

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
POST - GRADO DE SALUD PUBLICA



TESIS

ESTRESORES PERSONALES, FAMILIARES Y
LABORALES Y SU RELACION CON LA
DEPRESION Y ANSIEDAD EN AUXILIARES DE
ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEL I.H.S.S. DE TEGUCIGALPA

SUSTENTADA POR

EDNA JANETH MARADIAGA M.

PREVIA OPCION AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PUBLICA

ASESORA

EMILIA ALDUVIN

Tegucigalpa, M. D. C.

Honduras, C. A.

MAYO DEL 2009

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
POST-GRADO DE SALUD PÚBLICA.**



TESIS

**ESTRESORES PERSONALES, FAMILIARES Y LABORALES Y SU
RELACION CON LA DEPRESION Y ANSIEDAD EN AUXILIARES DE
ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL I.H.S.S. DE
TEGUCIGALPA**

SUSTENTADA POR:

EDNA JANETH MARADIAGA MARTINEZ.

**PREVIA OPCION AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORA

EMILIA ALDUVIN

TEGUCIGALPA, M.D.C., MAYO DEL 2009, HONDURAS, C. A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTORA:	Lic. Julieta Castellanos
VICERECTORÍA ACADÉMICA	Dra. Rutilia Calderón
VICERECTORÍA DE ASUNTOS INTERNACIONALES	Abg. Ernesto Paz
VICERECTORÍA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES	Dra. América Alvarado
SECRETARIA GENERAL:	Abg. Emma V. Rivera

DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DIRECTOR:	Dr. Rolando Aguilera
------------------	-----------------------------

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO:	Dr. Dagoberto Espinoza
----------------	-------------------------------

POST-GRADO DE SALUD PÚBLICA

DIRECTORA:	Msc. Astarté Alegría
ASESORA DE TESIS	Msc. Emilia Alduvín

TERNA EXAMINADORA

COORDINADORA:	Msc. María Elena Cáceres
MIEMBRO:	Dr. Manuel Sierra
MIEMBRO:	Dr. Carlos Sosa

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por su acompañamiento incondicional en mi vida.

Al Instituto Hondureño del Seguridad Social, Hospital de Especialidades de la Granja y a todas las personas que hicieron posible la realización de este estudio en especial a las auxiliares de enfermería de esta institución.

A los docentes de la Maestría por compartir sus conocimientos y experiencias en particular a las Msc. Emilia Alduvín y Eva luz de Alvarado **Q de DG**, por sus orientaciones y colaboración en el desarrollo de esta investigación.

A los doctores Manuel Sierra y Carlos Sosa por sus consejos, apoyo y su sostén en los momentos difíciles.

A Karen Barahona por su apoyo en el levantamiento de la información.

Al Lic. Mauricio Gonzales por su colaboración en la edición de este documento.

CONTENIDO

	No Página
CAPITULO I	
1. Introducción	1
2. Objetivos	6
a. General	6
b. Específicos	6
3. Hipótesis	7
4. Definición de variables	7
5. Anotaciones metodológicas	9
6. Técnicas e instrumentos de recolección de la Información	11
7. Procedimientos para la recolección de la información	13
8. Plan de tabulación y análisis	14
9. Aspectos éticos	17
II CAPITULO	
Marco Teórico	18
A. Depresión	18
• Definición de depresión	18
• Datos epidemiológicos de la depresión	20
• Sintomatología	23
B. Ansiedad	27
C. Estrés	32

• Definición de estrés	32
• Antecedentes históricos	33
• Factores causales	37
• Contexto personal	37
• Contexto familiar	40
• Contexto laboral	40
• Tipo de actividad laboral desarrollados	42
Por el personal de salud	
D. Mecanismos de afrontamiento	46
Afrontamiento al estrés laboral	
III CAPITULO	
Presentación de resultados	51
1. Caracterización-Sociodemográfica	51
2. Datos de área laboral	52
3. Grado de satisfacción con la pareja	53
4. Antecedentes personales patológicos	53
5. Hábitos personales	54
6. Antecedentes familiares patológicos	55
7. Estresores personales y familiares	56
8. Estresores laborales	57
9. Estrés	58
10. Ansiedad	61

11. Depresión	63
12. Grado de satisfacción en el lugar de trabajo	65
13. Mecanismos de afrontamiento	66
IV. CAPITULO	
Discusión y análisis	68
V. CAPITULO	
Conclusiones y recomendaciones	77
Bibliografía	80
Anexos.	84

Capítulo I

1. Introducción

La salud mental, física y social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes. La salud mental es un componente esencial para el bienestar general del individuo, la sociedad y las naciones.

En la mayor parte del mundo no se le concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física, muy por el contrario ha sido objeto de abandono e indiferencia. “Hay aproximadamente 450 millones de personas que padecen de un trastorno mental, y una pequeña minoría recibe tratamiento elemental”¹.

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, las encuestas han demostrado que más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida¹.

Los estudios epidemiológicos realizados en centros de atención primaria han identificado que los trastornos mentales más frecuentemente diagnosticados son la depresión, ansiedad, así como el consumo de sustancias adictivas.

La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. El Global Burden Disease (GBD) del 2000 manifestó que la prevalencia puntual de los episodios de depresión

¹ OPS Informe sobre salud mental en el mundo. Salud mental, Nuevos conocimientos, Nuevas Esperanzas 2001.

unipolar fue de 3.2% en población femenina y 1.9% en la masculina y que el 9.5% de las mujeres experimentaron un episodio depresivo en un periodo de 12 meses a diferencia del 5.8% en los hombres. Solo la depresión causa la mayor proporción de discapacidad, casi de 12% del total de enfermedades.

En 1997 en el sur de la ciudad de México un estudio mostró que un 5.7% de la población sufre de trastornos depresivos y un 3.7% de depresiones graves o distimia y ambas son mas frecuentes en mujeres². En diversos estudios se ha citado que la prevalencia de depresión general oscila entre 6 y un 25%, estimándose que 100 millones de personas padecen de depresión diagnosticable clínicamente³, lo que revela el dramático dato que por cada 4 ó 5 personas que nacen, una será afectada por depresión, al menos una vez en el transcurso de su vida⁴.

Un estudio realizado en comunidades urbanas de Honduras año 2001, se encontró que la prevalencia de depresión mayor fue del 11.4% para las mujeres y el 3.9% para los hombres⁵.

Una investigación en el año 2000 en residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias Médicas UNAH, revela que la prevalencia de depresión en los médicos (as) residentes fue de 33% en mujeres y el 16% en hombres⁶.

² Lara Asunción M, Mondragón L., Rubí A., Salud Mental Vol. 22, No 4 agosto 1999.Pp 42

³ Ban T., Coppen J., Hollister E., Ibor JJ, Pichot P. El Diagnóstico de la Depresión Manual para el Médico Clínico 2002.USA Pp 13

⁴ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002 Pp 25

⁵ Chirinos A., Munguía A., Lagos A., Salgado J., Reyes A., Padgett D., Prevalencia de trastornos Mentales en Población Mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras 2001. Rev Med Post UNAH vol 7, No 1 enero-abril 2002.Pp 42

⁶ Aguilar M., Rovelo M., Padgett D., Reyes A., Evaluación de Salud mental en los médicos residentes de los postgrados de medicina de la UNAH en el año 2000 Rev Med Post UNAH vol 6, No 1 enero-abril 2001.Pp 7

en hombres⁶.

La depresión se presenta en una proporción de dos mujeres por un hombre entre los 15-70 años de edad, debiéndose a factores hereditarios, trastornos médicos, la administración de ciertos fármacos, consumo de sustancias adictivas, personas ansiosas, con fobias y en las mujeres se relaciona con los cambios hormonales. También se asocia a estímulos o situaciones repetidas que provocan respuesta de estrés en los individuos, a éstos se les conoce como estresor (es) o situación (es) estresante (s).

Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Es decir depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él, ya que las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas⁷.

Este influjo ejercido por los acontecimientos de la vida en su carácter de estrés agudo y/o crónico conduce al apareamiento de la ansiedad y luego a la depresión.

Estos estresores pueden aparecer en diferentes contextos, ya sea, familiar, laboral o social y pueden ser de tipo biogénico o psicosocial. Ambos tipos de estresores provienen tanto de estímulos externos a la propia persona como

⁶ Aguilar M., Roveló M., Padgett D., Reyes A., Evaluación de Salud mental en los médicos residentes de los postgrados de medicina de la UNAH en el año 2000 Rev Med Post UNAH vol 6, No 1 enero-abril 2001. Pp 7

⁷ Rodríguez R., Roque Y., Moleiro O., Estrés Laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Universidad Central María Abreu de las Villas, Facultad de Psicología 2003.

de aspectos internos.^{7,8}

Entre las dimensiones contextuales generadoras de estrés se destaca el ámbito social que involucra lo personal, familiar y lo laboral.

Investigaciones en salud mental han mostrado independientemente del contexto diferencias en función del género, habiéndose encontrado que es más probable que las mujeres presentan más depresión a lo largo de todo su ciclo vital y esto se atribuye a que la mujer experimenta más estrés, más ansiedad, y por lo tanto tengan más depresión que los hombres.

Con relación a lo laboral muchas personas opinan que el trabajo no es una actividad gratificante en sí misma, lo cierto es que su ausencia total o el sólo temor de quedar desempleado con todas las posibles consecuencias que ello implica, suelen propiciar la aparición de problemas psicológicos como la depresión en el adulto.

Sin embargo, también el trabajo puede provocar efectos negativos en las personas cuando no se organiza y estructura atendiendo a las necesidades y capacidades reales de los encargados de llevarlo a cabo, pudiendo aparecer el estrés laboral.

Para la mujer que trabaja en los centros asistenciales para atender la salud hay una serie de condicionantes propias de ese tipo de trabajo como ser; el dolor, la muerte, las enfermedades terminales, que muchas veces genera la sensación de poder hacer poco o nada por los pacientes, siendo estas situaciones definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas ya

⁷ Rodríguez R., Roque Y., Moleiro O., Estrés Laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Universidad Central María Abreu de las Villas, Facultad de Psicología 2003.

⁸ Caruano Agustín, Psicología de la salud. Estrés y adaptación al estrés y trastornos psicofisiológicos 2001.

que es cuestión de vida o muerte, que llevan a una carga mental y física. Por otro lado los turnos rotatorios, el trabajo nocturno, la sobre carga de trabajo conducen a la fatiga; así como los aspectos propios de la organización y división del trabajo como ser la repetición de tareas, inestabilidad laboral, salarios bajos, la falta de participación en la toma de decisiones, pueden llevar a provocar el desencadenamiento del estrés, ansiedad y por consiguiente la depresión. Por otra parte la mujer que labora en el sector salud no se excluye de la distribución epidemiológica de padecer de estos trastornos.

También se ha propuesto que las mujeres desempeñan más roles, ya que sus roles son más demandantes que los de los hombres. Se ha encontrado que les afecta más el estrés de los que le rodean, ya que suelen estar más implicadas que los hombres en las redes sociales y familiares⁹.

Otros autores han propuesto que las diferencias entre mujeres y hombres en depresión podrían deberse a que aquéllas carecen de estrategias adecuadas para el afrontamiento del estrés y/o de la depresión. Se afirma que las diferencias individuales en la duración de la depresión están influidas por el estilo de respuesta ante el humor depresivo, encontrando que en algunas personas predominan las rumiaciones, con pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo que tiende a intensificar los síntomas y a interferir con la solución de los problemas. Las mujeres presentan con mayor frecuencia este estilo de

⁹ Matud, Aznar Pilar María. Depresión y Género Universidad de Laguna España marzo 2000

respuesta ante la depresión.

Si a todo lo anterior le agregamos el trabajar en unidades asistenciales de un hospital de tercer nivel, donde el número de estresores es mayor habrá probablemente un incremento de trastornos ansiosos y depresivos. Actualmente en nuestro país no hay un estudio que nos dé respuesta a la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre los estresores agudos personales, familiares, laborales y el tipo de estrategias de afrontamiento y el apareamiento de trastornos ansiosos y depresivos en auxiliares de enfermería que laboran el Hospital de especialidades del IHSS de Tegucigalpa en el primer semestre del 2006?

A partir de esta interrogante se realizó un estudio cuyos objetivos fueron:

2. Objetivo general

Establecer la relación entre los diferentes estresores agudos y el apareamiento de ansiedad y depresión en el personal femenino de enfermería que labora en el Hospital de especialidades de IHSS con el propósito de sugerir medidas de intervención para promocionar la salud en la población en estudio.

En relación a los **Objetivos Específicos** se propuso:

- Determinar el porcentaje de ansiedad y depresión en la población estudiada
- Caracterizar a la población estudiada por edad, estado civil, número

de hijos

- Identificar datos de área laboral.
- Establecer la satisfacción en relación con la pareja.
- Describir los antecedentes personales y familiares patológicos.
- Registrar los hábitos personales de las estudiadas
- Identificar los estresores agudos personales, familiares, y laborales,
- Establecer la relación entre el estrés y la ocurrencia de ansiedad y depresión.
- Identificar las estrategias de afrontamiento que tiene la población investigada con relación al estrés laboral.
- Identificar el grado de satisfacción con el puesto de trabajo que tiene cada una de las encuestadas.

3. Las hipótesis descriptivas que guiaron este estudio fueron las siguientes:

A.- Existe en el personal auxiliar de enfermería del Hospital de Especialidades del IHSS de M.D.C. una asociación entre la presencia de estrés y la presencia de ansiedad y/o depresión.

B.- El personal auxiliar de enfermería del Hospital de Especialidades del IHSS de M.D.C. utiliza con mayor frecuencia el afrontamiento pasivo como mecanismo para conllevar el estrés laboral.

4. Definición de variables

- Variable dependiente:

Depresión y ansiedad

- Variables Independientes:

1. Características sociodemográficas: edad, estado civil, número de hijos

2. Aspectos laborales: lugar donde labora, años de laborar

3. satisfacción en relación con la pareja

4. Antecedentes personales y familiares de depresión

5. Hábitos personales de las estudiadas.

6. Estresores personales:

- muerte del cónyuge
- lesión personal o enfermedad
- matrimonio
- hipoteca o préstamo
- logro personal
- cambio de residencia
- cambio en los hábitos del dormir, comer.

7. Estresores Familiares:

- Desmembramiento de la familia (muerte, separación, encarcelamiento, hijo que abandona el hogar)
- Malas relaciones familiares (relaciones conyugales no armónicas, violencia, conflictos sexuales, dinero, educación de los hijos), alteración de la salud de un familiar
- Embarazo, conflicto con los hijos, principio o fin de la

escuela

- Estado financiero (pareja que deja de trabajar, despido, jubilación).

8. **Estresores laborales:**

- Ambiente laboral (vinculados ambiente físico que se desarrolla la tarea)
- Sobre carga de trabajo
- Organización del tiempo de trabajo
- Responsabilidad y participación en la toma de decisiones
- Condiciones laborales inadecuadas
- Clima organizacional (estilos de gerencia, conflicto y ambigüedad de roles, problemas al nivel de grupo, falta de estímulos, incentivos).

9. **Estrategias de afrontamiento:** Cualquier actividad que el individuo pone en marcha, tanto de tipo cognitivo o conductual con el fin de enfrentarse a una determinada situación estresante. Puede adoptarse un afrontamiento activo dirigido a cambiar la situación o pasivo dirigido a la evitación.

5. **Anotaciones metodológicas:**

El presente estudio tiene un **diseño descriptivo transversal** en una muestra aleatoria de auxiliares de enfermería que nos permitió la determinación de la prevalencia de depresión y de ansiedad, y su relación

con los estresores personales, familiares y laborales así como de los mecanismos de afrontamiento más utilizados en el ámbito laboral.

Área de estudio seleccionada fue el Hospital de Especialidades del IHSS Barrio La Granja de Comayagüela.

