

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CASOS DE ANSIEDAD Y ANGUSTIA

Rosa Elba S. de Rodríguez*
Silvia Orrego S.**

INTRODUCCION

Todos los seres humanos experimentan angustia en grados variables de intensidad a lo largo de la vida.

La angustia básica es inherente a la condición humana y por lo tanto, no es adquirida. Sin embargo, las técnicas desarrolladas para enfrentar o disminuir la angustia son adquiridas. La angustia básica se puede intensificar en respuesta a amenazas reales o imaginarias, a la satisfacción de las necesidades básicas. También puede aumentar cuando la persona se ve enfrentada a lo desconocido, lo nuevo, lo diferente, lo extraño o estar confrontada a una pérdida o crisis, así como también ante el cambio y la libertad u oportunidad para escoger.

TEORIAS SOBRE LA ANGUSTIA

Aportación psicoanalítica (Freud)

La única función de la angustia es actuar como una señal de peligro para el Yo, de modo que cuando la señal aparece en la conciencia, el Yo pueda tomar medidas para enfrentar el peligro. Aunque la angustia es

* Profesora Asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional, Magister en Investigación y Docencia Universitaria.

** Licenciada en Enfermería, Estudiante Programa de Especialización, Enfermería en Salud Mental.

penosa y uno podría desear que se anulara, cumple una función muy necesaria al alertar a una persona ante la presencia de peligros internos y externos.

Freud/1/, designó tres tipos de angustia, los cuales no difieren entre sí de manera cualitativa, difieren sólo respecto de sus fuentes.

Angustia Real: Es una experiencia emocional penosa que se produce al percibir un peligro en el mundo externo.

Angustia Neurótica: Es provocada por la percepción de un peligro proveniente de los instintos, del mundo interior del individuo.

Angustia Moral: Se experimenta como sentimiento de culpa o de vergüenza en el Yo, es suscitada por la percepción de un peligro proveniente de la conciencia moral.

Angustia y trauma del nacimiento (Otto Rank)/2/

Todo niño, incluso el más normal, experimenta angustia y de todo hombre adulto y sano se puede decir que ha atravesado una fase de neurosis normal, representada por su infancia, neurosis que no persiste hasta la edad madura más que en ciertos individuos, que han permanecido infantiles o que calificamos de infantiles: los individuos neuróticos.

Este concepto se guía por el Principio Freudiano, que remite la sensación de angustia, en general, a la angustia fisiológica (Respiratoria) que acompaña el nacimiento.

Angustia y cultura (Karen Horney)/3/

Hay cierta diferencia entre la angustia del hombre primitivo y la que en nuestra cultura conceptuamos neurótica. Ambos tipos de angustia pierden su carácter de reacciones desproporcionadas cuando se llega a penetrar su significado.

Nuestra cultura ofrece cuatro vías principales, para escapar a la angustia: racionalizarla, negarla, narcotizarla o evitar toda idea, sentimiento, impulso o situación capaz de despertarla.

Angustia y valores (Rollo May)/4/

La calidad distintiva de la ansiedad humana surge del hecho de que el hombre es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados e identifica esto con su existencia como un Yo.

La más importante de las capacidades que emergen en el ser humano es la autoconciencia. Comienza poco después de los primeros meses de

vida y probablemente está bastante bien desarrollada en el niño de dos años. A partir de entonces, los valores de amor y cuidado toman un carácter, no son simplemente algo recibido, sino que el niño reacciona a ellos con cierto grado de autoconciencia. Puede ahora aceptar el cuidado de la madre, desafiarlo, utilizarlo para diversas formas de exigencia y de poder.

Aporte de la psicología social (Stanley Schachter)/2/

La psicología social toma la ansiedad como un concomitante bastante común del aislamiento. Sobre la base de una variedad de razones francamente intuitivas, parecía razonable esperar que, si las condiciones de aislamiento producen ansiedad, las condiciones de la ansiedad llevarían a un aumento de las tendencias afiliativas, como medio de disminuir la molestia que produce la ansiedad.

LA ANGUSTIA Y SU PSICODINAMIA

La angustia se define como una experiencia subjetiva que se caracteriza por tensión, inquietud y aprehensión provocadas por amenazas reales o imaginarias a la gratificación de nuestras necesidades. Como la angustia no produce placer, la persona desarrolla diferentes métodos para reducirla o enfrentarla.

Sin embargo, en momentos de tensión muy grande o prolongada, los mecanismos para enfrentarla pueden no servir para este propósito y la persona se verá inundada por la angustia o puede experimentar un nivel alto y crónico durante un período prolongado.

La energía generada por la angustia se descarga en un comportamiento abierto o encubierto. Las manifestaciones del comportamiento dependen de la angustia que experimenta el individuo, así como de la eficacia de los mecanismos utilizados para disminuir sus efectos. Sin embargo, al aumentar el nivel de angustia de la persona, y si se es incapaz de contrarrestar su efecto, la personalidad se desorganiza por completo por la angustia que aumenta progresivamente. Tal desorganización de la personalidad produce un estado psicótico.

