resulta más probable ser lesionado o muerto en un choque de automóvil que morir por una enfermedad cardíaca (50.000 muertos por año) (Gutiérrez, Sierra, Alfaro, 2008).

La edad entre 15 y 44 años es el periodo en el que la causa más común de muerte son los daños ocasionados por accidente de tráfico, violencia doméstica, asaltos y peleas entre otros (Watter y Dyke – Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador: estudio de factores asociados, 1996).

El consumo de alcohol es un factor causal de lesiones en accidentes de tráfico. Asimismo, se ha identificado la presencia de drogas ilegales, alcohol y medicamentos en víctimas de accidentes” (Petridow, Bjornstig y Eriksson, 1998).

Existen conductores que generalmente están propensos a desembocar un ataque de furia y de la mano viene también mucha agresividad, todo esto puede ser el provocado por los factores que se presentan en el entorno ambiental y familiar. Es importante considerar otros factores para generar las actitudes de los choferes, como el tiempo que le toma llegar al destino de la carrera, cancelar deudas pendientes, lograr consolidar las necesidades de su hogar, etc (Garza Elizondo et al., 2003).

La ansiedad, la ira, la agresividad posteriormente pasan a ser notables tanto detrás del volante como cuando se desenvuelve en su vida personal o social, no necesariamente cuando se encuentre en medio de la aglomeración de autos (tráfico). Dentro de estas características cabe recalcar que al momento de pitar, muchos pueden experimentar el placer, el goce al hacerlo, porque mediante la presión del pito pasan a desembocar todo el estrés ambiental que sobrellevan y con un aparente equilibrio emocional.

La ansiedad se desencadena por conductas como seguir muy de cerca al otro vehículo y 48% reportó haber sido víctima de gestos obscenos en el mismo período (Joint – Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador, 1995).

Así mismo, un 60% aceptan que habían perdido los estribos al seguir adelante en algunas ocasiones y el estudio asevera que:

Aunque estos datos sugieren que la agresividad y/o cólera tras el volante está muy generalizada, se ha demostrado que son los factores disposicionales como los rasgos de personalidad los que hacen a algunos individuos más propensos a estos comportamientos que otros (Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador: Estudio de Factores Asociados, 1996).

MICRO

Existen estadísticas en que el Ecuador también forma parte del grupo de los factores de ansiedad en conductores, donde se denota las disidencias en cada zona poblacional dentro del territorio ecuatorial.

La OMS determinó que el oído humano no debe soportar más de 65 decibeles, pero en la ciudad de Guayaquil, la cifra asciende a 80 en el día.

Según estadísticas de la Comisión de Tránsito del Ecuador (CTE), un aproximado de 620 mil automóviles son los que circulan en Guayaquil; hace 10 años, la cifra correspondía a 290 mil” (Diario Hoy, Agosto 6 - 2011, Guayaquil/Ecuador).

Los buses urbanos están incluidos dentro de los más bulliciosos. Los registrados suman cerca de 4 mil. Además, la Fundación Contra el Ruido, Aire Contaminante y Tabaquismo (FUNCORAT, 2011) determinó que 8 de cada 10 personas reaccionan con ansiedad o irritación cuando los conductores tocan su bocina por largo tiempo.

Actualmente existe una alta demanda de transporte público por las exigencias mismas y el incremento de población nacional que requieren varios recursos para tener la facilidad de llegar a tiempo al destino de trabajo, estudio, etc., así es que se ha observado en las 24 provincias el incremento de éstos medios de transporte para cumplir con los requerimientos de la ciudadanía basándose en los condicionamientos que plantea la Comisión Nacional de Tránsito para laborar sin contratiempos en las rutinas diarias y lograr estabilizar a cabalidad los tiempos de cada habitante.

Durante muchos años se ha visualizado la cantidad de personas con enfermedades fisiológicas debido a factores estresantes en el desarrollo laboral y personal y mediante lo cual se ha podido desglosar e identificar los problemas que actualmente radican en la sociedad.

Entonces, en discrepancia contra los aspectos y normativas a las que tienen que regirse, es que la conducción se basa en muchos requerimientos, entre ellos están la concentración y un estado de alerta y atención permanente por la misma tensión que conllevan de ser mejores entre los demás y tratar de sobresalir ante otros conductores, de no ser un individuo personal sino un individuo social.

La aceptación del entorno en cuanto a conducir un auto depende no solo de las habilidades que van adquiriendo con la experiencia al volante, sino también de la clara consciencia de los riesgos que prevalecen al encontrarse en constante movimiento en la atmósfera social de tránsito, del equilibrio emocional con el que inicie el día laborable, lo que va a permitir el normal desarrollo de actitudes y comportamientos.

Muchos de los conductores han buscado soluciones para disminuir en algo la sobrecarga emocional de cada día, algunos de ellos han optado por el cambio de religión.

Resalta la duda de saber si en verdad, al realizar dicha actividad, es porque quieren refugiarse o solamente escapar de la realidad para no seguir produciendo un cúmulo de ansiedad generada con el paso del tiempo.

Un porcentaje límite de conductores toma la decisión de buscar ayuda profesional, tanto médica como psicológica para de ésta manera buscar las soluciones correctas dentro del problema determinado.

Pero a pesar de estas características, progresivamente, se encuentra a personas parcialmente estresadas, por lo que no se encuentran en las mejores condiciones para asumir la responsabilidad del volante.

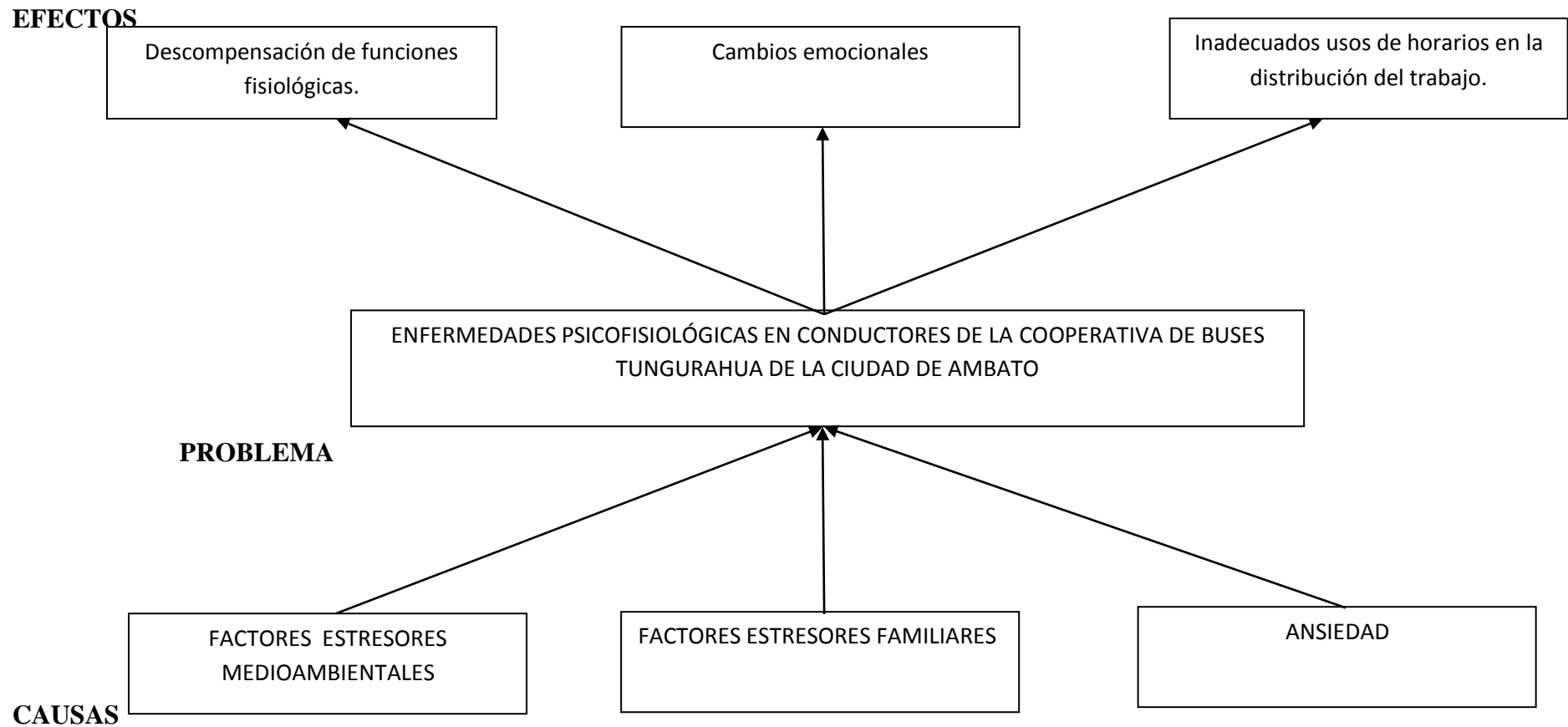


Gráfico 1. Árbol de problemas
Elaborado por: Paúl Lescano

ANÁLISIS CRÍTICO

Es evidente que la sociedad mantiene una estructura netamente limitada y encerrada a cumplir a cabalidad lo que ya se encuentra establecido y no teniendo la capacidad de buscar alternativas diferentes para un desarrollo y una forma de enfrentamiento vidente ante la realidad.

El no contar con una investigación y probables alternativas hace que exista un aumento radical en porcentajes de personas con ansiedad, por las circunstancias que se presentan es que el problema toma un estilo vertical, que de algún modo distorsiona las consecuencias que cada factor estresor produce y generalmente son desconocidos los tipos de ayuda a los que pueden recurrir.

La salud se ve afectada en mayor grado mientras pasa el tiempo; esto a su vez se debe a que cada habitante tiene exigencias y prioridades, lo que cohibe a ir en busca de soluciones y evitar la afectación constante en todo ámbito y tratar de frenar el deterioro de las relaciones inter e intrapersonales, cuestión que da lugar a la aparición de enfermedades leves, moderadas y graves, cediendo espacio en las actividades que se realice (relegado de la sociedad), adquiriendo malestar psicológico y físico, lo que es desfavorable para el desarrollo rutinario normal, demostrando inconformidad consigo mismo a través del incumplimiento de sus actividades diarias..

PROGNOSIS

Al no disminuir la ansiedad en la población de estudio se podría presentar una serie de inconvenientes referentes a la salud de los mismos, entre ellos el aumento en el índice de personas que sufran de éste trastorno, el continuo deterioro de las capacidades cognitivas, la falta de trabajo por no encontrarse con sus capacidades en un nivel adecuado, el incumplimiento de cancelación de deudas, incumplimiento de la rutina laboral, enfermedades de gran magnitud, entre otras.

Es por ello que el gremio de transporte urbano debería acceder ante el planteamiento de la elaboración de un programa de intervención para presentar posibles alternativas de ayuda frente a los niveles de ansiedad generalizada que permita reducir el porcentaje de personas afectadas y obtener un buen rendimiento

en beneficio del evaluado como de la institución, con el fin de mantener un ambiente personal, familiar y social motivador.

PROBLEMA CIENTÍFICO

INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de ansiedad de los conductores de la cooperativa de Buses Tungurahua?

¿Cuáles son las características de las enfermedades psicofisiológicas que predomina en los conductores de la Cooperativa de Buses Tungurahua?

¿Cómo elaborar un esquema de intervención primaria que permita disminuir los niveles de ansiedad y evitar la posibilidad de desarrollar enfermedades psicofisiológicas en los conductores?

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

Campo: Salud

Área: Psicología Clínica

Aspecto: Efectos de ansiedad que determinan la aparición de enfermedades psicofisiológicas en conductores de la Cooperativa de Buses Tungurahua de la Ciudad de Ambato.

Delimitación espacial: El trabajo de investigación se desarrollará en el Cantón Ambato.

Delimitación temporal: La investigación comprende el período Septiembre 2013 –Febrero 2014

JUSTIFICACIÓN

El presente tema se justifica porque en la actualidad existe una problemática por la razón de visualizar cómo los factores estresores ambientales afectan en el estado emocional y la manera en que se concibe enfermedades psicofisiológicas de gran o menor magnitud. En la mayor parte de tiempo no se explora tipos de ayuda para

solucionar dicho problema y por ello es que la exigencia es concientizar en cada poblador para que así los resultados sean concisos y brinden resultados concretos.

Anteriormente no se ha realizado un estudio minucioso en el transporte urbano (Cooperativa De Buses Tungurahua) y es el motivo por el cual la investigación va a tomar una determinada envergadura de gran impacto dentro de la sociedad.

La trascendencia es convidar factores de realce a la Psicología como Ciencia y plasmar el relieve de cada uno de los aspectos encontrados en el planteamiento de las alternativas para el desenlace del problema.

El estudio tiene las suficientes características dentro de la rama de la Salud, debido a que viene siendo progresivamente un problema personal, familiar y social.

La ansiedad en sí es un dictamen emocional que se da en el individuo, siendo un evento transgeneracional, por las diferentes circunstancias que se presentan en el diario vivir y son acogidas como amenazantes o peligrosas a pesar de muchas veces no tener valor alguno pero la sobrecarga emocional es lo que produce cierto significado por pasar a ser excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es actualmentepreciada como trastorno mental prevalente, por comprender una serie de criterios clínicos que contiene carácter patológico y se manifiesta en disfunciones heterogéneas y en el deterioro cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Los síntomas van apareciendo en áreas personales, familiares, sociales, y laborales, en éste último es donde se encuentra el objetivo primordial del estudio, teniendo como primicia la disminución de los niveles de ansiedad, que repercuten en las enfermedades psicofisiológicas, mediante la aplicación de reactivos.

La búsqueda para el desarrollo del estudio es la contemplación de los lugares asignados a evaluar para fortalecer la confiabilidad y validez, lo que al final se verá reflejado en los resultados obtenidos y demostrar que la disminución de la ansiedad se dio de la mejor manera siendo beneficiarios las dos partes, evaluador y evaluado.

Existe gran consciencia en cada uno de los habitantes que en el mundo simboliza un cambio significativo, tanto en la vida personal como laboral, con suma competencia por la superioridad. Dicho entorno tiene demasiadas exigencias, y las personas con capacidad de afrontar la realidad (seguridad en sí mismo, autoestima, autoconcepto, autonomía, iniciativa, autonomía, etc.) son quienes van a sobrellevar, en menor grado, de mejor manera su día a día por la razón de asumir consecuencias y elaborar las nuevas experiencias.

Justamente los percances y las imposiciones que emergen con cada situación son las que atan a la persona a un trance de situaciones riesgosas del ambiente en que se desenvuelve, lo que puede desencadenar en taquicardia, sudoración extrema, temblor de manos, cefalea, gastritis, entre otras enfermedades.

Cabe recalcar que los factores estresores provocantes de la ansiedad se encuentran en cada rincón del entorno. (Aparicio, González, 2003) hacen un análisis con relación al trabajo y expresan que: “un 52% de empleados han padecido de ansiedad o preocupaciones y que ésta cifra podría incrementarse a un 70% debido a las diferentes demandas actuales del medio ambiente”.

Estos datos reflejan una actualidad de nuestro marco laboral a nivel de salud mental, es por ello que en ésta investigación el principal aporte consiste en establecer un método que reduzca éste tipo de causas, que no solamente se quedan en el trabajo sino al contrario, el empleado las lleva a otro lado como el hogar y que por ende conlleva a diferentes dificultades.

La primicia del estudio es la disminución de ansiedad y de esta manera tributar al individuo, a su familia y a su entorno, las estrategias más correctas de respuesta más activas que faciliten la permuta de mejorar las relaciones inter e intrapersonales y así lograr un mejor manejo de la situación riesgosa para que no sea trasladada a áreas más vulnerables.

El mejoramiento del ambiente familiar y laboral va a producir un impacto socioeconómico positivo. Un mejor desenvolvimiento diario ayudará a los conductores mismo a ser competentes entre sí pero con una buena salud mental de por medio, para así lograr mejores resultados de prestigio y financieros para su

familia y para su institución; es importante recalcar que un clima de trabajo favorable tiene como resultado altos niveles de satisfacción laboral, siendo éste el indicador fundamental para el buen desempeño físico y psicológico.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y las enfermedades psicofisiológicas en conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

Objetivos específicos

- Detectar los niveles de ansiedad que presentan los conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.
- Describir el tipo de enfermedades psicofisiológicas predominantes en los conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.
- Elaborar un esquema de intervención primaria que permita disminuir los niveles de ansiedad y evitar la posibilidad de desarrollar enfermedades psicofisiológicas en los conductores.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la investigación

- En la UTA se encontró la investigación de la Psicóloga Clínica Cubero Morejón Tamara Gabriela, con el tema **“LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA LABOR DE PARTO DE MADRES PRIMIGESTAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IESS DE LA CIUDAD DE AMBATO EN EL PERIODO ENERO - JUNIO 2011”**, de lo que se expresa que:

El informe de investigación fue un estudio investigativo, constando de objetivos como investigar los efectos que tiene la ansiedad materna previa a la labor de parto en madres primigestas del área de Ginecología del Hospital IESS de la Ciudad de Ambato. La investigación se llevó a cabo en el Hospital en mención, en la ciudad de Ambato durante los meses de Enero del 2011 hasta Junio del 2011. La población de estudio constaba de 40 madres primigestas que fueron ingresadas a hospitalización en el servicio de Ginecología.

Para la adecuada recolección de datos e información, se basó en las historias clínicas psicológicas de las mismas, la aplicación del inventario de ansiedad de Beck, esto para valorar los síntomas de ansiedad y discernir entre ansiedad y depresión, y el Cuestionario Semiestructurado que ayudó a conocer el nivel de comprensión y conocimiento de la madre sobre el proceso desarrollo de esta etapa, los resultados fueron debidamente tabulados y se encuentran en el capítulo cuatro con su respectiva explicación.

Dentro de la investigación fue propicio comprobar la presencia de ansiedad materna previa a la labor de parto, pero a la vez también un cierto

desconocimiento de este proceso, es así como lo respaldan los datos estadísticos logrados a través de los instrumentos aplicados a las pacientes, teniendo como objetivo de propuesta de solución eficaz el desarrollo del método Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual, lo que ayudará a la madre neófita al mejor conocimiento de su etapa y un correcto manejo que abarquen las esferas tanto físicas como Psicológicas (Cubero, 2011).

- En la base de datos de la UTA (SciELO), se encontró la investigación **“EXPERIENCIA GRUPAL BREVE PARA PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL”**, donde se expresa que:

Los trastornos de ansiedad son uno de los diagnósticos más frecuentes en la población general. En este estudio describimos una experiencia de tratamiento psicológico grupal para pacientes con trastornos de ansiedad, especialmente Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Método: el método consiste en el desarrollo de un grupo terapéutico, con frecuencia quincenal y 12 sesiones de duración. En él se trabaja explícitamente el afrontamiento activo de las situaciones generadoras de ansiedad, favoreciendo la adquisición de nuevos recursos psicológicos y tomando en cuenta los aspectos relacionales involucrados en el mantenimiento del cuadro.

Resultados: Los resultados son prometedores tomando como criterio de eficacia el alta clínica y la recuperación del nivel de actividad habitual lo que nos anima a seguir trabajando en esta modalidad de intervención desde el Sistema Sanitario Público (Poves Oñate, Romero Gamero, Vucinovich, 2010).

- En la base de datos de la UTA (SciELO, Revista Clínica de Medicina de Familia), se encontró la investigación “**SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS: PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS**”, donde se expresa que:

Objetivo: Estimar la asociación entre síntomas depresivos y ansiosos con factores socio-demográficos, académicos, conductuales y familiares entre estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia.

Diseño del estudio: Estudio transversal.

Emplazamiento: Universidad pública de Cartagena, Colombia.

Participantes: 973 estudiantes universitarios de Cartagena (Colombia), seleccionados a través de un muestreo probabilístico.

Mediciones principales: Se utilizó un instrumento anónimo de auto-reporte que incluyó: variables sociodemográficas (sexo, edad, estrato socioeconómico), el cuestionario de cribado para ansiedad y depresión, cuestionario Goldberg (E.A.D.G), el APGAR familiar para determinar la función familiar y otras preguntas que indagaban por factores asociados. Los datos fueron analizados a partir de frecuencias y proporciones, razones de disparidad y regresión logística nominal.

Resultados: La prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos fue del 76,2% y 74,4% respectivamente. Los factores asociados con síntomas ansiosos fueron: dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol; los relacionados con síntomas depresivos fueron: problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión.

Conclusiones: La sintomatología de ansiedad y depresión fue alta en los universitarios, siendo las dificultades económicas y los problemas familiares los factores que más intervinieron para su aparición. Por lo tanto son necesarias las intervenciones que modifiquen estos comportamientos en beneficio de la calidad de vida de estos jóvenes (Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas, González Martínez, 2014).

- En la base de datos de la UTA (ProQuest, Universitat Autònoma de Barcelona), se encontró la investigación **“LA ANSIEDAD COMPETITIVA EN EL DEPORTE DE INICIACIÓN: UN ENFOQUE DESDE LA TEORÍA DE LA AUTODETERMINACIÓN”**, donde se expresa que:

Un Enfoque desde la Teoría de la Autodeterminación se ha elaborado mediante el sistema de compendio de publicaciones. La tesis aborda el constructo de la ansiedad competitiva entendida esta como una ansiedad rasgo específica del deporte tal y como la conceptualizó Martens (1977), es decir, como aquella hiperactivación que aparecería sistemáticamente antes y durante la competición y no como un rasgo estable o inherente a la personalidad del individuo, ni tampoco como un estado de activación determinado para una situación concreta.

Planteada bajo la estructura del modelo jerárquico de la motivación de Vallerand (2007), la interpretamos como una ansiedad al nivel contextual, refiriéndonos en este caso al contexto específico deportivo y diferenciándola de la ansiedad rasgo (nivel global) y de la ansiedad estado (nivel situacional).

Asimismo, el motivo de centrar el foco de investigación en la población de iniciación deportiva responde a la intención de conocer el fenómeno de la ansiedad competitiva en una población que participa fundamentalmente en el deporte organizado, con un carácter de tipo lúdico o formativo y no tanto con una finalidad de competición, y en el que la aparición de formas de ansiedad podría considerarse como un indicador de malestar con un efecto adverso sobre la diversión así como sobre las intenciones de seguir participando en la vida adulta (Scanlan y Lewthwaite, 1986), dificultando así las posibilidades de mantener un estilo de vida activo y saludable.

Fundamentalmente la tesis aborda tres objetivos generales: Un objetivo metodológico, un objetivo teórico y un objetivo aplicado.

El objetivo metodológico, se orienta a la obtención de una herramienta adaptada lingüística y culturalmente para la medida del constructo de ansiedad competitiva así como a la comprobación de su invariancia transcultural en diferentes países

Europeos, estos objetivos se recogen en los trabajos 1 y 4 respectivamente, el primero de ellos publicado en la revista *Psicothema* y el siguiente sometido a revisión.

En segundo lugar, y sin perder de vista el carácter aplicado de la disciplina de la psicología del deporte, el trabajo 3, aceptado en la *Revista de Psicología del Deporte*, revisa un trabajo clásico sobre ansiedad competitiva como es el de Simon y Martens (1979) y describe los niveles de ansiedad en distintas modalidades deportivas comparando además deportes individuales y de equipo, y deportes de habilidad perceptiva o habitual, discutiendo la importancia de que los padres seleccionen un deporte adecuado a las características de sus hijos, así como proponiendo que los entrenadores adapten su estilo interpersonal a la carga emocional de la modalidad que entrenan.

Del mismo modo, en las discusiones de los cinco trabajos se concluye con líneas potenciales de trabajo para psicólogos del deporte, así como con recomendaciones para entrenadores y otros agentes implicados en el deporte de iniciación.

Finalmente, el objetivo teórico, estudia la red nomológica de la autodeterminación para conocer en un primer paso la influencia relativa de los agentes de socialización sobre la regulación conductual de los deportistas, para poder después analizar cómo el estilo interpersonal y la regulación influirían sobre las formas de ansiedad (Ramis Laloux, Yago, 2012).

Fundamentación

Filosófica

En el proyecto de investigación que se presenta se encuentra consensuado el análisis fenomenológico de un elemento de la realidad desde el enfoque del paradigma crítico propositivo, mediante el cual se va a presentar los requerimientos de una sociedad que se encuentra en un entorno lleno de factores ambientales estresores en el cumplimiento de las labores diarias, los cuales son aspectos primordiales para desencadenar en enfermedades psicofisiológicas, para lo que es propicio una crítica minuciosa a los diferentes factores que dan lugar a la sintomatología, entre los cuales se encuentra la ansiedad como determinante.

Partiendo de esa tónica, es que se procederá a visualizar diferentes alternativas de solución que posteriormente puedan repercutir en la posible disminución de los niveles de ansiedad presentados, lo que va a ser en beneficio tanto de la población de estudio como de la sociedad en general. Los medios a ser utilizados servirán de base para una posterior investigación.

La ansiedad es un problema social que va en aumento, y posteriormente será un factor desencadenante para la aparición de enfermedades psicofisiológicas.

El objetivo es mantener una constante investigación, partiendo del conocimiento, comprensión, compromiso y sobretodo colaboración de cada uno de los habitantes relacionados con el problema de estudio, por la objetividad de los problemas que presentan y las posibles soluciones; los estudios posteriores en cuanto al tema, servirán para enriquecer las técnicas de solución y así contribuir en el marco de la investigación con responsabilidad, honestidad y el deseo del deber cumplido.