El Universo: fueron todas las auxiliares de enfermería que laboran en el Hospital de Especialidades del IHSS.

Muestreo: La muestra se obtuvo de forma aleatoria simple basándose en el listado actualizado proporcionado por la gerencia administrativa del IHSS de todas enfermeras no profesionales de la institución que laboraban en las diferentes salas de atención ambulatoria y hospitalaria en el primer semestre del año 2006. El tamaño de la muestra se calculó utilizando el programa Epi-Info 6.04d (Versión DOS), considerando los siguientes parámetros:

- Universo o población total de 342 auxiliares de enfermería
- Prevalencia de depresión en mujeres de 20% con un valor mínimo de 13%
- Índice de confianza del 95%
- Poder estadístico (factor beta) de 80%

Utilizando estos parámetros se obtuvo una muestra de 100 auxiliares de enfermería. Se le sumó un 10% a la muestra por las posibles pérdidas o rechazo a participar en el estudio haciendo un total de 110 participantes. La muestra final fue de 107 eliminándose tres por inconsistencias en la información.

Criterios de inclusión en el estudio:

- Ser auxiliar de enfermería

- Tener más de dos años de la trabajar en el Hospital de Especialidades del IHSS del M.D.C. y
- Tener nombramiento.

6. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

La técnica que se utilizó fue la entrevista aplicando un formulario estructurado, el cual tenía las siguientes secciones: aspectos sociodemográficos, antecedentes personales patológicos, antecedentes familiares de ansiedad, depresión, estresores personales, familiares y laborales así como los mecanismos de afrontamiento del estrés laboral.

Para la identificación de los estresores personales y familiares se aplicó la escala de Reajuste social de Thomas Holmes y Richard Rahe¹⁰ modificada. La cual mide los cambios ocurridos en los últimos 30 días, para las personas con tolerancia normal con un puntaje de 250 puntos puede encontrarse en una situación de sobre estrés, personas con una baja tolerancia al estrés pueden encontrarse sobre estresadas a niveles de 150 por lo que se tomó en este estudio como puntaje suficiente para indicar que un sujeto tenía estrés.

Producto de la validación del instrumento se vio la necesidad de hacerle cambios a la escala como ser el numeral No 11 se debió entender como retiro de trabajar, el numeral 20 como aumento en el número de peleas con su pareja, el número 23 como dormir menos de lo acostumbrado, en el número 29 como remodelación de la casa, en el 36 se entendió como

¹⁰ Escala de Reajuste social de Thomas Colmes y Richard Rahe. Esta escala fue publicada por primera vez en el Diario de Investigaciones Psicosomáticas. Copyright 1967, vol II p.214. Anexo I

cambio de la escuela de sus hijos menores y el número 39 prestamos no bancarios, es decir menores.

Se aplicó la escala de Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad de Tobal y Cano Vindel¹¹, que evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general de personalidad ansiosa), los tres sistemas de respuesta por separado (lo que pensamos, regulado por el **sistema cognitivo**; lo que sentimos a nivel corporal, o **sistema fisiológico**; y lo que hacemos, o **sistema conductual-motor**). El instrumento ha sido traducido y adaptado a más de una docena de países y lenguas diferentes, y mide 22 situaciones específicas y 24 respuestas o conductas de ansiedad. Se puede evaluar la frecuencia con que aparecen los síntomas según una escala de 0-4 puntos donde el cero es casi nunca, 1 es pocas veces, 2 unas veces si otras no, el 3 es muchas veces, y el 4 casi siempre. En relación a la puntuación se plantea que cuando los varones alcanzan el percentil 75 sumando 16 puntos tienen ansiedad, en cambio, las mujeres tienen en general mayores niveles de ansiedad que los varones, por lo tanto cuando una mujer alcanza el percentil 75, y sus puntuaciones suman unos 19 se le diagnostica ansiedad.

Se auto administró la escala de Beck¹² para el diagnóstico de depresión, consta de 13 ítems con respuestas graduadas de 0-3 según la intensidad de la sintomatología, cada nivel de respuesta esta definida por una frase que le permite al paciente identificar su propia situación. El puntaje de la escala de

¹¹ Escala de Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad de Tobal y Cano Vindel. Universidad Complutense de Madrid. Juan Jose Miguel Tobal y Antonio Cano Vindel 1986. Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés SEAS. <http://www.ucm.es/info/seas>. Anexo2

¹² Escala de Beck Anexo 3

Beck es el siguiente. Sin depresión entre 0 y 4 puntos, depresión leve entre 5 y 7, depresión moderada entre 8 y 15, depresión severa mayor de 15 puntos. La escala de ansiedad y depresión de Beck fueron auto administrados. Si la encuestada no le entendía se le explicaba. Para medir los estresores laborales¹³ se utilizó una escala formada por 51 ítems a los que se contesta 1 nunca, 2 algunas veces, 3 a menudo y 4 siempre. Se obtiene la frecuencia y el que siempre les genera estrés.

Para medir las estrategias de afrontamiento del estrés laboral se utilizó la escala de Folkman y Lazarus¹⁴ modificada, consta de 32 ítems con los que se mide la frecuencia de las diferentes estrategias de afrontamiento, la escala evalúa utilizando los siguientes indicadores 1 nunca, 2 algunas veces, 3 a menudo y 4 siempre. Se buscan los principales ítems según las respuestas a menudo, y siempre y se obtienen los porcentajes de arriba del 70%.

Esta encuesta fue previamente validada en personal similar (10 enfermeras) pero que no formaron parte del estudio.

7. Procedimientos para la recolección de la información.

Se pidió el permiso a las autoridades médicas y de enfermería del IHSS para realizar el estudio. La investigadora y una asistente de investigación fueron las encargadas de recolectar la información, además se contó con la asesoría de un experto en estadística, y de un médico psiquiatra.

¹³ Escala de estresores laborales Anexo 4

¹⁴ Escala de Folkman y Lazarus para las estrategias de afrontamiento. Anexo 5

8. Plan de tabulación y análisis.

La información fue procesada electrónicamente utilizando el programa Epi-Info 6.04d. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas univariadas que describieron frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Para el análisis bivariado se construyeron tablas de 2xN y se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (X^2). Se consideró que existía significancia estadística cuando el valor de "p" era menor de 0.05.

Plan de análisis:

Objetivos	Hipótesis	VARIABLES	Plan de análisis.
1. Determinar el porcentaje de ansiedad y depresión en la población estudiada		Depresión: Magnitud. Ansiedad: Magnitud	Frecuencia y Porcentaje (95% Intervalo de confianza) Frecuencia y Porcentaje. (95% Intervalo de confianza) Análisis Univariado
2. Caracterizar a la población estudiada por edad, estado civil, número de hijos		Características de la población en estudio: Edad Estado civil Número de hijos	Años, moda, promedio Distribución, % Cantidad de hijos. Análisis Univariado
3. Identificar datos de área laboral		Datos de área laboral: -Sala donde labora -Tiempo de laborar en el	Distribución, porcentaje Cantidad en años. Distribución,

Objetivos	Hipótesis	Variables	Plan de análisis.
		IHSS. -Trabaja en más de un turno al día. -Trabaja en más de una institución.	porcentaje, promedio Distribución, porcentaje Análisis Univariado
4. Establecer la satisfacción en relación con la pareja.		Satisfacción en relación a la pareja: -Relación en general. -Vida sexual -Vida Emocional -Situación económica.	Distribución, porcentaje Distribución, porcentaje Distribución, porcentaje Distribución, porcentaje Análisis Univariado
5. Describir los antecedentes personales y familiares patológicos.		Antecedentes personales patológicos: -Padecimiento de enfermedades: IRC Obesidad Infarto del Miocardio. Cáncer Diabetes Sida Problemas de tiroides. Depresión Ansiedad Antecedentes familiares patológicos: -Depresión. Parentesco -Intentos Suicidas Parentesco -Suicidios en la familia	Magnitud, porcentaje Análisis Univariado Magnitud. % Análisis Univariado Magnitud. Frecuencia, porcentaje

6. Registrar los hábitos personales de las estudiadas		Hábitos personales: -Consumo de tabaco. -consumo de bebidas alcohólicas. -Consumo de otras drogas	Magnitud, porcentaje Análisis Univariado
7. Identificar los estresores personales, familiares y laborales.		Estresores: -Personales -Familiares -Laborales	Calificación según escala Análisis Univariado
8. Identificar las estrategias de afrontamiento que tiene la población investigada con relación al estrés laboral.	El afrontamiento pasivo es el más utilizado por el personal de enfermería para conllevar el estrés.	Estrategias de afrontamiento. -activo -pasivo	Distribución, frecuencia y porcentaje Análisis Univariado
9. Identificar el grado de satisfacción con el puesto de trabajo que tiene cada una de las encuestadas.		Grado de satisfacción. -Relación con compañeras de trabajo. -Carga de trabajo -Espacio físico. -Salario actual	Porcentaje Análisis univariado
10. Establecer la relación entre el estrés y la ocurrencia de ansiedad y depresión.	Existe una asociación entre el estrés a que está sometida la auxiliar de enfermería y la presencia de ansiedad y/o depresión.	Relación entre estrés con la ansiedad y la depresión.	Análisis bivariado Tablas de 2xN y se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (X^2). Se consideró que existía significancia estadística cuando el valor de "p" era menor de 0.05.

9. Aspectos éticos.

Se solicitó el consentimiento informado verbal a cada una de las participantes, y se les aseguro la confidencialidad de los datos obtenidos. La encuesta fue anónima; sin embargo, si la persona quería conocer los resultados de la misma debía proporcionar su nombre y cómo localizarla.

Se encontraron varias personas con diagnóstico de depresión y una persona con depresión severa pero no dieron la información para ser localizadas y remitidas al especialista de la institución. Al finalizar la investigación se organizarán talleres de discusión de resultados con el personal de enfermería participante y con las autoridades del IHSS para desarrollar estrategias de manejo y prevención de depresión, ansiedad y manejo de estrés laboral.

CAPITULO II

Marco teórico

A. Depresión

La depresión proviene de latín *deprimere*, que significa hundimiento o abatimiento. Lo que se hunde en la depresión es el plano vital del ser humano, los pacientes depresivos son enfermos de la vitalidad.¹⁵

En la actualidad según la clasificación del DSM-IV los trastornos depresivos se caracterizan por uno o más episodios depresivos mayores al menos durante dos semanas.

Un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, la persona también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas¹⁶.

El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de los síntomas.

En el episodio de depresión leve por lo común están presentes 4 de los 10 síntomas, 6 de 10 el nivel moderado y 8 de 10, el nivel grave.

Entre las principales causas de depresión para Fernández 2002, tenemos

¹⁵ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002 Pp. 10

¹⁶ DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 2002 Pp.391

que se distribuyen entre la herencia, la situación social, la ansiedad neurótica, un proceso corporal patológico, la administración de fármacos o consumo de drogas, pero con frecuencia se produce la intervención de una causalidad mixta.

La depresión se perfila como un síndrome, al que se le denomina síndrome vital depresivo. Como eslabón intermedio entre las causas anteriores de la depresión y la aparición de la sintomatología depresiva, interviene un desequilibrio neuroquímico, es decir, que la influencia de los distintos factores causales básicos depresivos converge en la producción de un desequilibrio en la bioquímica cerebral, con la afectación primordial de ciertos sistemas de neuro transmisores, incluyendo los de la serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina y ácido gammaaminobutírico lo que se traduce en la plasmación del estado depresivo.¹⁷

En los últimos tiempos hay varios factores que intervienen en el apareamiento de la depresión:

- El refuerzo de la sobrecarga emocional implicada en el trabajo y la prisa de la vida, habitualmente llamado estrés crónico.
- Disminución de la comunicación entre los seres humanos próximos lo que genera frecuentes situaciones de soledad.
- Los cambios acelerados en la forma de vida día a día, ejemplo la desmembración de la familia, lenta ruptura de las tradiciones y las estructuras sociales.

¹⁷ Darran B., Simon D. Lo Esencial en Psiquiatría, Haurcourt Internacional. España 2001

- La curabilidad de las enfermedades somáticas anteriormente mortales y ahora con una evolución larga o una convalecencia prolongada prodiga de factores depresógenos.
- La masiva utilización de medicamentos entre cuyos efectos secundarios figura el de facilitar la aparición de la depresión¹⁸.
- La extensión del consumo de drogas legales (sobre todo el alcohol) e ilegales (marihuana, cocaína, anfetaminas, opiáceos) todos ellos capaces de provocar un estado depresivo.

Esto último es contrario a lo que plantea el DSM-IV que por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica¹⁹.

Los episodios depresivos a veces van precedidos de algún estrés psicosocial por ejemplo la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio, el parto.

Datos epidemiológicos

En población general mayor de 15 años, hay una prevalencia puntual entre un 6% y un 8% de enfermos depresivos, lo que se traduce en la existencia en el mundo de cerca de 500 millones de enfermos depresivos. La expectativa de depresión a lo largo de la vida (prevalencia longitudinal)

¹⁸ Yepes L, Toro R., Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia 1998 Pp.136

¹⁹ DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 2002 Pp.394

oscila entre el 20% y el 25%, lo que refleja que por cada 4 ó 5 personas que nacen una será afectada por la depresión al menos una vez en el curso de su vida²⁰.

La característica sociodemográfica mas popular de la depresión consiste en que el número de mujeres, duplica al de los hombres, esta proporción de 2 mujeres depresivas por un hombre se extiende su validez entre los 15 a 70 años. En España la tasa de prevalencia señala la presencia de dos millones de mujeres depresivas, y un millón de hombres. A lo largo de su vida 1 de cada 3 mujeres y uno de cada 6 hombres resultaran afectados por la depresión^{20,21}

La frecuencia doble de la depresión femenina probablemente se debe a la ocurrencia de ciertos factores biológicos, psíquicos y sociales coincidentes todos ellos en ejercer una acción depresógena. Entre los influjos biológicos femeninos de tendencia depresiva sobresale la presencia del segundo cromosoma x, y la interacción cerebro /hormonas femeninas sometidas a internas variaciones implicadas en el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia²².

En segundo lugar la personalidad femenina es mas vulnerable a la depresión dada a su mayor dependencia a factores externos, como ser el que a las mujeres les afecta más la pérdida de personas o en caso de relaciones interpersonales, su ruptura.

²⁰ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002 Pp.25

²¹ Darran B., Simon D. Lo Esencial en Psiquiatría, Haurcourt Internacional. España 2001

²² Fernández A Op. Cit. Pp. 25

Y por último la instalación social de la mujer favorece un mayor sometimiento al estrés, más difícil de superar que la del hombre o bien la búsqueda de más asistencia médica por parte de la mujer pudiera parecer que sufre más de depresión que el hombre.

Otros autores han propuesto que las diferencias entre mujeres y hombres en depresión podrían deberse a que aquéllas carecen de estrategias adecuadas para el afrontamiento del estrés y/o de la depresión. Así, Nolen-Hoeksema (1991) afirma que las diferencias individuales en la duración de la depresión están influidas por el estilo de respuesta ante el humor depresivo, encontrando que en algunas personas predominan las rumiaciones, con pensamientos y conductas centradas en los síntomas y en sus causas y consecuencias, lo que tiende a intensificar los síntomas y a interferir con la solución de los problemas. Por el contrario, otras tratan de distraerse y se centran en la solución de los problemas, lo que reduce y acorta la experiencia depresiva.

Y en varios estudios se ha encontrado que las personas con más respuestas de rumiaciones tienen periodos depresivos más largos, habiéndose planteado que es más probable que las mujeres presenten este estilo de respuesta ante la depresión.

Un primer episodio depresivo se puede producir a cualquier edad, siendo el comienzo medio al final de la cuarta década de la vida, con picos a los 30 y los 50 años²³.

