



UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y PÒSTGRADO

ESTUDIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL
PROFESIONAL DE LA SALUD, HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ,
2006.

POR
BERTA DELVALLE RIOS

2006

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y PÒSTGRADO

ESTUDIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL
PROFESIONAL DE LA SALUD, HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ,
2006.

BERTA DELVALLE RIOS

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL
GRADO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON ENFASIS EN SALUD
OCUPACIONAL

COCLE, REPUBLICA DE PANAMA

2006

5
26 FEB 2009



Universidad de Panamá
Centro Regional Universitario de Coclé
Dr. Bernardo Lombardo



Dirección de Investigación y Postgrado

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las 10:00 a.m. se realizó en el Salón N° 110 del C. R. U. de Coclé, conforme a lo que establece el capítulo V del reglamento de Tesis de Grado, la defensa de la Tesis de Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional.

Título del Trabajo de Tesis: *"ESTUDIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD, HOSPITAL RAFAEL ESTÉVEZ, 2006"*

Nombre de la estudiante: **Berta Delvalle Ríos**

Cédula: 2-94-2661

Miembros del Jurado:

- a. Dr. Francisco Navarro (Asesor)
- b. Dra. Betty Gómez
- c. Magistra Iraida Cano

Calificaciones que otorgan:

96

96

96

Nota Final Promedio

96

Observaciones Generales del Jurado:

Firma de los Miembros del Jurado:

a. [Signature]

b. [Signature]

c. [Signature]

b. [Signature]

[Signature]
Firma del Coordinador del Programa

[Signature]
Firma del Representante de la
Vicerrectoría de Inv. y Postgrado

[Signature]
Firma del Estudiante

Dado en la ciudad de Penonomé a los 20 días del mes de septiembre del año dos mil siete

Abogado del Autor

16864

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por haber permitido que culminara con éxito una de mis más grandes metas.

Gracias Señor.

A mi hijo Domingo Ernesto, se que falte en tantos momentos tan importantes para ti, pero quiero agradecerte por el amor, cariño, comprensión que en todo momento me brindaste, quiero que sepas que te dedico este mi triunfo, con todo el amor de mi corazón. Te quiero hijo.

Gracias.

A mis hijas Joy Ann y Ann Marie, no solo con palabras quiero agradecerles tanta comprensión y apoyo, sino mostrándoles este trabajo investigativo, uno de mis más grandes anhelos.

Gracias

Esto es para ustedes.

Los amo.

Berta

AGRADECIMIENTO

Mis primeras palabras de agradecimiento van dedicadas a Dios nuestro señor por permitirme terminar este proyecto.

A mis hijos Ernesto, Joy Ann y Ann Marie por la paciencia y comprensión durante la realización de esta tesis.

A el Doctor Francisco Navarro, asesor de la tesis por toda su paciencia y ayuda.

A La Dra. Milagros Tuñón y Dra. Nadia Ríos, Psiquiatras Del Hospital Rafael Estévez por toda su cooperación.

A los compañeros de la maestría por su apoyo.

Al profesor Boris Ortega por la ayuda prestada durante el proceso de tesis.

Al Equipo de Salud Ocupacional por toda la ayuda prestada en la documentación en especial a la Licenciada Idaimis Muñoz, Magíster Rosa Rudas y Luz Medina.

A la Dra. Consuelo de López, Directora Institucional de la Caja de Seguro Social de Coclé por todos los aportes para la realización de la tesis.

Al señor Bolívar De Lora por el apoyo incondicional durante todo este periodo.

A Elías Guevara (qepd), por las palabras de aliento y consejos para la realización de esta investigación.

Al Doctor Melchor Quiroz por permitirme el acceso al Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, para la realización del proyecto.

A todos mis familiares que de una u otra forma me incentivaron a este logro.

Gracias

Berta.

TABLA DE CONTENIDO

Aprobación	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Tabla de Contenido	i
Índice de Cuadros	v
Índice de Figuras	vi
Resumen	1
Summary	2
Introducción	4
CAPITULO I MARCO DE REFERENCIA O CONCEPTUAL	9
1.1. Generalidades del Hospital Regional Rafael Estévez	10
1.1.1. Localización	12
1.1.2. Misión	13
1.1.3. Visión	13
1.1.4. Servicios que ofrece el Hospital Regional Rafael Estévez	13
CAPITULO II. MARCO TEORICO	15
2.1. Carga de Trabajo	16
2.2. Carga Mental	17
2.2.1. Concepto y Valoración	17
2.2.2. Factores de Carga Mental en el Trabajo Hospitalario	18
2.3. Ansiedad	23