Uno de los objetivos son las posibles soluciones que permitan el decremento de los niveles de ansiedad presentados. Llegar a cumplir un cierto protagonismo como agentes activos del estudio, donde exista la vinculación directa con la realidad de la población, a través de la evaluación de los niveles de ansiedad, y la observación de la presencia de enfermedades psicofisiológicas, para lograr la identificación de causas y efectos que producen el problema y a la vez encontrar un manejo adecuado de las posibles alternativas de solución que estén presentes, y que así los individuos cedan ante nuevas comprensiones y conocimientos.

La estructura y organización cualitativa para lograr resultados concisos y beneficiosos para todos, que logre la satisfacción de cada persona.

Epistemológica

Particularmente, el conocimiento tiene una mayor proyección que la información, por la razón de mediar la modificación de hábitos y conductas de los conductores, tanto en su entorno social, familiar y personal. Existe la necesidad de pernotar que el conductor logre una caracterización por ser la actividad placentera o agobiante, dependiendo de cómo se formen las contingencias en cada experiencia diaria.

Justamente es importante mencionar que la ciencia a estudiar es entendida como el conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos que permiten la modificación social y por ende una mejor comprensión personal, familiar y social.

Existe la perspectiva de que todos y cada uno de los seres humanos son un todo integrado, pero lo contrario es la separación cuerpo / mente, lo cual brinda apertura a que se presente la desintegración, y esto hace cada vez más vulnerable a la patología.

Todas las patologías en si son fenómenos psicosomáticos, y una clara muestra de aquello es la integración entre las emociones, el sistema nervioso, el sistema inmune y el sistema endócrino. La presencia de cualquier amenaza para un constante desequilibrio de la Salud Mental es lo que llama a enfrentar desde todos los criterios a la complejidad del ser humano.

Como tal, la relación salud y enfermedad no es un aspecto que le competa solo a quien conlleva la cura; extensivamente, a dicha percepción se la considera como algo imperioso para reenfocar la comprensión de la salud desde la experiencia humana y social. En fin, en todo desequilibrio o patología existe un conflicto intrapersonal inconsciente y como tal la necesidad urgente de controlar y modificar el desequilibrio emocional.

Las emociones son el origen de las manifestaciones que se dan en el entorno social, que mediante un proceso de internalización o subjetivación causan y brindan un significado personal, es decir que en el aspecto social se reactualiza estrechamente los procesos cognitivos junto a las emociones.

Los conductores con niveles de ansiedad se exigen mucho a sí mismo por cumplir metas, lucha por la superioridad, etc. El perfeccionismo y la aspiración extrema puede llevar a los conductores a vivir en perpetuo estrés, lo cual determina en la aparición de ansiedad y por ende los problemas psicofisiológicos como: enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares, enfermedades genitourinarias, trastornos del sueño, entre otros, que a la par afectan en su salud por ser enfermedades progresivas y degenerativas.

El presente estudio toma su importancia dentro del campo de la Psicología, teniendo como entes activos a los conductores de transporte, y para eso se buscó medir el problema mediante la aplicación de reactivos y encuestas, para determinar el nivel de ansiedad en el que se encuentran.

Una determinada frecuencia desencadena en una enfermedad psicofisiológica, que en casos ha sido un detonante de la salud en las personas por desconocimiento o falta de información acerca de las consecuencias que traen los factores estresores medioambientales.

El objetivo es brindar información acerca del problema y que así la población de estudio tenga más claro su panorama de trabajo, por lo que han pasado, por lo que pasan y por lo que pasarán.

La ansiedad siempre va de la mano con las enfermedades psicofisiológicas, por ello es que existe el trabajo multidisciplinario (Psicólogos - Psiquiatras), donde hay veces en que el paciente, con psicoterapia puede ser controlada pero en otros casos no, es ahí donde se aplica el tratamiento farmacológico para controlar los síntomas, dependiendo de la magnitud del problema.

Psicológica

Dentro de la Psicología como ciencia es factible encontrar una gran cantidad de problemas, tanto emocionales como cognitivos y conductuales, que progresivamente dan paso a la aparición de nuevas patologías.

En lo que compete al estudio, es previsible que cada uno de los conductores tenga planificado su rutina diaria, su recorrido, sus expectativas, sus perspectivas. Sin embargo el problema radica cuando no logran cumplir con lo planificado, producen sensaciones de fastidio por pensar en ser menos que sus compañeros y casi siempre depende de eso para la aparición o no de los síntomas.

La Psicología tiene un rol muy importante en la sociedad, por las soluciones que presta y por un mejor manejo de los problemas que presentan las personas, es adecuado mirar la manera en que gradualmente, mediante la ayuda profesional, existe una mejor comprensión del diario vivir.

La Corriente Cognitivo Conductual cumplirá el papel de brindar al individuo alivio sintomático, mediante la aplicación de técnicas basadas estrictamente en la Corriente en mención, y de esta manera cambiar la forma de presentación de la psique del paciente ante la sociedad, basado en el supuesto de que el pensamiento lógico garantiza una manera propicia de afrontar los problemas, y así modificar creencias y a racionalizar ideas negativas.

La ansiedad está presente en muchos trastornos, tanto mentales como físicos; los niveles más altos de ansiedad suelen presentarse en individuos que padecen los llamados trastornos de ansiedad, entre los que se encuentra: ataques de pánico o crisis de ansiedad, agorafobia, fobia social, fobia específica, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo trastorno por estrés postraumático, trastorno por abuso de sustancias, etc.

La angustia además de ser el principal síntoma en este tipo de trastornos psicopatológicos o trastornos mentales, es un síntoma predominante en muchos otros trastornos psicológicos como: los trastornos del estado de ánimo, las adicciones, los trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, trastornos sexuales, trastornos del control de impulsos, trastornos somatomorfos.

También permanece latente en una serie de trastornos físicos, como: trastornos cardiovasculares, trastornos digestivos, trastornos respiratorios, trastornos dermatológicos, y también se encuentra presente en los trastornos relacionados con el sistema inmune. La presente investigación es meramente de estudio Psicológico, en el cual se indaga los niveles de ansiedad que determinan la aparición de enfermedades psicofisiológicas en conductores de transporte urbano de la Ciudad de Ambato.

En la actualidad existe énfasis en explicar que las enfermedades psicofisiológicas están influenciadas por factores psicológicos, lo que antes se mantenía como un mito pero ahora tales factores cumplen un rol importante en la aparición de este tipo de patologías. Entre las situaciones que juegan un papel importante tanto en el origen como en el curso de la aparición de enfermedades están las estrategias de

afrontamiento, factores estresores ambientales, familiares y personales, características de personalidad, creencias y factores culturales, etc.

Legal

El problema radica también y se relaciona en lo que respecta a la Ley de Tránsito vigente en el Ecuador, dentro de la cual se ha modificado algunos de los artículos que han pasado a ser más drásticos para con los conductores, esto por el alto índice de accidentes de tránsito que han provocado intencional o casualmente.

Los conductores no están de acuerdo con la manera en que se manejan las normativas de sus cooperativas y las normativas de la Comisión de Tránsito del Ecuador, esto debido a que las dos no se relacionan y no se encuentran acorde a los horarios de llegada establecidos y la implementación de semáforos, son dos factores que pasan a producir insatisfacción, incomodidad y fastidio en la mayoría de choferes. La señalización de tránsito pocas veces es respetada, esto debido a que prefieren cumplir con las exigencias de su trabajo y dejar en segundo plano la prudencia con que conducen.

La nueva Ley Orgánica de Tránsito contiene novedosas reformas e involucra a otros actores sociales que anteriormente no eran sujetos de sanciones; principalmente se incluye el sistema de puntaje aplicado a las licencias de conducir; esto ocasionó múltiples reacciones por parte de los conductores de vehículos, en especial quienes trabajan en el transporte público y se encuentra legalmente asociados a una Cooperativa o Compañía de Transporte Público, en razón de que corren el riesgo de perder su trabajo por la reducción de puntos hasta completar el máximo de treinta que otorga la ley.

EL PLENO DE LA ASAMBLEA CONSTITUYENTE

Libro II

DEL TRANSPORTE TERRESTRE AUTOMOTOR

Título I

DE LA NATURALEZA Y OBJETO

Art. 46.- El transporte terrestre automotor es un servicio público esencial y una actividad económica estratégica del Estado, que consiste en la movilización libre y segura de personas o de bienes de un lugar a otro, haciendo uso del sistema vial nacional, terminales terrestres y centros de transferencia de pasajeros y carga en el territorio ecuatoriano. Su organización es un elemento fundamental contra la informalidad, mejorar la competitividad y lograr el desarrollo productivo, económico y social del país, interconectado con la red vial internacional.

Art. 47.- El transporte terrestre de personas o bienes responderá a las condiciones de responsabilidad, universalidad, accesibilidad, comodidad, continuidad, seguridad, calidad, y tarifas equitativas.

Art. 48.- (Sustituido por el Art. 20 de la Ley s/n, R.O. 415-S, 29-III-2011).- En el transporte terrestre, gozarán de atención preferente las personas con discapacidades, adultos mayores de 65 años de edad, mujeres embarazadas, niñas, niños y adolescentes, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de esta Ley. Se establecerá un sistema de tarifas diferenciadas en la transportación pública en beneficio de niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad, adultas y adultos mayores de 65 años de edad. El reglamento a la presente Ley determinará el procedimiento para la aplicación de tarifas.

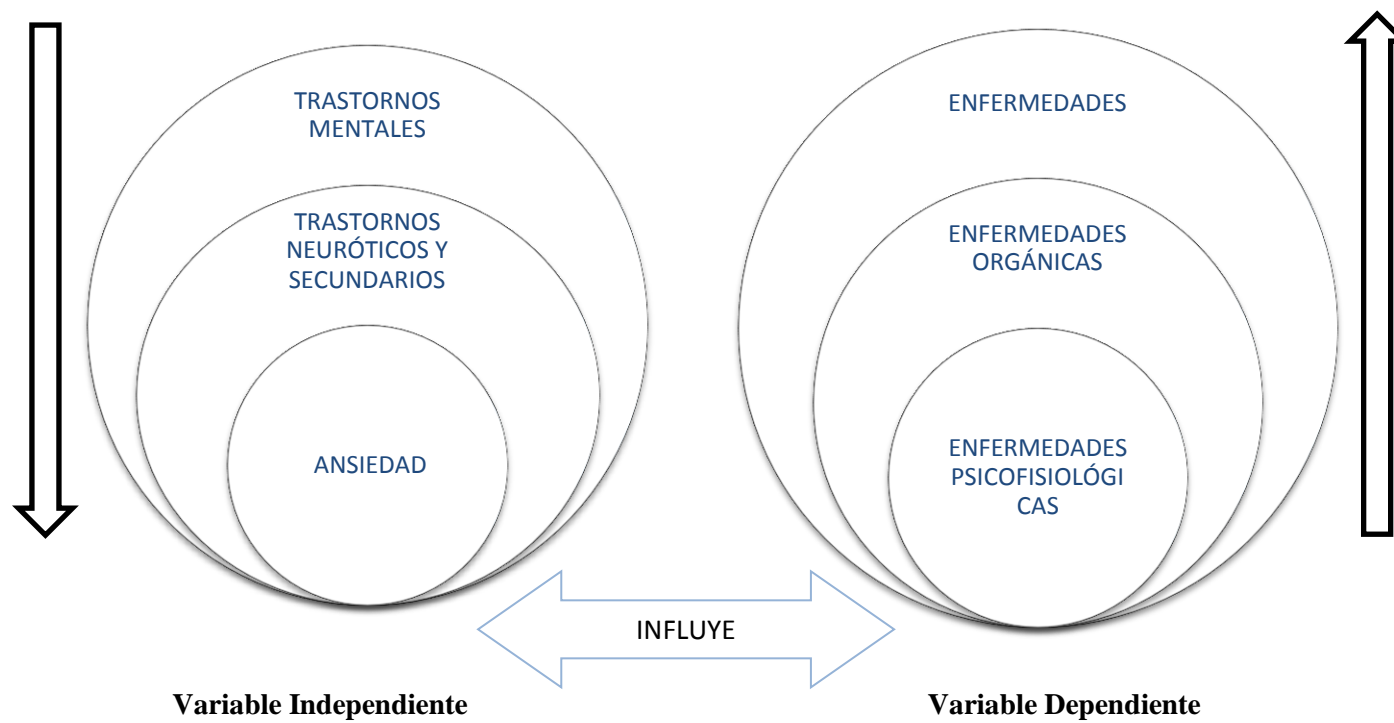
Art. 49.- El transporte terrestre de mercancías peligrosas tales como productos o sustancias químicas, desechos u objetos que por sus características peligrosas: corrosivas, reactivas, explosivas, tóxicas, inflamables, biológicas, infecciosas y radiactivas, que pueden generar riesgos que afectan a la salud de las personas expuestas, o causen daños a la propiedad y al ambiente, se regirá a lo establecido

en las leyes pertinentes y a lo dispuesto en el Reglamento de esta ley y en los reglamentos específicos y los instrumentos internacionales vigentes.

Art. 50.- El Estado propenderá a la utilización de los sistemas inter y multimodales, como herramientas necesarias que permitan reducir costos operativos, mejora en los tiempos de transporte y eficiencia en los servicios.

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Gráfico 2. Red de inclusiones conceptuales
Elaborado por: Paúl Lescano



PSICOLOGÍA CLÍNICA

El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios importantes para las aplicaciones de los principios, métodos y procedimientos para el entendimiento, la predicción y el alivio de la desadaptación, la discapacidad y la aflicción intelectual emocional, biológica, psicológica, social y conductual aplicados a una gran variedad de poblaciones de pacientes (Resnick, 2011).

Dentro de lo que respecta a Psicología Clínica, existen métodos principales para el campo de estudio, como son la consulta, la evaluación previa, la intervención, la investigación y aplicación de principios éticos y profesionales, y el diagnóstico presuntivo y final para un mejor dictamen del caso clínico. La distinción en el campo profesional es la seriedad con la que se afronta un caso y la experiencia en lo que compete a personalidad y psicopatología para poder realizar un mejor análisis mediante ciencia, teoría y práctica.

La Psicología Clínica, actualmente es considerada como la ciencia que investiga y analiza detenidamente el comportamiento humano desde la aplicación de técnicas, teorías, y la ciencia misma para diagnosticar y tratar los trastornos psicológicos o conductas anormales que presenta el individuo por las circunstancias innatas y adquiridas.

Es evidente el énfasis que se realiza en la búsqueda de conocimiento, como también se ocupa de la investigación de un examen de funciones mentales de las personas que padecen inestabilidad emocional, problemas conductuales, etc., no sólo derivado por una patología, sino también por trastornos de orientación del desarrollo de las potencialidades humanas, para dar importancia al conocimiento de los principios fundamentales, que tienen valor para cada persona y cuyo objetivo es estudiar la conducta humana que debe representar una contribución valiosa en el Hombre.

Un factor importante es que el terapeuta hacia el paciente solamente dirige una determinada comprensión de las múltiples realidades del ser.

La Psicología Clínica presenta tendencias de relevancia que van encaminadas hacia el diagnóstico, causa y tratamiento de todos y cada uno de los trastornos psicológicos orientados a conductas y emociones que se presentan en el individuo, y posteriormente buscar y plantear alternativas de solución en beneficio del equilibrio emocional de las personas.

La Psicología Clínica se presenta ante la vista de la humanidad como una de las profesiones que se encuentran y se mantienen en constante cambio. A pesar de conservar la misión básica de aplicar principios psicológicos a los problemas de los individuos, cada uno de los métodos y la estructura profesional continúa con los experimentos de los movimientos en lo que respecta al avance de estudio, de investigación.

Algo importante y conciso es que es una época emocionante para ser psicólogo clínico y participar en la formación académica que a la larga será muy factible y positivo en pro de la sociedad y sus individuos.

Los cambios actuales en distintas áreas permite un trabajo más profundo para buscar una clara y buena salud mental para el normal desarrollo de los momentos.

Cada persona va adquiriendo hábitos dentro del sistema en que vive y no todos tienen la misma capacidad de afrontamiento, por lo que la escasa suficiencia ayuda a que los problemas empiecen a surgir, pero para ello se ha creado la maravillosa rama de la salud como es la Psicología Clínica.

Los profesionales han sido y serán quienes guíen al paciente y a su mente por el camino correcto, modificar los patrones de conducta o comportamiento que se presenten y hacer de cada instante un disfrute y no un sufrimiento.

La Psicología Clínica es una de las áreas profesionales más dinámicas de la psicología por sus diferentes ámbitos de desempeño, que le han llevado a relacionarse con disciplinas y profesiones tales como la psiquiatría, la neurociencia y la psicopatología.

Los psicólogos clínicos se dedican al diagnóstico y al tratamiento psicológico; otros como Resnick (1991) resaltan que éstos además de estas actividades

puramente profesionales, se dedican a otras como la consultoría, la enseñanza y la investigación (Peña, 2005).

Se puede plantear que los psicólogos en el campo clínico se dedican a las siguientes actividades:

- El diagnóstico y la evaluación psicológica, por medio de las cuales observan, cuantifican y caracterizan las capacidades, los problemas y las limitaciones psicológicas y sociales de los consultantes.
- La intervención, mediante la planificación y ejecución de programas de terapia individual o grupal, derivados de principios teóricos propios de la psicología, donde el terapeuta y el consultante establecen objetivos tendientes a mejorar la calidad de vida de este último.
- La consulta, ofreciendo asesoría a diferentes tipos de organizaciones.
- La enseñanza y la investigación, desempeñándose en universidades a través de cursos sobre técnicas de entrevista, pruebas psicológicas, personalidad, psicoterapia o de introducción a la psicología clínica, para realizar actividades de supervisión de las prácticas de estudiantes de pregrado o postgrado y hacer partícipes a los mismos en proyectos de investigación en algunos de los campos teóricos o aplicados de la disciplina.
- La administración, ocupa cargos directivos en universidades, en instituciones sanitarias o gubernamentales o siendo parte de comités administrativos. Además de estos múltiples roles, la psicología clínica presenta diferentes orientaciones que evidencian distintas visiones sobre el comportamiento desadaptativo o anormal y su evaluación y tratamiento (Trull y Phares 2003).

Dentro de estos se pueden resaltar la perspectiva psicodinámica, el enfoque humanista, la orientación sistémica y la terapia cognitivo conductual (Nietzel, Bernstein & Milich, 1998).

Ante esta diversidad de enfoques que da lugar a diferentes técnicas de intervención, en los últimos años se ha resaltado la necesidad de sustentar

empíricamente los tratamientos, con el fin de que los usuarios reciban una atención de mejor calidad, mejore la confianza del público en la psicoterapia y se incremente el posicionamiento de la disciplina y la profesión psicológica (Londoño & Valencia, 2005).

Los problemas que enfrentan los psicólogos clínicos son diversos; algunos reflejan condiciones médicas, distorsiones del desarrollo psicológico y de experiencias personales, y otros se correlacionan de manera directa con las tensiones de la vida social cotidiana. En correspondencia con lo anterior, las intervenciones van desde formas de terapia individual, familiar, terapia de grupo y de intervención social y comunitaria. El rango de pacientes incluye niños, adolescentes, adultos, ancianos, trabajadores y ejecutivos, quienes viven en pobreza, minorías raciales, personas con retraso mental, con daño cerebral, además de que los escenarios de trabajo incluyen escuelas y universidades, agencias comunitarias y organizaciones, calles y casas, clínicas y hospitales (Carrascoza, Reynoso, 1991).

Cabe mencionar que en 1976 la American Psychological Association (APA; Asociación psicológica Estadounidense) reconoció a la terapia conductual como un método psicoterapéutico con sólidas bases científicas y metodológicas. Las aproximaciones conductuales en psicología clínica están basadas en que toda la conducta, sea normal o anormal, es aprendida.

Distintos patrones de conducta resultan cuando la gente aprende formas maladaptativas de afrontamiento con su experiencia y el pobre ajuste psicológico, esto se debe a la exposición de los pacientes a nuevas situaciones de aprendizaje que modificarán sus patrones de respuesta maladaptativos. Esta aproximación enfatiza que:

1. Tiene que ver con procesos observables
2. Se enfoca en procesos conductuales, no en pensamientos o sentimientos
3. Se centra en el proceso y no en la historia de éste. (American Psychological Association (APA; Asociación psicológica Estadounidense))

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El estado de ansiedad se encuentra definido como: “una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberger, Pollans, Wordedn, 1984).

Particularmente, la ansiedad es un estado emocional dentro del cual los seres humanos se sienten inquietos o temerosos. Las personas que se sienten afectados muestran ansiedad frente a situaciones riesgosas que no pueden controlar o predecir, o sobre situaciones que parecen amenazantes o peligrosas. La ansiedad descontrolada, persistente o recurrente durante un período de seis meses o más es calificada de trastorno.

La ansiedad es considerada dentro del entorno como situaciones estresantes o riesgosas, que a su vez provocan daños o desgracias, que va de la mano con el sentimiento de disforia y que es negativo para la aparición de síntomas psicossomáticos tensionantes. Existe una primicia que es el daño anticipado, ya sea interno o externo.

Las prioridades de cada individuo va a ser permanecer siempre con un mecanismo de defensa para poder enfrentar a cualquier amenaza que se presente en su diario vivir, por más peligrosa que sea, siempre se va a mostrar como una señal de alerta.

Un entendimiento claro de la ansiedad es mirar una sensación o un estado emocional frente a situaciones determinantes, que constituyen respuestas habituales a diferentes circunstancias cotidianas estresantes. De esta manera, algún grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias diarias.

Únicamente cuando supera cierta intensidad o la capacidad de adaptación de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en algo patológico, causando un malestar representativo con un conjunto de síntomas que afectan al cuadro físico, psicológico y conductual.

El trastorno de ansiedad pasa a formar parte de un grupo de patologías basadas en la preocupación, temor excesivo, tensión, aspectos que causan malestar en el individuo y un deterioro clínicamente gradual de su actividad. Específicamente la ansiedad no se encuentra establecida como sí pero está claro que los factores biológicos, ambientales y psicosociales repercuten de gran manera.

Se acepta comúnmente que factores estresantes de distinta naturaleza anteceden con frecuencia al inicio de los episodios de ansiedad. Dentro de ellos se han acumulado experiencias que demuestran la relevancia de los acontecimientos vitales estresantes o de determinados sucesos traumáticos en la infancia (Davey, Noyes y Hoehn-Saric, 1998).

El estrés por si mismo no resulta suficiente para justificar el desarrollo de dichos trastornos, y es preciso la confluencia de determinados factores de vulnerabilidad (Young y Cols, 1997)).

Un trabajo de Young y Cols (1997) acerca del papel de la vulnerabilidad y la adversidad en el origen de los trastornos de ansiedad demostró entre otros aspectos, que:

- Las expectativas de abuso durante la infancia se asociaban de manera significativa con la presencia de trastornos de ansiedad.
- Que dichas experiencias adversas se relacionaban a su vez con alteraciones mentales en los padres, y la presencia de conflictos entre ellos
- Que dichos factores se asociaban a un inicio más temprano de la patología psíquica.

En este caso los principales factores que afectan a la aparición de la ansiedad en conductores de transporte urbano son los ambientales por estar propensos a determinados factores estresores en medio de la multitud. Los factores psicosociales son predisponentes también, como situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por cada circunstancia anteriormente mencionada.

Es común visualizar, en la ansiedad, trastornos comórbidos como los trastornos del estado de ánimo que son afectados por la crisis emocional presentado debido a la no superación o al no vencimiento de la lucha por la superioridad en el entorno.

Habitualmente se instaura una diferencia entre ansiedad y miedo para lograr establecer una perspectiva más clara de lo que son los trastornos de ansiedad; el miedo y la ansiedad se diferencian porque el primero se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que el segundo no, éste se trataría de un estado más confuso y sin una fuente amenazante externa. De igual forma, los estímulos influyentes en otros estímulos de respuestas miedo/ansiedad son de tipo interno, generalmente más difíciles de determinar que los estímulos externos.

Generalmente, aparece la ansiedad patológica que se presenta por algunas diferencias cuantitativas con respecto a la ansiedad normal. Un sistema categorial implicaría la existencia de diferencias cualitativas ente los sujetos clínicos y los normales. La distinción entre ansiedad clínica y no clínica generalmente se establece por la exigencia y demanda de tratamiento a la que recurra la persona. La mayoría de criterios clínicos de los trastornos de ansiedad se encuentran presentes en un gran índice en la población general.

La ansiedad elocuentemente parte de la consideración de ser una función psicobiológica de nivel complejo, con una utilidad idónea adaptativa que va a la par de la supervivencia de los seres humanos, dicho origen evolutivo ha sido marcado y figurado a lo largo de diversas especies.

La interacción con otros factores de riesgo psicológico y ambiental es lo que genera que todos y cada uno de los individuos susceptibles, genéticamente, desarrollen altos niveles de ansiedad, convertido a una particular percepción de situaciones que generan temor, amenaza o riesgo.

La ansiedad se concibe como un trastorno considerado como un presentimiento o un temprano aviso de un daño o desgracia a futuro, conjuntamente con sentimiento de disforia y de síntomas psicósomáticos; esto puede ser interno o externo. Es una circunstancia que se presenta como una señal de alerta que a la

vez avisa y ayuda a prevenir un peligro inminente y deja que la persona tome las debidas precauciones para enfrentarse de la mejor manera ante una amenaza.

Existen particularidades acerca de la ansiedad pero casi siempre es importante lograr un consenso para obtener un mejor entendimiento, entenderla como una sensación o a su vez como un estado emocional normal ante situaciones específicas y que forman respuestas habituales ante situaciones cotidianas estresantes. De tal forma, un determinado grado de ansiedad es incluso necesario y habitual para el manejo normal de las exigencias que se van presentando en el día a día.