²³ Darran B., Simon D. Lo Esencial en Psiquiatría, Haurcourt Internacional. España 2001

La relación entre el estado civil y la presencia de depresión ofrece datos de sumo interés. Las personas separadas y divorciados son las más afectadas por la depresión y las casadas menos.

La distribución de la frecuencia de la depresión sigue esta escala de menos a más. Casados, solteros, viudos y separados o divorciados²⁴.

La unión de pareja constituye un factor protector relativo pero muy importante. La separación o el divorcio representa para las mujeres un acontecimiento estresante incluso mayor que la viudez, a causa de sufrir la pérdida y vivida a menudo como abandono, acompañada de trámites legales muy dolorosos.

En el estrato socioeconómico bajo la incidencia de depresión se muestra algo más elevada que en el resto de la población²⁵.

Sintomatología:

Los enfermos depresivos muestran unos síntomas muy distintos unos de otros: se caracteriza por tener un humor depresivo, anergia (debilidad de los impulsos), discomunicación (aislamiento) y la ritmopatía (anarquía funcional):

- Humor depresivo: pesimista, desesperanza, congoja, tristeza

Tendencia auto destructora

Insensibilidad al placer.

²⁴ Ban T., Coppen J., Hollister E., Ibor JJ, Pichot P. El Diagnóstico de la Depresión Manual para el Médico Clínico 2002. USA Pp.45

²⁵ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002. Pp.26

A esto se le asocia la constelación afectiva de distintos fenómenos negativos de los órdenes siguientes:

Disminución del auto estima

Auto reproches morales, sentimientos de culpa

Las preocupaciones económicas

Temores hipocondríacos.

- La anergia: debilidad de los impulsos.

Inmovilidad

Cansancio de la vida (aburrimiento, insensibilidad)

Falta de memoria

Pensamiento oscuro

Dudas e indecisiones

Fatiga crónica

- Discomunicación: aislamiento, introvertido, sentimientos negativos ante los demás (irritabilidad, hostilidad, desconfianza, celos).

- Ritmopatía

Trastornos de la alimentación, sueño

La consecuencia más grave de un episodio depresivo es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para sujetos con síntomas sicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de

sustancias²⁶. Tasas ajustadas según edad el suicidio se presenta 20 veces o más en pacientes con depresión que en población general.²⁷

Abundan los estados depresivos mixtos causados por una intervención causal multifactorial.

La predisposición hereditaria responsable de la depresión hace que esta enfermedad tenga cierta presentación familiar, entre los progenitores, hermanos y los hijos de un depresivo, suele haber entre el 15 al 20% de individuos afectados por la misma enfermedad. Entre menor es el parentesco consanguíneo tíos, primos, y sobrinos el riesgo de contraer la depresión es menor.

La forma hereditaria de la depresión puede definirse como la transmisión dominante de escasa penetrancia, ligada al cromosoma x para manifestarse externamente precisa del refuerzo aportado por el influjo de otros genes o ciertos agentes ambientales, psicosociales u orgánicos.

El propio carácter neurótico caracterizado por inseguridad y baja autoestima, timidez es terreno adecuado para la germinación depresiva.

Los trastornos médicos mas depresógenos son el fracaso renal avanzado, el post infarto del miocardio, el cáncer, el VIH/SIDA y las afecciones endocrinas. Los pacientes que sufren este tipo de padecimiento son afectados por la depresión entre el 20% y el 50%.

²⁶ DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 2002 Pp.364

²⁷ Darran B., Simon D. Lo Esencial en Psiquiatría, Haurcourt Internacional. España 2001

Los medicamentos más depresógenos se hallan distribuidos entre los psicofármacos (benzodiazepinas), además de los contraceptivos, inhibidores del apetito, antihipertensivos centrales.

El alcohol y otras drogas son responsables de la mayor parte de las depresiones adictivas. La excepción en este sentido es el tabaco, del que solo puede darse por confirmado el ejercicio de una acción agravante de la depresión a causa de sus efectos colinérgicos.

También la depresión se asocia a estímulos o situaciones repetidas que provocan respuesta de estrés en los individuos, a éstos se les conoce como estresor (es) o situación (es) estresante (s).

Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Es decir depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él, ya que las discrepancias entre las demandas del medio externo o interno, y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas

Este influjo ejercido por los acontecimientos de la vida en su carácter de estrés agudo y/o crónico conduce al apareamiento de la ansiedad y depresión²⁸.

²⁸ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002 Pp.59

B. Ansiedad.

Al hablar de trastornos ansiedad se incluye la crisis de angustia, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad debido a enfermedad médica, inducido por sustancias y el trastorno de ansiedad no especificado entre otros.²⁹

Crisis de angustia (ataque de pánico):

Suele aparecer en el contexto de diversos trastornos de ansiedad, se caracteriza por la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognitivos (palpitaciones, sudación, temblores, ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, mareo, miedo a perder el control, parestesias, escalofríos o sofocaciones) la crisis se presenta de forma brusca y acompañada de sensación de peligro o muerte.

La ansiedad característica de la crisis de angustia puede diferenciarse de la ansiedad generalizada por su naturaleza intermitente, prácticamente paroxística y de gran intensidad.

Trastorno de angustia:

La característica esencial del trastorno de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivante e inesperada, seguida de la aparición, durante un

²⁹ DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 2002 Pp.477

periodo como mínimo de 1 mes, de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias. La crisis de angustia no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo intoxicación por cafeína) o de una enfermedad médica. Para hacer el diagnóstico de trastorno de angustia se requiere haber presentado por lo menos dos crisis de angustia inesperadas, si bien la mayoría de los individuos refieren haber padecido un número considerablemente mayor.

Trastorno de ansiedad generalizada:

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses.

Ansiedad debido a enfermedad médica:

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.

Ansiedad debido inducido por sustancias:

Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico.

Epidemiología.

Las estimaciones sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad se complican por el hecho de que muchas personas con estos trastornos no han sido diagnosticadas, porque no se presentan para recibir tratamiento o

porque acuden a médicos especializados en cardiología cuando los síntomas de ansiedad incluyen palpitaciones y molestias torácicas.³⁰

Actualmente se acepta que la prevalencia de crisis de angustia es del 1%, y la del trastorno de ansiedad generalizada es del 3-4%. En general es dos veces mas frecuente en mujeres y se presenta a una edad de inicio entre los 20 y 40 años (media de 26 años). Se ha visto en algunos estudios la aparición de los trastornos de ansiedad genuinos disminuye con la edad, dando paso a formas ansiosas de estados depresivos de base.³¹

En un estudio de salud mental (1993) en Colombia se encontró una prevalencia de ansiedad del 9.6%, similar a la de otros países. La prevalencia especifica por sexo fue de 7.1% para el masculino y 12.2% para el femenino, con una razón de 10 hombres por cada 17 mujeres con ansiedad. En esta investigación no se encontraron diferencias por grupos de edad en la prevalencia total, pero si una tendencia positiva entre edad y ansiedad grave. A mayor edad mayor prevalencia de ansiedad grave. Otro estudio de la American Psychiatric Association, 2000 reveló una prevalencia a lo largo de la vida entre 1.6% y el 2.2%. Aquí se encontró además que la tendencia heredo familiar es clara, con un riesgo ocho veces mas alto en los familiares de primer grado de la persona afectada. En cuanto al sexo, los estudios mundiales muestran un mayor riesgo en mujeres.³²

En su génesis participan múltiples factores entre los que destacan los

³⁰ Darran B., Simon D. Lo Esencial en Psiquiatría, Haurcourt Internacional. España 2001

³¹ Barquero J. Psiquiatría en atención Primaria, segunda reimpresión. Julio 1999 España. Pp259

³² Restrepo C. et al. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes, Adultos. CEJA. Bogotá 2002 Pp.451

psicológicos, entre las teorías que lo explican están:

La teoría Conductista: aprendizaje

En este modelo, la ansiedad se condiciona por un estímulo ambiental concreto pudiendo ser por condicionamiento y generalización, es decir, aprender o imitar respuestas ansiosas de los demás.

Factores de Vulnerabilidad.

a. Teoría de la Cognición:

Patrones cognitivos distorsionados preceden a conductas desadaptadas y desajustes emocionales. Así la sobre valoración amenazante de los estímulos externos y la infravaloración de las potencialidades personales generan angustia.

b. Teoría de la Personalidad:

“Se ha descrito al neurótico como una persona en constante conflictividad consigo mismo y con los demás. Este fracaso personal hace que utilicen abusiva y sistemáticamente mecanismos psicológicos que les producen síntomas ansiosos. La ansiedad no solo es una reacción emocional, sino que también puede ser considerada como un rasgo de la personalidad, condición crónica que predispone a un individuo a los problemas de ansiedad y la ansiedad como estado, una emoción transitoria desencadenada por un agente estresante”.³³

c. Teoría del Apoyo social.

Actúa como amortiguador tanto frente a la ansiedad como a la depresión. La

³³ Barquero J. Psiquiatría en atención Primaria, segunda reimpresión. Julio 1999 España. Pp.261

presencia de un confidente parece ser de particular importancia y se sugiere que la ausencia o falta de ese confidente incrementa grandemente el riesgo de ansiedad.

Teoría de los acontecimientos vitales: (Factores de riesgo experimentados)

Situaciones como conflictos emocionales, laborales, sexuales, familiares o sobre cargas físicas, abandono pueden asociarse a un trastorno de ansiedad.

El estrés puede desencadenar una reacción de ansiedad, que es una emoción desagradable que surge ante una amenaza. Se plantea que el estrés por más de dos años, aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de ansiedad, cansancio crónico, agotamiento y otros problemas de salud, como procesos infecciosos, trastornos psicofisiológicos.

Si un individuo interpreta que una situación puede suponer una amenaza y que no tiene recursos para afrontar esa amenaza, reaccionara con ansiedad. Ante esta misma situación otro individuo, puede interpretar las consecuencias como menos amenazantes, y concluir que tiene más recursos para afrontar esas posibles consecuencias negativas.

La comorbilidad en psiquiatría es una situación en que dos o mas enfermedades existen simultáneamente, en el mismo individuo, durante toda la vida o un período de tiempo bien definido. La comorbilidad entre ansiedad y la depresión es frecuente, Coyne y cols (1994) encontraron que alrededor del 28% de los pacientes con depresión tenían también un trastorno de ansiedad simultáneo y el 44% tenían una historia de muy larga duración de

trastorno de ansiedad.³⁴

C. Estrés

El uso del término estrés se ha popularizado sin que la mayoría de las personas tengan claro en qué consiste el mismo. Al revisar la literatura sobre el tema, se encuentran múltiples definiciones, algunas de las cuales lo abordan indistintamente desde la perspectiva del estrés como estímulo, como respuesta o como consecuencia o para tratar de explicar cuestiones difíciles de encajar en categorías nosológicas habituales, en ocasiones como entidad biológica y en otras como factor psicológico o social. Se puede decir que durante mucho tiempo, cuando una persona presentaba signos y síntomas de origen no orgánico (funcionales), estos eran atribuidos al estrés. El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye. Este definió el estrés, como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante³⁵.

Una conceptualización más comprensible de estrés, lo definiría como un exceso de demandas ambientales sobre la capacidad del individuo para resolverlos, considerando además las necesidades del sujeto con las fuentes de satisfacción de esas necesidades en el entorno.

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como un conjunto de relaciones

³⁴ Barquero J. Psiquiatría en atención Primaria, segunda reimpresión. Julio 1999 España.

³⁵ Guerrero E. Salud, Estrés, y Factores Psicológicos, Facultad de Psicología de la UNED, Centro Asociado de Mérida. México.

particulares entre la persona y la situación, siendo esta valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar personal, enfatizan los factores psicológicos o cognitivos y el proceso de evaluación.

Se podría resumir que el **estrés** es un proceso complejo, dinámico que involucra diferentes variables que funcionan a diferentes niveles e interaccionan entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas (reacción de estrés), variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales (tipo personalidad) y elementos demográficos (sexo, edad).

El estrés activa afectos o emociones negativas; así la persona puede sentirse enojada, triste o frustrada ante un evento estresante. Pueden también considerarse como reacciones al estrés la timidez, la culpa y sentimientos de abandono.³⁶

Antecedentes Históricos:

Desde principios del siglo pasado, se comienza hablar del estrés, del cual a lo largo de todos estos años se han ido construyendo una serie de teorías que tratan de explicar su génesis, sus características, sus manifestaciones etc.

A continuación se planteará un breve recorrido de cada una de ellas así como sus principales exponentes:

³⁶ Labrador Estrés Eudene Madrid 1993

Teoría basada en la respuesta

Según Selye, ocurre estrés cuando existe una alteración en el equilibrio del organismo causada por la acción de un agente externo o interno y el organismo reacciona ante esto de forma extraordinaria para restaurar dicho equilibrio. Esta respuesta de estrés está constituida por un mecanismo tripartito que se denomina síndrome general de adaptación, (SGA) 1956, que incluye tres etapas: reacción de alarma, etapa de resistencia y etapa de agotamiento. Esta teoría presenta algunas limitaciones. Entre ellas define el estresor de manera redundante y circular, es decir, estresor es un estímulo que produce estrés. De acuerdo con esta teoría, el estrés se produce cuando ocurre una alteración en el equilibrio interno del organismo y éste reacciona de forma extraordinaria realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es por tanto extraordinaria, fundamentalmente a nivel fisiológico, implicando un esfuerzo y produciendo una sensación subjetiva de tensión ante cualquier demanda. Así, ante la presencia de estímulos intensos o de duración prolongada, se producirá una hiperactividad homeostática que se traducirá en cambios fisiológicos (elevación del ritmo cardiaco, descargas hormonales).

Teorías basadas en el estímulo

En contraste con las teorías centradas en la respuesta, el estrés se explica aludiendo a los estímulos ambientales externos al sujeto o estresores y se interpreta que éstos perturban o alteran el funcionamiento del organismo. Everly en 1978 distingue dos tipos principales de estresores **Psicosociales**: son situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que

se convierten en estresores a través de la interpretación cognitiva o del significado que la persona le asigna. **Biológicos:** son estímulos que se convierten en estresores por su capacidad para producir cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo que licitan por sí mismo la respuesta de estrés, por ejemplo, exponerse a ruido intenso, tomar una taza de café, etc³⁷.

El problema que presenta esta teoría es la delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas estresantes. Una situación puede ser muy estresante para una persona pero muy poco o nada para otra. La teoría basada en el estímulo se sitúa dentro de la perspectiva del enfoque psicosocial de los sucesos vitales y ha tenido gran influencia en las últimas décadas.

Teorías interaccionales.

Estas teorías enfatizan el papel de los factores cognitivos (pensamientos, ideas, creencias, actitudes, etc.). Estos factores median la relación entre los estímulos (estresores) y las respuestas de estrés. El máximo representante de esta teoría del estrés es Richard S. Lazarus. Según sus partidarios, el estrés es un proceso interaccional, una relación particular entre la persona y la situación, que se produce cuando la persona valora que las demandas gravan o exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar. Una definición equivalente propone que el estrés en sí mismo no es una variable simple, sino un sistema de procesos interdependientes, individuales

³⁷Guerrero E. Salud, Estrés, y Factores Psicológicos, Facultad de Psicología de la UNED, Centro Asociado de Mérida. México.

en la evaluación y en el afrontamiento que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de respuestas psicológicas y somáticas (Cánovas, 1991).

El vivir bajo situaciones estresantes se suele asociar a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para ésta.