Podríamos resumir la psicodinamia de la angustia de la siguiente manera:

- Estrategias de enfrentamiento deficientes o inflexibles que no pueden movilizarse de modo eficaz, para hacer frente a una amplia gama de amenazas objetivas del entorno. Incapaz de protegerse adecuadamente de muy diversas fuentes de conflicto y tensión, la persona, permanece en guardia, siempre alerta frente a los peligros que puedan aparecer, en un estado de tensión constante o crónica..

- Los residuos de experiencias pasadas que forman parte de su inconsciente, lo hipersensibilizan respecto a situaciones que son consideradas objetivamente como insignificantes. Como por lo general, no advierte la acción de estas sensibilizaciones inconscientes, se ve incapaz de comprender la razón o la fuente de su angustia.
- Una vez reactivados, estos residuos inconscientes alteran los precarios controles de la persona. Además estos residuos estimulan otros impulsos y emociones a los que previamente estuvieron asociados, sobreagregándose a lo descrito sentimientos de hostilidad y culpa.

Las manifestaciones abiertas y encubiertas de la angustia son muchas y pueden incluir: taquicardia, midriasis, sudoración, respiración superficial, temblores, anorexia, náuseas, insomnio, poliuria, vértigo, fatiga, cefalea, "visión en tunel", aumento de la actividad motora, respuestas exageradas a pequeñas molestias, incapacidad para concentrarse e irritabilidad. La capacidad para enfrentarse a la angustia está disminuida en el enfermo mental quien desarrolla síntomas para lograrlo. En general, la incapacidad para enfrentarse a la angustia, es uno de los factores causales principales en la creación de un comportamiento patológico.

MECANISMOS DE ENFRENTAMIENTO

El material que a continuación se presenta es bastante resumido, tomado de la obra de Ana Freud "El yo y los mecanismos de Defensa"/5/.

Intrapsíquicos

Los impulsos deben verse satisfechos y los conflictos resueltos, si el individuo quiere evitar la ansiedad y la desintegración. Bajo presiones persistentes o extraordinarias, el individuo puede verse obligado a engañarse a sí mismo y a distorsionar la realidad para mitigar las tensiones que experimenta. En cierto grado, todos evitamos los conflictos, rechazamos la ansiedad y calladamente inflamamos nuestra autoimagen. Los mecanismos que adoptamos para evitar las tensiones de la vida, son frecuentemente maladaptativos.

El autoengaño y la distorsión de la realidad, pueden interferir con el funcionamiento eficaz y producir un ciclo de hechos, que intensifican los muchos problemas que se supone están encubiertos. Cuanto más engranados estén, los mecanismos de autoengaño, más actuarán indiscriminadamente y serán menos capaces de ajustarse a la realidad.

Los mecanismos de autoprotección y de necesidad de satisfacción pueden ser conscientes, desde luego. Los mecanismos conscientes

pueden apreciados y ajustados de manera que mitiguen el estrés eficazmente. Aún en su calidad de conscientes, no están sujetos a la apreciación reflexiva, por tanto pueden seguir usándose en forma maladaptativa por parte del individuo.

Podemos distinguir dos grandes clases de mecanismos inconscientes. En el primer grupo, los de negación, representan el alejamiento de la conciencia de recuerdos, impulsos y conflictos intolerables. En el segundo, los de distorsión, indican la interpretación errónea de sentimientos y pensamientos dolorosos para minimizar su impacto.

Mecanismos de negación

Represión: El más común y requisito previo para otros mecanismos de negación. Proceso sencillo e involuntario de excluir los pensamientos y sentimientos indeseables de la conciencia.

Aislamiento: Represión limitada o fraccionada; se desconecta la asociación dolorosa entre un pensamiento y su connotación emocional.

Proyección: Represión de rasgos e impulsos censurables que uno posee, y luego, la atribución de estas características a otros. La proyección permite al individuo, tanto expresar, como negar sus impulsos inaceptables.

Formación reactiva: Consiste en reprimir los impulsos indeseables y en asumir una actitud consciente, diametralmente opuesta.

La formación reactiva no sólo mantiene la represión, sino que refuerza el control del individuo sobre sus tendencias inconscientes. Las formaciones reactivas pueden dar expresión a los deseos reprimidos.

Anulación: Es un mecanismo de autoexpiación, mediante el cual la persona intenta arrepentirse de algún delito o contrarrestar un impulso "maligno" reprimido.

De forma más patológica, la anulación puede manifestarse a través de rituales extravagantes y actos "mágicos".

Fijación: Denota represión de impulsos y capacidades de maduración. La persona rehusa "crecer" y reconocer los sentimientos y responsabilidades acordes con su edad.

Represión: Representa el retroceso a un nivel anterior, después de que se ha efectuado el desarrollo normal.

Mecanismos de distorsión

Fantasia: Proceso semiinconsciente de la imaginación que sirve para satisfacer deseos que no pueden verse cumplidos en la vida real.