La ansiedad denota características comunes basadas en emociones que reaccionan con tensión sin causa etiológica con rasgos confusos y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un factor riesgoso, de peligro o amenazante, se manifiesta mediante un conjunto de respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales.

El miedo es el resultado fisiológico que emerge frente a situaciones negativas, con el objetivo de poner en práctica las estrategias de afrontamiento al momento de encontrarse sumiso ante la realidad; el rol que cumple el miedo, a lo largo de la evolución humana, es fundamental para la supervivencia de la especie. Por lo tanto, se considera como una función adaptativa para el individuo por el grado de alerta ante los estados potenciales.

Cotidianamente, la ansiedad puede significar un ánimo que dura un tiempo determinado basado en tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia del peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

La ansiedad es progresivamente visible en la vida diaria de una persona, lo cual se mantiene como una reacción humana natural que afecta a la mente y al cuerpo.

Cuando ambos reaccionan a la par ante el peligro o la amenaza, aparecen las sensaciones físicas de ansiedad, tales como son la aceleración del ritmo cardíaco y

alteración respiratoria, tensión muscular, sudoración, malestar estomacal y temblor en las manos y las piernas.

El momento en que una persona siente una situación amenazante, la respuesta de lucha o huida ocurre de inmediato. Al poco tiempo, la parte del cerebro encargada del pensamiento (la corteza) inicia el procesamiento de la situación y la evaluación de que la amenaza es real, y en tal caso, la manera adecuada de manejo.

La relajación del individuo depende de cuando la corteza envía la señal de que no hay peligro alguno, es ahí donde la respuesta de lucha o huida se desactiva.

Las necesidades y los motivos de la personalidad dependen en gran medida de las situaciones emocionales de la persona, por tanto podemos distinguir dos tipos de necesidades o motivos: los fisiológicos, que se originan de las necesidades fisiológicas y los procesos de autorregulación del organismo (Monoa, Marzo 2011).

TIPOS DE ANSIEDAD

En lo que respecta y engloba la Salud Mental, los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas más prolijos en la sociedad. Cabe mencionar y aplicar el dicho “no ve edad ni clase social”.

La ansiedad afecta a personas de todas las edades, como adultos, niños y adolescentes. Sin embargo, existe un factor en común: la ansiedad se presenta con mucha frecuencia, de gran intensidad, es desproporcionada respecto a la situación actual e interfiere en la vida diaria de la persona y en su normal desenvolvimiento personal y social.

Los síntomas que presenta el trastorno de ansiedad son diversos, como puede ser espontáneamente o ir en gradual incremento y mantenerse hasta que la persona empieza a notar que no está bien. En ocasiones, la ansiedad crea una sensación de fatalidad y aprensión que parece producirse sin ninguna razón.

Los diferentes trastornos de ansiedad se denominan con nombres que reflejan sus síntomas específicos. Los trastornos de ansiedad más comunes son el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social., el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, estrés agudo, crisis de angustia.

CRITERIOS DE ACUERDO AL DSM IV

Ansiedad generalizada

Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- 1.** inquietud o impaciencia
- 2.** fatigabilidad fácil
- 3.** dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- 4.** irritabilidad
- 5.** tensión muscular
- 6.** alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como

en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

La ansiedad generalizada provoca que el individuo sienta preocupaciones en exceso sobre diferentes circunstancias, normales o riesgosas. La presencia de la ansiedad generalizada hace que la persona se preocupe excesivamente sobre la escuela, la salud, la seguridad de sus familiares y el futuro; con el pasar del tiempo desencadenan síntomas físicos, como dolor en el pecho, dolor de cabeza, cansancio, tensión muscular, dolor de estómago y vómitos. La ansiedad generalizada también puede conllevar a adquirir rasgos esquizoides por las preocupaciones mismas que dan lugar a una rutina agobiante o con la sensación de no tener control.

Fobias

Criterios para el diagnóstico de F40.02 Fobia específica (300.29)

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

- **Tipo animal**
- **Tipo ambiental** (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- **Tipo sangre-inyecciones-daño**
- **Tipo situacional** (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
- **Otros tipos** (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social (300.23)

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Otro de los factores dentro de la ansiedad son las fobias, lo que es considerado como temores intensos a situaciones específicas o a cosas que no son realmente peligrosas. Las fobias normalmente hacen que las personas eviten las cosas que le provocan miedo y de ahí es que pasa a producirse la fobia social que es determinado por situaciones sociales o por el miedo escénico.

Las crisis de angustia ocurren sin alguna razón aparente, que acarrea síntomas físicos repentinos e intensos que incluyen palpitaciones, ahogo, mareo, entumecimiento o sensación de hormigueo causados por una hiperactividad de las respuestas normales del organismo ante el miedo.

Tiene gran relevancia aclarar que una parte de las personas tienen miedos irracionales o desproporcionados a determinadas situaciones que encajarían en las fobias, pero esto no hace que se pueda hablar acerca de una fobia específica. Es fundamental que el malestar que generan los miedos sea lo suficientemente intenso e incluso llegue a tomar la forma de creencia de una alteración de la vida cotidiana significativa para así poder hablar de una fobia.

Obsesivo compulsivo

Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Un análisis conductual del trastorno obsesivo compulsivo sugiere que las conductas compulsivas tienden a reducir la ansiedad asociada con los pensamientos obsesivos, con lo que se refuerza la conducta compulsiva. Por ejemplo, si una mujer teme contaminarse al tocar basura, entonces el hecho de lavar sus manos reduce la ansiedad y, por tanto es reforzador. Al igual que las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo se mantiene debido a la reducción de la ansiedad que ocurre después de las conductas compulsivas.

Según Beck y Emery (1985), las personas que sufren trastornos de ansiedad pueden interpretar su propio malestar como una señal de un desastre inevitable. Sus reacciones pueden provocar un círculo vicioso en el que el individuo teme un desastre, que a su vez conduce a un incremento en la ansiedad, que a su vez empeora las sensaciones de ansiedad y confirma sus temores (p. 486).

Lo que caracteriza al trastorno obsesivo-compulsivo es, justamente, la presencia notoria de obsesiones y compulsiones, donde las obsesiones son los pensamientos o imágenes que se introducen en la mente de forma involuntaria y que no se hacen sentir como propios. Frecuentemente, quien sufre las obsesiones las considera absurdas, cuando no descabelladas.

Además casi siempre, aparte de las obsesiones, la persona presenta compulsiones; éstas son las acciones o pensamientos realizados para regular, neutralizar o anular las obsesiones, con el firme propósito de encontrar el bienestar y sentir menos angustia. Al no tener las compulsiones una lógica razonable para erradicar las obsesiones, los actos compulsivos sólo alivian la ansiedad de forma transitoria.

Estrés postraumático

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.

Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse).

Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Mediante el trastorno de estrés postraumático y con su presencia cambia la respuesta del cuerpo a un evento estresante. Por lo general, luego del evento presenciado, el cuerpo tiende a recuperarse y las hormonas y químicos que el cuerpo libera debido al estrés regresan a los niveles normales. Por una u otra razón es que en una persona con trastorno de estrés postraumático, el cuerpo sigue con la liberación de hormonas y químicos por el estrés.

Este trastorno puede suceder a cualquier edad y aparecer luego de eventos como: un asalto, accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, desastres naturales, encarcelamiento, violación, etc.

Los síntomas que emana el estrés pos traumático se encuentran divididos en 3 tipos, que son:

- El recordar y revivir los episodios, donde el incidente parece estar sucediendo nuevamente, repetitivamente los recuerdos angustiantes del hecho, pesadillas frecuentes del hecho, reacciones físicas fuertes y molestas a situaciones que le recuerdan el hecho.

- Se presenta también la evasión, donde la persona se siente como si nada le importara, imposibilidad de recordar aspectos importantes del hecho, anhedonia, rasgos esquizoides, etc.
- Prevalece la excitación, es decir, analiza casi siempre su entorno para presenciar signos de peligro, tiene incapacidad de concentración, irritabilidad, insomnio, etc.

Estrés agudo

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
 1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

- B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
 1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
 2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 3. desrealización
 4. despersonalización
 5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones,

episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

- D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

El estrés agudo de la ansiedad es algo parecido al estrés postraumático, lo que les diferencia a los dos es que éste comienza dentro de las cuatro semanas después del acontecimiento traumático y dura solamente de 2 a 4 semanas.

En el estrés postraumático, la persona re experimenta en su mente el hecho traumático, queriendo evitar en lo posible cada circunstancia que se lo recuerde, para que de esta manera no se presente un aumento gradual de ansiedad.

Los síntomas que se divisan son: sentimientos de insensibilidad, alejamiento o ausencia de respuestas afectivas, sensaciones de que las cosas no son reales, sensación de que él mismo no es real e incluso la incapacidad de recordar una parte importante del acontecimiento traumático.

Muchos de los pacientes que llegan a terapia, tan solo se recuperan del estrés agudo cuando ya son retirados de la situación traumática y reciben el apoyo adecuado en forma de comprensión, empatía con su sufrimiento y una oportunidad de describir lo que ocurrió y cómo fue su propia reacción. Algo beneficioso puede ser la ayuda que se brinde para lograr conciliar el sueño, aunque en ocasiones interfiere la medicación de fármacos.

Crisis de angustia

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Las crisis de angustia aparecen en forma de sucesos inesperados, aparentemente sin ninguna causa y con un miedo intenso a perder control de la situación en la que la persona se encuentre. Como tal, existen síntomas de la crisis de angustia como dificultad para respirar, dolor en el pecho, sudoración, náuseas, mareo, etc.

El rango de tiempo que dura una crisis de angustia oscila entre 10 minutos y media hora. En la mayor parte de casos presentes, los pacientes que sufren un episodio sufrirán, conjuntamente, algunos más, lo que va a provocar una gran limitación en el normal desarrollo de las rutinas diarias debido a la ansiedad que causa y al miedo a padecer nuevos episodios y a sus implicaciones.

El ataque de pánico siempre va a aparecer como una de las formas más previsibles e intensas, que pasa a producir incapacidad y aumentar un riesgo suicida.

Esto se da espontáneamente, que se da a la par con las sensaciones de opresión torácica o incapacidad para respirar. El temor es de progresión rápida, se acompaña de ideas de muerte (por infarto o enfermedad cerebrovascular), de pérdida de control (deseos de salir corriendo) o de pérdida de la razón. Los síntomas somáticos incluyen taquicardia, a veces severa, opresión precordial, quejas inespecíficas de vacío epigástrico, sensación de alteración de la temperatura corporal y sudoración.

SÍNTOMATOLOGÍA

Los síntomas que se presentan en un paciente con ansiedad son:

- **Físicos:** disnea, gastrointestinal, sequedad de la boca, dificultad al tragar, molestias epigástricas.
- **Cardiovasculares:** palpitaciones, percepción del latido cardíaco.
- **Genitourinarios:** micción frecuente o urgente, disfunción eréctil, amenorrea.
- **Sistema Neuromuscular:** temblor, parestesias, mareo, cefalea, dolores musculares.
- **Trastornos de Sueño:** insomnio, terrores nocturnos, despersonalización.

ANSIEDAD EN CONDUCTORES

Un vehículo, sin importar si es un transporte liviano o pesado, es uno de los medios de transporte más importantes alrededor del mundo, que llega a formar

parte de la vida de muchas personas para su movimiento hacia distintos lugares, y en ocasiones tomando una cierta dependencia hacia el medio de transporte.

Al momento en que una persona se encuentra conduciendo es cuando es muy previsible notar que algunos factores repercuten en su forma de conducción, por lo que en ciertas ocasiones se ha considerado que en la forma de manejo es donde demuestran su medio de expresión, es decir que en aquel momento tienden a emitir todo tipo de emociones, dependiendo del momento que previamente haya vivido.

Así mismo existen desventajas en el manejo de un automotor, la mayoría de personas conducen con motivos adicionales como la búsqueda de sensaciones o la exhibición que llega a ser un riesgo vial; las personas al volante muestran distintas expresiones faciales como corporales, todos tienen una manera distinta de sentarse frente al volante y es por la emisión de características como podría ser en un caso particular la agresividad.

Un ejemplo, la conducción por parte de una persona joven siempre se va a ver reflejado en obtener un determinado estatus y reconocimiento de parte de quienes lo acompañan, esto a través de un comportamiento en el que se asumen riesgos, como los conocidos “piques” (carreras a máxima velocidad). Los “piques” como se los llaman comúnmente, no solo tienen una dimensión física, sino que también conlleva dimensiones psicológicas y sociales meramente relacionadas con la autopercepción del conductor, así como su posición dentro de la jerarquía existente entre sus amigos.

Hay una gran diferencia entre conductores particulares y conductores de transporte urbano por la razón de que existen diferentes exigencias, tanto sociales como institucionales; los choferes de transporte urbano por lo general son arremetidos por los factores que provocan ansiedad debido a varias circunstancias en la rutina laboral, tal es el caso de salvaguardar las multas de minutos infracción antes que la seguridad de sí mismo y de las personas que lleva a bordo; normalmente es previsible que los conductores infringen señales de tránsito e incluso accidentes viales por la sobrecarga emocional que aguardan y que da paso

a la desesperación por cumplir con lo planificado, motivo por el cual se presenta la ansiedad leve, moderada o grave, dependiendo de cómo se dé la circunstancia.

Según Zambrano (2008), exdirector de Transporte Público de la Comisión de Tránsito del Ecuador (CTE), “escuchar un pitazo o cornetazo causa en los demás exasperación, descontrol, impaciencia, ansiedad, depresión, etc”.

Enumera, de acuerdo con su lectura, sobre el uso indebido del claxon de parte de choferes, una de las fuentes más comunes de contaminación acústica.

La irritabilidad se ocasiona por la competencia que se da entre conductores de carros pequeños y grandes, la superioridad concibe los insultos, actos obscenos y la agresión física por sentir que el contrario realiza maniobras que van en su contra, que claudican para que no satisfaga sus metas como cumplir con la hora exacta de salida y llegada al destino.

Por ejemplo, es casi normal observar comportamientos como discutir por pitos exagerados, maniobras que van en contra de las leyes de tránsito, y es ahí donde empieza a darse sudoraciones, pulso acelerado, fatiga, irritabilidad. Estas personas pasan a formar parte de la amaxofobia, que no es nada más que el pánico a conducir un vehículo pesado o particular, por la situación que se presenta en el congestionamiento y los problemas de diversa índole frente a las demás personas.

El rasgo común en la población con ansiedad es la inseguridad en sí mismos a la hora de poder salir airosos de una situación imprevista: miedo a no saber resolver el problema.

Consecuentemente, las personas que han obtenido su licencia hace muchos años atrás son quienes, muchas de las veces, pasan a ser otro de los factores estresores por la superioridad y rivalidad con las demás personas.

Las personas de vehículos particulares casi siempre se muestran ansiosos y por ende muestran patrones comunes como la falta de deseo por conducir, inseguridad, estrés, son “enemigos” del auto y casi siempre que lo hacen van acompañados. En fin, a medida que el individuo se expone poco o nada ante un volante, el grado de ansiedad irá creciendo.

El estrés es una carga contenible de factores procesados complejos, multivariados y representativos que posteriormente se basa en la argumentación por ser un elemento que resulta de la combinación entre el individuo y el entorno mismo que se considera amenazante o peligroso para el equilibrio emocional.

En una entrevista preliminar con un conductor de la Cooperativa de Buses Tungurahua, refiere que: “la cooperativa exige estrictamente el cumplimiento de los horarios establecidos dentro de la institución, porque por incumplimiento existen altas multas para los que llegan a infringir la normativa”.

Un problema que radica dentro de este aspecto es que los horarios no se encuentran bien definidos de acuerdo al congestionamiento, a semáforos, etc., esto muchas veces se ve alterado por situaciones inesperadas. Algunos de los choferes se sienten aludidos por los dirigentes de las cooperativas por la razón de que no existe equidad en el distributivo de las zonas y de los horarios de recorrido.

Este caso se encuentra entre los más prolijos por ser de los factores de riesgo social que se presentan para la concepción de la ansiedad en los conductores.

Por lo general y casi siempre es normal visualizar que cualquier factor laboral causa estrés, por lo que el problema en mención toma la relevancia de emergente. Las posibles alternativas de solución aún no logran concretar soluciones firmes para combatir la ansiedad.

Parcialmente, se da un consenso entre los diferentes factores que provocan el problema en el día a día y otro de esos es el trato con los pasajeros que pasa a ser conflictivo por pequeñas o grandes circunstancias, y consideran que están propensos a las agresiones físicas o verbales, lo que ayuda a incrementar el estrés y la ansiedad. Se puede notar y escuchar a un conductor que las exigencias hacen del ambiente agobiante, son razones como encontrarse conduciendo y a la vez cobrar pasajes, ir pendiente de la buena conducción, que la gente suba, que la gente baje, etc.

El recorrido diario que cada uno realiza es lo que no permite a los conductores descansar y recuperarse de su labor, teniendo en cuenta que éstos están como

mínimo una media de 12 a 15 horas diarias al volante, lo que no sólo incrementa el riesgo de accidentes, sino su desgaste físico y mental. Pero esto también acarrea motivos para estar por tantas horas al volante: altos índices de desempleo, cumplir con el pago de deudas familiares o personales, evitar en lo máximo las multas por atraso, cumplir con los tiempos que cuentan como descanso, entre otros.

Hoy en día también se ven afectados por las normativas que ha implantado la Ley de Tránsito del Ecuador, en establecer límites de velocidad dentro y fuera de la ciudad y por lo que manifiestan que si se rigen a ese artículo es cuando más atrasos van a tener, cuando menos van a cumplir con los recorridos y donde en una minoría van a cumplir los montos que se proponen para sí mismos y a veces para los dueños de las unidades.

Al enfrentarse a situaciones inesperadas y difíciles de resolver como congestión vial, semáforos inoperantes, retrasos en el recorrido, o colisiones, podrían aparecer algunos rasgos de personalidad e influir en los accidentes, esto tendría un peso significativo a encontrarse propensos a lo siniestro, como la impulsividad, inestabilidad emocional, rebeldía, tendencia a competir, egocentrismo, inmadurez, inseguridad, tensión y ansiedad.

Dentro de esto existe un dilema, cuando el reloj marca un atraso es donde más inconvenientes tienen y cuando aún están a tiempo es donde la paciencia les caracteriza y ahí se da, en escasa cantidad, la disminución de los niveles de ansiedad.

Se ha definido como conducción agresiva el manejo de un vehículo que pone en peligro a las personas y las propiedades; caracterizan esta conducta, entre otros: el exceso de velocidad, el zigzagueo, adelantamiento inseguro, no mantener la distancia de seguridad, obstruir el paso de otro vehículo, palabras o gestos obscenos y detención inesperada por pasajeros, etc.

En algunas de las personas se puede presenciar claramente que han adquirido trastornos comórbidos por relacionar la ansiedad con el consumo de alcohol en altos índices y es otro de los problemas sociales de la que los habitantes más se

quejan porque creen que es la razón principal por la que es causado los accidentes de tránsito, las peleas, entre otras.

Muchos países reconocen hoy los siniestros viales como una epidemia social violenta, no accidental, no originada por el azar ni tampoco como consecuencia del error casual, que es previsible y por lo tanto prevenible, la Organización Mundial de la Salud considera que: “como el error humano interviene en alta frecuencia la principal solución debería consistir en persuadir a los usuarios de la vía pública a adoptar comportamientos que “no dejen lugar al error” y se adopten medidas apropiadas”.

La violencia es un fenómeno complejo que puede configurarse como termómetro social e indicador de calidad de vida y que, junto con los accidentes de tránsito, ocasionan más de la mitad de las muertes traumáticas por factores sociales en América Latina.

Consecuencias a largo plazo

La ansiedad presenta síntomas como temor y preocupación, pero se manifiesta también por síntomas físicos y emocionales.

Físicamente, los síntomas de ansiedad repercuten directa y negativamente en lo que es el cerebro, corazón, pulmones, músculos, estómago, y las funciones corporales; razones por las cuales la persona puede llegar a un estado de incapacidad, tanto para conducir como para actuar normalmente en el entorno, lo que puede tomar relevancia con el paso del tiempo por la afectación de los diferentes sistemas del cuerpo humano.

Las consecuencias a largo plazo, casi siempre son por un tratamiento inadecuado de la ansiedad, por lo que progresivamente se da el deterioro en la persona; en esta instancia ya se presentan lo que son efectos cardiovasculares, que van desde hipertensión hasta infartos de miocardio que son recurrentes.

Otra de las consecuencias en este rango son las enfermedades gastrointestinales, lo que tiende a empeorar situaciones como la indigestión, acidez estomacal, úlceras e intestino irritable.

También se da lo que son las enfermedades neurológicas que van desde dolores de cabeza crónicos de la tensión hasta el empeoramiento de otras condiciones pre-existentes psicológicas como la depresión y el trastorno bipolar.

Y en lo que respecta a enfermedades endocrinas se presenta empeoramiento de la disfunción de la glándula suprarrenal, trastornos de azúcar en la sangre, incluyendo la hiperglucemia y síndrome de fatiga crónica.

Y finalmente, entre las enfermedades de mayor relevancia a largo plazo en la ansiedad, se encuentra lo que es en el sistema respiratorio; incluye empeoramiento de asma preexistente y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Consecuencias a mediano plazo

Factores distintos pero que se relacionan son lo que se presentan en el proceso de la ansiedad, las consecuencias a mediano plazo se encuentran asociadas con altos índices de riesgo de padecer ataques al corazón. Esto puede conducir a conductas sociales fuera de la normativa como el desarrollo de alcoholismo y otras formas de abuso de sustancias, el delirio, y un mayor riesgo de suicidio. Las personas que en cierta forma tienen algún tipo de ansiedad, están propensos a sufrir daños físicos como problemas de la piel, las lesiones repetitivas físicamente, pérdida de cabello, etc.

Consecuencias a corto plazo

Dentro de los síntomas que se presentan a raíz del diagnóstico de ansiedad, a corto plazo se da en muchos órganos y sistemas del cuerpo, incluyendo los sistemas cardiovasculares, gastrointestinales, neurológicos, respiratorios y musculares.

- Los síntomas cardiovasculares que involucran al corazón y a los vasos sanguíneos, son palpitaciones y dolores en el pecho.

- Los síntomas gastrointestinales afectan directamente al estómago y al tracto digestivo e incluyen malestar estomacal, náuseas y diarrea.
- Los síntomas neurológicos afectan a lo que es el cerebro y los nervios e incluyen vértigo, insomnio, irritabilidad, escalofríos, y la confusión mental en general.
- Los síntomas respiratorios afectan a los pulmones e incluyen falta de aliento o dificultad para respirar.
- Los síntomas a nivel del sistema muscular incluyen temblores y tensión muscular o dolores.

PSICOFISIOLOGÍA

Una rama muy importante dentro de la psicología, con la perspectiva clara del estudio fisiológico de la mente humana, es la psicofisiología, que basa su estudio en la interrelación entre las funciones corporales, del sistema nervioso y de las glándulas endócrinas, fundamentadas en las estructuras y procesos biológicos y fisiológicos que tienen carácter multidisciplinario, estableciendo las estructuras que median entre fenómenos psíquicos y físicos.

Los sistemas biológicos son los de mayor énfasis por su relación con la mente y el comportamiento humano que se interrelacionan entre factores genéticos y asociados.

La psicofisiología toma en consideración un enfoque dualista, es decir que el entorno interpreta a la mente y al cuerpo por separado, para el estudio de la naturaleza humana. Al momento en que el individuo empieza a comprender el funcionamiento del cuerpo humano y el sistema nervioso entre sí, se presentarán posibles soluciones al problema mente/cuerpo. Algunas modificaciones en la estructura química del cerebro alteran la consciencia, por lo que se puede formar la hipótesis de que la consciencia es una función fisiológica, al igual que la conducta.

Al momento en que una persona se encuentra expuesta a una situación estresante, es producida instantáneamente un resultado en el sistema cardiovascular, como la

modificación en el ritmo cardiaco. Se deduce que la Psicofisiología, a su vez, debe concebirse como materia interdisciplinaria, lo que contribuye a dificultar su estudio y plantea sus propios límites.

Es conocido que en el marco de la Psicofisiología pueden presentarse variados “modelos” de la personalidad o de ciertos aspectos de la conducta, que ofrecen perspectivas para hacer más comprensible y explicable el comportamiento, provenientes de los diferentes campos de la investigación biológica, neurofisiológica, bioquímica, otras, y que si en un principio es admitido, no siempre permiten su extrapolación a niveles de integración más complejos, con el acercamiento progresivo al conocimiento de las estructuras y de los mecanismos íntimos de dicho comportamiento.

PSICOFISIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Particularmente, la ansiedad puede ser vista desde la perspectiva psicofisiológica como una sobreactivación del sistema nervioso en el cuerpo humano, lo que puede mantener una etiología de problemas endógenos o exógenos momentáneos.

De tal forma, el resultado de esto es la activación del sistema simpático y endócrino al momento de secretar hormonas que se enraízan desde las glándulas suprarrenales (la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad).

Presentaron evidencia que sugiere que los sistemas nervioso e inmunológico interactúan y son interdependientes al demostrar que las respuestas del sistema inmunológico en ratas podían someterse al condicionamiento clásico (Ader y Cohen, 1975).

El organismo humano está equipado con un complejo conjunto de sistemas de supervivencia que se activa a sí mismo ante la percepción de cualquier peligro, se auto regula y prepara el terreno para favorecer la supervivencia del individuo.