2.3.1. Tipos de Trastornos en la Ansiedad	24
2.3.2. Causas de los Trastornos de Ansiedad	27
2.3.3. ¿Qué es el Trastorno por Ansiedad Generalizada?	28
2.3.4. Causas. ¿Qué la Produce y cómo se produce?	28
2.3.5. Manifestaciones Clínicas. ¿Cuándo se debe sospechar?	29
2.3.6. Síntomas y Trastornos Asociados	31
2.3.7. Diagnóstico. ¿Cómo saber o confirmar?	33
2.3.8. Tratamiento	34
2.3.9. Pronóstico y Complicaciones. ¿Qué consecuencias puede tener?	35
2.3.10. Consulta Médica. ¿Cuándo debo acudir al médico?	36
¿Qué médico me puede tratar?	
2.4. La Depresión	37
2.4.1. Personas que la padecen	40
2.4.2. Tipos de Depresión	41
2.4.2.1. Depresión en la Mujer	42
2.4.2.2. Depresión en el Hombre	43
2.5. Que Produce la Depresión	43
2.6 Depresión laboral	44
2.6.1. Depresión en el Trabajo	44
2.6.2. Los Efectos de la Depresión sobre el Trabajo	45
2.6.3. La Depresión por Causa Laboral	48
2.6.4. Pasos a seguir para superar este Problema	48

2.7. Evaluación Diagnostica y Tratamiento	50
2.7.1. Tratamiento de la Depresión	50
2.7.2. Prevención para la Depresión	52
2.7.3. Autoayuda en Depresión	55
2.7.4. ¿Cuándo es necesario tratar una Depresión?	56
2.8. Consecuencias de Depresión y Ansiedad en los Profesionales Sanitarios	57
2.8.1. Consecuencias personales en los Profesionales Sanitarios	58
2.8.2. Consecuencias familiares del estrés laboral en los Profesionales Sanitarios	59
2.8.3. Consecuencias laborales del estrés Profesional	60
CAPITULO III. METODOLOGIA	63
3.1. Planteamiento del Problema	64
3.2. Objetivos de la Investigación	69
3.2.1. Objetivo General	69
3.2.2. Objetivos Específicos	69
3.3. Justificación	70
3.4. Estrategia de Investigación	79
3.4.1. Tipo de Investigación	79
3.4.1.1. Estudio Descriptivo	79
3.4.1.2. Estudio Transversal	80
3.4.2. Unidades de Observación	81

3.4.2.1. Variables Dependientes	81
3.5. Diseño de Investigación	82
3.6. Población y Muestra	82
3.6.1. Población Objetivo Universo	82
3.6.2. Población Muestral	83
3.7.2.1. Muestra	83
3.7. Métodos de Selección	84
3.7.1. Criterios de Inclusión	84
3.7.2. Criterios de Exclusión	84
3.8. Estadístico	85
3.8.1. Instrumento	85
CAPITULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	88
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFIA	110
ANEXOS	112

INDICE DE TABLAS

Cuadro I.	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD POR SEXO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	89
Cuadro II.	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD POR EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ AGUADULCE. AGOSTO 2006.	91
Cuadro III.	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD POR CARGO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	93
Cuadro IV.	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN POR SEXO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	96
Cuadro V.	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN POR EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	98
Cuadro VI.	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN POR CARGO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	100
Cuadro VII	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE AGOSTO 2006.	102

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD POR SEXO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	90
Figura 2	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD POR EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ AGUADULCE. AGOSTO 2006.	92
Figura 3	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD POR CARGO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	94
Figura 4	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN POR SEXO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	97
Figura 5	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN POR EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	99
Figura 6	PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN POR CARGO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.	101

RESUMEN

El estudio se realizó en el Hospital Regional Rafael Estévez, ubicado en el Distrito de Aguadulce, Provincia de Coclé, él mismo es hospital de la Caja Seguro Social, el cual inicio sus labores el 4 de octubre del 2001. Actualmente cuenta con 808 empleados ubicados en las diferentes secciones.

Es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, del total de funcionarios que laboran diariamente en la institución. Las variables principales serán el nivel de depresión y ansiedad mostrado en los profesionales de salud que laboran directamente con pacientes. Estas variables serán medidas con indicadores mediante una serie de encuestas realizadas al personal. Se utilizará como variables de control, la edad, sexo, cargo.