Racionalización: Mecanismo más frecuente de distorsión de la realidad. Representa un proceso inconsciente, mediante el cual la persona excusa su comportamiento o libera sus contratiempos con razones que son plausibles, pero no "verdaderas".

Identificación: Distorsión de la autoimagen en la que el individuo se atribuye el poder, los logros y la estatura de aquellos con los que él se asocia.

Es una importante función en el desarrollo de la juventud, pero puede llevar a patología en la edad adulta.

Compensación: Representa un intento menos patológico de ocultar las deficiencias, frustraciones o conflictos del individuo. Contrarresta su debilidad desarrollando conductas sustitutivas.

Sublimación: Por regla general, es una forma saludable de autodistorsión. Representa la satisfacción de las necesidades inaceptables, por sustitutos socialmente aprobados. En ninguno de los casos la persona reconoce conscientemente que su ocupación es un disfraz para huir de necesidades o motivos poco atractivos.

Desplazamiento: Indica la transferencia de emociones negativas, de un objeto a otro más neutral o más seguro. La persona conserva la ilusión de que sus sentimientos hacia el primer objeto no existen; aún más, minimiza el riesgo de oposición por parte de este objeto.

Interpersonales

Los impulsos y conflictos se engendran y resuelven la mayor parte de las veces, en nuestras relaciones con los demás. Todas las personas han aprendido ciertas estrategias para reducir la ansiedad y satisfacer las necesidades. Por regla general, estos patrones interpersonales se desarrollan en una función de las primitivas experiencias, con nuestros padres y hermanos; con el tiempo, se transforman en parte integrante de nuestra forma de relacionarnos con los demás. Debido a que están tan profundamente enraizados, generalmente no nos damos cuenta de su carácter específico y automático.

Las ocho estrategias que se describen a continuación, son subyacentes a las manifestaciones externas de nuevas y numerosas formas patológicas. Aunque desarrolladas frecuentemente como un medio de enfrentarse a los conflictos, muchas veces fracasan y tienden más que a resolverlos a fomentarlos/6/.

Pasivo - Retraída: Se caracteriza por la impasibilidad social. Las necesidades afectivas y sentimientos emocionales son mínimos y la persona se comporta como un observador pasivo, separado tanto de las recompensas y afectos como de los peligros de las relaciones humanas.

Activo - Retraída: Señala una intensa desconfianza en los demás. La persona mantiene una vigilancia constante, para evitar que los impulsos o deseos de afecto produzcan una repetición del dolor y la angustia que ha experimentado anteriormente, mantiene la distancia con el resto de la gente, a pesar de sus deseos de relacionarse.

Pasivo - Dependiente: Se caracteriza por la búsqueda de una relación en la que uno pueda descargar en los otros el afecto, la seguridad y el liderazgo. Estas personas muestran carencia de iniciativa y autonomía. En función de sus primeras experiencias, han aprendido a desempeñar un papel pasivo en las relaciones interpersonales y aceptan cualquier tipo de afecto y apoyo que puedan encontrar, al tiempo que se someten voluntariamente a los deseos de otras personas, con tal de conservar su afecto.

Activo - Dependiente: Se observa la búsqueda insaciable e indiscriminada de estímulos y afecto. La conducta precaria y caprichosa de la persona aparenta una considerable independencia con respecto a los demás, pero bajo esta máscara se oculta el temor a la autonomía y una intensa necesidad de señales de aprobación social y de afecto. El afecto debe colmarse constantemente y ser obtenido de todas las fuentes de experiencia interpersonal.

Pasivo - Independiente: Caracterizada por el narcisismo y el propio compromiso. Como consecuencia de vivencias anteriores, la persona ha aprendido a sobrevalorar sus propios méritos; no obstante, la confianza en su superioridad, puede fundamentarse sobre falsas premisas. Sin embargo, supone que los otros reconocerán sus méritos y guarda una distancia de autosuficiencia sobre aquellos que considera inferiores.

Activo - Independiente: Refleja desconfianza en otras personas y deseos de afirmar la propia autonomía; el resultado es un esfuerzo indiscriminado por el poder, la falta de confianza en las personas justifica el rechazo social; afirma que la autonomía y la iniciativa, son los únicos medios para evitar la traición en las relaciones interpersonales.

Pasivo - Ambivalente: Consiste en una combinación de hostilidad hacia las personas y de temor al rechazo y desaprobación social. La persona resuelve el conflicto mediante la represión de su resentimiento; aparece como excesivamente conformista y obediente en la superficie, sin embargo, detrás de este frente de corrección y refinamiento, se aprecia la existencia de intensos sentimientos contrarios, que rara vez atraviesan los controles de la persona.

Activo - Ambivalente: Representa una incapacidad para resolver los conflictos, similar a la de los pasivo-ambivalentes; sin embargo, estos conflictos están próximos a la consciencia y se inmiscuyen en la vida diaria. La persona cae en interminables disputas consigo mismo y en

frustraciones, mientras duda entre el respeto y la conformidad en unas ocasiones, y el negativismo agresivo en otras. Su conducta muestra un patrón errático de furor explosivo u obstinación entremezclada con momentos de dependencia desesperada, culpabilidad y vergüenza.