Alrededor del entorno en el que se desenvuelve el ser humano, al momento de presentarse algún factor determinado que represente peligro, se activa un sistema de alarma en el organismo que lo prepara para sobrevivir, así desencadena toda

una serie de reacciones fisiológicas. El miedo al dolor psicológico provoca las mismas reacciones fisiológicas que el miedo al dolor físico. Este sistema de alarma, se encuentra en la segunda capa del cerebro humano, el sistema límbico.

Dentro del sistema límbico hay una estructura llamada amígdala, la cual se encarga de controlar y medir emociones principales como el afecto, la agresión y el miedo. Es el centro de identificación de peligro, y es fundamental para la supervivencia. Al ser activada, arroja miedo y ansiedad que ponen a la persona en un estado de alerta total, alistándose para huir o pelear.

Desde el punto de vista de los mecanismos de predisposición biológica se relacionan varios neurotransmisores, especialmente norepinefrina, serotonina y GABA, además del CRF hipotalámico, así como una disfunción de la amígdala y otras estructuras del sistema límbico (Gray y McNaughton, 2000).

Dentro de la explicación de la ansiedad, es válido marcar que los genes se expresan en el cerebro en diversos sistemas de neurotransmisión, y existe vasta evidencia de que una combinación de desregulación en varios de ellos (serotoninérgico, noradrenérgico, ácido gama amino butírico (GABA), dopaminérgico y otros neuropéptidos) está relacionada con la presencia de trastornos de ansiedad (Nemeroff y Schatzberg, 2005).

La amígdala es la responsable de captar toda la información procesada mediante los sentidos del ser humano, encargada también de detectar toda señal de peligro.

Otra de las capacidades de la amígdala es encontrarse alerta ante cualquier situación de peligro, incluso durante el sueño. La percepción que se da ante una situación amenazante provoca una reacción de alerta en el organismo.

Todas estas características dentro del sistema nervioso, son las que producen síntomas como el aumento en la presión arterial, intensificación del metabolismo celular, incremento de glucosa en la sangre, aumento en la coagulación sanguínea e incluso un aumento en la actividad mental. Un factor principal es la circulación de la sangre en los músculos mayores como en las piernas, así el individuo podrá tener la suficiente fuerza para escapar de la situación riesgosa o de peligro.

Pero a pesar de todo, muchas de las personas son invadidas por activarse la alerta sin razón alguna; al suceder esto, se da un ataque de pánico. Lo contrario, cuando la alarma se activa ante estímulos específicos, se da lo que se conoce como una fobia. Así entonces, primero se presenta un ataque de pánico, y éste evoluciona hasta convertirse en una fobia.

Un ejemplo, una persona que tiene un ataque de pánico mientras se encuentra conduciendo su carro, puede desarrollar una fobia a manejar por factores del temor a que se repita el suceso. Como tal, el simple hecho de subirse al auto, desencadena en la persona toda una serie de reacciones de miedo, que son características de las fobias.

Cada una de las emociones son parte de un proceso psicológico, que ante cualquier amenaza automáticamente actúan para restablecer las mismas emociones, cumpliendo así un papel importante dentro del aspecto adaptativo. Aun así, en algunos casos las emociones como tal influyen para contraer enfermedades psicofisiológicas. Dicho aspecto adaptativo referente a las emociones, depende de cómo cada persona evalúe el estímulo que pone en peligro su equilibrio, así como de la respuesta que genere para enfrentarlo.

Al ser un proceso de adaptación algo complejo lo que es la salud humana, por razones como factores biológicos, sociales y psicológicos. Muchas veces el bienestar emocional va a depender del paciente, de la predisposición del mismo para ir en busca de su equilibrio, donde el terapeuta tan solo servirá de guía para buscar alternativas de solución conjuntamente.

La ansiedad en si es una respuesta clara ante situaciones de peligro, considerada también como lucha/huida; llamada así porque todos los efectos que se presentan están dirigidos a combatir el peligro o a escapar del mismo. Así, el objetivo de la ansiedad es proteger el organismo. Cuando se percibe algún tipo de peligro, el cerebro envía su mensaje a una sección de nervios que es el sistema nervioso autónomo.

El enfoque psiconeuroinmunológico parte de que el cerebro regula, en mayor o menor medida, el sistema inmunitario. Entonces, los factores psicológicos pueden

afectar este sistema por medio del cerebro (Dr. R. Bayés de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1993).

Según la Revista Psicología Científica, volumen 15 (2003), la psiconeuroinmunología tiene un gran alcance terapéutico, que implica:

1. La posibilidad de que los tratamientos psicológicos puedan emplearse como terapéuticas de apoyo para suprimir la respuesta inmunológica, tanto en enfermedades amenazantes para la vida como en trastornos menos graves.
2. Posibilidad de que los tratamientos psicológicos puedan usarse para mejorar el sistema inmunológico. Por ejemplo, terapias con grupos vulnerables.
3. Clarificación de la importancia de la protección que es capaz de proporcionar un enfoque positivo de la existencia.

Según López (1999),

“plantea que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacias implacables, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad incluidas: asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos” (Revista Psicología Científica, Volumen 15, 2003. Cuba).

Claramente se puede evidenciar que la psiconeuroinmunología alerta al científico como al terapeuta para poner en constancia una nueva posición en la que se necesita el empleo de diversas técnicas y se requiere un análisis más profundo de la relación mente / cuerpo.

La ansiedad puede ser algo natural, incluso necesaria para la adaptación al medio. Sin embargo, cuando se presenta de forma desproporcionada en relación con la amenaza o peligro que la provoca, o bien cuando este peligro es desconocido, puede llegar a constituirse en una mala adaptación, pudiendo convertirse entonces en un trastorno psiquiátrico. No obstante, la idea de la ansiedad como trastorno psiquiátrico ha experimentado un cambio considerable en los últimos años. Aún

así, la ansiedad casi siempre es una emoción indeseable que rara vez conduce a nada útil.

El DSM-IV estudia por separado el trastorno por crisis de angustia y el trastorno de ansiedad generalizada, en una especie de jerarquización o delimitación de los síndromes (exclusión del trastorno obsesivo compulsivo, autonomía de la agorafobia, etc.).

Las tendencias más recientes sugieren que el trastorno de ansiedad generalizada puede ser más importante de lo que en un principio se creía, y quizá deba merecer un reconocimiento diagnóstico singular, habida cuenta de que probablemente dicho trastorno pueda indicar de forma general, un estado de recuperación incompleta de conflictos ansioso-afectivos.

Un aspecto fundamental que llega a ser parte y a tomar forma en el constructo de la ansiedad es el estrés que tiene su debido proceso para que por niveles se vaya concibiendo el trastorno; algunos de los profesionales tienen diferentes perspectivas acerca del estrés, una gran parte considera la tensión como un proceso que comprende factores ambientales que pueden llegar a producir estrés de la manera en el que el individuo lo perciba como desafiante o amenazador y posteriormente diversas respuestas del organismo presentes como fisiológicas, emocionales, cognoscitivas y conductuales.

En sí, es importante recalcar y mostrar una breve especificación de cómo el estrés motiva al sistema nervioso simpático, pone en movimiento a todos los recursos fisiológicos en situaciones de peligro y así estimula la médula suprarrenal, lo que da lugar a la producción de catecolaminas, epinefrina y norepinefrina, que son parte de la inclusión del ritmo cardíaco, respiratorio, flujo sanguíneo y tono muscular. El estrés es un factor causante para que la glándula pituitaria libere la hormona adrenocorticotrópica y para que así estimule a la corteza de la glándula suprarrenal y pase a secretar glucocorticoides. El glucocorticoide más importante en el estrés es el cortisol, que como la epinefrina y la norepinefrina moviliza los recursos del cuerpo. Aunque las respuestas del cuerpo al estrés pueden ser útiles, el estrés intenso y la activación prolongada de estos sistemas pueden tener efectos

adversos sobre los órganos del cuerpo, las funciones mentales y el sistema inmunológico.

SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

En lo que respecta a la ansiedad dentro del sistema nervioso autónomo y en el sistema corporal, esta es considerada como una emoción natural, que se encuentra en todos y cada uno de individuos poblacionales, por la misma razón de que pone en manifiesto las alertas frente a un peligro o amenaza real o no, las mismas que implican una reacción de activación fisiológica, en la que constarán respuestas del sistema nervioso autónomo (vísceras, piel, etc.), del sistema nervioso motor (músculos voluntarios e involuntarios).

En ocasiones la ansiedad se palpa como experiencias de muy mal gusto, mucho más cuando ésta llega a un nivel mayor, dando paso a trastornos psicofisiológicos.

La alta intensidad de esos cambios corporales, la falta de control sobre las respuestas del sistema nervioso autónomo (tasa cardíaca, sudoración rubor, respuestas gástricas, dificultades respiratorias, etc.), así como la falta de información, pueden llevar a algunos individuos a una sensación de miedo e incluso pánico, por la reacción que se está produciendo en su organismo. A su vez, este miedo provoca ansiedad, activación fisiológica, y por lo tanto, un mayor incremento de las respuestas fisiológicas (Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y del Estrés, 2004).

La población abarca individuos donde cada uno tiene y presenta una forma distinta de reaccionar frente a lo fisiológico, diferente manera de manifestar los malestares. En base a supuestos, las enfermedades psicofisiológicas (dolores de cabeza, de espalda, arritmias, hipertensión arterial, molestias gástricas, etc.) llegarían a estar producidas por un incremento y a su vez por exceder la intensidad y la frecuencia de la activación de las respuestas fisiológicas del sistema que sufre la lesión o disfunción (cardiovascular, respiratorio, etc.)

Una determinada explicación y de forma concisa para las enfermedades psicofisiológicas y sus disfunciones orgánicas, es que se trata de un desnivel de un

sistema orgánico (gástrico, respiratorio, cardiovascular, motor, etc.), manifestado por el excesivo trabajo y entonces, se encuentra manteniendo esta actividad demasiado tiempo.

Los conflictos emocionales producen angustia, que a través de una acción prolongada sobre el sistema nervioso autónomo, puede alterar gravemente la regulación del cuerpo, con resultantes manifestaciones de síntomas que se refieren a diversos órganos viscerales vegetativos (Lawrence, 1984).

Estos síntomas tienden a manifestarse en forma de trastornos localizados a ciertos sistemas, especialmente en el sistema cardiovascular, en el aparato gastrointestinal, en el sistema endocrino, en el árbol respiratorio en la piel y en el sistema genitourinario (Lawrence, 1984).

Mencionar que el trastorno orgánico produce malestar psicológico, produce más ansiedad y, por lo tanto, un aumento de la actividad de ese sistema, que aumenta la probabilidad de desarrollar y mantener en mayor grado esta disfunción orgánica.

En la clínica psicológica se encuentran personas que sufren arritmias, dolor crónico, contracturas musculares, asma, trastornos gástricos, trastornos dermatológicos, etc. Cuando se trata de trastornos físicos, el trabajo multidisciplinario exige un determinado proceso, en el que el paciente denote malestares y los profesionales sean los encargados de descifrar aquello y saber a qué departamento acudir y en cuál permanecer, porque a veces lo psicológico se convierte en físico (psicosomático).

TIPOS DE TRATAMIENTO

Tratamiento psicoterapéutico

Existe un trabajo multidisciplinario en lo que se refiere a la psicoterapia, por mantener una eficiencia en el manejo de todos los trastornos de ansiedad y a su vez en la práctica clínica moderna, la asociación de ésta con psicofármacos es el tratamiento habitual.

El abordaje psicoterapéutico para el problema de estudio es la cognitivo – conductual, donde es factible manejar a los supuestos, a las distorsiones cognitivas y a las ideas del paciente; y el conductual dirige a los síntomas psicósomáticos de una forma directa.

La terapia cognitivo conductual se encuentra orientada al tratamiento de los diferentes trastornos mentales que se encuentran dentro de lo que es la Psicología en sí; dentro del estudio servirá para un debido uso institucional, ya que en ausencia del sujeto incondicionado puede desatar una respuesta de sobresalto, denominado como estímulo condicionado.

Para todos y cada uno de los conductores, el hecho de conducir su vehículo ya es considerado como un estímulo condicionado por todos los factores que se presentan al momento de tomar el volante; a falta de ruidos fuerte u otros estímulo incondicionado, es donde podrán producir y sentir una respuesta de sobresalto importante (respuesta condicionada), que por lo general se lo considera de una manera subjetiva como ansiedad.

Existe una estructura determinada dentro de lo que es el tratamiento cognitivo conductual que incluyen niveles de psicoeducación, tanto en lo conductual como en lo cognitivo para un mejor desarrollo del individuo y una presencia idónea dentro de la atmósfera social y a su vez evitar en lo posible la presencia de recaídas al problema.

En lo que respecta, la mayoría de terapeutas trabajan conjuntamente con las vivencias personales y familiares del paciente, es decir que también existen tareas a realizar en el hogar con el propósito de hacer de la persona alguien que pueda sentirse importante por sí mismo para así desarrollar habilidades cognitivas y cognoscitivas; esto suele realizarse mediante libros, videos, etc. Dependiendo del trabajo que se realice, la reducción de síntomas puede ser cuestión de pocas sesiones para establecer una mejoría en la Salud Mental.

Pero, el complemento entre ambas técnicas arroja resultados más eficaces que cualquiera de las dos por separado. Todas las técnicas que implica la terapia

cognitivo – conductual desencadenan resultados positivos en cuanto a crisis de angustia. Es la terapia más accesible para las personas por las exigencias de la sociedad de encontrar soluciones prontas a los problemas que presentan y no permanecer atados por mucho tiempo a sesiones terapéuticas.

Las principales técnicas conductuales para la crisis de angustia incluyen las técnicas de relajación ante la tensión aguda y crónica, también la exposición a síntomas somáticos, normalmente mediante el emplazamiento ante una serie de sensaciones temidas, que son ordenadas jerárquicamente a través de ejercicios imaginarios y en vivo.

La relajación puede ser una técnica útil en el tratamiento tanto de la crisis de angustia como en el de la ansiedad generalizada. En la angustia el entrenamiento en relajación se aplica específicamente a situaciones que producen ansiedad, tanto imaginaria como real.

Dicho entrenamiento se basa en la tensión y relajación de los distintos grupos musculares, que ayuda a disminuir la tensión y otras manifestaciones físicas de la ansiedad generalizada y de la angustia. Puede combinarse con la reestructuración cognitiva para aliviar el componente patológico de la anticipación negativa y de la preocupación con la que cursan estos procesos.

El método más empleado es la relajación progresiva de Jacobson, que consiste en tensar y relajar los distintos grupos musculares del cuerpo, al mismo tiempo que el paciente se concentra en las sensaciones que provoca esa tensión y relajación.

El tratamiento cognitivo del trastorno de angustia incluye la reestructuración cognitiva para interpretar de una forma más benigna los afectos y las sensaciones físicas molestas que suelen ir asociados a dicho trastorno. Se añade a las técnicas de relajación con buenos resultados.

El alivio sintomático se encuentra dentro de lo que es la explicación sobre la transparencia natural de los síntomas, junto con la disminución o eliminación del estrés ambiental y sobre todo la facilitación y prestación de apoyo al paciente en

el momento que lo requiera, contribuye sobremanera a disminuir la sintomatología y a superar el componente agudo del proceso. La psicoterapia de apoyo es esencial para devolver al paciente la confianza en sí mismo y hacerle rendir a un nivel óptimo en su vida cotidiana.

La psicoterapia en sí es tomado como un proceso de comunicación interpersonal entre el terapeuta y el paciente, quien por lo general asiste en busca de un proceso de ayuda para una solución a distintos problemas de salud mental, lo cual tiene como objeto generar cambios para lograr una buena y mejor salud mental; la propuesta primordial se basa en tratar de racionalizar sus ideas negativas, modificar síntomas que ya persisten, transformar formas de comportamiento e instaurar propuestas claras para el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva.

Dentro de la psicoterapia hay un factor crucial como es la entrevista clínica y una buena combinación entre lo que es el diagnóstico y el planteamiento etiológico para la ayuda positivas hacia el paciente. El mismo complemento entre terapeuta - paciente puede ser tomada como un instrumento de los principales dentro de la psicoterapia. El momento en que el profesional logre esquematizar una perfecta la empatía es donde va a tender a construir una estrecha relación desde la escucha activa que le guía hacia la validez de los sentimientos e ideas del paciente, favoreciendo así la expresión de los sentimiento del paciente y posteriormente convertir cada sesión en algo reconfortante, disiente, informar y reforzar la autonomía.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico le antecede a la psicoterapia, el tratamiento base de la ansiedad consiste en la prescripción de benzodiazepinas sin descartar que en algunas crisis de angustia, y también en determinados tipos de cuadros ansiosos o solapados, y en los cuadros fóbicos que lo requieran, habrá que utilizar además, o exclusivamente, fármacos del tipo de la fluoxetina, paroxetina, venlafaxina o mirtazapina, por mencionar algunos.

Básicamente, las benzodiazepinas se han considerado los fármacos de elección para estos pacientes, aunque dicha tendencia ha variado a lo largo de los años de acuerdo a la magnitud, intensidad y frecuencia del trastorno. El tratamiento farmacológico del trastorno por ansiedad generalizada tiene algunas limitaciones en cuanto a la elección del fármaco. Los enfermos con ansiedad cronicada suelen responder bien, no obstante a las benzodiazepinas.

Si a la ansiedad generalizada y patológica es considerada como un estado de recuperación incompleta de la depresión o de determinados subtipos de trastornos de ansiedad, no resultaría nada extraño ni nada sorprendente que aquellos tratamientos altamente efectivos para la depresión pudieran resultar también efectivos para los síntomas generalizados de ansiedad. De hecho, los principales tratamientos actuales para la ansiedad generalizada son, cada vez más, fármacos originariamente desarrollados como antidepresivos.

Las benzodiazepinas alcanzaron gran predicamento debido a que resultaban menos sedantes y creaban menos dependencia que los fármacos sustituidos. Además, las benzodiazepinas contienen otras propiedades de acción relajante de la musculatura, acción sedante, hipnótica, etc.

Actualmente siguen teniendo un amplio campo de actuación en muchos estados de ansiedad, bien sea solas o combinadas con los modernos antidepresivos existentes en el mercado (ISRS y otros). No obstante, utilizar benzodiazepinas para tratar la ansiedad requiere saber la forma de cómo equilibrar racionalmente los riesgos de estos fármacos frente a sus beneficios, y compararlas frente a otras opciones terapéuticas disponibles.

La estabilización a corto plazo de los síntomas de ansiedad generalizada y su utilización, según se requiera para exacerbaciones repentinas de la sintomatología, son generalmente usos bien justificados de las benzodiazepinas.

El tratamiento a largo plazo del trastorno de ansiedad generalizada debe incluir la consideración de otras intervenciones previas antes de utilizar dichos compuestos. También deben utilizarse terapias coadyuvantes como los cambios en el estilo de vida, que pueden ser base primordial del tratamiento, unido a otra terapias como

las técnicas de reducción del estrés, ejercicio adecuado, dieta sana y una situación laboral apropiada.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS NULA (H0)

Los niveles de ansiedad no influyen directamente en el riesgo de padecer enfermedades psicofisiológicas en los conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

HIPÓTESIS ALTERNA (H1)

Los niveles de ansiedad influyen directamente en el riesgo de padecer enfermedades psicofisiológicas en los conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

SEÑALAMIENTO DE PROBLEMAS

VARIABLE INDEPENDIENTE

La ansiedad

VARIABLE DEPENDIENTE

Enfermedades psicofisiológicas

TERMINO DE RELACION

Influye

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

ENFOQUES

La presente investigación tuvo un enfoque predominantemente cualitativo / cuantitativo, cualitativo porque los datos que se recogieron mediante la exploración de campo y la evaluación de reactivos fueron sometidos a posterior interpretación y contextualización desde una visión interpretativa que pasaron a la criticidad mediante el marco teórico y así se obtuvo resultados consensuados que ayudaron a lograr mejores alternativas de solución; y cuantitativa porque se recabó información que fue sometida a análisis estadístico.

MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN

El proyecto actual se encuentra dentro de la perspectiva relacional – social por considerar que la observación va más allá de lo que sucede, pasa por la planificación de propuestas de solución al problema de investigación; como dos modalidades en el trabajo de investigación hay lo que es la observación pero a su vez también el planteamiento de posibles alternativas de solución al problema en lo que respecta a la modalidad de campo.

La persona principal que realizó el estudio (investigador) asistió prolijamente al centro de estudio a recabar información para de acuerdo a aquel contexto acceder y convertir una realidad, debido a que conjuntamente la muestra con el investigador se encuentran en constante contacto.

De campo

En éste ámbito, el investigador acudió a recabar la información pertinente en el lugar a realizar el estudio para de esta manera convertir el contexto en realidad por el hecho de encontrarse en constante contacto, concibiendo un complemento entre vicisitudes e información secundaria lograda a través de fuentes bibliográficas. La investigación se enraíza en un nivel exploratorio para detectar los niveles de ansiedad en conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato, para lo cual se recurrió a la Escala de Ansiedad de Hamilton como instrumento primordial para diagnosticar y confirmar la ansiedad y a su vez una encuesta (cuestionario) que se encuentra orientada a detectar la presencia de enfermedades psicofisiológicas, para así justificar los objetivos elaborados dentro del estudio, con la utilización de métodos y técnicas psicológicas y una posterior posible alternativa de solución.

Bibliográfica Documental

El proyecto de investigación es considerada dentro de una investigación bibliográfica documental, puesto que se realizó un análisis teórico y conceptual, lo que sirvió de soporte como fuentes de conocimiento verificables obtenido a través de revistas indexadas, libros físicos y digitales, así como documentos confiables y válidos a manera de información primaria, de análisis e interpretación para de ésta manera obtener una serie de datos cuantitativos y cualitativos, tanto para la jerarquización como para la continuidad del trabajo.

De intervención social o proyecto factible

La investigación busca convertirse en un referente propositivo para la transformación de la realidad de los conductores de la Cooperativa de Buses Tungurahua y mejorar la calidad de vida de los involucrados, porque el investigador no se conforma con la observación pasiva de los fenómenos del comportamiento habitual de los conductores, por lo que se podrá plantear una propuesta de solución al problema. Esto será factible primordialmente por la presencia de factores positivos como el apoyo para la investigación por parte de la

institución, la completa colaboración de cada uno de los involucrados, la venerada accesibilidad de los dirigentes y la aplicación de reactivos y cuestionarios.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

El nivel en el cual se desarrolló la presente investigación alcanza un nivel de asociación de las variables porque busca establecer las relaciones entre ellas, para brindar una mayor amplitud y hacer predicciones o descripciones fiables de los hechos.

Se llegó a un nivel descriptivo, mediante el cual se verificó la hipótesis de trabajo y se determinó el grado de incidencia que tiene la ansiedad y las enfermedades psicofisiológicas, concluyendo la determinación del grado de influencia y la estrecha relación que existe entre las dos variables, lo que permitió determinar y comprender los comportamientos comunes o patrones en la mayoría de la población escogida, siendo esto la pauta para desarrollar una propuesta de solución en base al análisis obtenido del fenómeno en proceso de investigación, y por ende a la asociación.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la presente investigación se encuentra integrada por 107 personas, a la cual se puede acceder en su totalidad fácilmente.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

Conductores	107
TOTAL	107

Tabla 1. Tipo de participantes
Elaborado por: Paúl Lescano

La población de universo de estudio es finita, por lo tanto toda ella se constituye en la muestra en cada uno de los estratos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE (LA ANSIEDAD)

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICA - INSTRUMENTO
<p>La ansiedad es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación del sistema nervioso autónomo</p> <p>Belloch, A., Sandín B., Ramos F. 2008.</p>	<p>Ansiedad leve</p> <p>Ansiedad moderada</p> <p>Ansiedad grave</p>	<p>Intensidad leve o moderada</p> <p>Molestias persistentes</p> <p>Reacciones desproporcionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Ha sentido incapacidad para relajarse? - ¿Teme de que le sucediera lo peor? - ¿Siente que está propenso a producir sudoración excesiva? 	<p>ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON, Hamilton M. 1959</p>

Tabla 2: Operacionalización de variables (variable independiente)

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: Escala de ansiedad de Hamilton

VARIABLE DEPENDIENTE (ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS)

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMES BÁSICOS	TÉCNICA - INSTRUMENTO
<p>Son interrelaciones entre las funciones corporales (del sistema nervioso y de las glándulas endocrinas), procesos biológicos, lo que se encuentra en un complemento con el comportamiento humano del individuo y determinar los patrones de funcionamiento</p> <p>Rodríguez, G. 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas del Sueño - Problemas físicos - Problemas genitourinarios - Problemas cardiovasculares - Problemas Neuromusculares 	<ul style="list-style-type: none"> - Insomnio - Rigidez muscular - Micción frecuente - Taquicardia - Cefalea 	<p>¿Tiene problemas para conciliar el sueño?</p> <p>¿Practica actividad física o algún tipo de deporte?</p> <p>¿Ha presentado ardor o dolor al momento de orinar?</p> <p>¿Tiene sensaciones generales de fatiga y temblor en manos y/o piernas?</p> <p>¿Se le ha presentado tensiones en la parte del cuello y la nuca?</p>	<p>Cuestionario orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas</p>

Tabla 3: Operacionalización de variables (variable dependiente)

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: Cuestionario semiestructurado

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TÉCNICA

El cuestionario a aplicar estuvo orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas en los conductores de la Cooperativa de Buses Tungurahua (Lescano, P. 2013), la cual fue elaborada por el investigador y sirvió para indagar la información pertinente de cada uno de las personas evaluadas y así lograr establecer posibles alternativas de solución.

INSTRUMENTO

El instrumento a aplicar fue la escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton, M. 1959), se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad.