Es una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno. Dos conceptos fundamentales en esta teoría son la evaluación y el afrontamiento. La evaluación es definida como el mediador cognitivo de las reacciones de estrés, de las respuestas personales a los estímulos relevantes y es un proceso por medio del cual los sujetos valoran la situación, lo que está ocurriendo y todo ello relacionado con el bienestar personal del sujeto. Según estos autores existen tres tipos de evaluación primaria, secundaria y terciaria. La **evaluación primaria** se centra en las demandas de la situación y consiste en analizar si el hecho es positivo o no, si es relevante y sus consecuencias. En definitiva, responder a la cuestión ¿qué significa esto para mí? El resultado de esta evaluación será determinante para que el suceso sea considerado bueno o malo, relevante o irrelevante, amenazante o no. La **evaluación secundaria** tiene como objeto el análisis y la valoración de la capacidad del propio sujeto para afrontar el suceso que acaba de evaluar. La valoración de los recursos personales determina en gran medida que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. Tiene que ver con la evaluación de los propios recursos y en ella juegan un papel esencial los pensamientos anticipatorios. La historia previa de afrontamiento frente a situaciones similares y el resultado exitoso o no de

la ejecución de cualquiera de las estrategias utilizadas determinan el resultado. Por último, la **evaluación terciaria** es el afrontamiento o estrategia de coping propiamente dichos, esto es, la acción y ejecución de una estrategia previamente elaborada.³⁸

Muchas situaciones cotidianas (aislamiento, ruido, hacinamiento, peligro, infecciones) son fuente de stress. Aún el recuerdo de alguna situación particularmente tensionante (estresante) puede generarlo nuevamente. Pero más a menudo, es en situaciones cotidianas donde encontramos el origen de nuestro estrés: conflictos laborales o familiares, problemas de relación, presiones del entorno.

Factores causales

Se utiliza el término de "estresor o situación estresante " para referirse al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en las personas.³⁹

En la actualidad se considera que los estresores pueden aparecer en diferentes contextos ya sea personal, familiar, laboral y social.⁴⁰

Contexto personal.

El estudio de las características individuales o personales tiene su importancia por el hecho de que éstas determinarán en mayor o menor grado la vulnerabilidad a los estresores y repercutirán al mismo tiempo en la

³⁸ Lazarus, r. s. y Folkman, s. (1984): stress, appraisal and coping, nueva york, springerpublishing company.

³⁹ Peiro, j Nuevas Perspectivas Psicosociológicas. Barcelona. (1990)

⁴⁰ Rodríguez R.,Roque C., Moleiro O. Estres Laboral, Consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Facultad de psicología, Universidad Central, Marta Abreu de las Villas.

calidad de vida y en las consecuencias para la salud física y emocional.

Entre estos tenemos:

Factores genéticos

Algunas personas, por **factores heredados o fisiológicos**, son más vulnerables que otras a sufrir los efectos perniciosos del estrés. Hay quienes tienen una respuesta enfermiza a episodios frecuentes, es decir que la **exposición frecuente** a situaciones de estrés puede producirles elevación de la presión arterial y que con el tiempo, pueden enfermar del corazón.

Hay quienes manifiestan una **Incapacidad de adaptarse a factores estresantes no peligrosos**, en la mayoría de las personas, la exposición repetida a situaciones específicas que, aún produciendo estrés, no son peligrosas (como hablar en público) produce al transcurrir el tiempo, una reducción del nivel de estrés que genera esa situación. En otros, sin embargo, la exposición repetida no consigue reducir la magnitud de la respuesta.

Hay otro grupo que presentan **Ausencia o inadecuada respuesta de relajación**, es decir que en algunas personas, los niveles hormonales producidos por el estrés permanecen elevados en lugar de volver a niveles normales. Y por último hay **Diferencias en la actividad de respuesta al estrés** en donde ciertas personas su respuesta normal al estrés está bajo lo normal, provocando que otras partes respondan por demás.

Elementos demográficos:

Nadie es inmune al estrés, aunque puede pasar desapercibido al niño o al anciano. Los niños son frecuentes víctimas de situaciones estresantes. El

envejecimiento puede disminuir la respuesta del individuo, volviendo al cuerpo ineficiente. Los hombres y las mujeres no experimentan el estrés de la misma forma.

En cuanto al sexo las mujeres experimentan variaciones de la sensibilidad a lo largo del ciclo menstrual, la menopausia, los distintos significados que atribuyen a un problema, el modo en que enfrentan los obstáculos, y hasta diferentes tipos de estresores, como diferentes maneras de ver la vida, descontando las diferencias biológicas, son todos factores importantes que marcan las diferencias.

Personalidad

La personalidad puede hacer a ciertas personas más o menos vulnerables a los efectos del estrés. La personalidad **tipo A** agresiva, inquieta e irritable, ha sido utilizada desde siempre como ejemplo de una personalidad negativamente influenciada por el estrés, encontrándose que con mayor frecuencia desarrollan enfermedades coronarias. Aquellos con personalidad **tipo B** que tienen espíritu optimista, alta autoestima, confianza en su capacidad de controlar situaciones, son menos vulnerables a los efectos destructivos del estrés.

Los rasgos extraversión y neuroticismo también han sido estudiados en relación con el estrés. Ambos parecen estar implicados y favorecer la percepción de los estímulos como más amenazantes y ansiógenos, parecen estar más predispuestos al estrés y a la ansiedad. En el proceso de estrés, estas características individuales van a interactuar con los factores ambientales de forma dinámica.

Contexto familiar

Se han identificados una serie de estresores en el ámbito familiar tales como:

Período del galanteo, el matrimonio y sus consecuencias, el nacimiento de hijos y el trato con ellos, dificultades matrimoniales del período intermedio, el destete de los padres, el retiro de la vida activa y la vejez

Aislamiento es la carencia de una red de contención familiar o de amigos es otro importante factor que predispone a los trastornos provocados por el estrés. El aislamiento pone a las personas en riesgo de sufrir depresión. Así es como algunos estudios muestran que los casados viven más que los solteros.

Contexto laboral

Los factores estresantes pueden aparecer prácticamente en cualquier ocupación, profesión o puesto de trabajo y en cualquier circunstancia en que se somete a ese individuo a una carga a la que no puede ajustarse rápidamente. En definitiva, el estrés en el trabajo es un fenómeno tan variado y complejo como la propia vida.

González Cabanach (1998) distingue algunas de las fuentes potencialmente estresantes en el contexto laboral, entre ellas destaca: Factores intrínsecos al propio trabajo, tales como: las condiciones físicas en que se realiza, la sobrecarga laboral, disponibilidad de recursos, el contenido de trabajo y otros. Factores relacionados con el desempeño de roles, por ejemplo: ambigüedad del rol, conflicto de roles, exceso o falta de responsabilidad, etc.

Factores relacionados con las relaciones interpersonales que se generan en

la vida laboral. Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional, por ejemplo: falta de congruencia, falta de competencia para desempeñar el puesto ocupado. Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional, como son: falta de participación en la toma de decisiones, carencia de autonomía, etc.⁴¹

El estrés que se experimenta en el trabajo corre el riesgo de transformarse en un proceso crónico por el número de horas que el individuo pasa en esa actividad. A su vez, el estrés reduce la eficacia del individuo en su trabajo porque reduce la concentración, altera el sueño, lo predispone a enfermedades, accidentes y a perder el tiempo. El individuo altera su carácter, volviéndose en ocasiones hostil.

Las personas más expuestas a sufrir esta alteración son aquellas que sienten que no tienen control sobre las circunstancias. Esto es más factible en una organización que carece de comunicación efectiva y métodos de resolución de conflictos; que no participa a sus empleados de las decisiones; les impide desarrollar su creatividad; en la que los empleados carecen del control sobre sus responsabilidades. En esta época se agrega, además, la falta de seguridad en mantener el empleo; el excesivo tiempo sin contacto con la familia y el hogar; los conflictos entre los empleados; los salarios y las demandas de desempeño en ocasiones extraordinarias. En este sentido, han sido muy estudiados los riesgos de sufrir accidentes laborales y enfermedades cardiovasculares en relación con el tipo de puesto de trabajo.

⁴¹ Rodríguez R., Roque C., Moleiro O. Estres Laboral, Consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Facultad de psicología, Universidad Central, Marta Abreu de las Villas.

Así los trabajadores con altos cargos directivos, presentan mayor vulnerabilidad a sufrir trastornos cardiovasculares mientras que los obreros en general lo son a sufrir accidentes laborales.

Tipo de actividad laboral desarrolladas por el personal de salud.

En el área de la salud, la revisión, el examen médico, la atención de enfermería, terapia ocupacional son actividades que necesitan de conocimiento y habilidades especializadas que generan gran demanda por parte del personal de salud.

Un elemento importante en estas labores es la relación del personal de salud con sus pacientes es la confianza implícita que se da en cuidado del paciente, la intimidad se convierte en un aspecto fundamental de esta confianza, como paciente, a una persona frecuentemente se le solicita pasar por un examen físico, discutir acerca de muchos aspectos de su vida privada y permitir procedimientos o investigaciones que pueden resultarle vergonzosas e invasoras de su intimidad, esto genera estrés en el personal de salud, y es quizás el menos susceptible de ser identificado⁴². Las exigencias para la toma de decisiones que afectan el bienestar de otros en medio de las muchas incertidumbres que rodean la práctica médica; el manejo de aspectos difíciles, dolorosos o vergonzosos para los pacientes; y el ser receptor de la confianza del paciente e información suya, son algunos de los estresores encontrados en el desarrollo de sus funciones.

En las enfermeras, las labores íntimas del cuidado diario del paciente,

⁴² González Cabanach, R " Comunicación, estrés y Accidentabilidad. Tres factores de actualidad". 1998

mantener un control excesivo en la relación. De igual manera, el personal aporta a esta relación un cúmulo importante de experiencias con otros pacientes que, inconscientemente, influyen en su forma de acercarse a los nuevos pacientes. Esto se debe principalmente a la gran carga emocional presente en todos los aspectos de su trabajo.

En muchos servicios hospitalarios, el gran número de pacientes manejados y su alta rotación (frecuentes admisiones y salidas) tienden a romper la continuidad del cuidado y el nivel de satisfacción para quien lo proporciona. La atención se ve interrumpida y el personal puede no tener la oportunidad de observar al paciente desarrollándose como una persona útil en la sociedad, un paso que le ayudaría considerablemente a desarrollar una apreciación más satisfactoria de la humanidad de sus pacientes.⁴⁵

Estas situaciones se presentan especialmente en unidades especializadas, tales como Cuidados Intensivos o Coronarios, en las cuales se suministran cuidados breves y, con frecuencia, altamente técnico.

Estos aspectos contribuyen a la insatisfacción en el trabajo y al agotamiento emocional que, en ocasiones, se experimentan en estas salas.

El vacío y la tristeza experimentados por la muerte de un paciente pueden ser críticos. El tiempo empleado en las unidades mencionadas puede sumergirlo en un estoicismo y automatización del trabajo, no dando cabida a manifestaciones de desacuerdo, vacío e impotencia.

Para quienes trabajan en áreas de alta mortalidad (por ejemplo, cuidados intensivos. Unidades para enfermos de SIDA, salas de oncología) los

⁴⁵ Idem

El personal de la salud, particularmente el de los hospitales o el que trata con pacientes terminales, llega a intimar con la muerte, a través de la vida de otras personas. Dichas experiencias pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo, con el cónyuge o la familia, en especial para médicos, enfermeras y demás testigos de aspectos de la vida humana, a los cuales otras personas no están expuestos; por ejemplo, observar un cadáver, ser testigos de un desfiguramiento traumático o de un grave deterioro físico. Esta intimidad con la muerte y el sufrimiento pueden provocar también una evaluación de su vida y los nexos que lo atan a ella, proceso tensionante en muchas personas.

Por otra parte, probablemente la única forma de establecer un vínculo entre el personal de atención médica y el paciente, sea la capacidad para descubrir su confianza y responder a ella con una atención sensitiva, competente y compasiva.

En este vínculo (personal de salud-paciente) establecido, cualquiera de los dos puede responder inapropiadamente, si están influenciados por experiencias importantes y significativas ocurridas en el pasado. Por ejemplo, un paciente que ha tenido relaciones poco satisfactorias con personas de mayor autoridad o que han cuidado de él en anteriores ocasiones inconscientemente puede revivir las dificultades del pasado y ocasionar problemas a largo plazo con el personal que lo atiende.⁴⁴

Tales problemas se expresan, por parte del paciente, como sentimientos confusos hacia el personal, exagerado enfado, dependencia o necesidad de

⁴⁴ Idem

pueden crearle un fuerte lazo de unión, pero también pueden generar sentimientos contrarios que afecten su normal desarrollo; por ejemplo, vergüenza o, aún, repulsión a hacerlo.

Hay ciertas labores en las que se pueden presentar conflictos entre el tratamiento y el cuidado. La orden de "no resucitación" muy común en los hospitales, algunas veces refleja la desesperanza del personal. Este factor ha llegado a ser especialmente estresante entre médicos, enfermeras encargados de la atención a pacientes con SIDA.⁴³

En otras circunstancias, por ejemplo en la curación de quemados, la administración de quimioterapia citotóxica a pacientes con enfermedades malignas, el personal se ve en un dilema, al aparecer como los que infligen el sufrimiento, a través del tratamiento. Los beneficios a largo plazo del tratamiento son difíciles de conciliar con las reacciones inmediatas del paciente, de dolor y sufrimiento.

Quienes trabajan en el cuidado de la salud también se enfrentan a las variadas y complejas reacciones de los pacientes, sus familiares y seres queridos, causadas por el estrés de la enfermedad y el trauma. Las relaciones con el paciente y con sus familiares pueden producir una evaluación a fondo, y al mismo tiempo pena, de sí mismo.

El dolor de una madre por su niño enfermo, la pérdida del cónyuge son situaciones penosas de observar. En tales circunstancias, es muy común escuchar frases como "No sé cómo lo habría manejado si me hubiera pasado a mí".

⁴³ Idem

decesos frecuentes se pueden convertir en el factor más importante para que se presenten una "sobrecarga traumática".

D. Mecanismos de afrontamiento

Básicamente los términos, estilos y estrategias de afrontamiento son usados para especificar conductas como respuestas de los organismos ante procesos de estrés.^{46 47}

El afrontamiento entraña siempre la adquisición de un cierto control de la situación que puede oscilar desde el dominio, hasta un somero control de solo las emociones suscitadas por el evento estresante.

Lazarus y Folkman (1984) describen el afrontamiento o coping como aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las respuestas del individuo.

Se entiende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados. Para estos autores existen dos tipos de estrategias de afrontamiento, la de **resolución de problemas** y la segunda llamada de **regulación emocional**.

La primera estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema, por ejemplo diseñando un nuevo método de solución de

⁴⁶ Díaz I., Afrontamiento y Calidad de Vida, departamento de Psicología Universidad Oriente Santiago de Cuba 1997. <http://www.monografias.com/mediakit>

⁴⁷ Martín M., Jiménez M., Fernández E., Estilos y estrategias de afrontamiento Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.2003

problemas, buscando ayuda de un profesional que lo oriente.

El optimismo es otra característica personal que amortigua el efecto del estrés sobre el sujeto. Las personas optimistas seleccionan estrategias de enfrentamiento centrándose en el problema, buscan aspectos positivos de la situación desdramatizándola, viéndola como reto y no como amenaza. Creer que se puede manejar la situación y que ésta depende mucho de los esfuerzos propios, las estrategias aplicadas ayudará a salir ilesos de ella.

La estrategia de **regulación emocional** está centrada en la emoción, en reducir el estrés asociado a la situación.

Lazarus y Folkman (1984) consideran que la gente empleará este segundo tipo de estrategia cuando experimente que el estresor es algo perdurable o inmodificable como la muerte de un ser querido. Ejemplos de este tipo de estrategias serían llorar, distraerse, dormir, beber, etc. Lo hacen en sí mismo (sujetos auto referentes; se preocupa cómo les afecta la situación, se centran en la emoción), y otros en cambio lo hacen negando el problema o las demandas del medio (sujetos negativistas).