EFFECTOS DE LOS ESTADOS DE ANGUSTIA

Trastornos de ansiedad

Aparecen en todos los patrones de personalidad, ya sea como respuesta inicial a amenazas imprevistas y de carácter más leve, o como perturbaciones subsiguientes a su incapacidad para identificar o hacer frente a una amenaza persistente.

La angustia pierde su utilidad como señal de alerta, la persona, es incapaz de localizar la fuente de su temor; experimenta un stress tan insoportable y como consecuencia de ello sus esfuerzos de enfrentamiento se desorganizan. La angustia se intensifica, se generaliza y se asocia a acontecimientos y objetos contingentes de su entorno.

El D.S.M. II, define el síndrome así: ... un ansioso exceso de preocupación rayano en el pánico y frecuentemente asociado a síntomas somáticos... puede aparecer bajo cualquier circunstancia y no está restringido a objetos o situaciones específicas. Este trastorno debe distinguirse de las aprensiones o temores normales que se presentan como consecuencia de situaciones realmente peligrosas/2/.

Existen tres formas generales de manifestación de ansiedad/2/.

Ansiedad Crónica: Caracterizada por prolongados períodos de tensiones y temores relativamente intensos y ampliamente generalizados. Los patrones de enfrentamiento son muy poco adecuados y se encuentran siempre a la expectativa; incapaces de relajarse, irritables, propensos a sufrir pesadillas e insomnio, fatiga injustificada, molestias físicas. Muchas personas aprenden a "adaptarse" a su estado crónico, pero sus vidas tienden a ser innecesariamente limitadas y empobrecidas, restringidas por la necesidad de reducir sus actividades y relaciones a las que pueden hacer frente sin experimentar gran malestar.

Ansiedad Aguda: Son breves irrupciones de extrema e incontrolable emoción. Por diversas razones atribuibles a alguna sensibilización de la personalidad básica, o a unos mecanismos de enfrentamiento inadecuados, la persona tiene la sensación de que va a producirse un desastre inminente, siente que se está desintegrando y que se encuentra impotente ante las fuerzas que surgen de su interior. En un período de creciente stress, los impulsos y temores inconscientes de la persona se

reactivan, surgiendo a través de sus resquebrajados controles y resultando en una espectacular irrupción y descarga de emociones. Se produce en la persona respiración agitada, taquicardia, sudoración profusa y sentimientos de abatimiento y debilidad. Tras una breve crisis que puede durar de varios minutos a dos horas, el vago sentimiento de temor y las aterradoras sensaciones pasan y la persona vuelve a su forma de conducta más característica.

Pánico: Consiste en una desorganización generalizada y una arrolladora sensación de terror; los controles de la persona se desintegran por completo y se ve arrollada por un río de impulsos irracionales y extraños pensamientos, que culminan en feroces explosiones de comportamiento caótico; violentos estallidos de hostilidad, aterradoras alucinaciones y actos suicidas. El pánico se manifiesta en estados transitorios de grave ansiedad y descompensación, que terminan al cabo de algunas horas, tras las cuales la persona recupera su "equilibrio normal".

Trastornos neuróticos

Representan diferentes modos de hacer frente a las amenazas, mediante el empleo de diversos mecanismos de enfrentamiento intrapsíquico; estos métodos los emplean casi siempre las personalidades dependientes, ambivalentes y activo-retraídas, intentan resolver sus tensiones y hostilidades internamente, es decir, sin provocar la reprobación social.

Por oposición a los pacientes que tienen una psicosis, los que sufren de una Neurosis:

- Interpretan correctamente la realidad externa. No hay delirios ni alucinaciones.
- Permanecen en contacto con la realidad.
- Exhiben un Yo integrado y una personalidad organizada.

La persona neurótica tiene un conflicto que en la mayor parte, se desarrolla en el inconsciente. La angustia es el centro dinámico de la neurosis, puede no ser expresada directamente y puede ser transformada, desplazada o camuflada. Sin embargo, la persona se da cuenta agudamente de un sentimiento de incomodidad, a pesar del intento inconsciente de controlarlo o modificarlo, experimentando síntomas físicos.

A continuación se presenta una descripción muy breve de los trastornos neuróticos.

Neurosis de Angustia: El paciente se inquieta excesiva e irracionalmente en cualquier situación. Puede haber síntomas

somáticos sin causa fisiológica (disnea, dolor torácico). Estos pacientes presentan síntomas de temor exacerbado que pueden llegar hasta el pánico! Resulta típico el que no haya peligro actual y real para el paciente. El comienzo puede ser agudo o gradual y con el tiempo puede hacerse crónico.