Se utiliza para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnen criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. Se detalla de siguiente manera:

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, con la valoración de la intensidad y de la frecuencia. Se puede obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1; 2; 3; 4; 5; 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7; 8; 9; 10; 11; 12 y 13).

Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo,	0	1	2	3	4

extrasístole.					
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Tabla 4: Escala de ansiedad de Hamilton

Elaborado por: Paúl Lescano

CUESTIONARIO ORIENTADO A DETERMINAR LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS.

Otro de los instrumentos utilizados dentro del trabajo de investigación es el Cuestionario orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas en los conductores de la Cooperativa de Buses Urbanos “Tungurahua” (Lescano, P. 2013), el cual fue elaborado por el investigador y sirvió para indagar la información pertinente de cada uno de las personas evaluadas y así lograr establecer posibles alternativas de solución.

El cuestionario semiestructurado se puntúa de 0 a 1 cada ítem, con la valoración de la ausencia y la posible presencia de enfermedades psicofisiológicas. Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Una puntuación mayor es señal de presencia de enfermedades psicofisiológicas.

Mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Esto puede variar dependiendo del tiempo y del tratamiento que tome cada una de las personas evaluadas.

El mismo se encuentra elaborada de la siguiente manera:

1. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?	SI	NO
2. ¿En algún momento, durante el día, ha sentido dificultad para permanecer despierto?		
3. ¿Ha tenido cambios significativos en sus horarios de sueño?		
4. ¿Siente resequeza en su boca?		
5. ¿Ha tenido problemas de acidez estomacal?		
6. ¿Practica actividad física o algún tipo de deporte?		
7. ¿Consumo alcohol hasta llegar a un estado de ebriedad?		
8. ¿Ha presentado ardor o dolor al momento de orinar?		
9. ¿Tiene sensaciones generales de fatiga y temblor en manos y/o piernas?		
10. ¿Los mareos son constantes?		
11. ¿Le produce mucha angustia, incluso terror, pensar en la muerte?		
12. ¿Siente alguna dificultad para caminar?		
13. ¿Se le ha presentado tensiones en la parte del cuello y la nuca?		
14. ¿Considera que tiene problemas de disfunción eréctil?		
15. ¿Tiene dificultad para digerir los alimentos?		

Tabla 5: Cuestionario semiestructurado orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas

Elaborado por: Paúl Lescano

PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
¿Para qué?	Para alcanzar o demostrar los objetivos de la investigación
¿De qué personas u objetos?	Conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato
¿Sobre qué aspectos?	Los niveles de Ansiedad y el riesgo de enfermedades psicofisiológicas
¿Quién lo va a hacer?	Paúl Lescano
¿A quién?	Conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato
¿Cuándo?	Septiembre 2013 – Febrero 2014
¿Dónde?	Cooperativa de Buses “Tungurahua”
¿Cuántas veces?	Una vez
¿Con qué técnicas?	Observación, entrevista, aplicación de test y cuestionario
¿Con qué instrumentos?	Escala de Ansiedad de Hamilton, cuestionario orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas.

Tabla 6: Plan de recolección de información

Elaborado por: Paúl Lescano

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

RESULTADOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Tabla N. 1 Distribución de Niveles de Ansiedad en base al Test de Ansiedad de Hamilton

<i>Alternativa</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ausencia	4	4%
Leve	40	37%
Moderado	59	55%
Grave	4	4%
TOTAL	107	100%

Tabla 7. Distribución de Niveles de Ansiedad

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: investigación de campo

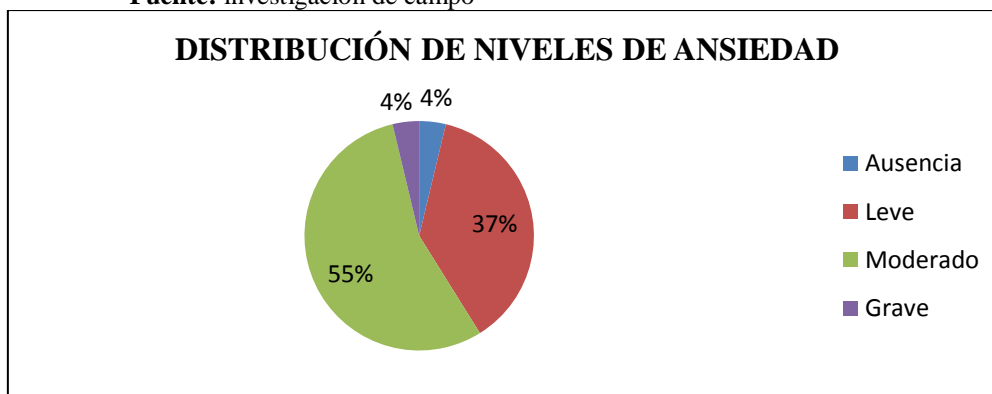


Gráfico 3. Distribución de Niveles de Ansiedad

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: Escala de Ansiedad de Hamilton

Para la evaluación de los niveles de ansiedad se les aplicó a la muestra señalada el Test Escala de Ansiedad de Hamilton. Durante la entrevista inicial donde se utilizó el test mencionado anteriormente, se percibió en los individuos conductas negativas como la poca colaboración, determinadas por evaluaciones nacionales que se les imponen.

Consecuentemente se les desarrolló un proceso empático donde se les explicó los objetivos de la investigación y los fines que perseguía la misma. Todo propicia que los resultados obtenidos sean confiables y no sujetos a ninguna contaminación, los cuales evidencian que el 55% de la choferes profesionales evaluados presenta un nivel de ansiedad moderado.

En las respuestas de los ítems del test desarrollado se muestran el 55% de los sujetos con un estado de alerta casi constante en todo momento, asociado fundamentalmente a los horarios de trabajo establecidos. Sin embargo se puede observar la capacidad de ejecución de tareas al mismo tiempo en las que se desenvuelven.

La activación constante ante los conflictos que se les presentan al sujeto permite que el sistema fisiológico siempre en vigilia y alerta, muchas veces las funciones vegetativas y en relación muchos de sus órganos sobre todo, no funcionen al 100%. Por su parte pueden aparecer a mediano o largo plazo disfuncionabilidad de algunos sistemas importantes y propiciar enfermedades psicofisiológicas con mayor frecuencia.

Tabla N. 2. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas relacionadas con el sueño

SUEÑO		
<i>Alternativa</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ausencia	21	20%
Leve	39	36%
Moderado	32	30%
Grave	15	14%
TOTAL	107	100%

Tabla 8. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas relacionadas con el sueño

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: Cuestionario semiestructurado

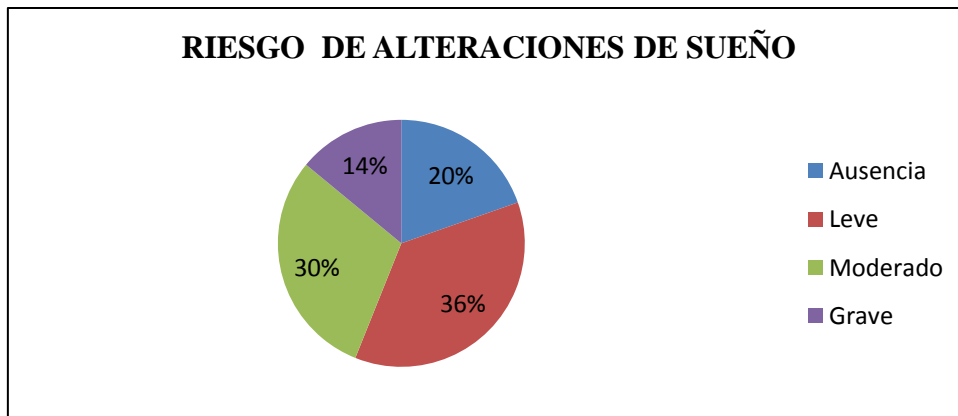


Gráfico 4. Riesgo de alteraciones de sueño
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: Cuestionario semiestructurado

Otra de las técnicas aplicadas para la verificación de la hipótesis que se busca con dicha investigación, fue el cuestionario. La conducta observada en el desarrollo del Cuestionario Semiestructurado fue el desconocimiento de algunos de los ítems establecidos, como los del sueño, cardiovasculares y genitourinarios.

Los resultados cuantitativos apreciados en dicha técnica, muestra como evidencia a 39 conductores que expresan mantener problemas del sueño, lo que significa un 36%.

Cuando se debate sobre el tema con cada sujeto en el desarrollo del cuestionario, se pudo constatar mediante la observación de estudio que la falta de sueño produce la disminución de serotonina, por lo que se ve reflejado aquella característica en la falta de producción de noradrenalina; una clara muestra de el proceso mencionado es la expresión corporal vaga en calidad, que presentan por cansancio, fatiga y desequilibrio emocional; estos factores son alterados al no tener un descanso adecuado de 8 a 10 horas. Se reconoce que la calidad del sueño cumple un rol fundamental en la calidad de la vigilia, incidiendo en la salud.

Los desórdenes del sueño presentes en cada uno de los conductores, está basado en problemas sociales y familiares, de tipo orgánico y psicológico, esto conlleva a que exista una disminución en el grado de alerta, velocidad de reacción y poca capacidad atencional, ya que la calidad del sueño que cada persona tenga, cumple un rol fundamental en el mejor desenvolvimiento diario. Los problemas de somnolencia son

frecuentes en el 80% de personas, presentan conductas erráticas y paradójales causantes de accidentes.

Tabla N. 3. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas físicas

FÍSICAS		
<u>Alternativa</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Ausencia	9	8%
Leve	40	37%
Moderado	52	49%
Grave	6	6%
TOTAL	107	100%

Tabla 9. Riesgo de enfermedades físicas

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: campo de investigación

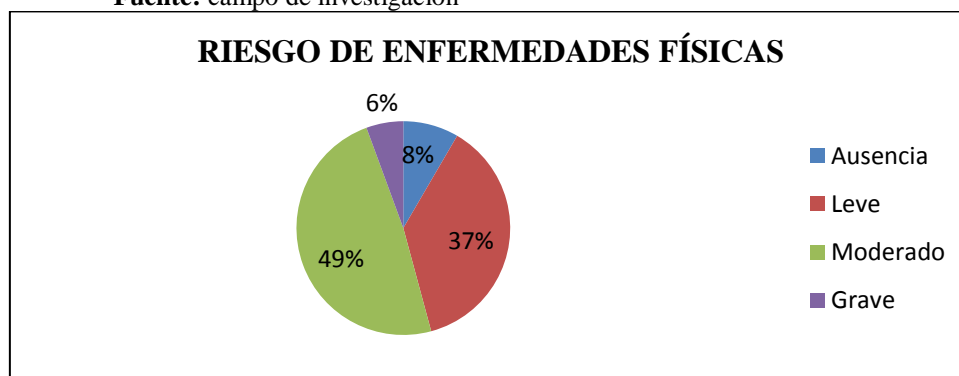


Gráfico 5. Riesgo de enfermedades físicas

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: Cuestionario Semiestructurado

En la misma técnica se obtuvo el nivel de prevalencia de enfermedades físicas. La muestra evaluada evidencia que 52 conductores, equivalente al 49%, presentan síntomas de males físicos en un nivel moderado.

En su mayoría, las lesiones físicas de mayor rango son las relacionadas con dolores de las articulaciones, problemas digestivos, entre otras. En el transcurso de la jornada laboral se encuentran casi el total del tiempo en forma sedente, pero en constante tensión, exponiéndose a constantes factores estresores ambientales como los ruidos, las vibraciones, las malas posiciones y los malos tratos a veces de otros conductores como también de los pasajeros.

En relación a lo mencionado anteriormente, los ruidos llegan a producir alteraciones de su aparato auditivo y las vibraciones por el estado de las vías o por frenar drásticamente, pueden afectar su columna vertebral. Respecto a las malas posiciones, pueden producir alteraciones de la misma y, por tanto, un cambio de presiones en los discos intervertebrales, que se pueden traducir en dolor e impotencia funcional o hernias discales.

Por lo general, su trabajo no es nada fácil por diferentes circunstancias, una de ellas es el espacio reducido que no reúne las suficientes condiciones para poder efectuar la labor con irrefutable comodidad, además que en el interior del automotor pesado hay incesantes cambalaches de temperatura por la entrada y salida de pasajeros.

Los conductores tienden a presentar una determinada disminución de las capacidades, por el tiempo constante que llevan sin descansar en el trabajo, donde empiezan a generar el deterioro de las funciones físicas y sobre todo el daño a nivel psicológico en sus relaciones interpersonales y desarrollo personal.

Tabla N. 4. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas genitourinarias

GENITOURINARIO		
<u>Alternativa</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Ausencia	57	53%
Leve	31	29%
Moderado	16	15%
Grave	3	3%
TOTAL	107	100%

Tabla 10. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas genitourinarias
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: Cuestionario Semiestructurado

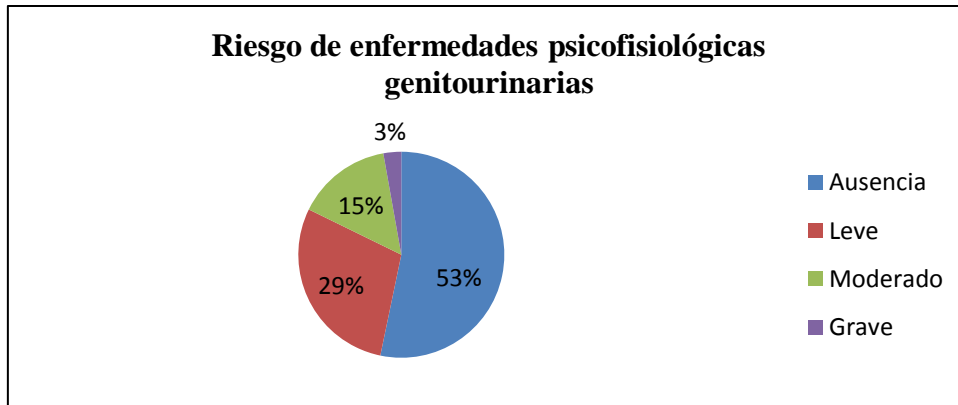


Gráfico 6. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas relacionadas con el aspecto genitourinario
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: Cuestionario semiestructurado

Del mismo modo, en la aplicación del Cuestionario es evidente que 57 conductores no presentan ningún problema genitourinario, lo cual corresponde al 53%.

Este porcentaje que se percibe denota ausencia de riesgo de enfermedades genitourinarias, pero el porcentaje restante si presenta inconvenientes de esta índole, por lo que se visualiza mediante la investigación que estas personas tienen problemas al momento de orinar (ardor, y secreción), micción lenta e intermitente, irritación, síntomas que puede causar dolor en el abdomen y en el área de la pelvis, y provocar una sensación de necesidad de vaciar la vejiga con mayor frecuencia, incluso puede intentar orinar y eliminar solo unas cuantas gotas de orina y sentir un dolor urente cuando la orina es expulsada.

El riesgo de las enfermedades genitourinarias a menudo pueden llegar a generar fiebre y dolores de espalda; la población de estudio no ha recurrido a tratamiento alguno, y se brinda por parte del investigador, la respectiva y debida explicación que las infecciones deben ser tratadas con rapidez o de lo contrario la infección en los riñones pueden diseminarse al flujo sanguíneo y generar una enfermedad potencialmente letal.

Tabla N. 5. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas cardiovasculares

CARDIOVASCULARES		
<u>Alternativa</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Ausencia	28	26%
Leve	48	45%
Moderado	29	27%
Grave	2	2%
TOTAL	107	100%

Tabla 11. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas cardiovasculares
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: campo de investigación

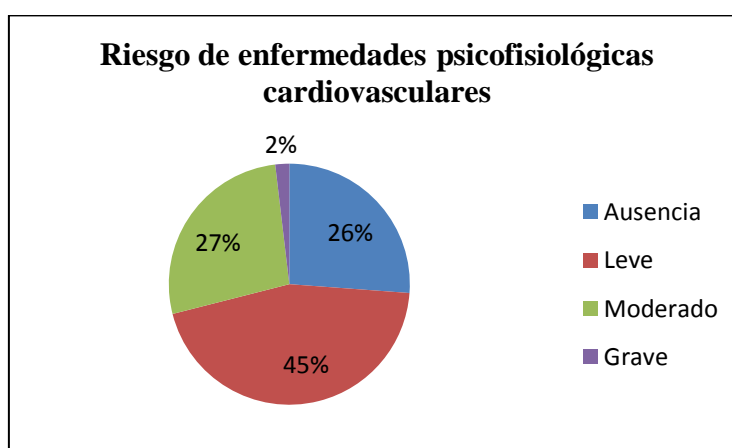


Gráfico 7. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas cardiovasculares
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: campo de investigación

Consecutivamente, en lo referente a enfermedades cardiovasculares, se obtiene el resultado lacónico que 48 conductores presentan problemas cardiovasculares de grado leve, número que se ubica en el 45%.

La presencia y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares existe en la población de estudio, por lo que una de las alternativas va a ser la prevención primaria, para de esta manera mantener el equilibrio y evitar la presencia de una patología grave que termine con la afectación grave de la persona.

Los estilos de vida de los conductores, han mostrado una fuerte relación con la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular en su entorno laboral. Tanto la

prevalencia como la mortalidad por eventos cardiacos isquémicos es mayor en aquellos con bajos niveles de actividad física, exceso de peso, obesidad abdominal, fumadores, consumo excesivo de alcohol o que presentan cifras de presión arterial elevadas.

Tabla N. 6. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas neuromusculares

NEUROMUSCULARES		
<u>Alternativa</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Ausencia	73	68%
Leve	33	31%
Moderado	1	1%
Grave		0%
TOTAL	107	100%

Tabla 12. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas neuromusculares
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: campo de investigación

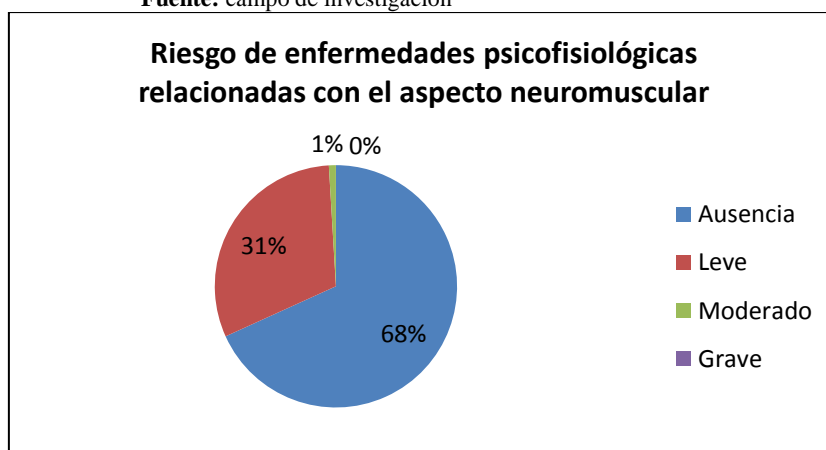


Gráfico 8. Riesgo de enfermedades psicofisiológicas neuromusculares
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: campo de investigación

El aspecto que completa la tabulación de datos del Cuestionario Semiestructurado son los problemas neuromusculares, donde es permisible que 73 de los conductores no presentan ningún tipo de problema neuromuscular, lo cual corresponde al 68%.

Lo que prima como lesiones en la población de estudio son las lumbalgias y las alteraciones músculo esqueléticas por discopatías, rotaciones y encorves de la columna por la mala postura en que se realiza su adeudo. Las piernas y sus articulaciones pueden

sobrellevar, por la misma cognición, inversiones, arqueos, prolongaciones de forma monótona durante excesivas horas.

Así mismo, tal cual, pueden padecer contracturas musculares que son originadas por la mezcla del ejercicio repetitivo, y las modificaciones bruscas de temperatura. El inconveniente de estas lesiones es que presentan muchas recaídas, siendo afectados progresivamente con la edad.

Los músculos voluntarios son los que se pueden controlar el normal movimiento de cada persona, como es el caso de los brazos y las piernas; estos problemas pueden conducir a contraer espasmos musculares, calambres, dolores y problemas articulares y del movimiento.

VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Atendiendo los datos obtenidos en la investigación se puede llegar a la verificación de la hipótesis.

En este trabajo de investigación realizada en la Cooperativa de Buses Urbanos “Tungurahua”, para la respectiva comprobación de la hipótesis se utilizó la prueba de correlaciones de Pearson; dicho método estadístico es aplicado en los resultados obtenidos en el Test Escala de Ansiedad de Hamilton y en el Cuestionario Semiestructurado orientado a determinar enfermedades psicofisiológicas, los cuales fueron aplicados a los conductores de la Cooperativa de Buses Urbanos “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato, donde se encuentra una relación entre las dos variables, expresada mediante la orientación de los resultados a través de la tabulación de datos; es decir, si una persona presenta un nivel de ansiedad, se encuentra propenso a presentar rasgos o presencia de patologías fisiológicas.

Las emociones perturbadoras influyen negativamente en la salud, ya que hacen más vulnerable el sistema inmunológico, lo que no permite su correcto funcionamiento. Lograr que el hombre se adapte a su medio implica la mantención de la adecuada sincronización de las funciones de los sistemas de su organismo y, en caso del surgimiento de un desequilibrio, esta adaptación depende del restablecimiento de ese equilibrio (López, 1999).

Las emociones tienden a reaccionar de una manera constante, donde mantienen intacta la activación fisiológica que pasa de moderado a intenso, lo que consigue perjudicar la inmunidad. Así entonces, las personas que conllevan hipertensión arterial, cefaleas, o diferentes tipos de dermatitis, muestran niveles más profundos de ansiedad que el resto de la metrópoli.

Sin embargo, una determinada activación psicológica consigue residir por una afiliación un cierto grado de inmunodepresión, esto convierte al individuo más propenso y vulnerable a la aparición progresiva de patologías patógenas (como la gripe, herpes, etc.) o de pauta inmunológica (lupus eritematoso, esclerosis múltiples, otras).

La percepción de la estrecha relación entre lo psicológico y fisiológico, hace que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como lo son, por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los problemas cardíacos, es decir, una importante amenaza a la salud (Goleman, 1996).

Esta relación entre las dos variables (dependiente e independiente), deja explícita la intrínseca analogía entre emociones y salud, las que poseen su aplicación en el tratamiento de las enfermedades desde una propuesta holística y no reduccionista, pues lo más factible para estos casos son los tratamientos integrales, que supongan la redención tanto de los factores físicos como de los factores psicológicos.

PASO 1: PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

Hipótesis Nula (H0)

Los niveles de ansiedad no influyen directamente en el riesgo de padecer enfermedades psicofisiológicas en los conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

Hipótesis Alterna (H1)

Los niveles de ansiedad influyen directamente en el riesgo de padecer enfermedades psicofisiológicas en los conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

PASO 2: TABLAS DE CONTINGENCIA NIVELES DE ANSIEDAD/ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS

Tabla de contingencia ansiedad * sueño

Recuento		Sueño				Total
		ausente	leve	moderado	grave	
ansiedad	Ausente	7	0	1	0	8
	Leve	22	9	2	2	35
	moderado	11	13	20	12	56
	Grave	0	2	0	6	8
Total		40	24	23	20	107

Análisis.- de las personas evaluadas mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario Orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas, se deduce que de los que no tienen ansiedad, 7 personas no tienen alteraciones del sueño y una persona tiene alteración moderada.

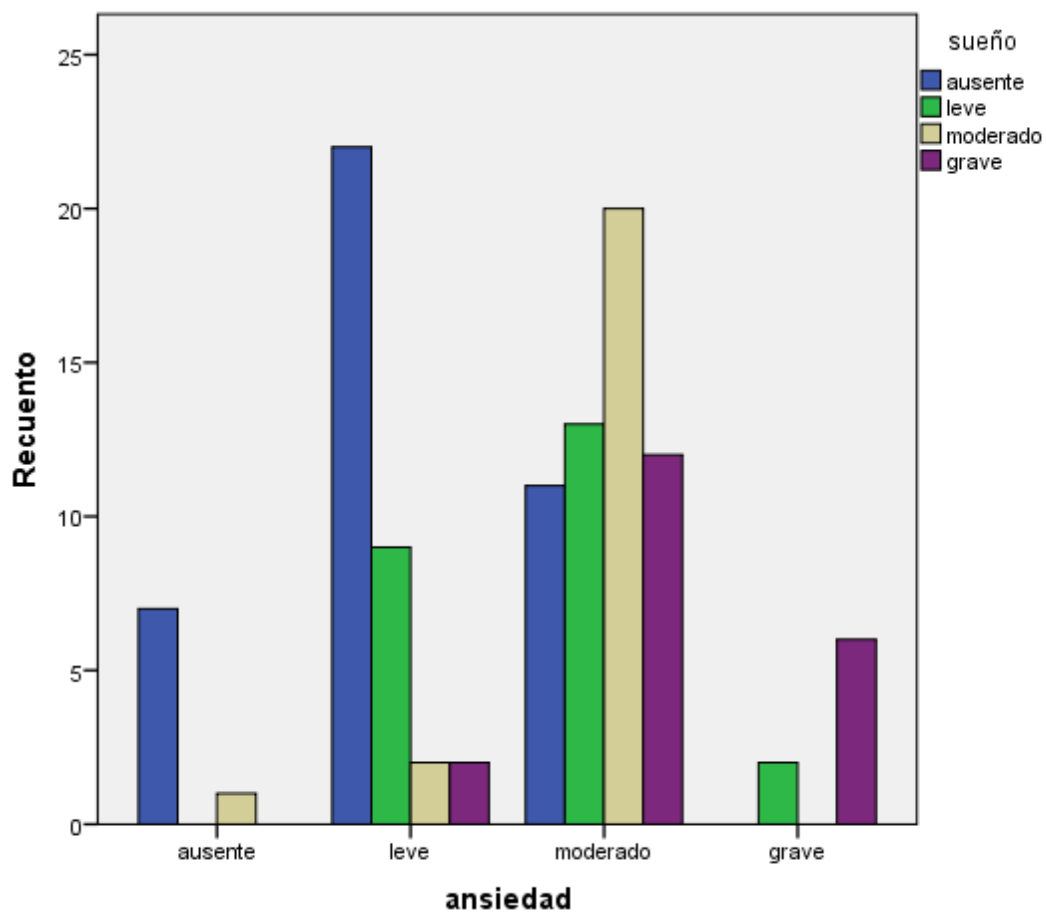


Tabla de contingencia ansiedad * físicas

Recuento

		Físicas				Total
		ausente	leve	moderado	grave	
ansiedad	Ausente	0	2	3	3	8
	Leve	2	9	15	9	35
	Moderado	4	14	25	13	56
	Grave	0	1	2	5	8
Total		6	26	45	30	107

Análisis.- en la relación ansiedad/enfermedades físicas se percibe que 2 personas presentan alteraciones físicas moderadas, 3 personas se encuentran en un nivel moderado y 3 personas son una eminencia con un nivel grave.