Se denominan **activos** a los orientados a la solución de problemas, y **pasivos** a los orientados a la regulación de la emoción; agregando la posibilidad de control o no sobre la conducta para ambos. Es válido destacar, no obstante, que el solo hecho de afrontar ya es indicativo de una conducta activa, por lo que la distinción realizada en esta dirección en el estudio es solo funcional ya que se asocian, al afrontamiento centrado en la solución, conductas, acciones y pensamientos que aparentan tener más movilidad en el plano externo del comportamiento. Las estrategias centradas

en el problema y dirigidas a la modificación de alguna de las condiciones, resultarán positivas sólo en aquellos contextos que permitan la puesta en práctica de esfuerzos por ejercer algún control, por lo que no son necesariamente más eficientes. El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto, y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones también guardan, lógicamente, estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida. No obstante, se observa que el estilo centrado en la solución de problemas potencia una actitud más activa, esperanzadora y optimista para enjuiciar y afrontar la existencia, sobre todo si el estilo asumido está contextualizado, independientemente de los ajustes que proporcionan los estilos de afrontamiento centrados en la emoción. Esto puede ser una de las razones por las cuales se valora, que las estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema potencien más bienestar y calidad de vida que las centradas en el control de la emoción. Las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas, las adaptativas (ejercicio físico, relajación, alimentación adecuada, etc.) reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo. (Abuso de alcohol y otras drogas, fumar, aislamiento social. Etc). Es preciso, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los **estilos de afrontamiento** se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los

responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las **estrategias de afrontamiento** son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" ⁴⁸

Dimensiones de afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1988)

1. Confrontación

Acciones directas dirigidas a la situación. Ej: Expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea.

2. Distanciamiento

Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etc.

3. Autocontrol Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse, etc.

4. Búsqueda del apoyo social: Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, contar a algún familiar el problema etc.

5. Aceptación de la responsabilidad: disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, etc.

6. Escape-evitación

⁴⁸ Sánchez, J. La medida del afrontamiento. Prácticas para el estudio de las diferencias individuales y situacionales. Valencia: Universidad de Valencia 1991

Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, tomar alcohol drogas

7. Planificación de solución de problemas: Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.

8. Reevaluación positiva: La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona.

Afrontamiento al estrés laboral

En el ámbito del estrés laboral, numerosos autores han puesto de relieve la necesidad de contemplar diversos niveles de análisis: individual, grupal y organizacional.

A diferencia de lo que ocurre en otros ámbitos de la vida, las estrategias de afrontamiento consideradas en el ámbito laboral no resultan eficaces para reducir las relaciones entre estresores y sus consecuencias.

La mayor parte de los estresores laborales están entre los que se caracterizan como poco adecuados para las soluciones individuales. Su afrontamiento más bien requiere esfuerzos cooperativos organizados que trascienden el nivel individual, no dependiendo su solución de la habilidad de la persona para manejar sus recursos individuales. Así pues, Según Newman y Beehr (1979), esta respuesta puede concretarse en rediseño de puestos, cambios en la estructura organizacional, "feedback" para contribuir a la clarificación del rol, redefinición de criterios de selección y ubicación, introducción de formación de relaciones humanas, mejora de las condiciones de trabajo, mejora de la comunicación y mejora de los beneficios para el trabajador.

CAPITULO III

Presentación de resultados.

A continuación se presentarán los hallazgos encontrados en una muestra aleatoria de 107 enfermeras auxiliares del Hospital de Especialidades del IHSS.

1. Caracterización socio-demográfica

El promedio de edad fue de 35.6 años y la edad mas frecuente encontrada fue de 38 años (moda, Cuadro 1). Un 44.9%(48) respondió que tenía 2 hijos, un 25.2%(27) un hijo, seguido de un 24.3%(26) con tres hijos. Un 3.7% con 4 hijos y solo un 1.9%(2) manifestó no tener hijos. El promedio de hijos en la población en estudio fue de dos.

CUADRO No. 1
Distribución de la frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de las auxiliares de enfermería del IHSS.

Características Sociodemográficas	Frec.	%
Grupos de Edad		
20 a 30	20	19.8
31 a 40	71	66.4
41 a 50	16	15.0
Total	107	100.0%
Estado Civil		
Solteras	48	44.9
Casadas	43	40.2
Unión libre	10	9.4
Viudas	5	4.7
Divorciadas	1	0.9
Total	107	100.0 %
Vive con su pareja		
Si	79	73.8
No	28	26.2
Total	107	100.0%

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión IHSS. 2007

2. Datos del área laboral.

El promedio de años de trabajar en el IHSS fue de 7.3 años, y el número de años mas frecuente encontrado fue de 3 años (moda). Un 68.2%(73) tenían de 1-6 años de laborar en el IHSS. Al preguntar **si trabajaba en más de una institución**, un 62.6%(67) reportó que no lo hacía, un 36.4%(39) que si, y un 0.9%(1) no se consignó.

Al investigar **si trabajaban mas de un turno al día** el 55.1%(59) refirió que si y un 43.9%(47) dijo que no. Un 0.9%(1) no se consignó la información.

Cuadro No. 2
Distribución de la frecuencia y porcentaje de los datos del contexto laboral de las auxiliares de enfermería del IHSS.

Datos laborales	F	%
Área de laborar		
Pediátrica	25	23.4
Quirúrgica	24	22.4
Cuidados Intensivos y emergencia	24	22.4
Medicina	20	18.7
Gineco-obstetricia	13	12.2
NC	1	0.9
Total	107	100.0 %
Tiempo de laborar		
1 a 6 años	73	68.2
7 a 12	11	10.3
13 a 18	14	13.1
19 a 24	6	5.6
25 y mas	3	2.8
Total	107	100.0%

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión IHSS. 2007

3. Relación al grado de satisfacción con la pareja en los últimos 30 días

En cuanto a su **relación en general** el 57.9%(62) refirió estar moderadamente satisfecha (Cuadro 3). En su **vida sexual** un 44.8%(48) estaban ya sea insatisfechas o poco satisfechas. Con su **vida emocional**, un 43.0%(46) respondió que también estaban ya sea insatisfechas o poco satisfechas. Al interrogar sobre la **situación económica** el 94.4%(101) dijo no estar satisfecha.

Cuadro No. 3
Distribución de la frecuencia y porcentaje del grado de satisfacción con su pareja de las auxiliares de enfermería del IHSS.

Parámetro	Grado de satisfacción con su pareja en los últimos 30 días									
	No satisfecha		Poco		Moderada		Muy		Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Relación en general	1	0.9	8	7.5	62	57.9	22	20.6	14	13.1
Vida sexual	21	19.6	27	25.2	41	38.3	18	16.8	-	-
Vida emocional	14	13.1	32	29.9	31	29.0	27	25.2	2	1.9
Situación económica	101	94.4	3	2.8	2	1.9	-	-	1	0.9

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión IHSS. 2007

4. Antecedentes personales patológicos.

Un 7.5% (8) respondió que tenían **antecedentes patológicos** de obesidad, diabetes y solo un 0.9%(1) refirió tener cáncer. Todas manifestaron estar en tratamiento. Del total de encuestadas 13 dijeron tener hipertensión arterial, 6 migraña, 4 cefalea y 1 manifestó tener mareos.

Al averiguar si habían tenido sintomatología de **depresión con anterioridad**, el 94.4%(101) refirió que si (Cuadro 4). Al interrogarles sobre el tratamiento para la depresión, el 18.8%(19/101) exteriorizaron que estaban en tratamiento: el 31.6% con tiamina, 21.1% con dormicun, y un 10.5% con diazepóxidos (diacepan y loracepan).

Un 84.1%(90) respondieron haber tenido un sintomatología **de ansiedad o nervios** y un 15.9%(17) que no. El 20%(18/90) refirieron estar en tratamiento, tomando un 75% tiamina, 6.3% loracepan o una combinación de ambos.

Cuadro No.4
Distribución de la frecuencia y porcentaje de los antecedentes personales de depresión y ansiedad de las auxiliares de enfermería del IHSS.

Parámetro	F	%
Antecedentes personales de depresión		
Si	101	94.4
No	6	5.6
Total	107	100%
Antecedentes personales de ansiedad		
Si	90	84.1
No	17	15.9
Total	107	100%

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión IHSS. 2007

5. Hábitos personales

Solo un 6.5% (7) expresaron consumir tabaco; todas negaron consumo de alcohol o algún tipo de drogas (marihuana, cocaína).

6. Antecedentes familiares patológicos.

El 43.9%(47) respondieron que si había antecedentes familiares de depresión (Cuadro 5): el 31.9%(15) dijeron que fue su madre, un 21.2%(10) su tía, 17%(8), su primo, y un 12.8%(6) su prima.

Al indagar si ha habido **intentos suicidas en su familia** el 19.6%(21) manifestó que si: un 33.3%(7) informaron que fue un primo, 28.6%(6) fue un hermano, un 23.8%(5) un tío, seguido de un 4.8%(1) madre, prima, sobrino respectivamente.

En relación a los **suicidios en la familia** un 16.8%(18) señalaron que si hubo: 61.1%(11) fue un primo, un 16.7%(3) fue un hermano, y un 16.7%(3) un tío.

Cuadro No 5
Distribución de la frecuencia y porcentaje de los antecedentes familiares de depresión, intentos suicidas y suicidios.

Parámetro	F	%
Antecedentes familiares de depresión		
Si	47	43.9
No	60	56.1
Total	107	100%
Intentos suicidas en la familia		
Si	21	19.6
No	86	80.4
Total	107	100%
Suicidios en la familia		
Si	18	16.8
No	89	83.2
Total	107	100%

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión. IHSS. 2007

7. Estresores personales y familiares.

Los estresores personales y familiares que se presentaron con mayor frecuencia en la población encuestada fueron cambios en el estado financiero, seguido de problemas con la familia política, muerte de un amigo, préstamo menor (Cuadro 6).

Sin embargo, el cambio en el estado financiero, la muerte de un amigo, muerte de un pariente cercano y las deudas (hipoteca y préstamos menores) fueron catalogados como estresores de mayor severidad.

Cuadro No. 6
Distribución de la frecuencia de los estresores personales y/o familiares y número de auxiliares de enfermería que consideraron dicho estresor como severo.

Estresores personales y/o familiares	F	Consideraron dicho estresor como severo
1. Cambio estado financiero	81	58
2. Problemas con la familia política e Hijos	50	28
3. Muerte de un amigo	47	32
4. Préstamo menor	41	22
5. Cambio de salud pariente cercano	40	13
6. Alergia crónica	39	10
7. Muerte de un pariente cercano	37	30
8. Hipoteca	33	25
9. Síndrome premenstrual	28	6
10. Cambio de hábitos personales	21	4
11. Cambio en el número discusiones pareja	20	15
12. Préstamo bancario	20	14

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión.
IHSS. 2007

8. Estresores laborales.

Entre los estresores laborales que siempre estaban presentes tenemos: los bajos salarios, la mala organización del trabajo, y el miedo a cometer un error (Cuadro No. 7).

Al preguntar sobre los estresores laborales que a menudo se presentan tenemos: decisiones y cambios que afecten a los trabajadores y que se tomen sin el consentimiento ni participación de los mismos, seguido de excesiva responsabilidad y no estar de acuerdo con el tratamiento del médico.

Cuadro No 7
Distribución de la frecuencia de los estresores laborales que siempre se presentan en las auxiliares de enfermería del IHSS

Tipo de estresor laboral	Catalogados como que siempre se presentan	
	F	%
1. Bajo salario	78	72,9
2. Mala organización	74	69,2
3. Miedo a cometer un error	73	68,2
4. Sobrecarga en el trabajo	68	63,6
5. Escasez de personal para cubrir adecuadamente el servicio	66	61,7
6. Escasez de recursos	65	60,7
7. No poder localizar a los médicos cuando se les necesita	62	57,9
8. Tener un supervisor incompetente	62	57,9
9. El médico no esté presente ante un cuadro de agitación /violencia	61	57,0
10. Presiones o exigencias de los familiares	61	57,0
11. Que me hagan perder el tiempo	60	56,1
12. Recibir ordenes contradictorias	58	54,2

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión. IHSS. 2007

9. Estrés.

- Un 59.8%(64) de la población estudiada tenían estrés al momento de la investigación (95% IC: 49.9%-60.2%) (Cuadro 8).
- Del total de las encuestadas que presentaron estrés se observó que: el 61.0% estaban en el grupo de edad de 31 a 40 años; el 42.2% eran solteras; y el 68.8% refirieron convivir con su pareja en la misma casa.

En relación a los datos del área laboral de las encuestadas que presentaron estrés se encontró lo siguiente:

- El 81% de las estudiadas con estrés tienen entre 1 a 6 años de laborar en la institución (Cuadro 9).
- Las enfermeras que laboraban en las salas de Pediatría, Cirugía y Medicina presentaban mayor estrés.
- Un 71.9% realizaban mas de un turno al día.
- Un 48.4% trabaja en más de una institución.
- El 42.2% tenían dos hijos, 28.1% un hijo, 23.4% tres hijos y 3.1% tenían cuatro.
- En cuanto a su relación de pareja en general en el último mes, el 28.1% manifestó no estar satisfechas en cuanto a su vida sexual.
- En su vida emocional el 32.8% planteo estar muy satisfecha
- En cuanto a su situación económica el 92.1% expresaron no estar satisfechas.

- Al indagar sobre los antecedentes personales de depresión un 94% manifestó haberlos tenido, el 92.2% dijo tener antecedentes de ansiedad.
- El 64% reporto antecedentes familiares de depresión, siendo las mujeres como la madre, la abuela o la tía abuela las afectadas.
- El 31% reportó presencia de intentos suicidas en la familia.
- Un 28% refirió antecedentes de suicidios ocurridos en la familia. El sexo que presentó mayor número de suicidios fue varones y el parentesco fue primo.

Cuadro No.8
Distribución de la frecuencia y porcentaje de las características generales de las enfermeras auxiliares del IHSS que presentaron estrés.

Presentaron estrés	F	%
Si	64	59.8
No	43	40.2
Total	107	100.0%
Grupo de edad		
20 a 30	13	20.3
31 a 40	39	60.9
41 a 50	12	18.8
Total	64	100.0%
Estado civil		
Solteras	27	42.2
Casadas	26	40.6
Unión libre	6	9.4
Viudas	4	6.3
Divorciadas	1	1.6
Total	64	100.0%
Vive con su pareja		
Si	44	68.8
No	20	31.3
Total	64	100.0%

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión. IHSS. 2007

Del total de pacientes con diagnóstico de estrés se encontró que de las 23.4%(15) presento depresión leve y un 35.9%(23) moderada. (Cuadro No 9) Se encontró significancia estadística ya que se obtuvo una $p < 0.05$

Al establecer la relación entre las pacientes que se les encontró estrés solo el 26.5% (17) presentaron ansiedad, no hallándose significancia estadística $p < 0.7$.

Cuadro No 9
Distribución de la relación de la frecuencia de estrés según depresión
en las auxiliares de enfermería del IHSS

Estrés	Depresión.			
	Leve	Moderada	Sin	Total
Si	15	23	26	64
No	0	0	43	43
Total	15	23	69	107

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión. IHSS. 2007

- De la población estudiada con estrés se halló que el 7.8%(5) laboraba en cuidados intensivos, 3.1% (2) en emergencia.
 - El 81.3%(52) tenían entre uno y seis años de trabajar en la institución.
- (Cuadro No. 10)

Cuadro No.10
Distribución de la frecuencia y porcentaje de las características del
contexto laboral de las enfermeras auxiliares del IHSS que presentaron
estrés.