Neurosis Histérica (Reacción conversiva): Se observa generalmente como una reacción física dramática, debido a que se convierten los impulsos inconscientes inaceptables en síntomas corporales. Pueden presentarse después de un suceso traumático o una situación muy emotiva para la vida del paciente, señalando una pérdida repentina de la función, que da como resultado una parálisis, amaurosis o sordera. Con frecuencia, estos pacientes son impulsivos, inmaduros, dependientes y quieren llamar la atención. Es importante hacer diagnóstico diferencial con pérdida de función corporal.

Reacciones Fóbicas: Caracterizadas por miedo y aprensión irracional a un objeto, persona o situación que ellos mismos señalan como irracional, y que, representa un objeto interno amenazante para el paciente.

Neurosis Obsesivo-compulsiva: El síntoma principal es la intromisión insistente y repetitiva de ideas, pensamientos, impulsos y acciones, que el paciente considera como irracional y demuestra impaciencia frente al deterioro de la función adaptativa, debido a los síntomas.

Neurosis Depresiva: Es esencialmente una reacción excesiva y prolongada frente a la pérdida genuina de un objeto amado. Los síntomas comunes incluyen tristeza, llanto frecuente, anorexia moderada con pérdida de peso, trastornos leves y transitorios del patrón de sueño y fatiga.

A continuación se presenta un cuadro que resume las características comunes y distintivas de los trastornos neuróticos, en los tópicos de transfondo de personalidad, síntomas y funciones de enfrentamiento.

CARACTERISTICAS COMUNES A LOS TRASTORNOS NEUROTICOS

TRANSFONDO DE PERSONALIDAD	FUNCIONES DE ENFRENTAMIENTO
<p>Sumiso, gregario, conformista, negativista, evasivo, cicloide, esquizoide.</p>	<p>Mantener el equilibrio físico y social, contrarrestando los precipitantes externos, poner fuera del conocimiento las ansiedades e impulsos inconscientes; dar salida a las tensiones sin provocar condena social, despertar atención, simpatía y apoyo por parte de los demás.</p>

CARACTERISTICAS DISTINTIVAS ESPECIFICAS

SINTOMAS	FUNCIONES DE ENFRENTAMIENTO
<p>Fobia: Miedos extraños e irracionales que son reconocidos como absurdos por el paciente, pero que no pueden ser evitados.</p>	<p>Apartar el Yo de las fuentes internas de ansiedad y desplazarlas a un equivalente simbólico externo que puede evitarse fácilmente, negar y controlar impulsos prohibidos, solicitar protección, evitar responsabilidades.</p>
<p>Conversión: Síntomas físicos que simulan enfermedades orgánicas, por ejemplo, parálisis muscular, mutismo, defectos visuales y auditivos, tics, anestesia táctil.</p>	<p>Cristalizar y simbolizar las tensiones psíquicas a través del desplazamiento a un sustituto físico; evitar responsabilidades; controlar los impulsos; autocastigo mediante el sacrificio de una función corporal.</p>
<p>Disociación: Sentimientos de extrañeza, estados de trance, sonambulismo, estados frenéticos, amnesia total, personalidad múltiple.</p>	<p>Aislar y controlar los elementos ambivalentes de un conflicto; negar sentimientos y recuerdos inaceptables; aislarse del ambiente, satisfacer impulsos.</p>

SINTOMAS	FUNCIONES DE ENFRENTAMIENTO
<p>Obsesión - Compulsión: Pensamientos persistentes e inoportunos, actos estereotipados repetitivos e irresistibles, dudas del Yo, indecisión, necesidad de orden.</p>	<p>Aislar y desplazar los pensamientos que producen ansiedad a un sustituto inócuo, apartarse y contrarrestar sentimientos prohibidos; descargar la culpa a través de la anulación ritualista.</p>
<p>Abatimiento: Autodepreciación, sentimientos de futilidad, culpa y morbosidad.</p>	<p>Solicitar compasión, evitar responsabilidades, crear culpa en los demás, disfrazar la manifestación de hostilidad.</p>
<p>Hipocondría: Dolores y males indiagnosticables, quejas persistentes de malestar físico, preocupación mórbida por la salud, fatiga y debilidad.</p>	<p>Atraer la atención, controlar a los demás, racionalizar los fracasos y defectos, proporcionarse autocastigo y autoapoyo.</p>

Para concluir sobre los trastornos neuróticos, es importante recordar otro aspecto, el de la tendencia de los síntomas a lograr lo que se conoce con la expresión de "ganancia secundaria".

De acuerdo con la teoría freudiana tradicional, la función fundamental de los síntomas neuróticos, es la evitación, control y descarga parcial de la ansiedad o ganancia primaria. Pero además, la maniobra de enfrentamiento neurótica puede producir ciertos reforzamientos positivos, es decir, como consecuencia de sus síntomas neuróticos, el paciente puede obtener ventajas o recompensas secundarias.

Trastornos psicofisiológicos

Se encuentran en general entre las personalidades ambivalentes, los conflictos y encontradas inclinaciones del paciente, no pueden resolverse en su interior, ni se exteriorizados; las tensiones permanecen ligadas a la persona y continúan influyendo en la fisiología del paciente.