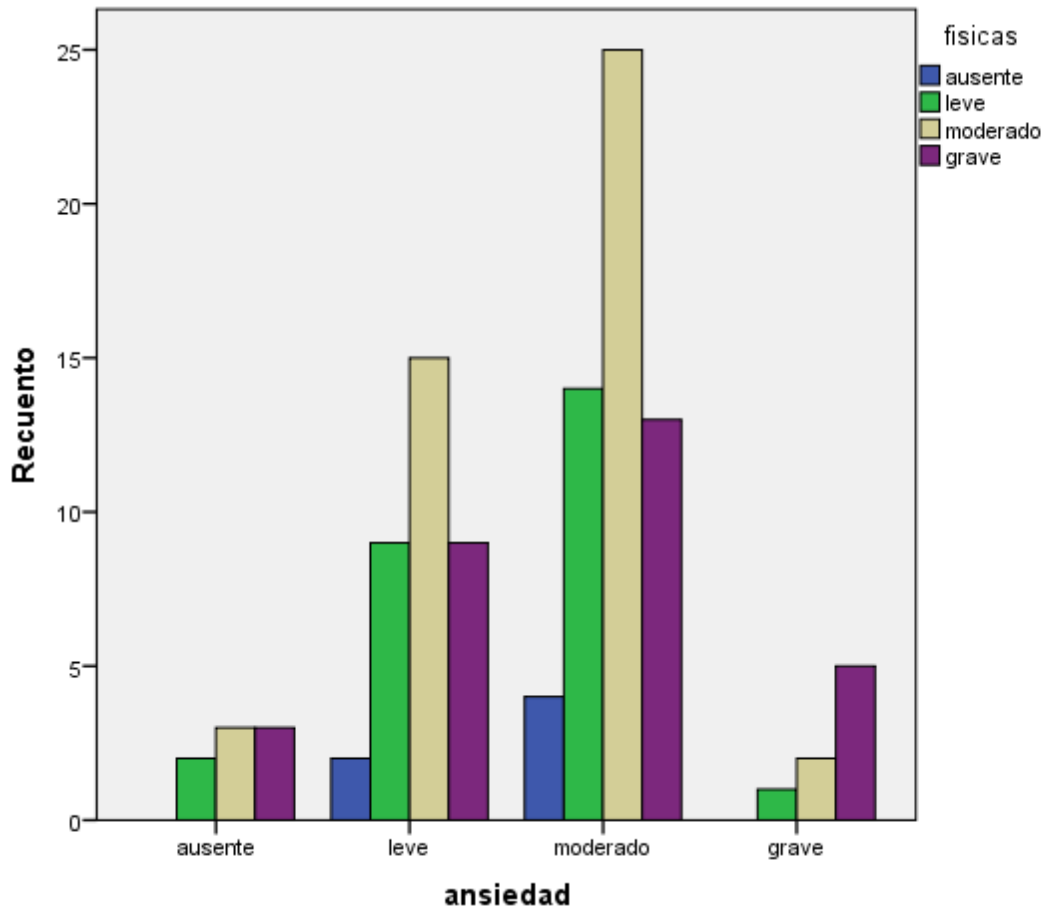


Tabla de contingencia ansiedad * cardiovasculares

Recuento

		Cardiovasculares				Total
		ausente	leve	moderado	grave	
ansiedad	ausente	7	1	0	0	8
	Leve	22	11	2	0	35
	moderado	27	15	13	1	56
	Grave	1	3	3	1	8
Total		57	30	18	2	107

Análisis.- en esta relación ansiedad/cardiovasculares se avista que 7 personas presentan ausencia de alteraciones cardiovasculares y una persona se encuentra con un nivel leve.

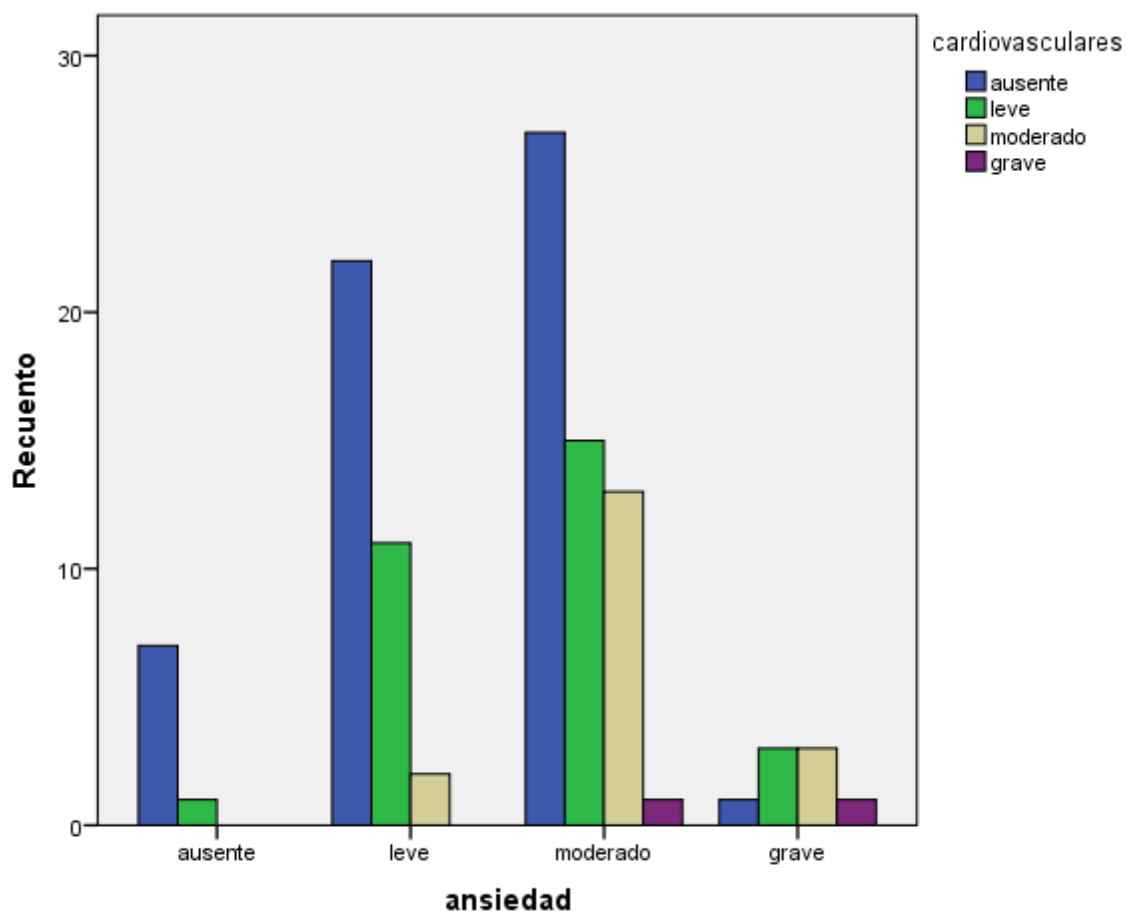


Tabla de contingencia ansiedad * genitourinarias

Recuento

		Genitourinarias				Total
		ausente	leve	moderado	grave	
ansiedad	ausente	7	1	0	0	8
	Leve	30	4	1	0	35
	moderado	27	21	6	2	56
	Grave	3	3	1	1	8
Total		67	29	8	3	107

Análisis.- en esta parte, mediante la relación ansiedad/genitourinarias se señala que 7 personas presentan ausencia de alteraciones genitourinarias y una persona se encuentra en un nivel leve.

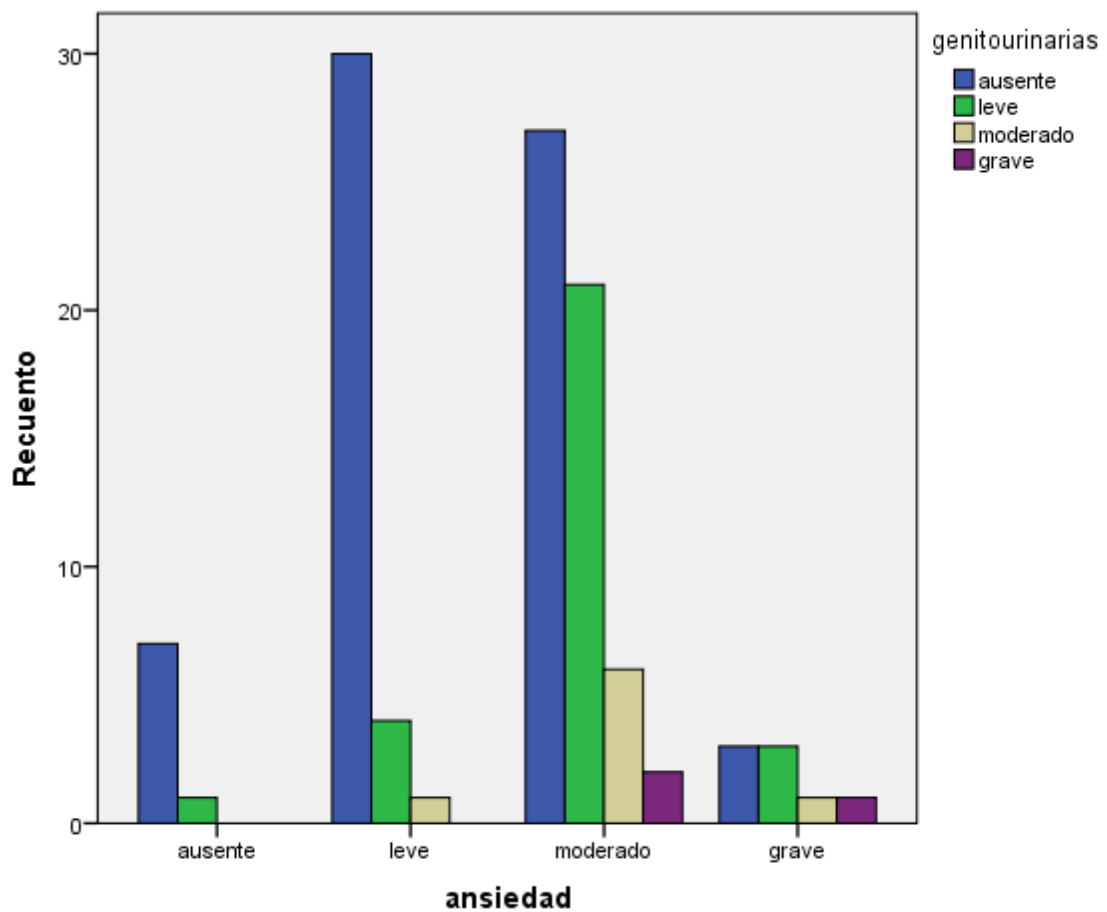
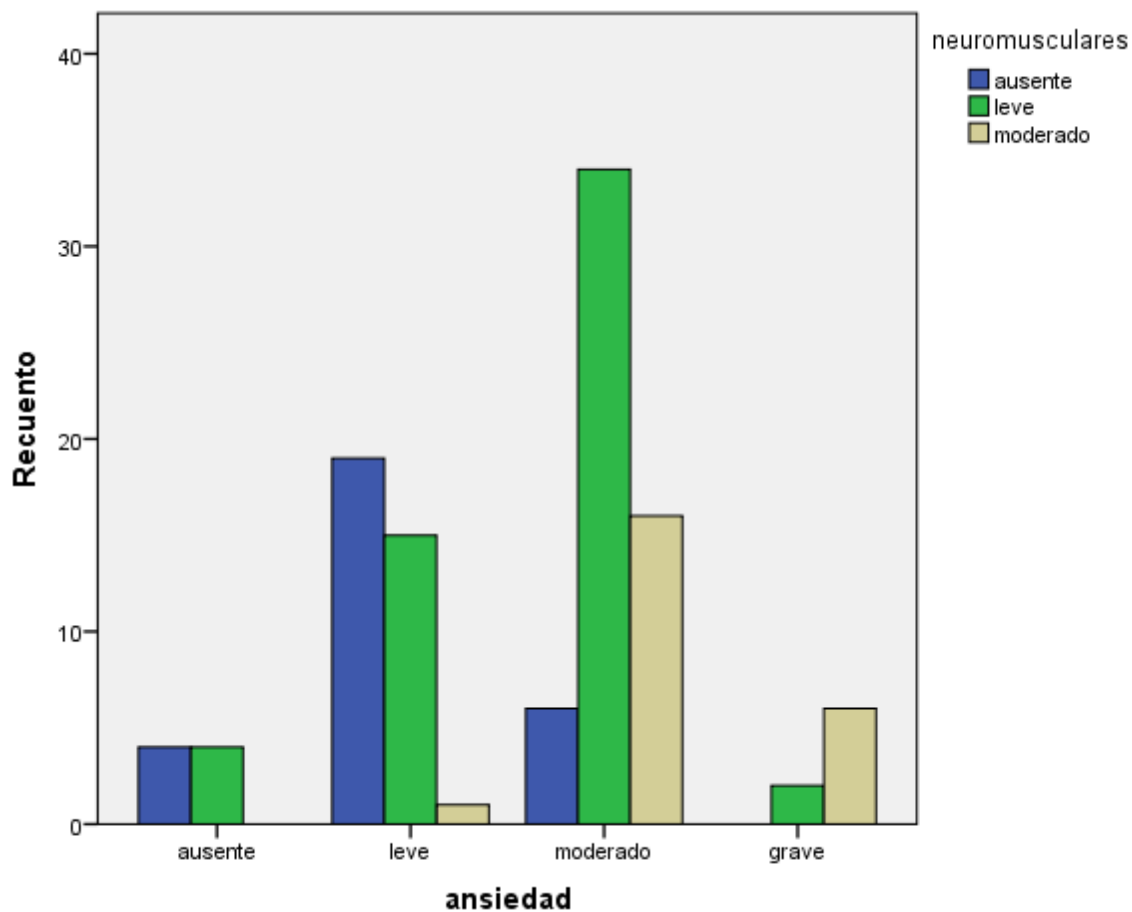


Tabla de contingencia ansiedad * neuromusculares

Recuento

		Neuromusculares			Total
		ausente	leve	moderado	
Ansiedad	ausente	4	4	0	8
	leve	19	15	1	35
	moderado	6	34	16	56
	grave	0	2	6	8
Total		29	55	23	107

Análisis.- dentro de la proporción ansiedad/neuromusculares se encuentra que 4 personas denotan ausencia de alteraciones neuromusculares, 4 personas se sitúan en un nivel leve.



PASO 3: VERIFICACION DE HIPOTESIS

CORRELACIONES

Tabla 13. Correlaciones de Pearson

Elaborado por: Paúl Lescano

Fuente: Investigación de campo

		Ansiedad	sueño	fisicas	cardiovasculares	genitourinarias	Neuromusculares
ansiedad	Correlación de Pearson	1	,552**	,041	,372**	,366**	,542**
	Sig. (bilateral)		,000	,674	,000	,000	,000
	N	107	107	107	107	107	107
sueño	Correlación de Pearson	,552**	1	-,060	,156	,255**	,430**
	Sig. (bilateral)	,000		,539	,108	,008	,000
	N	107	107	107	107	107	107
fisicas	Correlación de Pearson	,041	-,060	1	-,008	,015	,258**
	Sig. (bilateral)	,674	,539		,933	,879	,007
	N	107	107	107	107	107	107
cardiovasculares	Correlación de Pearson	,372**	,156	-,008	1	,389**	,231*
	Sig. (bilateral)	,000	,108	,933		,000	,017
	N	107	107	107	107	107	107
genitourinarias	Correlación de Pearson	,366**	,255**	,015	,389**	1	,250**
	Sig. (bilateral)	,000	,008	,879	,000		,009
	N	107	107	107	107	107	107
neuromusculares	Correlación de Pearson	,542**	,430**	,258**	,231*	,250**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,007	,017	,009	
	N	107	107	107	107	107	107

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

PASO 4: DECISIÓN Y CONCLUSIÓN

Mediante la aplicación de la prueba de correlaciones de Pearson, se encuentra que los niveles ansiedad se relacionan con las enfermedades psicofisiológicas, distribuidas de la siguiente manera:

- Relación Niveles de Ansiedad/Alteraciones del sueño (0,552 p <0.05)
- Relación Niveles de Ansiedad/Cardiovasculares (0,372, p <0,05)
- Relación Niveles de Ansiedad/Genitourinarias (0,366, p <0,05), y
- Relación Niveles de Ansiedad/Neuromusculares (0.542, p <0,05)

A excepción de las enfermedades físicas, que se encuentran fuera del punto de correlación, con un valor de (0,041, p >0.05).

Luego de realizadas las correlaciones, es coherente concluir que si se cumple la condición, por lo tanto queda rechazada la hipótesis nula y queda relacionado con la hipótesis alterna de trabajo, dando paso a las actividades posteriores que se va a realizar con la población de estudio.

Por lo tanto, los niveles de ansiedad influyen directamente en el riesgo de padecer enfermedades psicofisiológicas en los conductores de la Cooperativa de Buses “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Al final del presente trabajo de investigación se concluye que:

- Los conductores de la Cooperativa de Transporte Urbano “Tungurahua” fueron evaluados mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton y de acuerdo a los resultados presentan síntomas muy usuales, que dan paso a una ansiedad de nivel moderado, entre los cuales se encuentran el sueño, inconvenientes en el normal desarrollo físico, problemas genitourinarios, patologías cardiovasculares y neuromusculares; de este grupo de síntomas no existe alguno que no tenga un porcentaje de presencia, todos los síntomas se han producido en una o más personas, pudiendo así confirmar que lo manifestado, tanto en otras investigaciones como en la presente, dan lugar a la aparición de la ansiedad.
- Mediante el Cuestionario Orientado a detectar la aparición de enfermedades psicofisiológicas se identificó que un 80% presenta cierto problema dentro de las características del sueño, un 92% presenta problemas físicos de algún tipo, 47% problemas genitourinarios, 74% problemas cardiovasculares y 32% problemas neuromusculares por lo que la atención dentro de la población de estudio va a ser necesaria e indispensable para evitar en su mayoría el desarrollo de patologías más severas.
- En el presente trabajo de investigación, la respectiva muestra indica la existencia de síndromes ansiosos, lo que son factores causales de alteraciones en el normal desenvolvimiento de los conductores, lo que afecta a su entorno personal, familiar y social por la aparición de enfermedades psicofisiológicas. En vista del problema percibido, es que se ha elaborado un esquema de intervención primaria

para así permitir a los conductores disminuir los niveles de ansiedad y como tal, evitar la posibilidad de desarrollar enfermedades psicofisiológicas.

RECOMENDACIONES

- Todos los inconvenientes que se presentan día a día en los recorridos de los buses, y las mismas exigencias que los conductores acarrear por parte de su cooperativa, justifica la mera necesidad de apoyo profesional a estas personas, para de esta manera ayudar a combatir esos factores desencadenantes de la ansiedad, para pugnar con los factores estresores ambientales, incluso para así prevenir la aparición de enfermedad psicofisiológicas que pasaría ya a tomar una forma más severa como problema. De esta manera conciliar un adecuado comportamiento y corroborar una actitud normal frente a su entorno, conociendo y teniendo en cuenta los factores que dirigen a la ansiedad, que casi siempre se da por no tener una adecuada prevención y escacés de información acerca de cómo poder sobrellevar una situación que no afecte ni física ni psicológicamente.
- En los conductores que presentan problemas psicológicos y psicofisiológicos es importante implantar métodos y técnicas mediante un entrenamiento, para que cada uno de ellos se encuentre en la capacidad de manejar de la mejor manera las situaciones de riesgo que se presente en su desarrollo laboral, esto de una forma integral que abarque a toda la población de estudio y a la vez ir promoviendo la Salud Mental y la Psicología Clínica como entes promotores principales de la salud de una persona, la estabilidad emocional que va a mantener y aquella información que va a poder transmitir a otras personas que lo rodeen.
- Como una breve solución, aplicar métodos de relevancia dentro de la psicoprofilaxis en prevención primaria, para así poder brindar una preparación física y psicológica a los conductores, que por su trabajo y por el gran número de población no es factible dirigirse por psicoterapia, entonces con el entrenamiento mediante material verbal, didáctico, y visual se logrará bienestar en cada una de las personas.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

DATOS INFORMATIVOS

TEMA

Para el presente estudio se llevará a cabo la aplicación del método Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual en prevención primaria, el cual consiste en una preparación física y psíquica, entrenamiento de forma verbal, didáctica, y visual ante situaciones de riesgo que atentan contra el bienestar emocional y psicofisiológico de los conductores de la Cooperativa de Transporte Urbano “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

Esta técnica se encuentra basada en los postulados de la teoría conductual de Pavlov.

El estudio de Aarón Salazar (2005), indica que: “Pavlov y su grupo de colaboradores demostró que un estímulo incondicionado (natural en los animales) puede llegar a modificarse a través de ejercer de manera contundente (por repetición o intensidad) de uno condicionado (dirigido intencionalmente)” (p. 1).

INSTITUCIÓN EJECUTORA

Cooperativa de Transporte Urbano “Tungurahua”

BENEFICIARIOS

Directos: conductores de las unidades

Indirectos: cooperativa, familiares de los conductores, pasajeros

UBICACIÓN

Unidades de la Cooperativa de Transporte Urbano “Tungurahua” – Ambato, Tungurahua, Ecuador

TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN

6 meses

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Egresado Washington Paúl Lescano Veloz, Psicología Clínica

ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La psicoprofilaxis, años anteriores y también en la actualidad es considerado un método estructurado para generar e inspirar a la aplicación de recursos dentro de la afectividad, del plano cognitivo y comportamental de las personas, lo que se encuentran orientado hacia la índole que tiene el hecho de enfrentar de una forma adecuada los factores generadores de estrés y reducir los efectos de los mismos, eventualmente adversos para el psiquismo.

El establecimiento de la línea de base se detalla a continuación mediante los datos obtenidos a raíz de las evaluaciones realizadas a los conductores que fueron sometidos a la presente investigación. Todos los datos que se van a presentar en esta parte de la propuesta constituyen una fuente real de la obtención de información mediante el reactivo psicológico y el cuestionario semiestructurado aplicados:

Mediante el Test de Hamilton para medir la ansiedad se identificó que la población de estudio en un 96% presenta ansiedad de algún tipo, distribuido en un 37% de ansiedad leve, 55% ansiedad moderada y 4% ansiedad severa, con tendencia marcada a que estos resultados sean cambiantes, con la visualización de que estos porcentajes medios dan paso a enfermedades psicofisiológicas.

El Cuestionario orientado a detectar la aparición de enfermedades psicofisiológicas determinó que un 80% presenta algún problema dentro de las características del sueño, un 92% presenta problemas físicos de algún tipo, 47% problemas genitourinarios, 74%

problemas cardiovasculares y 32% problemas neuromusculares; dichas estadísticas marcan una debida atención a la población de estudio para así evitar la aparición de patologías más severas.

JUSTIFICACIÓN

Se encuentra mucha factibilidad y credibilidad en la aplicación de la propuesta planteada, todos y cada uno de los conductores presentan un cierto grado de ansiedad entre leve, moderado y grave; es importante añadir que para la ejecución de la investigación se cuenta con un adecuado espacio físico, con la aceptación y colaboración de la población de estudio y la apertura de las autoridades de la Cooperativa de Transporte Urbano “Tungurahua”, quienes manifestaron que posterior a la culminación de la investigación se presente un informe detallado del estudio realizado.

Como se menciona en el tema de la propuesta, lo que se va a aplicar es la Psicoprofilaxis cognitivo conductual en prevención primaria para mediante este método lograr y demostrar la reducción de los niveles de ansiedad, los malestares presentados durante la rutina diaria y a la vez cómo mejorar la actitud frente a los factores estresores presentes en su trabajo, siendo beneficiados con esto los entes sociales, familiares y personales.

La Psicoprofilaxis como tal encierra un sinnúmero de prácticas educativas de tipo teórico y práctico que se aplican en individuos propensos a ser afectados por el entorno social y familiar. El objetivo de esto es abordar las consecuencias sin temor de regirse a métodos psicoterapéuticos, o miedo a la crítica por el hecho de desconocer alternativas de solución, lo cual se realiza mediante una adecuada información sobre la ansiedad y las enfermedades psicofisiológicas.

Cada uno de los conductores va a tener la debida y respectiva información sobre los niveles de ansiedad y el riesgo de enfermedades psicofisiológicas, y se le va a entrenar con ejercicios prácticos (respiración, relajación abdominal) y de tipo psicológico (relajación y autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades en situaciones ansiógenas y habilidades sociales en ámbitos estresores).