Datos laborales	F	%
Área donde labora		
Pediátrica	17	26.6
Quirúrgica	17	26.6
Medicina	14	21.9
Ginecoobstetricia	8	12.5
Cuidados Intensivos	5	7.8
Emergencia	2	3.1
NC	1	1.6
Tiempo de laborar		
1 a 6 años	52	81.3
7 a 12	3	4.7
13 a 18	1	1.6
19 a 24	5	7.8
25 y mas	3	4.7
Total	64	100%

Fuente: Estudio estresores y su relación con
la ansiedad y la depresión. IHSS. 2007

10. Ansiedad.

El 24.0%(26) de la población encuestada presentó ansiedad. En relación a las encuestadas que presentaron ansiedad se encontró lo siguiente:

- 73% de ellas estaban comprendidas en el grupo de edad de 31 a 40 años seguidas de un 23.0% en el grupo de 41 a 50 años.
- Al preguntar sobre su estado civil el 50.0% reportó estar casada, 39.0% en unión libre, un 7.7% divorciadas y un 4.0% solteras. Ninguna manifestó estar separada. El 77.0% convivía con su pareja en la misma casa.

- En relación al tiempo de laborar en la institución el 54% tenía entre 1 y 6 años, seguido de un 23% de 7 a 12 años.
- El 35% trabajaba en la sala de medicina, seguido de un 23% en la sala de cuidados intensivos y un 19% en ginecoobstetricia.
- El 54% dijo trabajar más de un turno
- 42% refirió laborar en más de una institución.
- En relación al número de hijos el 39% tenía dos hijos, un 27% tenía tres, un 27% tenía uno y un 7% tenía cuatro.
- En cuanto a su relación de pareja en los últimos 30 días:
 - 46% manifestó estar muy satisfecha con su pareja en forma general
 - En su vida sexual un 57% refiere estar nada o poca satisfecha y un 35% moderadamente satisfecha.
 - En la parte emocional de su relación el 38% dice estar muy satisfecha y un 15% plantea no estar satisfecha.
 - Y un 100% expresaron no estar satisfechas con su situación económica.
- Al indagar sobre los antecedentes personales se encontró que el 96% tenía antecedentes de ansiedad.
- Al buscar información sobre los antecedentes familiares de depresión el 69% manifestó que si, y todas fueron mujeres. (Tías, madre, prima, abuela, tía-abuela).

- En relación a los intentos suicidas en la familia el 15% reportó que si; el 8%(2) expresaron haber tenido suicidios en la familia y estos fueron hombres (tío, hermano).
- El 24.3%(26) de la población encuestada presentó ansiedad (95% IC: 16.5%-33.5%).
- Al relacionar las estudiadas con síntomas de ansiedad con las que presentaron síntomas de depresión se encontró que un 19.2%(5) tenían depresión leve y un 23% (6) moderada obteniéndose una $p < 0.05$ (habiendo significancia estadística.)

11. Depresión.

El 35.5%(38) de las entrevistadas se les diagnosticó depresión (leve o moderada o severa), (95% IC: 26%-45.4%) (Cuadro No. 11)

En relación a las encuestadas que presentaron depresión se encontró lo siguiente:

- 61% correspondían al grupo de edad de 31 a 40 años, seguido del 21% que pertenecía al grupo 20 a 30 años.
- En cuanto al estado civil un 47% estaban en unión libre, un 39% casadas, un 8% divorciadas, y un 5% solteras.
- El 82% tenía entre 1 a 6 años de laborar en la institución.

- 37% trabajaba en la sala de pediatría, un 26% en medicina, un 13% en ginecoobstetricia, un 11% en cirugía y un 8% en cuidados intensivos.
- Un 79% reportó trabajar más de un turno y 53% laboraba en más de una institución.
- En relación al número de hijos el 47% tenía dos hijos, un 34% un hijo, un 13% tres hijos, y un 5% cuatro hijos.
- Un 63% convivía con su pareja en la misma casa.
- En cuanto a su relación de pareja en los últimos 30 días:
 - Sobre la relación de pareja en general se encontró que 45% estaba moderadamente satisfecha, un 24% totalmente satisfecha y un 18% nada o poca satisfechas.
 - En cuanto a la vida sexual un 32% no estaba satisfecha y un 29% poca satisfecha.
 - Al evaluar su vida emocional un 34% estaba muy satisfecha y un 42% estaban nada o poca satisfechas.
 - Un 92% manifestó que no estaba satisfecha con su situación económica.
- Al investigar sobre los antecedentes personales de depresión se reportó que un 94% tenía historia personal de depresión, y un 76% tenía antecedentes familiares de depresión el (la mayoría de los familiares fueron mujeres).

- Un 45% refirieron intentos suicidas en la familia y un 39% manifestó la presencia de suicidios en la familia (la mayoría de esto suicidios en familiares fueron hombres y el parentesco hermano, primo, tío).

Cuadro No 11
Distribución de la frecuencia y porcentaje
según niveles de depresión

Niveles de depresión	F	%
Sin depresión	69	64.5
Depresión leve	23	21.5
Depresión moderada	14	13.1
Depresión severa	1	0.9
Total	107	100.0%

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión. IHSS. 2007

12. Grado de Satisfacción en el lugar de trabajo.

Al indagar sobre el grado de satisfacción en el puesto de trabajo se encontró lo siguiente (Cuadro 12):

- En cuanto a su relación con sus compañeras (os) de trabajo el 75% estaba moderadamente satisfecha.
- Un 78% estaba moderadamente satisfecha con la carga de trabajo.
- El 52% dijo estar poco satisfecha con el espacio físico y un 22% moderadamente satisfecha.
- El 95% manifestó no estar satisfecha con el actual salario.

Cuadro No.12
Distribución del porcentaje y la frecuencia de satisfacción del
puesto de trabajo en las enfermeras auxiliares del IHSS

Parámetro	Grado de Satisfacción del Puesto de Trabajo									
	No satisfecha		Poco		Moderada		Muy		Totalmente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Relación con sus compañeras	-	-	9	8.4	80	75	17	16	1	0.9
Carga de Trabajo	1	0.9	18	17	83	78	5	5	-	-
Espacio físico	2	1.9	56	52	24	22	14	13	11	10.0
Salario actual	102	95	2	1.9	2	1.9	-	-	1	0.9

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión. IHSS. 2007

13. Mecanismos de Afrontamiento para el estrés laboral

Al indagar sobre los mecanismos de afrontamiento para el estrés laboral se encontró que los mecanismos utilizados siempre con mayor frecuencia fueron los siguientes (Cuadro 13):

- “Creo que el tiempo cambia las cosas, hay que esperar” y “Hablar con un/a amigo/a”

Los mecanismos utilizados a menudo con mayor frecuencia fueron:

- “Tomo precauciones para que no ocurra de nuevo” y “Emprendo acciones para resolverlos”

Los mecanismos nunca utilizados con mayor frecuencia fueron:

- “Me desquito con los demás” e “Intento sentirme mejor, comiendo, bebiendo, fumando, tomando medicamentos”

Cuadro No.13
Distribución de la frecuencia y el porcentaje de los mecanismos de
afrontamiento utilizados siempre, a menudo y nunca

Mecanismos de Afrontamiento utilizados	F	%
Siempre		
Creo que el tiempo cambia las cosas, hay que esperar	65	60,7
Hablo con un/a amigo/a.	61	57,0
Confío en que ocurra "un milagro"	59	55,1
Busco poder evitar lo que está ocurriendo	57	53,3
Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema	56	52,3
Me mantengo firme y peleo por lo que quiero.	56	52,3
Busco la solución en experiencias anteriores.	54	50,5
Intento ver el lado positivo del asunto	52	48,6
A Menudo		
Tomo precauciones para que no ocurra de nuevo.	59	55,1
Emprendo acciones para resolverlos	57	53,3
Le doy vueltas al problema tratando entenderlo.	53	49,5
Sigo adelante como si no pasara nada	53	49,5
Confío en que ocurra un milagro	46	43,0
Intento ver el lado positivo del asunto	45	42,1
Intento averiguar mas aspectos del problema	45	42,1
Me alejo del problema por un tiempo.	44	41,1
Me concentro en lo que debo hacer a continuación.	40	37,4
Nunca		
Me desquito con los demás	40	37,4
Intento sentirme mejor, comiendo, bebiendo, fumando, tomando medicamentos	34	31,8
Acumulo los problemas, explotando a la menor ocasión	25	23,4
Me critico y sermoneo a mí mismo	23	21,5
Intento que mis sentimientos no interfieran	23	21,5
Desarrollo un plan de acción y lo sigo.	22	20,6

Fuente: Estudio estresores y su relación con la ansiedad y la depresión. IHSS, 2007

Capítulo IV

Discusión y análisis de la información.

En relación a las características generales de la población femenina encuestada se encontró que el promedio de edad fue de 35.6 años, la mitad mujeres solas por ser solteras, divorciadas o viudas, el resto tenían pareja, casadas o en unión libre. El promedio de hijos fue de dos. Llama poderosamente la atención que al indagar sobre si convive con su pareja un 73.8% (79) refirió que si, en contraste con un cincuenta por ciento que planteó estar casada o en unión libre, pudiéndose deber esto, a que a la hora de interrogar, no se hizo énfasis que la convivencia con la pareja era en la misma casa. (Cuadro No. 1).

En cuanto al área laboral se halló que el promedio de años de trabajar fue de 7.3 años, y un 68.2%(73) tenían entre 1 a 6 años de laborar en el IHSS. Mas de la mitad reportó que no trabajaba en más de una institución, el 55.1%(59) refirió que laboraban más de un turno al día. Se encontró una distribución similar de enfermeras en los diferentes servicios del IHSS exceptuando el servicio de ginecoobstetricia, debido a que al momento de encuestar no se hallaban disponibles las seleccionadas teniendo que completar la muestra con enfermeras de los otros servicios.

La población estudiada era joven, con poco tiempo de laborar en la institución, con estabilidad laboral, más de la mitad no trabajaban en otro lugar, aspectos que de alguna manera pudieran ser factores protectores contra el estrés. (Cuadro No.2).

Al indagar sobre el grado de satisfacción en algunos aspectos de su relación de pareja (Cuadro 3). En los últimos 30 días, se observó que casi la mitad no están satisfechas, lo que podría influir en la presentación de sintomatología ansiosa o depresiva ya que en la literatura se sugiere que una relación de pareja satisfactoria puede ser un factor protector en el apareamiento de la depresión.⁴⁹

En cuanto a los antecedentes personales patológicos se señaló que solo un 7.5% (8) tenían antecedentes de obesidad, diabetes, hipertensión y 1 de cáncer, si bien es cierto que por ser enfermedades crónicas y con severas complicaciones pueden predisponer a la depresión, pero se debe aclarar que ésta no es debida, a los efectos fisiológicos directos de estas enfermedades médicas⁵⁰

Al averiguar si habían tenido sintomatología de depresión con anterioridad, el 94.4%(101) refirió que si (Cuadro 4). Al interrogarles si ingerían algún medicamento para esto, el 18.8%(19/101) exteriorizó que si; con tiamina, dormicum, y diazepóxidos (diacepan y loracepan) lo cual nos indica que el tratamiento seguido es para trastornos de ansiedad que para depresión.

Un 84.1%(90) respondieron haber tenido un sintomatología de ansiedad o nervios de las cuales un 20%(18/90) refirieron estar en tratamiento, tomando tiamina, loracepan o una combinación de ambos.

⁴⁹ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002

⁵⁰ DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 2002

Al estudiar los hábitos personales se reportó que solo un 6.5% (7) expresaron consumir tabaco; todas negaron el consumo de alcohol o drogas (marihuana, cocaína).

Un 76% de las participantes en el estudio tiene antecedentes familiares de depresión, de éstas la mayoría fueron mujeres, y se ha visto en algunos trabajos de investigación que hay cierta predisposición hereditaria responsable de que la depresión tenga cierta presentación familiar, suele haber entre un 15% y un 20% de individuos afectados a nivel familiar por la misma enfermedad.

En este estudio se observó que el vinculo del parentesco consanguíneo de los que presentaron depresión se dio entre la abuela, madre, tías, en la literatura se plantea que cuando el parentesco consanguíneo con el depresivo es menor, ya sea tíos, primos, sobrinos el riesgo de contraer la enfermedad depresiva es menor⁵¹.

Al buscar si habían habido intentos suicidas en su familia el 19.6%(21) manifestó que sí, informando que fueron primo, hermano, tío, seguido de un 4.8%(1) madre, prima, sobrino respectivamente. La prevalencia de intentos suicidas en la población general mayor de 15 años se calcula del 3 al 5%, en este estudio el porcentaje de intentos suicidas fue mayor.

De los que intentaron suicidarse (16.8%) 18 lo lograron, esto es de hacerlo notar que este alto índice de suicidios se está dando en familiares del personal de enfermería, no pudiéndose identificar los factores de riesgo y

⁵¹ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002

evitar esas muertes lo que puede estar evidenciando el desconocimientos de estas patologías.

El ser humano muestra una gran preferencia por el orden, la continuidad y lo predecible de la vida, por eso se percibe como estresante cualquier hecho bueno o malo, que conlleve un cambio. Por la misma razón, el grado del cambio que requieren diversas situaciones indica cuan estresantes son⁵². En esta investigación se encontró que más de la mitad de las estudiadas presentaban estrés y entre los estresores personales y familiares que se identificaron con mayor frecuencia fueron cambios en el estado financiero, seguido de problemas con la familia política, muerte de un amigo, préstamo menor (Cuadro 6).

Sin embargo, el cambio en el estado financiero, la muerte de un amigo, muerte de un pariente cercano y las deudas (hipoteca y préstamos menores) fueron catalogados como estresores de mayor severidad.

Los factores estresantes pueden aparecer prácticamente en cualquier ocupación, profesión o puesto de trabajo y en cualquier circunstancia en que se somete a ese individuo a una carga a la que no puede ajustarse rápidamente. En definitiva, el estrés en el trabajo es un fenómeno tan variado y complejo como la propia vida.

En este estudio se reportó que los estresores laborales que siempre estaban presentes fueron: los bajos salarios, la mala organización del trabajo, y el miedo a cometer un error (Cuadro No. 7).

⁵² Díaz I., Afrontamiento y Calidad de Vida, departamento de Psicología Universidad Oriente Santiago de Cuba 1997. <http://www.monografias.com/mediakit>

Al preguntar sobre los estresores laborales que a menudo se presentaban tenemos: decisiones y cambios que afecten a los trabajadores y que se tomen sin el consentimiento ni participación de los mismos, seguido de excesiva responsabilidad y no estar de acuerdo con el tratamiento del médico.

La mayor parte de los estresores laborales que se identificaron en las entrevistadas, se caracterizan como no adecuados para las soluciones individuales. Su afrontamiento más bien requiere esfuerzos corporativos, cooperativos organizados que trasciendan el nivel individual, no dependiendo su solución de la habilidad personal para manejar sus recursos de afrontamiento. Lo cual tiene enormes repercusiones en la salud de los trabajadores de esta institución y por ende en la población afiliada que es atendida, ya que al no estar en condiciones óptimas no se puede ofrecer *un servicio* con calidad y calidez.

La frecuencia de los trastornos siquiátricos en diferentes poblaciones es conocida, pero resulta innegable que por diversos factores ya sean personales, familiares y los determinados por condiciones laborales pueden generarse más estrés, ansiedad, depresión en algunos grupos que enferman más que otros, como por ejemplo los profesionales de la salud.⁵³

Un 59.8%(64) de la población estudiada tenían estrés al momento de la investigación. (Cuadro 8).

⁵³ Ban T., Coppen J., Hollister E., Ibor JJ, Pichot P. El Diagnóstico de la Depresión Manual para el Médico Clínico 2002.USA

Más de la mitad de las encuestadas con estrés se encontró en el grupo de edad de 31 a 40 años; el 50% son mujeres solas (solteras, viudas y divorciadas); y el 68.8% refirieron convivir con su pareja en la misma casa.

Un 71.9% de las que presentaron estrés realizaban más de un turno al día. En cuanto a las características generales y laborales halladas en esta investigación se puede decir que existen factores que pueden ser generadores de estrés.