En el cuadro siguiente, se presentan algunos factores hipotéticos, correlacionados con los trastornos psicofisiológicos.

TRASTORNO	CAUSAS PSICOGENAS, PERSONALIDAD, OBJETIVO DE ENFRENTAMIENTO
Úlcera Péptica	La persona experimenta privación de las necesidades de dependencia, es resentida, reprime la cólera, no puede expresar su hostilidad o buscar de manera activa la seguridad de la dependencia; es característica de los tipos "emprendedores", autosuficientes y responsables que compensan sus deseos de dependencia, tienen un intenso deseo regresivo de ser confortados y alimentados; los sentimientos vindicativos son reprimidos y se mantienen inconscientes.
Colitis	A esta persona, en la infancia se le obligó a ser sumisa y dependiente; experimenta un conflicto entre su resentimiento y sus deseos de agradar; reprime su cólera por miedo a las represalias; es displicente, le gusta estar protegida y es depresiva o pasiva, amable y dulce; intenta ocultar su hostilidad mediante el gesto simbólico de dar.
Hipertensión Esencial	A esta persona, en la infancia se le obligó a reprimir sus sentimientos de resentimiento; inhibición de la cólera, se siente amenazada por los impulsos hostiles que pueden surgir bruscamente y oprimida por la culpa; se trata de una personalidad controlada, aceptada y "madura"; es de carácter sólido y consistente, es cauteloso y tenso; necesita controlar y dirigir la cólera hacia vías aceptables; desea obtener aprobación de las figuras de autoridad.
Migraña	La persona es incapaz de satisfacer sus autodemandas excesivas, siente intenso resentimiento y envidia hacia los competidores, que han obtenido un mayor éxito intelectual o económico; tiene una personalidad meticulosa, escrupulosa, perfeccionista y ambiciosa; el fracaso en la consecución de las ambiciones perfeccionista da lugar al autocastigo.
Asma Bronquial	La persona experimenta ansiedad de separación; tuvo un afecto inconstante por parte de su madre; tiene miedo de que sus impulsos hostiles se dirijan hacia las personas que quiere y siente culpa por ello; es exigente, enfermiza e insegura o pegajosa y dependiente; el síntoma expresa el llanto oculto en demanda de ayuda y protección.

TRASTORNO	CAUSAS PSICOGENAS, PERSONALIDAD, OBJETIVO DE ENFRENTAMIENTO
Neurodermatitis	La persona tiene padres sobreprotectores, pero que dan poco de sí mismos; tiene un intenso anhelo de afecto, conflictos respecto a la hostilidad y a la dependencia; manifiesta culpa y autocastigo por sus imperfecciones; se trata de una personalidad superficialmente amable y muy sensible, con rasgos depresivos y una autoimagen pobre; los síntomas son una expiación por las imperfecciones y se culpa por la autoescoriación; presenta una expresión indirecta de la hostilidad y exhibicionismo en su necesidad de atención y consuelo.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LOS TRASTORNOS PRODUCIDOS POR LOS ESTADOS DE ANGUSTIA Y ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DE ACUERDO A NIVELES DE PREVENCION

Los estados de angustia afectan a las personas sin distinción de sexo, edad o raza y en ello intervienen multitud de factores que se enumeran e ilustran a continuación:

Factores psicológicos

Personalidad previa del individuo, funciones del Yo debilitadas, experiencias previas (ausencia de uno o ambos progenitores, frialdad emocional del progenitor amado, abuso o seducción del progenitor), apoyos situacionales inadecuados.

Factores socioculturales

Diferencias en los roles (laboral, sexual, familiar, social), expectativas con respecto al medio, inseguridad y represión.