La psicoprofilaxis es una técnica propicia para su aplicación por la razón de que la sintomatología ansiógena que presenta la población de estudio los beneficiará a sí mismo y a su entorno, debido a que esta técnica puede ser aplicable en 6 sesiones, las mismas que se subdividen por clases o medidas.

OBJETIVOS

Objetivo general

Aplicar el método psicoprofiláctico a los conductores de la Cooperativa de Transporte Urbano “Tungurahua” de la Ciudad de Ambato.

Objetivos específicos

- Preparar física y psíquicamente para modificar ideas irracionales presentes en los conductores.
- Entrenar de forma verbal, didáctica, y visual ante situaciones de riesgo que atentan contra el bienestar emocional y psicofisiológico.
- Reducir los niveles de ansiedad, molestias psicofisiológicas, tensiones, para de esta forma mejorar la actividad psicofisiológica, y alcanzar una relajación muscular completa.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO TEÓRICA

INTRODUCCIÓN

La Psicoprofilaxis es el proceso psicoterapéutico de objetivos para la prevención primaria, realizado para promover el funcionamiento afectivo, cognitivo, conductual y comportamental del individuo con recursos que lo orienten a afrontar factores estresores y facilitar la recuperación biopsicosocial; es un método que sirve para dar paso a la relajación física y psicológica, a la cual se añaden técnicas de respiración profunda, superficial y rítmica.

Una buena y coherente preparación psicológica del individuo consiste en facilitar la información y apoyo psicológico, para equilibrar las características estresantes e ir disminuyendo el nivel de ansiedad.

Las teorías y premisas de las investigaciones de Pavlov, han sido en todo el mundo, base de innumerables corrientes de educación y con éstas, de la formulación de metodologías, planes y programas de estudio que continúan vigentes hoy en día.

Pavlov definía a la educación de la siguiente forma: “nuestra educación, enseñanza, disciplina de toda índole, costumbres de cualquier especie, representan largas series de reflejos condicionados” (p. 1).

La práctica psicoprofiláctica exige una buena preparación profesional en las áreas Obstétricas, Psiconeurológica y Psicológica Clínica.

Grantly Dick Read (1985), “diseñó toda una metodología de educación, altamente inspiradora y motivadora, centrada en el conocimiento de los sucesos por acontecer en el diario vivir, y la complementó con un esquema de relajación” (p. 1).

Cierto es que recibió un sinnúmero de críticas por parte de sus colegas de esos tiempos e incluso, de los investigadores simpatizantes del esquema Ruso; pero cierto es también, que hoy en día su obra, en específico, su teoría de la triada (Temor-Tensión-Dolor) constituye un elemento básico. En esto, la educación desempeña el papel básico para modificar el entorno tanto del individuo, como de su entorno.

Para mayor detalle, el propio Velvoski (1873), precisa que:

“el sistema propuesto está orientado a activar y estimular los elementos psíquicos vitales, socialmente condicionados, basados en la actividad cortical y específicamente humanos. El sistema no apela ni se inclina ante la inconsciencia mística, creando el culto de los instintos como hace el freudismo. Se apoya en la explicación, educación, instrucción y en los principios didácticos y pedagógicos” (p. 395).

Así pues, aquellos que dieron vida y arraigo al método psicoprofiláctico, dejaron muy en claro que la educación, el aprendizaje, la pedagogía, son los elementos básicos, indispensables, para el éxito del método no farmacológico.

Principales conceptos teóricos

Psicoprofilaxis quirúrgica

La noción de lo que es la psicoprofilaxis, innova una determinada referencia a un procedimiento de forma psicoterapéutica para la prevención o para el refuerzo, transitorio y focalizado. La presente se trata de una técnica que es parte de la psicología, la cual busca auxiliar al paciente en el control de su emociones, actitudes y comportamientos que pueden llegar a restringir el normal avance de las acciones médicas.

La psicoprofilaxis, dicen los expertos, pretende brindar peculios en los planos afectivos, cognitivos, interaccionales y comportamentales, para que el individuo logre confrontar la evolución de manera natural, estrechando los efectos casualmente contrarios para su psiquismo, y de esta manera proporcionar la redención de carácter biopsicosocial. Así, entonces, la finalidad es disminuir el nivel de estrés.

Etapas de la psicoprofilaxis quirúrgica

Según el artículo Definición De (2008), el abordaje terapéutico de la psicoprofilaxis quirúrgica consta de tres etapas bien definidas, detalladas a continuación:

- **Etapa prequirúrgica.** Se enfoca en los problemas emocionales propios de enfrentar la operación. Intenta acabar con los miedos, las ideas relacionadas con la muerte, el temor de no recuperarse completamente o de sufrir un dolor insoportable. Es importante que durante esta etapa, las personas puedan expresar todas sus dudas a los médicos, para disminuir al máximo el grado de incertidumbre propio de quien desconoce las características de una intervención a la que será sometido. Es común que durante los primeros encuentros los psicólogos asuman el rol de pacientes y sean quienes tomen la iniciativa de hacer todo tipo de preguntas.
- **Etapa intraquirúrgica.** Al momento de anestesiarse a una persona, es importante ofrecerle contención emocional y responder a todas sus dudas. Así se consigue una mayor entrega y un estado de tranquilidad propicio para la intervención. Lo mismo ocurre al despertar; el terapeuta deberá acompañar al paciente y ayudarlo

a entender la situación, los posibles cambios en su cuerpo, las razones de su cansancio, etcétera.

- **Etapa postquirúrgica.** Consiste en lograr que disminuya la percepción de dolor y molestias luego de la operación y en preparar anímicamente a la persona para que contribuya de manera positiva con su propia rehabilitación. Es importante entender que después de una intervención quirúrgica, se produce un duelo, el cual se debe enfrentar con sumo cuidado. (<http://definicion.de/psicoprofilaxis/>)

Teniendo en cuenta que la tensión emocional en el paciente, cuando se expone a factores estresores en el ámbito laboral, surge del desconocimiento al que el cuerpo del mismo será sometido, es necesario brindarle un espacio previo diferente en la relación terapeuta - paciente, donde éste pueda preguntar todo lo que necesite saber, como así también pueda desplegar todas las emociones (miedo, temor, ansiedad, angustia, etc.). Y al mismo tiempo generarle el permiso a preguntar y preguntarse, ya que no siempre está instalada ésta posibilidad en el ser humano, por lo que en las primeras sesiones, en los primeros encuentros el psicólogo es la voz del paciente.

Es importante también abordar a la población posteriormente, para visualizar de qué manera se desarrolla y de qué forma asimila los cambios dentro del entrenamiento de habilidades, para que con el paso del tiempo los factores de riesgo puedan ser combatidos por las personas sometidas a investigación.

Psicoprofilaxis de parto

La Psicoprofilaxis es aplicable en distintas áreas, como preparación post y parto, post y pre quirúrgica y para llevar a cabo prevención primaria en Psicología.

Según el Dr. Grantly Dick Read (1993),

“en Inglaterra basaba su teoría del ”parto sin temor o parto natural”, a partir de que las mujeres experimentaban dolor a causa del miedo y de la tensión, inducidos por la asociación, de la experiencia dolorosa transmitida de generación en generación” (p. 72).

A continuación se detallará el método psicoprofiláctico del parto:

SESIÓN 1 “Bienvenida a una nueva experiencia...Tu Maternidad”	SESIÓN 2 “A las contracciones uterinas se las respeta”
<p>Contenido Teórico</p> <p>Introducción al Programa de Psicoprofilaxis. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino. Cambios fisiológicos durante el embarazo.</p> <p>Contenido Práctico</p> <p>Gimnasia Obstétrica. Posturas adecuadas. Técnicas de relajación y respiración . Ejercicios de calentamiento.</p>	<p>Contenido Teórico</p> <p>Contracciones uterinas y sus características. Diferencia entre contracciones y movimientos fetales.</p> <p>Contenido Práctico</p> <p>Gimnasia obstétrica. Técnicas de respiración simulando las contracciones uterinas. Técnicas de relajación</p>
Taller: Importancia del control prenatal	Taller: Nutrición durante el embarazo
SESIÓN 3 “Mi cuerpo trabaja para que nazca mi bebé y yo colaboro con él”	SESIÓN 4 “Parto...Momento de Luz”

<p>Contenido Teórico</p> <p>Periodos del trabajo de parto. Trabajo de parto y sus periodos.</p> <p>Contenido Práctico</p> <p>Gimnasia obstétrica con esferas. Ejercicios de respiración y de relajación para contrarrestar el estrés de parto.</p>	<p>Contenido Teórico</p> <p>Parto vaginal y cesárea. Causas reales del dolor de parto</p> <p>Contenido Práctico</p> <p>Gimnasia obstétrica. Técnicas de pujo. Posiciones para el parto. Simulación de parto aplicando las técnicas correspondientes.</p>
<p>Taller: Belleza y sexualidad durante el parto</p>	<p>Taller: Importancia del contacto precoz y lactancia materna</p>
<p style="text-align: center;">SESIÓN 5</p> <p style="text-align: center;">“Oh qué nervios, qué miedo” ¿Cómo será mi parto?</p>	<p style="text-align: center;">SESIÓN 6</p> <p style="text-align: center;">“Camino hacia un puerperio feliz”</p>
<p>Contenido Teórico</p> <p>Causas psicológicas del dolor en el parto. Reflejo condicionado de temor, tensión, dolor en el trabajo de parto. Descripción del centro hospitalario donde darás a luz.</p> <p>Contenido Práctico</p> <p>Gimnasia obstétrica. Técnicas de relajación y respiración con visualización y aromaterapia.</p>	<p>Contenido Teórico</p> <p>Modificaciones fisiológicas durante el puerperio. Cuidados del puerperio. Signos de alarma en el puerperio.</p> <p>Contenido Práctico</p> <p>Gimnasia obstétrica. Ejercicios de respiración y de relajación.</p>

Taller: Planificación familiar y métodos anticonceptivos	Taller: Recién nacido, cuidados del cordón umbilical e importancia de las vacunas del RN
---	---

Tabla 13. Método psicoprofiláctico
Elaborado por: Paúl Lescano

Es el método de Read que pretende que la gestante se instruya con el conocimiento sobre el embarazo, mecanismos del parto y técnicas de relajación, siendo considerados dentro de un rango importante el apoyo emocional y psicológico.

Posteriormente en Rusia, los psiconeurólogos, Velsosky y Plátonov, y el obstetra, Nicolaiev (1993),

“fundaron el método para el “parto sin dolor”, basándose en la teoría de los reflejos condicionados de Pavlov, quienes publicaron los resultados de su trabajo en los que demostraban que las gestantes con conocimientos de las diferentes etapas del parto y preparadas con la técnicas de respiración y relajación, reaccionaban más adecuadamente ante las contracciones uterinas y con una disminución de las molestias, participación activa que ponía de manifiesto el autocontrol como un factor protector contra el dolor” (p. 178).

PASOS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS CHARLAS

Para llevar a cabo la propuesta, se plantea que dentro del tiempo de ejecución del trabajo de investigación (6 meses), realizar una charla por mes, que serían 6 en total, para abarcar los contenidos temáticos, tanto de la variable dependiente como de la independiente, para de esta manera poner en constancia cuáles son los pro y los contra que tendrían los conductores en el medio de su trabajo; estas charlas serán debidamente estructuradas para un mejor manejo del grupo en si. Para ello, un esquema sistematizado de intervención será:

- Bienvenida

La bienvenida es una parte fundamental en el encuentro que se dará cada mes porque esto dará paso a la empatía que se conciba con los asistentes, dicho aspecto ayudará a

consolidar un mejor desenvolvimiento de ambas partes, un gran manejo de la temática y un entendimiento claro.

- **Encuadre**

El encuadre ayuda a establecer las respectivas normativas que deben cumplirse para un normal desarrollo de las charlas, que deben ser cumplidas por los asistentes.

- **Construcción inicial**

En esta parte se asigna a cada persona partícipe de la charla, una labor determinada para posteriormente en la finalización de la misma, escuchar criterios de todo el quórum para conseguir una conclusión concisa.

- **Compromiso**

Las charlas están establecidas en partes, donde en la etapa final de cada una de ellas se determina actividades, para de esta manera retroalimentar el contenido tratado en el transcurso del encuentro, y facilitar que los conductores y talvez familiares asistentes consoliden conductas y comportamientos, para lograr un equilibrio emocional en los presentes.

- **Cierre**

En la culminación de la charla respectiva a cada mes, se realiza la debida invitación a los participantes mediante una forma incentivadora para poder contar con igual número de personas y objetivizar la presencia de más de ellos; aquí se aclara que las charlas posteriores se regirán al plan estructurado anteriormente a la realización de las mismas, programa que estará a disposición en la sede del lugar de estudio.

METODOLOGÍA

MODELO OPERATIVO				
ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	TIEMPO	RECURSOS
Bienvenida	Amenizar con los asistentes, establecer un ambiente de confianza y tranquilidad en el auditorio	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción con el grupo establecido para el desarrollo empático. - Preparación del material respectivo. 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Papelotes • Pancartas • Gigantografías • Laptop • Flash memory • Infocus
Encuadre	Mantener un manejo adecuado del grupo para la respectiva explicación acerca de las temáticas a tratar, lograr acuerdos para la participación de todos	<ul style="list-style-type: none"> - Conversatorio entre el expositor y los asistentes para conocer criterios y exigencias de ellos para una mejor charla 	30 minutos	Expositor y asistentes

Fase de Construcción inicial	Consolidar vínculos grupales (familiares en caso de asistencia de familia)	<ul style="list-style-type: none"> - Aportar con información - Socialización de las temáticas tratadas 	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Infocus • Flash memory • Expositor • Asistentes
	Exponer la información necesaria para que todos tengan claro lo que se realiza			
Compromiso	Actividad grupal sin guía del expositor para que así tengan un tiempo determinado y sea de autoevaluación.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas. - Socialización 	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> • Bolígrafos • Hojas A4 en blanco • Música ambiental
Cierre	Repaso final de toda charla, pros y contra, aspectos positivos y negativos	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa abierta para el quórum - Establecer objetivos para la siguiente charla 	40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Laptop • Infocus • Flash memory • Expositor • Asistentes

Tabla 15: Metodología

ESTRUCTURA DE LAS CONFERENCIAS				
ACTIVIDAD	OBJETIVO	DETALLE	TIEMPO	RECURSOS
1	Rapport, establecer una atmósfera grupal donde los asistentes tengan la confianza de ser partícipes en las actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar grupos por afinidad - Presentar a cada grupo con el nombre escogido por ellos. 	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Infocus - Laptop - Asistentes - Expositor
2	Empapar a los grupos con las temáticas a tratar, de acuerdo al número de charla correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de estudio y trabajo. - Explicación acerca de la temática a tratar, las metas a alcanzar y la finalidad. 	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Asistentes - Expositores
3	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer vínculos familiares (en caso de asistir la familia) y grupales para fortalecer el buen desarrollo de las actividades - Brindar datos informativos acerca de: 	<ul style="list-style-type: none"> - 1ra actividad: El estrés, un enemigo al volante - 2da actividad: Manejo del estrés y las emociones (García Chávez, A., Psc. Cl.) - 3ra actividad: Dinámica de conocimiento de sí mismo: 	15 minutos 15 minutos 15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Laptop - Infocus - Flash Memory - Diapositivas - Papelotes - Expositor - Grupos de asistentes

	factores estresores ambientales, personales, familiares y sociales; niveles de ansiedad.	permite a los participantes conocer sus propias características ya sean emocionales, psicológicas, o cognitivas.	minutos	
		- 4ta actividad: Retroalimentación	10 minutos	
4	Aporte de datos informativos por parte del expositor acerca de las técnicas de manejo de la ansiedad en el medio, como son: distracción, respiración diafragmática lenta, relajación, autoinstrucciones, imaginación positiva, afrontar la realidad sin querer evitarla.	- 1ra actividad: reforzamiento grupal “El conductor de transpote pesado y sus riesgos del trabajo”, (Rostagno, Hugo Francisco., Universidad Politécnica de Valencia).	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Materias bibliográfico - Laptop y proyector digital, parlantes - Hojas A4 en blanco - Bolígrafos
		- 2da actividad: “Cómo superar el pánico, con o sin agorafobia”, explicación de cada una de las técnicas para el manejo de la ansiedad.	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Expositor - Asistentes - Laptop - Infocus - Flash memory - Diapositivas

		<ul style="list-style-type: none"> - 3ra actividad: Dinámica de estudio y trabajo: facilitan un intercambio de ideas y el análisis de ciertos contenidos. Fomenta la argumentación, la síntesis, las conclusiones y la toma de decisiones de los asistentes. 	15 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Banners
5	<p>Establecer un espacio para la recreación del quórum, con el fin de incentivar a los grupos a asistir a las charlas posteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1ra actividad: “Dinámica Alza el vuelo”. 	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Expositor - Asistentes - Bolígrafos - Hojas A4 en blanco - Papelotes - Material de apoyo
		<ul style="list-style-type: none"> - 2da actividad: “Dinámica de animación” tiene por objetivo crear ambientes lúdicos y de buen ánimo con el fin de alejar a los participantes del estrés, del cansancio y de la rutina; puede adaptarse con el fin 	20 minutos	

		de incentivar desafíos que requieran cooperación o adaptación a situaciones diversas.		
6	Culminación de la charla	<ul style="list-style-type: none"> - Mesa abierta - Conclusiones - Recomendaciones 	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> - Expositor - Asistentes

Tabla 16. Modelo operativo
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: Investigación

DETALLE DE CONFERENCIA

ACTIVIDAD 1

Objetivo

- Rapport, atmósfera grupal positiva.
- Grupos por afinidad para establecer nombres de cada uno de ellos.

Detalle

1. Realizar grupos por afinidad
2. Presentar a cada grupo con el nombre escogido por ellos.

Tiempo: 20 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Materiales: Infocus, laptop, asistentes, expositor.

ACTIVIDAD 2

Objetivo

- Empapar a los grupos con las temáticas a tratar, de acuerdo al número de charla correspondiente.

Detalle

1. Presentación de las temáticas a tratar en la charla, las metas a alcanzar y su finalidad para tener un buen desarrollo de la misma.
2. En esta parte se procede a brindar la debida explicación a los asistentes sobre lo que se va a tratar, en este caso las 6 charlas se dividirán en 6 partes, las 3 primeras serán dirigidas a temas acerca de la variables dependiente (Los Niveles de Ansiedad) y las 3 siguientes acerca de la variable independiente (Enfermedades Psicofisiológicas).
3. Posteriormente, se lleva a cabo **la dinámica de estudio y trabajo**, esta facilita un intercambio de ideas y el análisis de ciertos contenidos entre el expositor y los asistentes sobre conocimientos previos acerca de la temática a tratar. Esta dinámica fomenta la argumentación, la síntesis, las conclusiones y la toma de decisiones de los asistentes.

Tiempo: 20 Minutos

de integrantes de cada grupo: 15 Personas

Recursos Humanos: Expositor y asistentes.

ACTIVIDAD 3

Objetivos

- Establecer vínculos familiares (en caso de asistir la familia) y grupales para fortalecer el buen desarrollo de las actividades
- Brindar datos informativos acerca de: factores estresores ambientales, personales, familiares y sociales; niveles de ansiedad.

Detalle

1. 1ra actividad: **El estrés, un enemigo al volante.** Conferencia sobre los tipos y causas de estrés al conducir. En este espacio se pone en conocimiento de los asistentes la tensión que provoca las situaciones agobiantes diarias que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos en cada uno de los conductores.

Objetivos

- Explicar los riesgos de la conducción
- Fundamentar las consecuencias de un manejo inadecuado de las emociones
- Denotar las reacciones psicósomáticas y los trastornos psicológicos que podrían afectar a sus vidas.

Desarrollo

- Pedir a los asistentes mucha atención
- Proyectar imágenes referentes al tema y mostrar la secuencia del desarrollo de reacciones psicósomáticas y de los trastornos psicológicos mediante papelotes.

Tiempo: 10 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Material: laptop, infocus, papelotes

2. 2da actividad: **Manejo del estrés y las emociones (García Chávez, A., Psc. Cl.).** Conferencia sobre el conocimiento de los tipos de estrés y las diferentes

maneras de saber enfrentarse de manera personal a los mismo, recomendaciones y plenaria.

Objetivos

- Concientizar acerca de los riesgos que conlleva el desconocimiento del estrés
- Alentar a los asistentes a poner en práctica las recomendaciones de manera inmediata frente a cualquier factor estresor ambiental

Desarrollo

- Llevar a cabo la exposición de manera concisa para un buen entendimiento
- Plantear interrogantes en lapsos de tiempo durante la exposición
- Diálogo socrático

Tiempo: 15 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Material: laptop, infocus.

3. 3ra actividad: **Dinámica de conocimiento de sí mismo**, permite a los participantes conocer sus propias características ya sean emocionales, psicológicas, o cognitivas.

Objetivos

- Canalizar e identificar diferentes emociones
- Transmitir las emociones a través de la expresión corporal.

Desarrollo

- Pedir a los asistentes colocarse cómodamente en sus sitios
- Realizar un proceso de relajación
- Pedir que cada uno se levante y sutilmente busque a alguien, en pos de encontrar al compañero más cercano y que así puedan percibir como se reconfortan y la alegría que aparece de no sentirse solos.
- Pedir que abran los ojos
- Canalizar todas las emociones percibidas
- Adoptar diferentes formas de caminar por toda la sala.

Tiempo: 15 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Recursos Humanos: expositor, asistentes

ACTIVIDAD 4

Objetivo: aportar datos informativos acerca de las técnicas de manejo de la ansiedad en el medio.

Detalle

1. 1ra actividad: reforzamiento grupal **“El conductor de transporte pesado y sus riesgos del trabajo”**, (Rostagno, Hugo Francisco., Universidad Politécnica de Valencia, 2002).

Objetivos

- Identificar los peligros que acarrea el transporte urbano
- Implantar métodos en los asistentes para descubrir cuáles son los riesgos
- Explicar las circunstancias del medio que repercuten en la alteración de las emociones del conductor

Desarrollo

1. Introducción al tema
2. Peculiaridades de las condiciones de trabajo (cansancio y fatiga, estrés, ruidos y vibraciones, riesgos ergonómicos).
3. Medidas preventivas
4. Socializar el tema, conclusiones, recomendaciones.

Tiempo: 10 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Material: Laptop, infocus, flash memory, diapositivas, papelotes

2. 2da actividad: **“Cómo superar el pánico, con o sin agorafobia”**.

Objetivo

- Satisfacer la necesidad de cada conductor mediante un programa de autoayuda accesible para trabajar en comprender y superar su problema, por sí mismos o con la ayuda de un profesional.

Desarrollo

- Iniciar con la 1ra etapa: es la más extensa, aquí se explica qué es el pánico, cómo se produce y mantiene, y cómo abordarlo.

- La 2da etapa se centra en aprender y practicar diversas técnicas de control de la ansiedad, y detectar y cambiar pensamientos catastrofistas, mediante experimentos conductuales y autorregistros.
- La 3ra etapa se centra en la exposición gradual a las sensaciones antes temidas, con diversos ejercicios dirigidos a provocarlas, que se recogen en los correspondientes autorregistros.
- La 4ª etapa se ocupa de la eliminación gradual de conductas dirigidas a evitar el supuesto peligro. Esto incluye la exposición sistemática a actividades y lugares que antes se evitaban (por temor a que apareciesen las sensaciones temidas).
- La 5ª etapa es para evaluar los resultados obtenidos y se trabaja en la prevención de posibles recaídas.

3. 3ra actividad: Breve síntesis acerca de las técnicas de manejo de la ansiedad

Objetivo

- Entrenar a los asistentes mediante técnicas para que por sus propios medios puedan evitar que los niveles de ansiedad terminen en enfermedades psicofisiológicas.

Desarrollo

Las técnicas más factibles para los asistentes son las siguientes:

- Distracción
- Respiración diafragmática lenta
- Relajación
- Autoinstrucciones
- Imaginación positiva
- Afrontar la realidad sin querer evitarla

Tiempo: 45 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Materiales: papelotes, laptop, infocus, flash memory, diapositivas

Recursos Humanos: expositor, asistentes

4. 4ta actividad: **Dinámica de estudio y trabajo**, la presente facilita un intercambio de ideas y el análisis de ciertos contenidos. Fomenta la argumentación, la síntesis, las conclusiones y la toma de decisiones de los asistentes.

Objetivo

- Conocer la importancia del “feedback” dentro de la comunicación.

Tiempo: 15 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Recursos Humanos: expositor, asistentes.

ACTIVIDAD 5

Objetivo

- Establecer un espacio para la recreación del quórum, con el fin de incentivar a los grupos a asistir a las charlas posteriores.

Detalle

1. 1ra actividad: “**Dinámica Alza el vuelo**”.

Objetivos

- Vivenciar el trabajo en equipo
- Levantar el animo en un grupo cansado o desganado.
- Analizar los efectos de la competencia (ganar-perder) en las actitudes y sentimientos

Desarrollo

1. Pedir a los grupos las listas y nombrar a la primera persona que aparece en cada una de las ellas y mencionarles que competirán entre si.
2. Pedir a los competidores que se coloquen en línea, de frente al expositor. Una vez que todos se encuentran en la posición solicitada, se les indica que se arrodillen en el suelo con los brazos extendidos en cruz y con el resto del cuerpo bien derecho. Entonces se les brinda la debida explicación que la competencia consiste en tratar de impulsarse, con toda la fuerza que tengan, para quedar de pie; tendrán tres oportunidades de 10 segundos cada una, para lograrlo.
3. El competidor que cubra la prueba logrará tantos puntos como veces haya logrado ponerse de pie. (En virtud de que son tres oportunidades, 3 es el máximo de puntos que puede lograr un competidor).
4. Al terminar la competencia se registra los puntos logrados por cada grupo y llama a las personas cuyo nombre aparece en segundo lugar en la lista y repite la competencia, se continua de esta manera hasta terminar todos los nombres de las listas.