En este estudio se encontró que el 24 % de la población estudiada presentó ansiedad, esto no contrasta con los datos presentados en un estudio realizado en un Hospital Siquiátrico de Cuba⁵⁴ el cual reportó un 40.6% de las enfermeras investigadas presentó ansiedad. Esto se debe probablemente al tipo de patologías de los pacientes atendidos en este centro de enfermedades siquiátricas, que generan mayor ansiedad.

En población general se ha encontrado cifras menores de ansiedad, como ser un estudio en los países europeos donde se reportó 2% al 8% y en Colombia⁵⁵ los trastornos de ansiedad tenían una prevalencia del 9.6%. Esto probablemente se debe a que la ansiedad es una patología frecuente en población general y lo es aún más en poblaciones específicas como el personal de salud donde el número de estresores es mayor, por lo que se aumenta su prevalencia.

En esta investigación se encontró que la proporción de depresión en el personal de enfermería fue de un 36% en contraste con un estudio realizado

⁵⁴ Ricoy J., Chacón O. Salud Mental y su Relación con el Estrés en enfermeras de un Hospital Psiquiátrico. *MEDISAN* 1998;2(2):6-11

⁵⁵ Restrepo C. et al. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes, Adultos. CEJA. Bogotá 2002 Pp.451

en un Hospital Psiquiátrico de Cuba⁵⁶ en donde la prevalencia fue de un 30%, probablemente esta diferencia se deba a que en la población investigada presenta otros tipos de factores que condicionan el apareamiento de la depresión o que las condiciones laborales de este tipo de personal en Cuba son diferentes de las que gozan nuestra población en estudio.

El 61 % de las estudiadas con depresión corresponden al grupo de edad de 31 a 40 años, aunque este dato no concuerda con el pico de morbilidad depresiva que se presentan en otros lugares ya que estas oscilan entre los 45 y 65 años, aunque hay otros autores que han encontrado depresión en edades más tempranas⁵⁷.

En cuanto al estado civil, llama la atención que el 63% de las encuestadas con depresión conviven con su pareja, a diferencia de lo que plantea la literatura, que los casados tienen prevalencias más bajas, en cambio en este estudio ocurre lo contrario, pudiéndose deber que a pesar de convivir con su pareja no reciben el apoyo conyugal que se esperaría, y esto se constata al explorar sobre su relación de pareja: solo el 24% está totalmente satisfecha con ella. Un 61% no está o está poco satisfecha con su vida sexual, y con su vida emocional un 42% refiere no estar satisfecha.

En cuanto a su situación económica el 92 % de las participantes con depresión no está satisfecha, siendo conocido que en nuestro país, este tipo de trabajadoras de la salud tienen salarios bajos, lo cual coincide que en los

⁵⁶ Ricoy J. Op. Cit. Pp.8

⁵⁷ Lara Asunción M, Mondragón L., Rubi A., Salud Mental Vol. 22, No 4 agosto 1999

estratos socioeconómicos bajos la incidencia de depresión se muestra más elevada que en el resto de la población⁵⁸.

Al analizar los antecedentes personales patológicos de depresión se halló que un 94% refieren tener historia de sintomatología depresiva.

Se encontró un 45 % de las entrevistadas tenían antecedentes familiares de intentos suicidas y que estos fueron practicados por mujeres, pero de éstos solo en un 39% se habían concretizado en suicidios siendo hombres todos. Se ha logrado establecer que las mujeres en este estudio practicaron más intentos de suicidio que el género masculino, pero estos últimos fueron los que lo logran en mayor número. Se ha visto en otros estudios que la tasa de suicidio entre los depresivos es de 25 a 50 veces mayor que en población general. En población general la tasa de suicidios es de 24 por 100000 habitantes, para la población masculina en casi todo el mundo la tasa de suicidios es mayor en hombres. Un estudio en México⁵⁹ del 2004 reveló una tasa de suicidios de 3.72 x 100000 Habitantes *siendo una tasa más elevada que los datos presentados en un estudio publicado en Honduras (1998) de una tasa de suicidios de 2.8/100000 habitantes y una relación hombre-mujer de 4 a 1*⁶⁰

Del total de pacientes con diagnóstico de estrés se encontró que el 23.4%(15) presento depresión leve y un 35.9%(23) moderada. (Cuadro No 9). Encontrándose significancia estadística con una $p < 0.05$.

⁵⁸ Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España 2002

⁵⁹ Fuentes-Rosas E., Lopez-Nieto L., Mortalidad por Suicidios. Rev Panam vol.16 No 2 agosto 2004

⁶⁰ Paz A., Sosa C., Moncada R., Suicidio en Honduras, Estudio Comparativo. Rev. Med. Post UNAH. Vol.3(1) enero-abril 1998

Al establecer la relación entre las pacientes que se les encontró estrés solo el 26.5% (17) presentaron ansiedad, no hallándose significancia estadística $p < 0.7$.

Al relacionar las estudiadas con síntomas de ansiedad con las que presentaron síntomas de depresión se encontró que un 19.2%(5) tenían depresión leve y un 23% (6) moderada obteniéndose una $p < 0.05$ (habiendo significancia estadística.)

Es muy frecuente que 2 o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, al igual que sucede con los problemas físicos. Es usual la existencia de los trastornos de ansiedad y de depresión, y esta comorbilidad se observa aproximadamente en la mitad de los individuos que la padecen.

La comorbilidad es importante ya que tiene graves consecuencias para el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación de los individuos afectados. También se aumenta la discapacidad de éstos y la carga que reportan las familias aumentan proporcionalmente.

Al indagar sobre el grado de satisfacción en el puesto de trabajo se encontró lo siguiente (Cuadro 12): en términos generales las tres terceras parte de la población encuestada se encuentra moderadamente satisfecha con la relación que sostiene con sus compañeras de trabajo y la carga de trabajo que tienen.

Al preguntar sobre los mecanismos de afrontamiento para combatir el estrés laboral se encontró que los mecanismos utilizados siempre con mayor frecuencia fueron los siguientes (Cuadro 13):

Creo que el tiempo cambia las cosas, hay que esperar (65), Confío en que ocurra "un milagro" (59) hay una tendencia a utilizar el afrontamiento pasivo, no a buscarle solución a los problemas.

Más de la mitad de las encuestadas utiliza a menudo mecanismos de afrontamiento activo, tratando de resolver los problemas. Por ejemplo tomo precauciones para que no ocurra de nuevo, emprendo acciones para resolverlos, le doy vueltas al problema tratando de entenderlo)

Aparentemente a nivel cognitivo existe la idea de evitar acciones, que lejos de solventar los problemas los agudizarían tal como se visualiza al interrogar sobre la utilización de tipos de afrontamiento como ser: Me desquito con los demás, intento sentirme mejor, comiendo, bebiendo, fumando, tomando medicamentos, acumulo los problemas, explotando a la menor ocasión.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones.

1. El estrés es una reacción necesaria para afrontar diversas situaciones amenazantes, pero sino lo superamos en un tiempo limitado, puede volverse contra la persona misma provocando trastornos a nivel físico y psicológico, por consiguiente es un aspecto que amerita de la atención de las autoridades del IHSS, ya que el porcentaje de enfermeras afectadas por estrés en este estudio reveló que más de la mitad sufre este padecimiento, pudiendo generar altos índices de ansiedad y depresión.

2. En este estudio se encontró que un cuarto de la población encuestada presentó ansiedad y ésta se manifiesta con mayor o menor intensidad durante el trabajo, repercutiendo y desatando conflictos con los pacientes y con los propios compañeros, por otro lado, trabajar con un elevado nivel de ansiedad nos predispone a cometer errores en la práctica profesional, que puede trascender a los pacientes.

3. La depresión es un trastorno altamente prevalente en población general en el sexo femenino, en esta investigación se reporta que más de un tercio de las auxiliares de enfermería estudiadas presenta sintomatología depresiva, lo cual probablemente este influyendo en la productividad, ausentismo laboral, lo cual sugiere que se aborde en próximos estudios.

4. Se ha descrito en la literatura una serie de factores psicosociales relacionados con la depresión, en este trabajo se logra identificar que las entrevistadas tienen varios de estos factores que las predisponen a

presentar depresión como ser: tener antecedentes familiares de sintomatología depresiva, mujeres, episodios previos de depresión, eventos estresantes (cambios en el estado financiero, seguido de problemas con la familia política, muerte de un amigo, préstamo menor) entre otros.

5. El índice de intentos suicidas así como de suicidios encontrados en este estudio fue alto, información que debe de tomarse en cuenta para tomar las medidas preventivas y evitar que la población encuestada pueda recurrir a esta vía como recurso para resolver su problemática.

6. La comorbilidad es frecuente, pueden dos o más trastornos mentales coexistir en un mismo individuo, al igual que sucede con los problemas físicos. Este estudio reveló que las enfermeras con índices de estrés, en algunos casos presentaban ansiedad o depresión concomitantemente, y en otras se presentó la coexistencia de los trastornos de ansiedad y de depresión

7. Los factores estresantes pueden aparecer prácticamente en cualquier ocupación, profesión o puesto de trabajo y en cualquier circunstancia en que se somete a ese individuo a una carga a la que no puede ajustarse rápidamente. En definitiva, el estrés en el trabajo es un fenómeno tan variado y complejo como la propia vida. En esta investigación se reporta que los estresores más frecuentes eran bajos salarios, la mala organización del trabajo, y el miedo a cometer un error, aspectos que pueden ser mejorados a través de la identificación de estrategias de afrontamiento grupal y organizacional, por cuanto con frecuencia las situaciones de estrés provienen de esos niveles.

Recomendaciones.

- Se recomienda que se implemente un programa específico de prevención en las tres esferas, prevención primaria contra la depresión y la ansiedad a todos los trabajadores del IHSS, en especial focalizado a las auxiliares de enfermería, dirigido a reducir los factores de riesgo modificables, como ser los estresores, evitándolos o amortiguándolos, aplicando técnicas adecuadas para el manejo del estrés o provisión de apoyo social. Un programa de prevención secundaria, el cual deberá partir de la realización de nuevos estudios para determinar las prevalencias de depresión, ansiedad o cualquier otro trastorno en la salud mental de todo el personal administrativo y sanitario del IHSS. Esto deberá acompañarse de estrategias que reduzcan la prevalencia de la enfermedad, limitando su duración en el tiempo con los diagnósticos y los tratamientos oportunos y el involucramiento activo de todos los trabajadores de la salud de la institución. Simultáneamente se deberán iniciar estrategias de prevención terciaria evitando recaídas, discapacidad que pongan en precario la calidad de vida del personal de salud y de los pacientes atendidos por el personal afectado en esa institución.
- Se sugiere la creación de un comité de coordinación para la implantación de mediadas educativas sistemáticas y de concienciación sobre los problemas de salud mental en todo el personal del IHSS.

- El IHSS debe implantar la Política de Salud Mental vigente, en lo relacionado a la descentralización de la atención en salud mental e integrarlo a un nuevo modelo de atención integral donde se fortalezca la promoción de la salud, tomando en consideración entre sus componentes la salud mental tanto de sus afiliados como de sus propios trabajadores.
- El IHSS debe propiciar la apertura de carreras para la formación de profesionales y técnicos en salud mental con un enfoque integral y tomando en consideración la problemática de salud del país.
- Se recomienda a las autoridades y a las organizaciones gremiales del IHSS, iniciar un proceso de discusión sobre las condiciones de trabajo, higiene y seguridad de los trabajadores de esa institución a fin de evaluar la organización actual del trabajo, especialmente el contenido de las tareas, el sistema jerárquico, las modalidades de gestión, relaciones de poder y las responsabilidades de cada uno de los actores involucrados, de tal manera que esto contribuya a construir un nuevo modelo de atención integral que dé respuesta a la problemática del sector salud, considerando que el recurso humano es fundamental para impulsar estos procesos de cambio.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar M., Rovelo M., Padgett D., Reyes A., Evaluación de Salud mental en los médicos residentes de los postgrados de medicina de la UNAH en el año 2000 Rev Med Post UNAH vol 6, No 1 enero-abril 2001.
2. Ban T., Coppen J., Holliester E., Ibor JJ, Pichot P. El Diagnóstico de la Depresión Manual para el Médico Clínico 2002. USA.
3. Barquero J. Psiquiatría en atención Primaria, segunda reimpresión. Julio 1999 España.
4. Barry s, David H. Occupation Health Reorganizing and Preventing Work-relate Disease third edition. 1995 USA.
5. Caraveo J.,Comenares E., Estudio Clínico Epidemiológico de los Trastornos Depresivos. Salud Mental V.22, No 2, abril 1999
6. Caruano Agustín, Psicología de la salud. Estrés y adaptación al estrés y trastornos psicofisiológicos. Línea (www. Aniorte-nic.net) bajado en febrero del 2006.
7. Chirinos A., Munguía A., Lagos A., Salgado J., Reyes A., Padgett D., Prevalencia de trastornos Mentales en Población Mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de Honduras 2001. Rev Med Post UNAH vol 7, No 1 enero-abril 2002.
8. Darran B., Simon D. Lo Esencial en Psiquiatría, Haurcourt Internacional. España 2001.
9. Desjarlas R., Eisenberg L., Salud Mental en el Mundo. OPS E.U.A. 1997

10. Díaz I., Afrontamiento y Calidad de Vida, departamento de Psicología
Universidad Oriente Santiago Cuba
1997. <http://www.monografias.com/mediakit>.
11. DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
España 2002.
12. Escala de Folkman y Lazarus para las estrategias de afrontamiento.
13. Escala de Inventario de Situaciones y Respuestas de ansiedad de Tobal
y Cano Vindel. Universidad Complutense de Madrid. Juan José Miguel
Tobal y Antonio Cano Vindel 1986. Sociedad Española para el estudio de
la Ansiedad y el estrés SEAS. <http://www.ucm.es/info/seas>.
14. Escala de Reajuste social de Thomas Holmes y Richard Rahe. Esta
escala fue publicada por primera vez en el Diario de Investigaciones
Psicosomáticas. Copyright 1967, vol II p.21
15. Fernández A., Claves de la Depresión editorial Ars Vivendi España
2002.
16. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo Psicológico al paciente. Manual
Editorial Paraninfo España 1998.
17. Gómez C. Alzate M., Fundamentos de Psiquiatría Clínica: niños,
adolescentes y adultos. CEJA Bogotá 2002
18. González Cabanach, R " Comunicación, estrés y accidentabilidad. Tres
factores de actualidad". 1998.
19. Guerrero E. Salud, Estrés, y Factores Psicológicos, de Psicología de la
UNED, Centro Asociado de Mérida. México.

20. Jurado S., Villegas ME., Estandarización del inventario de depresión de Beck.21(13):26-31 mayo-junio 1998
21. Labrador M. Estrés Eudene Madrid 1993.
22. Lara Asunción M, Mondragón L., Rubí A., Salud Mental Vol. 22, No 4 agosto 1999.
23. Lazarus, r. s. y Folkman, s. (1984): stress, appraisal and coping, nueva york, springerpublishing company.
24. Martín M., Jiménez M., Fernández E., Estilos y estrategias de afrontamiento Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.2003.
25. Martínez F., Castellanos P. Salud Pública. Mc graw-Hill. Interamericana. México 1997
26. Matud, Aznar Pilar María. Depresión y Género Universidad de Laguna España marzo 2000.
27. Morris C. Psicología 10 edición, México 2001
28. OPS Informe sobre salud mental en el mundo. Salud mental, Nuevos conocimientos, Nuevas Esperanzas 2001.
29. OPS Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex. No 19 1992
30. OPS Salud en las Américas, No 622, vol. I 2001
31. Paz A., Sosa C., Moncada R. Suicidio en Honduras estudio Comparativo. Rev Med Post UNAH. Vol. 3 (1) Enero-abril 1998
32. Peiro, j Nuevas Perspectivas Psicosociológicas. Barcelona. 1990.
33. Puentes-Rosas E., López-Nieto L., Mortalidad por Suicidios en México. Rev Panam vol16. No 2. agosto 2004

34. Restrepo C. et al. Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes, Adultos. CEJA. Bogotá 2002
35. Ricoy J., Chacón O. Salud Mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un Hospital Psiquiátrico. MEDISAN 1998;2(2): 6-11
36. Rodríguez R., Roque C., Moleiro O. Estres Laboral, Consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Facultad de psicología, Universidad Central, Marta Abreu de las Villas Facultad de Psicología 2003.
37. Sánchez, j La medida del afrontamiento. Prácticas para el estudio de las diferencias individuales y situacionales. Valencia: Universidad de Valencia 1991.
38. Velasco Y. Identificación de Estresores Laborales en personal Sanitario de Urgencias Hospitalarias. Sociedad Española de Enfermería y Urgencias 2003.
39. Vidal G., Alarcón R. Psiquiatría, Editorial Médica. Buenos Aires 1986
40. Yepes L, Toro R., Fundamentos de Medicina Psiquiátrica. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia 1998.