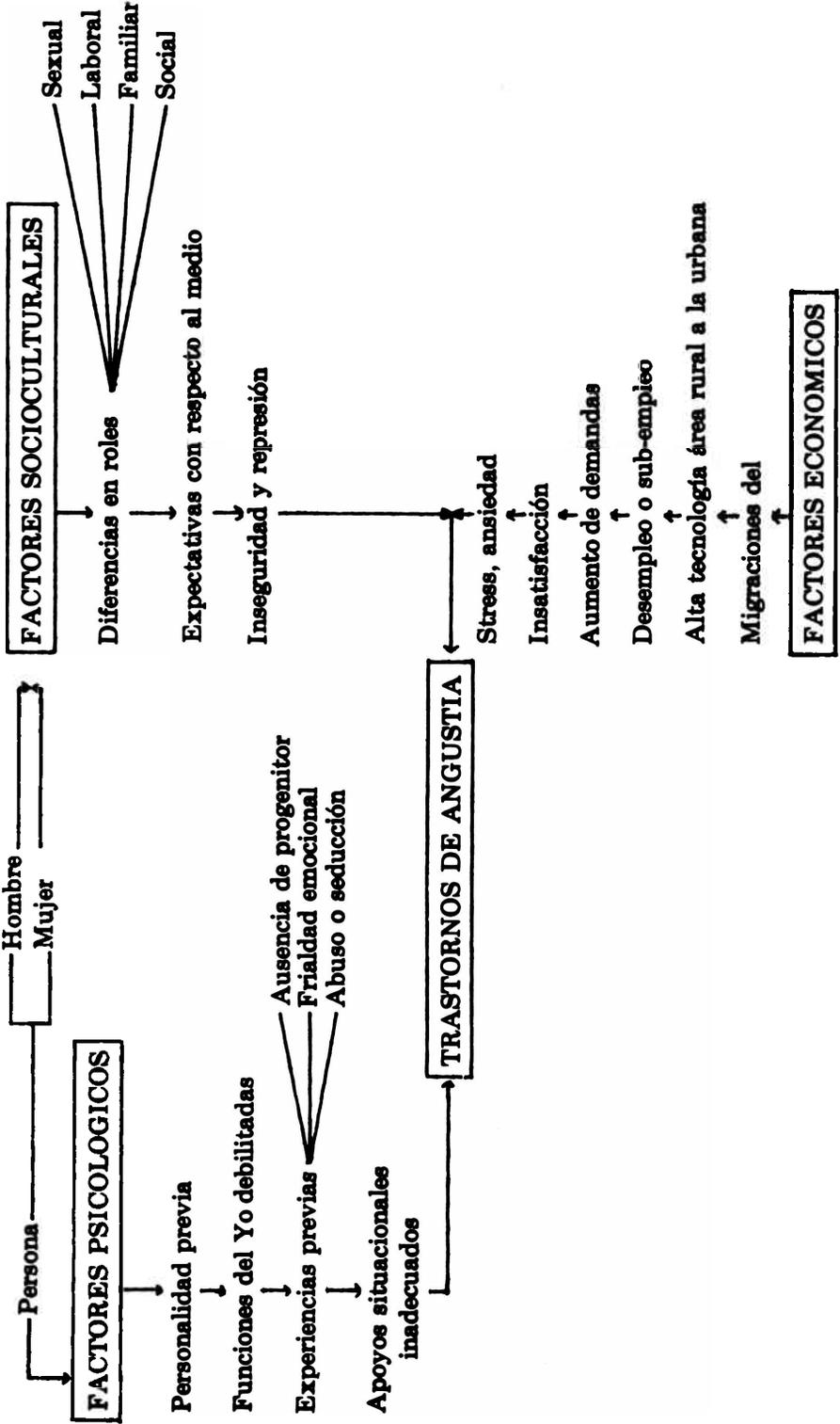
Factores económicos

Migraciones del área rural a la urbana, desempleo o subempleo; dificultad de satisfacción de las necesidades básicas, alta tecnología, aumento de las demandas, insatisfacción.

Prevención primaria

En este nivel, las actividades están destinadas a disminuir la frecuencia de aparición de trastornos neuróticos en la comunidad, combatiendo las condiciones sociales causantes de stress o

INTERACCION DE FACTORES DESENCADENANTES DE ANGUSTIA



potencialmente nocivas para la salud mental e interviniendo prontamente cuando se dan estas condiciones.

Como acciones específicas, se señalan las siguientes:

Procurar el mejoramiento de las condiciones de vida en el área rural y urbana.

En este caso, la enfermera ayuda a la comunidad a detectar y utilizar en forma adecuada, los recursos con los cuales cuenta, con el fin de adaptar el medio ambiente para la satisfacción de sus necesidades y de esta forma establecer una relación persona-ambiente satisfactoria.

La labor de la enfermera es principalmente educativa, en el sentido de promocionar en la comunidad la participación en programas tales como atención a la madre embarazada y al niño, con el fin de evitar trastornos prenatales y postnatales, reforzando en los padres la capacidad de enfrentarse a posibles situaciones de crisis; educación precoz a los padres de familia y maestros sobre desarrollo psicológico, con el fin de que tomen conciencia de las necesidades psicológicas del niño; instrucción a grupos de familias sobre la dinámica de la interacción familiar, con el fin de prevenir disturbios.

Además, se necesitan Especialistas en Enfermería en Salud Mental calificados, para intervenir y trabajar con personas y grupos de personas en los periodos de crisis psicológicas; organizar y dirigir programas de salud escolar que incluyan componentes valorativos y remediadores y detectar las manifestaciones iniciales de trastornos en la formación de la personalidad; intervenir a nivel individual y/o grupal con adultos, tratando de aumentar su capacidad de identificar conflictos emocionales subyacentes; la capacidad de diferenciar entre métodos sanos y patológicos de enfrentarse con el stress y conocimientos sobre las formas de consulta y tratamiento.

En la industria, la enfermera a nivel preventivo en salud mental, también tiene un vasto campo de trabajo, tanto a nivel educativo, como de intervención sobre factores de riesgo.