5. Gana el grupo que logre más puntos.
6. Guiar un proceso para que el grupo analice de que manera se puede aplicar lo aprendido.

Tiempo: 20 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Recursos Humanos: expositor, asistentes.

2. 2da actividad: “**Dinámica de animación**”

Objetivo

- Crear ambientes lúdicos y de buen ánimo
- Alejar a los participantes del estrés, del cansancio y de la rutina
- Incentivar desafíos que requieran cooperación o adaptación a situaciones diversas.

Tiempo: 10 minutos

de integrantes de cada grupo: 15 personas

Recursos Humanos: expositor, asistentes

ACTIVIDAD 6

Objetivo: Culminación de la charla.

Detalle:

1. Mesa abierta: opiniones, comentarios, críticas, sugerencias, recomendaciones.

En esta instancia final, el expositor da por terminada la charla, alienta a los asistentes para que asistan a las siguientes conferencias con el fin de que no sean menos, sino más personas, recomienda a los asistentes poner en práctica lo visto y que la siguiente reunión comparta cada grupo sus pro y sus contra al momento de enfrentarse al medio, con previo entrenamiento de habilidades.

Tiempo: 10 Minutos

de integrantes de cada grupo: 15 Personas

Materiales: Ninguno

MARCO ADMINISTRATIVO

Recursos físicos o institucionales

Cooperativa de Buses Urbanos “Tungurahua”: Salón de Convenciones

Recursos humanos

Investigador: Washington Paúl Lescano Veloz

Materiales

Suministros de oficina

- Hojas
- Marcadores de tiza líquida
- Bolígrafos
- Lápices
- Pliegos de papel periódico
- Banners
- Gigantografías
- Adhesivos para cada unidad de transporte

Medios magnéticos

- Laptop
- Infocus
- Flash memory
- Cd's
- Micrófono
- Parlantes

Económicos

MATERIAL	PRECIO
Suministros de oficina	250,00
Medios magnéticos: <ul style="list-style-type: none">• Laptop• Infocus• Flash memory• Cd's• Micrófono• Parlantes	2000,00
Transporte y comida	50,00
Imprevistos 5%	120,00
TOTAL	2420,00

Tabla 17. Presupuesto
Elaborado por: Paúl Lescano
Fuente: Investigación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. F. (2004). Revista electrónica de investigación Docencia Creativa. En U. d. Granada. Granada, España: ReiDoCrea.
- Alfaro, G. S. (2008). Agresividad al volante en el transporte público. En U. T. Salvador, *Estudio de Factores Asociados*. San Salvador, El Salvador.
- Association, A. P. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. En *DSM - IV TR*. Estados Unidos.
- Badós, A. (2009). Trastorno de ansiedad generalizada. En U. d. Barcelona. Barcelona, España.
- Baeza, B. B. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. En G. B. José Carlos Baeza, *Higiene y prevención de la ansiedad* (pág. 183). España: Díaz de Santos.
- Burns, D. (2006). Adiós, ansiedad. En D. Burns, *Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico* (pág. 367). New York, Estados Unidos: Editorial Paidós Ibérica.
- Caseras, X. (2009). El médico en casa. En X. Caseras, *Comprender el trastorno de ansiedad: crisis de angustia y agorafobia* (pág. 165). Barcelona, España: Editorial Amat, S. L.
- Doval, J. F. (2010). *La ansiedad y su influencia en los conductores españoles*. Barcelona, España: Attitudes.
- Ecuador, C. d. (2008). Ley orgánica de transporte terrestre, tránsito y seguridad vial. En C. d. publicaciones, *Reglamento, Legislación conexas de transporte terrestre, tránsito y seguridad vial*. Ecuador.
- Fernández, A. (2010). Psicofarmacología. En A. Fernández, *Terapias Psicológicas y tratamientos combinados* (pág. 156). Barcelona, España: Editorial UOC.

- Gómez Restrepo, H. B. (2008). Psiquiatría Clínica. En H. B. Carlos Gómez Restrepo, *Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (pág. 842). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Gutiérrez, J. S. (2008). Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador: estudio de factores asociados. El Salvador, San Salvador, Centroamérica.
- J, V. (2007). *Las fases iniciales de las enfermedades mentales*. Barcelona, España.
- Lobo, L. C.-R. (2007). *Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad*. Madrid, España: Smith - Kline Beecham S. A.
- Lorenzo, M. L. (2008). Farmacología básica y clínica 18a Edición. En M. L. Lorenzo, *Farmacología básica y clínica 18a Edición* (pág. 1368). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Myers, D. (2006). *Psicología*. Estados Unidos: Editorial Médica Panamericana.
- Oster, F. y. (1997). Manual para el tratamiento Cognitivo Conductual de los trastornos psicológicos. En V. Caballo. Madrid, España: Siglo XXI de España Editores S. A.
- Padilla, M. F. (2009). El tráfico no tiene solución; la ciudad comunicada. En M. F. Padilla, *El tráfico no tiene solución; la ciudad comunicada* (pág. 165). Islas Canarias - España: Tamaduste Edita.
- Ponce, M. B. (07 de Marzo de 2006). Estudio psicológico sobre los patrones de conducta en contextos de tráfico, en grupos de automovilistas particulares y profesionales de Lima Metropolitana. Lima, Lima, Perú.
- Rey, J. A. (2009). *Tendencias de los artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Colombia: Scielo.

- Reynoso, S. (2005). *Psicología Clínica de la Salud*. Universidad Nacional Autónoma de México (Guadalajara, México DF): Editorial El Manual Moderno.
- Richard, G. Z. (2002). *Psicología y vida, 17ª edición*. Chile y México: Editorial Pearson.
- Simeon, H. (2004). *Guía de trastornos de ansiedad*. Madrid, España: Agencia Laín Entralgo - Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Trull, J. P. (2003). *Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México DF: Editorial Thomson Learning.
- Tungurahua, C. d. (2014). Cooperativa de Transporte Urbano Tungurahua. En C. d. Tungurahua, *Cooperativa de Buses*. Ambato, Ecuador.
- Vásquez, G. H. (2007). *Trastornos de ansiedad*. Barcelona, España: Editorial Elsevier (Liberdúplex).

LINKOGRAFÍA

- Cardiología, A. E. (21 de Octubre de 2008). *Enfermedades cardiovasculares en la conducción*. Obtenido de Conducción y cardiopatía: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/conducc2.htm>
- Centro de Psicoterapia e Hipnosis (Barcelona, E. (23 de Agosto de 2013). *AnsiedadTratamientos.es*. Obtenido de Cómo gestionar la ansiedad mientras conduces: <http://www.ansiedadtratamiento.es/ansiedad-al-conducir/>
- Chaparro, J. G. (2 de Julio de 2001). *Condiciones de trabajo y salud en conductores de una empresa de transporte público urbano de Bogotá DC*. Obtenido de Revista de Salud Pública: <http://www.bdigital.unal.edu.co/22110/1/18674-60666-1-PB.pdf>
- Definición.De. (2008). *Definición de psicoprofilaxis*. Obtenido de <http://definicion.de/psicoprofilaxis/>
- Díaz, D. (13 de Abril de 2012). *Tratamiento para la ansiedad*. Obtenido de Lo que necesitas saber sobre la ansiedad, desde sus síntomas hasta sus posibles

tratamientos: <http://www.tratamientoparatuansiedad.com/tratamiento-para-la-ansiedad-ansiedad-por-conducir/>

- Enrique Carbonell, R. B. (1995). El ambiente de tráfico como generador de ansiedad en el conductor: inventario de situaciones ansiógenas en el tráfico. Valencia y Madrid, España.
- Forense, P. M. (25 de Septiembre de 2006). *Síndrome del conductor en habitáculo estrecho y otras manifestaciones músculoesqueléticas asociadas*. Obtenido de Peritaje Médico Forense: <http://www.peritajemedicoforense.com/JOUVENCEL38.htm>
- José Álvarez, M. B. (2009). *La psicoprofilaxis, una opción para optimizar la calidad de vida de la gestante en el mundo*. Obtenido de <http://www.mentesinquietas.es/blog/la-psicoprofilaxis-una-opcion-para-optimizar-la-calidad-de-vida-de-la-gestante-en-el-mundo-%E2%80%9D/#>
- Juan Carlos Sierra, V. O. (Marzo de 2003). *Ansiedad, angustia y estrés; tres conceptos a diferenciar*. Obtenido de (Periódicos Electrónicos en Psicología): http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000100002&script=sci_arttext
- Moure, D. d. (15 de Agosto de 2011). *De lo psicológico a lo fisiológico en la relación entre emociones y salud*. Obtenido de Revista Psicología Científica: <http://www.psicologiacientifica.com/relacion-emociones-y-salud/>
- Olivares, C. J. (21 de Diciembre de 2013). *Scielo*. Obtenido de Estudios sobre burnout y carga mental en conductores del transporte público de Chile: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492013000300011&script=sci_arttext
- Ortiz, G. (28 de Enero de 2014). *Libros y test de Psicología*. Obtenido de Escala de Ansiedad de Hamilton: <http://psicologialibrosytest.blogspot.com/2014/01/test-escala-de-ansiedad-de-hamilton.html>

- Rostagno, H. F. (2002). *El conductor de grandes vehículos y sus riesgos del trabajo*. Obtenido de Enciclopedia de Higiene, Salud y Seguridad de Valencia - España: http://www.noticias-librodar.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=183:el-conductor-de-grandes-vehiculos-y-sus-riesgos-del-trabajo&catid=37:notas-tecnicas&Itemid=58
- Salazar, A. (2008). *Los fundamentos de la psicoprofilaxis*. Obtenido de <http://www.partoconamor.com/articulos.php?id=1>

BASE DE DATOS DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

PROQUEST Asenjo, N. (2010). “La ansiedad competitiva en el deporte de iniciación: un enfoque desde la teoría de la autodeterminación”. Universitat Autònoma de Barcelona, España. Recuperado de:

http://newpsi.bvpspsi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/PsicologiaDeportivaEuropeosXXI.pdf

SCIELO Oñate, S., Gamero, R., Nicolás Vucínovich N. (2010). “Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un Centro de Salud Mental”. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, España. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352010000300004&lang=pt

SCIELO Arrieta, K., Díaz, Sh., González, F. (2014). “Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados”. Revista Clínica de Medicina de Familia, Colombia. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X201400010003&lng=es&nrm=iso

SCIELO López, I. (2007). “Ansiedad y Depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad”. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Psicología Clínica, España. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992007000500001&lang=pt


SPRINGER Hamm L., Jacobs R., et al. (2014). “Conectividad funcional de la amígdala aberrante en reposo en los trastornos de ansiedad en niños”. University of Illinois at Chicago, University of Michigan. Department of Psychiatry, of Psychology and of Anatomy, Chicago, Michigan - EUA. Recuperado de:

<http://link.springer.com/article/10.1186/s13587-014-0015-4/fulltext.html>


ANEXOS

ANEXO 1

Validación por expertos (Escala de Ansiedad de Hamilton)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO.

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (Hamilton M. 1959). Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad (Medicina clínica 2002).

Objetivo general	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none">- Valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnen criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">- Identificar el grado de ansiedad que presenta c/u de los conductores de la Cooperativa de Buses "Tungurahua" de la Ciudad de Ambato.- Elaborar un esquema de intervención en base a los resultados y de tal manera plantear la alternativa para evitar la aparición de enfermedades psicofisiológicas.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Paul Aguilar Profesión: Psicólogo Clínico
Ocupación: Docente Firma: [Firma]
Fecha: 15/10/13



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO.

- INSTRUMENTO A VALIDAR

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (Hamilton M. 1959). Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad (Medicina clínica 2002).

Objetivo general	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnen criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el grado de ansiedad que presenta c/u de los conductores de la Cooperativa de Buses "Tungurahua" de la Ciudad de Ambato. - Elaborar un esquema de intervención en base a los resultados y de tal manera plantear la alternativa para evitar la aparición de enfermedades psicofisiológicas.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:			SI	<input checked="" type="checkbox"/>	
			NO	<input type="checkbox"/>	

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Flavio Bouvillo Flores
 Ocupación: Psicoterapeuta Docente
 Fecha: 17/10/2013

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma: [Firma manuscrita]



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO.

- INSTRUMENTO A VALIDAR

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (Hamilton M. 1959). Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad (Medicina clínica 2002).

Objetivo general	Objetivos específicos
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnen criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el grado de ansiedad que presenta c/u de los conductores de la Cooperativa de Buses "Tungurahua" de la Ciudad de Ambato. - Elaborar un esquema de intervención en base a los resultados y de tal manera plantear la alternativa para evitar la aparición de enfermedades psicofisiológicas.

El instrumento a validar cumple con:

	SI NO		SI NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Leon Andrés Val.
 Ocupación: Docente U.T.A.
 Fecha: 15/10/2013

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma: [Firma manuscrita]

ANEXO 2

Validación por expertos

Cuestionario orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas

	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA	
---	---	---

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO.

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

CUESTIONARIO ORIENTADO A DETERMINAR LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS, diseñado por Paúl Lescano (2013).

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivos específicos</u>
- Determinar la presencia de enfermedades psicofisiológicas en la población de estudio (conductores).	- Identificar el tipo de enfermedades psicofisiológicas predominantes en los conductores de la Cooperativa de Buses "Tungurahua" de la Ciudad de Ambato. - Elaborar un esquema de intervención primaria que permita disminuir los niveles de ansiedad.

El instrumento a validar cumple con:

SI NO	SI NO
Pertinencia <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Relación con los objetivos <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Utilidad <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Relación metodológica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Coherencia <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Vigencia <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Ps. U. Paul Aguirre Profesión: Psicólogo Clínico
Ocupación: Docente Firma: [Firma manuscrita]
Fecha: 15/10/13



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO.

- INSTRUMENTO A VALIDAR

CUESTIONARIO ORIENTADO A DETERMINAR LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS, diseñado por Paul Lescano (2013).

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivos específicos</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la presencia de enfermedades psicofisiológicas en la población de estudio (conductores). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el tipo de enfermedades psicofisiológicas predominantes en los conductores de la Cooperativa de Buses "Tungurahua" de la Ciudad de Ambato. - Elaborar un esquema de intervención primaria que permita disminuir los niveles de ansiedad.

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Flavio Bonilla Flores

Profesión: Psicólogo Clínico

Ocupación: Psicoterapeuta-Docente

Firma:

Fecha: 17/10/2013



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL RIESGO DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS EN CONDUCTORES DE LA COOPERATIVA DE BUSES TUNGURAHUA DE LA CIUDAD DE AMBATO.

- INSTRUMENTO A VALIDAR

CUESTIONARIO ORIENTADO A DETERMINAR LA APARICIÓN DE ENFERMEDADES PSICOFISIOLÓGICAS, diseñado por Paul Lescano (2013).

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivos específicos</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la presencia de enfermedades psicofisiológicas en la población de estudio (conductores). 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el tipo de enfermedades psicofisiológicas predominantes en los conductores de la Cooperativa de Buses "Tungurahua" de la Ciudad de Ambato. - Elaborar un esquema de intervención primaria que permita disminuir los niveles de ansiedad.

El instrumento a validar cumple con:

	SI NO		SI NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Jun. Humberto
 Ocupación: Docente - U.T.A.
 Fecha: 15/10/2013

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma:

ANEXO 3

Oficio de aprobación para ejecutar la investigación (Cooperativa de Transportes “Tungurahua”)



COOPERATIVA DE TRANSPORTES
“TUNGURAHUA”

Unidad Nacional N° 08-20 y Primera Imprenta
Teléfono: (03) 2 824870 • 2 820069
Fax: (03) 2 823600
Ambato - Ecuador

Ambato 31 de octubre del 20139

Señores
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Presente.

De mi consideración:

Yo, Jairón Villacís O. en mi calidad de Presidente de la Cooperativa de Transportes en Buses Urbanos “TUNGURAHUA” por medio del presente documento comunica que se autoriza al Señor PAUL LESCANO VELOZ de la cédula N° 1803982394 estudiante de la Universidad Técnica de Ambato a realizar el trabajo de investigación propuesto para la tesis de grado, para lo cual tendrá toda la apertura y colaboración necesaria para el desarrollo que este trabajo amerite durante su planificación, desarrollo y consecución de resultados.

Por estar ajustados a la verdad todo lo indicado anteriormente se puede hacer uso del presente documento como a bien tuviere excepto para trámites judiciales

Atentamente,

Sr. Jairón Villacís
**PRESIDENTE DE LA COOPERATIVA
DE TRANSPORTES TUNGURAHUA**



ENTIDAD JURIDICA FUNDADA EL 1ro DE DICIEMBRE DE 1950

ANEXO 4

Escala de ansiedad de Hamilton

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, con la valoración de la intensidad y de la frecuencia. Se puede obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1; 2; 3; 4; 5; 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7; 8; 9; 10; 11; 12 y 13).

Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo)	0	1	2	3	4

Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar,	0	1	2	3	4

vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)					
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Tomado de:

- http://www.actad.org/actad_cas/test_cas/test_hamilton.php

ANEXO 5

Cuestionario orientado a determinar la aparición de enfermedades psicofisiológicas

El cuestionario semiestructurado se puntúa de 0 a 1 cada ítem, con la valoración de la ausencia y la posible presencia de enfermedades psicofisiológicas. Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma.

Una puntuación mayor es señal de presencia de enfermedades psicofisiológicas.

Mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Esto puede variar dependiendo del tiempo y del tratamiento que tome cada una de las personas evaluadas.

1. ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?	SI	NO
2. ¿En algún momento, durante el día, ha sentido dificultad para permanecer despierto?		
3. ¿Ha tenido cambios significativos en sus horarios de sueño?		
4. ¿Siente resequedad en su boca?		
5. ¿Ha tenido problemas de acidez estomacal?		
6. ¿Practica actividad física o algún tipo de deporte?		
7. ¿Consume alcohol hasta llegar a un estado de ebriedad?		
8. ¿Ha presentado ardor o dolor al momento de orinar?		
9. ¿Tiene sensaciones generales de fatiga y temblor en manos y/o piernas?		
10. ¿Los mareos son constantes?		
11. ¿Le produce mucha angustia, incluso terror, pensar en la muerte?		
12. ¿Siente alguna dificultad para caminar?		
13. ¿Se le ha presentado tensiones en la parte del cuello y la nuca?		
14. ¿Considera que tiene problemas de disfunción eréctil?		
15. ¿Tiene dificultad para digerir los alimentos?		

ANEXO 6

Manejo del estrés y las emociones

Escrito por el Dr. Anderson García Chavez Psicólogo (2009)

Tomado de:

- <http://es.slideshare.net/Ander09/conferencia-manejo-del-estres-y-las-emociones-modo-de-compatibilidad>

ANEXO 7

El conductor de grandes vehículos y sus riesgos del trabajo

Escrito por Hugo Francisco Rostagno (Universidad Politécnica de Valencia, España, 2002)

Tomado de:

- http://www.noticias-librodar.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=183:el-conductor-de-grandes-vehiculos-y-sus-riesgos-del-trabajo&catid=37:notas-tecnicas&Itemid=58

ANEXO 8

Cómo superar el pánico: con o sin agorafobia

Escrito por Elia Roca (Valencia, España)

Tomado de:

- <http://www.casadellibro.com/libro-como-superar-el-panico-con-o-sin-agrafobia-programa-de-autoayuda-incluye-cd-4-ed/9788493115685/1047588>

ANEXO 9

Tabla de distribución Chi Cuadrado

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad

v/p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10,8274	9,1404	7,8794	6,6349	5,0239	3,8415	2,7055	2,0722	1,6424	1,3233	1,0742	0,8735	0,7083	0,5707	0,4549
2	13,8150	11,9827	10,5965	9,2104	7,3778	5,9915	4,6052	3,7942	3,2189	2,7726	2,4079	2,0996	1,8326	1,5970	1,3863
3	16,2660	14,3202	12,8381	11,3449	9,3484	7,8147	6,2514	5,3170	4,6416	4,1083	3,6649	3,2831	2,9462	2,6430	2,3660
4	18,4662	16,4238	14,8602	13,2767	11,1433	9,4877	7,7794	6,7449	5,9886	5,3853	4,8784	4,4377	4,0446	3,6871	3,3567
5	20,5147	18,3854	16,7496	15,0863	12,8325	11,0705	9,2363	8,1152	7,2893	6,6257	6,0644	5,5731	5,1319	4,7278	4,3515
6	22,4575	20,2491	18,5475	16,8119	14,4494	12,5916	10,6446	9,4461	8,5581	7,8408	7,2311	6,6948	6,2108	5,7652	5,3481
7	24,3213	22,0402	20,2777	18,4753	16,0128	14,0671	12,0170	10,7479	9,8032	9,0371	8,3834	7,8061	7,2832	6,8000	6,3458
8	26,1239	23,7742	21,9549	20,0902	17,5345	15,5073	13,3616	12,0271	11,0301	10,2189	9,5245	8,9094	8,3505	7,8325	7,3441
9	27,8767	25,4625	23,5893	21,6660	19,0228	16,9190	14,6837	13,2880	12,2421	11,3887	10,6564	10,0060	9,4136	8,8632	8,3428
10	29,5879	27,1119	25,1881	23,2093	20,4832	18,3070	15,9872	14,5339	13,4420	12,5489	11,7807	11,0971	10,4732	9,8922	9,3418
11	31,2635	28,7291	26,7569	24,7250	21,9200	19,6752	17,2750	15,7671	14,6314	13,7007	12,8987	12,1836	11,5298	10,9199	10,3410
12	32,9092	30,3182	28,2997	26,2170	23,3367	21,0261	18,5493	16,9893	15,8120	14,8454	14,0111	13,2661	12,5838	11,9463	11,3403
13	34,5274	31,8830	29,8193	27,6882	24,7356	22,3620	19,8119	18,2020	16,9848	15,9839	15,1187	14,3451	13,6356	12,9717	12,3398
14	36,1239	33,4262	31,3194	29,1412	26,1189	23,6848	21,0641	19,4062	18,1508	17,1169	16,2221	15,4209	14,6853	13,9961	13,3393
15	37,6978	34,9494	32,8015	30,5780	27,4884	24,9958	22,3071	20,6030	19,3107	18,2451	17,3217	16,4940	15,7332	15,0197	14,3389
16	39,2518	36,4555	34,2671	31,9999	28,8453	26,2962	23,5418	21,7931	20,4651	19,3689	18,4179	17,5646	16,7795	16,0425	15,3385
17	40,7911	37,9462	35,7184	33,4087	30,1910	27,5871	24,7690	22,9770	21,6146	20,4887	19,5110	18,6330	17,8244	17,0646	16,3382
18	42,3119	39,4220	37,1564	34,8052	31,5264	28,8693	25,9894	24,1555	22,7595	21,6049	20,6014	19,6993	18,8679	18,0860	17,3379
19	43,8194	40,8847	38,5821	36,1908	32,8523	30,1435	27,2036	25,3289	23,9004	22,7178	21,6891	20,7638	19,9102	19,1069	18,3376
20	45,3142	42,3358	39,9969	37,5663	34,1696	31,4104	28,4120	26,4976	25,0375	23,8277	22,7745	21,8265	20,9514	20,1272	19,3374
21	46,7963	43,7749	41,4009	38,9322	35,4789	32,6706	29,6151	27,6620	26,1711	24,9348	23,8578	22,8876	21,9915	21,1470	20,3372
22	48,2676	45,2041	42,7957	40,2894	36,7807	33,9245	30,8133	28,8224	27,3015	26,0393	24,9390	23,9473	23,0307	22,1663	21,3370
23	49,7276	46,6231	44,1814	41,6383	38,0756	35,1725	32,0069	29,9792	28,4288	27,1413	26,0184	25,0055	24,0689	23,1852	22,3369
24	51,1790	48,0336	45,5584	42,9798	39,3641	36,4150	33,1962	31,1325	29,5533	28,2412	27,0960	26,0625	25,1064	24,2037	23,3367
25	52,6187	49,4351	46,9280	44,3140	40,6465	37,6525	34,3816	32,2825	30,6752	29,3388	28,1719	27,1183	26,1430	25,2218	24,3366
26	54,0511	50,8291	48,2898	45,6416	41,9231	38,8851	35,5632	33,4295	31,7946	30,4346	29,2463	28,1730	27,1789	26,2395	25,3365
27	55,4751	52,2152	49,6450	46,9628	43,1945	40,1133	36,7412	34,5736	32,9117	31,5284	30,3193	29,2266	28,2141	27,2569	26,3363
28	56,8918	53,5939	50,9936	48,2782	44,4608	41,3372	37,9159	35,7150	34,0266	32,6205	31,3909	30,2791	29,2486	28,2740	27,3362
29	58,3006	54,9662	52,3355	49,5878	45,7223	42,5569	39,0875	36,8538	35,1394	33,7109	32,4612	31,3308	30,2825	29,2908	28,3361

Tomado de:

- http://sameens.dia.uned.es/Trabajos13/Trab_Publicos/Trab_5/Viton_Asenjo_5/files/tablaschi.pdf

ANEXO 10

Evidencia de la aplicación de reactivos en las unidades de transporte urbano “Tungurahua”







Fuente: Conductores de las unidades de transporte urbano de la cooperativa “Tungurahua”