ANEXO 1

ESCALA DE ESTRES

A continuación enumeraremos una serie de "Eventos Significativos" que podrían haber sucedido en su vida en el último mes.

Por favor, lea cada "Evento Significativo", y díganos si el mismo ha ocurrido en su vida en el último mes, y si ha ocurrido, qué grado de afectación tuvo este "Evento Significativo" en su vida.

Evento Significativo Ocurrido en el Último Mes	Score	Ocurrió		Grado de Afectación		
				Poco	Moderado	Mucho
1. MUERTE DE LA PAREJA	100	S í	No	1	2	3
2. DIVORCIO	60	S í	No	1	2	3
3. MENOPAUSIA	60	S í	No	1	2	3
4. SEPARACIÓN DE LA PAREJA	60	S í	No	1	2	3
5. ENCARCELAMIENTO	60	S í	No	1	2	3
6. MUERTE DE UN PARIENTE CERCANO	60	S í	No	1	2	3
7. ENFERMEDAD O INCAPACIDAD	45	S í	No	1	2	3
8. MATRIMONIO	45	S í	No	1	2	3
9. DESPIDO DEL EMPLEO	45	S í	No	1	2	3
10. RECONCILIACIÓN DE LA PAREJA	40	S í	No	1	2	3
11. RETIRO	40	S í	No	1	2	3
12. CAMBIO DE SALUD EN PARIENTE CERCANO	40	S í	No	1	2	3

Evento Significativo Ocurrido en el Ultimo Mes	Score	Ocurrió		Grado de Afectación		
				Poco	Moderado	Mucho
13. TRABAJAR MAS DE 40 HORAS POR SEMANA	35	S í	No	1	2	3
14. EMBARAZO	35	S í	No	1	2	3
15. PROBLEMAS SEXUALES	35	S í	No	1	2	3
16. LLEGADA DE UN NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA	35	S í	No	1	2	3
17. CAMBIO DE ROL EN EL TRABAJO	35	S í	No	1	2	3
18. CAMBIO EN EL ESTADO FINANCIERO	35	S í	No	1	2	3
19. MUERTE DE UN AMIGO (NO, MIEMBRO DE LA FAMILIA)	30	S í	No	1	2	3
20. CAMBIO EN EL NUMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA	30	S í	No	1	2	3
21. HIPOTECA O PRÉSTAMO BANCARIO	25	S í	No	1	2	3
22. PROBLEMAS CON HIPOTECA O PRÉSTAMO BANCARIO	25	S í	No	1	2	3
23. DORMIR MENOS DE 8 HORAS	25	S í	No	1	2	3
24. CAMBIO DE RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO	25	S í	No	1	2	3
25. PROBLEMAS CON LA FAMILIA POLÍTICA O HIJOS	25	S í	No	1	2	3

Evento Significativo Ocurrido en el Ultimo Mes	Score	Ocurrió		Grado de Afectación		
				Poco	Moderado	Mucho
26. LOGRO PERSONAL SOBRESALIENTE	25	Sí	No	1	2	3
27. LA PAREJA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR	20	Sí	No	1	2	3
28. COMENZAR O TERMINAR LA ESCUELA	20	Sí	No	1	2	3
29. CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE VIDA (REMODELACIÓN, VISITAS ETC...)	20	Sí	No	1	2	3
30. CAMBIO EN HABITOS PERSONALES	20	Sí	No	1	2	3
31. ALERGIA CRÓNICA	20	Sí	No	1	2	3
32. PROBLEMAS CON EL JEFE	20	Sí	No	1	2	3
33. CAMBIO EN EL HORARIO O CONDICIONES DE TRABAJO	15	Sí	No	1	2	3
34. CAMBIO DE RESIDENCIA	15	Sí	No	1	2	3
35. SÍNDROME PRE-MENSTRUAL	15	Sí	No	1	2	3
36. CAMBIO DE ESCUELA	15	Sí	No	1	2	3
37. CAMBIO DE ACTIVIDAD RELIGIOSA	15	Sí	No	1	2	3
38. CAMBIO EN ACTIVIDADES SOCIALES	15	Sí	No	1	2	3

Evento Significativo Ocurrido en el Ultimo Mes	Score	Ocurrió		Grado de Afectación		
				Poco	Moderado	Mucho
39. PRÉSTAMO MENOR	10	Sí	No	1	2	3
40. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE REUNIONES FAMILIARES	10	Sí	No	1	2	3
41. VACACIONES	10	Sí	No	1	2	3
42. EPOCA DE VACACIONES NAVIDEÑAS	10	Sí	No	1	2	3
43. INFRACCIÓN MENOR DE LA LEY	10	Sí	No	1	2	3

VI. A Otros "Eventos Significativos"

Hay algún otro "Eventos Significativos" que le han sucedido en su vida en el último mes.

Por favor, explíquenos cuál fue ese "Evento Significativo", y si ha ocurrido, qué grado de afectación tuvo este "Evento Significativo" en su vida.

Otro "Evento Significativo" Ocurrido en el Ultimo Mes	Score	Ocurrió		Grado de Afectación		
				Poco	Moderado	Mucho
44.		Sí	No	1	2	3
45.		Sí	No	1	2	3
46.		Sí	No	1	2	3

ANEXO 2

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad

A continuación deseamos preguntarle con qué grado de frecuencia ha tenido Usted en el último mes, cualquiera de los siguientes síntomas:

Síntomas	Grado de Frecuencia				
	Casi nunca	Pocas veces	Unas veces sí, otras veces no	Muchas veces	Casi siempre
a. Preocupación	0	1	2	3	4
b. Pensamientos o sentimientos negativos sobre uno mismo	0	1	2	3	4
c. Inseguridad	0	1	2	3	4
d. Temor a que nos noten la ansiedad y a lo que pensarán si esto sucede	0	1	2	3	4
e. Molestias en el estómago	0	1	2	3	4
f. Sudor	0	1	2	3	4
g. Temblor	0	1	2	3	4
h. Tensión	0	1	2	3	4
i. Palpitaciones, aceleración cardíaca	0	1	2	3	4
j. Movimientos repetitivos (pies, manos, rascarse, etc.)	0	1	2	3	4
k. Fumar, comer o beber en exceso	0	1	2	3	4
l. Evitación de situaciones	0	1	2	3	4

ANEXO 3

Inventario de Depresión de Beck

Instrucciones: Éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 0. No me encuentro triste
 1. Me siento triste o melancólico
 2. Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 3. Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo

- 2 0. No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
 1. Me siento desanimado respecto al futuro
 2. No tengo nada que esperar del futuro
 3. No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar

- 3 0. No me siento fracasado
 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2. Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 3. Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)

- 4 0. No estoy particularmente descontento
 1. No disfruto de las cosas como antes
 2. No encuentro satisfacción en nada
 3. Me siento descontento de todo

- 5 0. No me siento particularmente culpable
 1. Me siento malo o indigno muchas veces
 2. Me siento culpable
 3. Pienso que soy muy malo e indigno

- 6 0. No me siento decepcionado conmigo mismo
 1. Estoy decepcionado conmigo mismo
 2. Estoy disgustado conmigo mismo
 3. Me odio

- 7 0. No tengo pensamientos de dañarme
 1. Creo que estaría mejor muerto
 2. Tengo planes precisos para suicidarme
 3. Me mataría si tuviera ocasión

- 8 0. No he perdido el interés por los demás
 1. Estoy menos interesado en los demás que antes
 2. He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 3. He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto

- 9
0. Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
 1. Trato de no tener que tomar decisiones
 2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 3. Ya no puedo tomar decisiones
- 10
0. No creo que mi aspecto haya empeorado
 1. Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 2. Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 3. Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11
0. Puedo trabajar igual de bien que antes
 1. Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 2. Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 3. No puedo realizar ningún trabajo
- 12
0. No me canso más que antes
 1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Me canso por cualquier cosa
 3. Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13
0. Mi apetito no es peor de lo normal
 1. Mi apetito no es tan bueno como antes
 2. Mi apetito es ahora mucho peor
 3. He perdido el apetito

ANEXO 4

ESTRESORES LABORALES

A continuación se le presentan una serie de situaciones laborales que provocan stress, y deseamos saber la frecuencia con que estas situaciones se presentan en su trabajo.

Lea por favor cada una de las situaciones laborales que se indican a continuación marcando con un X la frecuencia con que se presenta.

ESTRESORES LABORALES	Grado de Frecuencia			
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Interrupciones frecuentes en la realización de tareas.	1	2	3	4
2. Recibir críticas de un médico o supervisor.	1	2	3	4
3. Sentirse impotente en el caso de agitación / violencia de los pacientes.	1	2	3	4
4. Falta de apoyo de los superiores.	1	2	3	4
5. Conflicto con los superiores.	1	2	3	4
6. Problemas con uno varios médicos.	1	2	3	4
7. Miedo a cometer un error.	1	2	3	4
8. El médico no esté presente ante un cuadro de agitación / violencia.	1	2	3	4
9. Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.	1	2	3	4
10. Sentirse insuficientemente preparado.	1	2	3	4
11. Tener que tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no esta "disponible".	1	2	3	4
12. No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha a los superiores.	1	2	3	4
13. Movilidad a otros servicios por falta de personal.	1	2	3	4
14. Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros.	1	2	3	4

15. Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería "administrativas, excesivo papeleo".	1	2	3	4
16. Escasez de personal para cubrir adecuadamente el servicio.	1	2	3	4
17. Condiciones físicas de trabajo inadecuadas "calor, frío, ruidos, poco espacio, escasa ventilación".	1	2	3	4
18. Peligros físicos.	1	2	3	4
19. Falta de libertad y autonomía en mi trabajo.	1	2	3	4
20. Mala organización	1	2	3	4
21. Sobrecarga de trabajo.	1	2	3	4
ESTRESORES LABORALES	Grado de Frecuencia			
	<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>
22. Pacientes agresivos y/o violentos.	1	2	3	4
23. Pacientes no colaboradores (se resisten a cooperar).	1	2	3	4
24. Pacientes difíciles (con incapacidades físicas, mentales).	1	2	3	4
25. Presiones o exigencias de los familiares.	1	2	3	4
26. Asignación forzosa a los servicios.	1	2	3	4
27. Atender a mas de un paciente en los consultorios a la vez.	1	2	3	4
28. No poder localizar a los médicos cuando se les necesita.	1	2	3	4
29. Recibir órdenes contradictorias.	1	2	3	4
30. Pacientes con patologías mentales.	1	2	3	4
31. Quejas de los pacientes y/o familiares.	1	2	3	4
32. Falta de tiempo para hacer las cosas.	1	2	3	4
33. Afrontar situaciones nuevas.	1	2	3	4
34. Tomar decisiones importantes en casos urgentes en ausencia de	1	2	3	4

médico.				
35. No trabajar basándose en una planificación coherente.	1	2	3	4
36. Escasez de recursos esenciales.	1	2	3	4
37. Tener que aparentar seguridad cuando no la tengo.	1	2	3	4
ESTRESORES LABORALES	Grado de Frecuencia			
	<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>
38. Que me hagan perder el tiempo.	1	2	3	4
39. Que no estén claramente establecidas mis obligaciones.	1	2	3	4
40. Excesiva responsabilidad.	1	2	3	4
41. Tener un superior incompetente.	1	2	3	4
42. Llevarme los problemas de trabajo a casa.	1	2	3	4
43. Excesivo compromiso emocional en mi trabajo.	1	2	3	4
44. Decisiones y cambios que me afectan, se tomen sin mi consentimiento ni participación.	1	2	3	4
45. Falta de reconocimiento por mi esfuerzo en el trabajo.	1	2	3	4
46. Pocas perspectivas de ascenso o promoción.	1	2	3	4
47. Falta de formación continuada.	1	2	3	4
48. Trabajo rutinario sin nuevos aprendizajes.	1	2	3	4
49. Insatisfacción laboral	1	2	3	4
50. Que amenacen con denunciarme.	1	2	3	4
51. Bajo salario	1	2	3	4

ANEXO 5

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (Folkman y Lazarus)

A continuación se le presentan una serie de situaciones relacionadas con la forma de enfrentar los problemas, y deseamos saber la manera en que Usted actúa.

Lea por favor cada uno de los items que se indican a continuación marcando con un X la manera que más se aproxime a su forma de actuar.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Grado de Frecuencia			
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Le doy vueltas al problema tratando de entenderlo.	1	2	3	4
2. Tomo precauciones para que no ocurra de nuevo.	1	2	3	4
3. Intento ver el lado positivo del asunto.	1	2	3	4
4. Emprendo acciones para resolverlos.	1	2	3	4
5. Hablo con mi cónyuge o pareja.	1	2	3	4
6. Intento averiguar más aspectos del problema.	1	2	3	4
7. Intento analizar el problema objetivamente.	1	2	3	4
8. Me concentro en lo que debo hacer a continuación.	1	2	3	4
9. Hablo con un/a amigo/a.	1	2	3	4
10. Deseo poder evitar lo que está ocurriendo.	1	2	3	4
11. Busco poder evitar lo que está ocurriendo.	1	2	3	4
12. Busco la solución en experiencias anteriores.	1	2	3	4
13. Creo que el tiempo cambia las cosas, hay que esperar.	1	2	3	4

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Grado de Frecuencia			
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Siempre
14. Me critico y sermoneo a mi mismo.	1	2	3	4
15. Confío en que ocurra "un milagro".	1	2	3	4
16. Sigo adelante como si no pasara nada.	1	2	3	4
17. Intento guardar para mí mis sentimientos.	1	2	3	4
18. Manifiesto mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	1	2	3	4
19. Intento olvidarme de todo.	1	2	3	4
20. Espero a ver lo que pasa antes de hacer nada.	1	2	3	4
21. Salgo de la experiencia mejor de lo que entré.	1	2	3	4
22. Me alejo del problema por un tiempo.	1	2	3	4
23. Intento sentirme mejor, comiendo, bebiendo, fumando, tomando medicamentos.	1	2	3	4
24. Intento no dejarme llevar por mi primer impulso.	1	2	3	4
25. Me mantengo firme y peleo por lo que quiero.	1	2	3	4
26. Me desquito con los demás.	1	2	3	4
27. Intento que mis sentimientos no interfieran.	1	2	3	4
28. Lo acepto ya que no puedo hacer nada al respecto.	1	2	3	4

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Grado de Frecuencia			
	<i>Nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>A menudo</i>	<i>Siempre</i>
29. Oculto a los demás lo mal que me siento.	1	2	3	4
30. Desarrollo un plan de acción y lo sigo.	1	2	3	4
31. Acumulo los problemas, explotando a la menor ocasión.	1	2	3	4
32. Intento algo distinto de todo lo anterior, por favor descríbelo.	1	2	3	4