A nivel geriátrico la acción se dirige hacia programas educativos a las familias y entidades empleadoras, con el fin de enseñarles la forma de manejo del anciano y el jubilado y de intervención en situaciones de riesgo y crisis con individuos de edad avanzada; promocionar programas ocupacionales y recreativos para grupos de ancianos.

Prevención secundaria

Las actividades en esta área pueden dividirse en dos subgrupos.

- *Diagnóstico precoz:* En este aspecto, la Enfermera debe enfocar sus actividades a la detección de relaciones maternofiliales gravemente

deficientes, trastornos del sueño y de la alimentación y cólicos de la primera infancia, ya que pueden ser preludios de trastornos psicofisiológicos, temores irracionales y dificultades en el desarrollo de las aptitudes verbales en los niños de 2 a 4 años; diagnóstico temprano de dificultades de aprendizaje y de adaptación al medio escolar en niños de 5 a 12 años; detección de crisis de identidad y stress en los adolescentes y de crisis vitales y de signos de insatisfacción aguda con el propio trabajo y modo de vida y el deterioro de las relaciones integradoras en el adulto.

- *Tratamiento oportuno:* El tratamiento de los trastornos neuróticos puede darse en el mismo medio de la persona o en la institución hospitalaria, tanto en uno como en otro medio, la enfermera utiliza diferentes técnicas, tales como: terapia individual y de grupo, incluyendo en el grupo el trabajo con la familia y terapia de la realidad. En tales actividades debe contarse con los servicios de una enfermera especializada en el empleo de dichas técnicas, lo cual sumado a sus cualidades personales, que le permitan ser empática con la situación la persona, individuo y su familia, hacen de la enfermera un agente terapéutico importante en los procesos neuróticos.

Prevención terciaria

Va dirigida a la tarea de disminuir la frecuencia de funcionamiento deficiente, producido por los trastornos neuróticos.

Dado el buen pronóstico de este tipo de trastornos, desde que se dé un tratamiento adecuado, los efectos residuales pudiera decirse que no existen.

Por tanto, la enfermera debe orientar sus actividades a mantener al individuo en su medio ambiente y a procurar que este medio ambiente sea adecuado; a disminuir las posibles incapacidades de relación y a derivar gusto e interés de sus interrelaciones con los demás.

CONCLUSIONES

En el trabajo elaborado por Amparo García O. y colaboradoras (1982), sobre la "Aplicación de la Teoría Sociocultural de Karen Horney en la Propuesta de Actividades para la Enfermera Especialista en Salud Mental en la Prevención de las Neurosis", se concluye, entre otros tópicos: "La Neurosis es un proceso circular que se inicia desde la infancia cuando el niño se desenvuelve en un medio familiar adverso y se desarrolla a lo largo de la vida por la influencia de los factores desfavorables del medio sociocultural"/3/.

Aunque el aporte sociocultural es importante y ha sido uno de los más descuidados hasta el presente, creo que es imprescindible el manejo

de todos los factores que inciden en la producción de los estados de angustia, para iniciar programas en los diferentes niveles de prevención.

Corresponde a enfermería en los diferentes campos de desempeño emprender acciones que disminuyan los estados de stress y ansiedad de la persona y grupos de personas, tendientes a incrementar la salud mental y por ende la salud en general.

REFERENCIAS

1. FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Caso Juanito, El Hombre de los Lobos, El Hombre de las Ratas.
2. FREEDMAN Y KAPLAN. *Compendio de Psiquiatría*. Editorial Salvat. Barcelona, 1977.
3. GARCIA, Amparo y Col. *Aplicación de la Teoría Sociocultural de Karen Horney en la propuesta de actividades para la Enfermera Especialista en Salud Mental en la prevención de las neurosis*. Universidad Nacional, Facultad de Enfermería, Bogotá, 1982.
4. MAY, Rollo. Stanley, Schachter y Otros. *La Angustia Normal y Patológica*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1968.
5. FREUD, Ana. *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. Paidós, Buenos Aires, 19.
6. MILLAN, Theodore. *Psicopatología Moderna*. Ediciones Salvat, Barcelona, 1976.

BIBLIOGRAFIA

- BRENER, Charles. *Elementos Fundamentales de Psicoanálisis*. Editorial Libros Básicos, 1977.
- COLLIMON, Martín. *Fundamentos de Epidemiología*. Universidad de Antioquia, Medellín, 1980.
- KYES, J. y Hofling, Ch. *Enfermería Psiquiátrica*. Editorial Interamericana, México, 1982.
- LANCASTER, Jeanette. *Enfermería Comunitaria*. Modelos de Prevención de la Salud Mental. Editorial Interamericana. México, 1983.
- MORGAN, Arthur y MORENO, Judith. *La Práctica de Enfermería de Salud Mental*. OPS/OMS., 1979.
- TRAVELBEE, Joyce. *Intervención en Enfermería Psiquiátrica*. OPS/OMS, 1979.
- ZAX, Mehun y COWEN, Emory. *Psicopatología*. Editorial Interamericana. México, 1979.