La fuente de información que se utilizó para recoger se basa en la aplicación de encuestas, elaboradas por la autora, que serán aplicadas durante los meses de la investigación

Los datos fueron tabulados, en forma sencilla, se codificó las respuestas y se tabulará mecánicamente por paloteo y agrupación de respuestas afines. También se analizaron los datos, por la técnica descriptiva, para cada variable.

El procedimiento y el análisis de la información se realizaron mecánicamente mediante cuadros y figuras estadísticos.

Podemos mencionar que el 84.1% encuestado que representa a 175 empleados profesionales de la salud del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce refleja una condición Normal o sin ningún grado de ansiedad.

SUMMARY

This research will be conducted in the Hospital Regional Rafael Estevez, which is located in Aguadulce City, Province of Coclé, this building is of the Caja de Seguro Social opened its doors on October 04th. 2001. Nowadays it has 808 employees who work in different departments.

This will be a descriptive, quantitative study on the total amount of employees who work everyday in this institution. The main variables will be the level of nervous breakdown and anxiety shown by health professionals, who directly work with patients. These variables will be measured with indicators through a series of polls applied to the hospital staff. The age, sex, and position will be used as control variables.

The source to be used to get the information will be based on the application of polls, which were prepared by the author of this research and which will be applied during the months this study lasts.

The data gathered will be tabulated in a simple form. The answers will be codified and mechanically tabulated by grouping similar answers also; the data gathered will be analyzed, through the descriptive technique, each variable.

The procedure and analysis of the information will be achieved mechanically through statistical charts and tables.

INTRODUCCIÓN

Todos los seres humanos en algún momento de nuestras vidas hemos experimentado depresión o ansiedad, el personal profesional de la salud en todo momento experimenta situaciones en el entorno que los lleva a grandes dosis de depresiones.

Este estudio es realizado con el ánimo de encontrar paliativos para el personal sometido a grandes dosis de depresiones y ansiedades, ya que la personas que presenta desorientación no es capaz de responder a cuestiones relacionadas con ella misma o con su posición de trabajo.

El estrés parece posesionarse en aquellas personas que ocupan puestos de responsabilidad, aunque esto no significa que sólo los ejecutivos sean los candidatos a padecerlo, es una difícil experiencia por la que cualquiera puede pasar. Indiscutiblemente existen acontecimientos muy desfavorables, que merecen una valoración altamente negativa en la mayoría de las personas.

Existen en la actualidad una serie de reacciones que el cuerpo experimenta en el caso de depresión y ansiedad las cuales son: de alarma, de resistencia y de agotamiento. En el caso de alarma ocurre inmediatamente después de que el individuo percibe la amenaza, poniéndose en guardia, experimentando un aumento de la frecuencia cardiaca y de la tensión muscular, la segunda fase de resistencia es aquella en la cual el individuo suele empezar a mostrarse irritable

y presenta cambios de humor, insomnio, alteraciones en aparato digestivo, dificultades de concentración y otros síntomas físicos, y por último, el agotamiento ocurre cuando el organismo gasta todos sus recursos y se pierde progresivamente la actividad, aparecen síntomas depresivos, abatimiento, fatiga y extenuación. Si la reacción es excesiva, las consecuencias pueden ser desastrosas.

En general siempre se puede y se debe tratar una depresión. En ocasiones, especialmente en las depresiones de intensidad ligera o moderada, la sintomatología depresiva tenderá a desaparecer con el tiempo sin tratamiento, pero se prolongará durante mucho más tiempo y se sufrirá innecesariamente.

También hay que tener en cuenta si los síntomas depresivos son secundarios a la presencia de otro trastorno orgánico, como enfermedades hormonales, neurológicas, cardiovasculares, neoplasias, déficits vitamínicos, etc., o se deben a la toma de determinados medicamentos que pueden producir síntomas depresivos (antihipertensivos, antiparkinsonianos, hormonas, antineoplásicos, etc.). En estos casos el control y recuperación de la causa puede eliminar la sintomatología depresiva.

Es necesario considerar que no toda ansiedad es patológica y, por tanto, es necesario diferenciar la posibilidad de estar ante un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o no. Si así es, las preocupaciones son difíciles de controlar e interfieren en la actividad habitual del individuo, a diferencia de las

preocupaciones habituales en la vida que pueden controlarse mejor o posponerse para otro momento, sin recaer continuamente en ellas.

La presencia de los síntomas físicos previamente mencionados (náuseas, dolor de cabeza, temblor) también apoya el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Es imprescindible que el cuadro mencionado tenga una duración de más de 6 meses para poder realizar este diagnóstico.

A mayor número de preocupaciones y de diversidad temática de éstas, más probable es el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Debe de considerarse que las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a un tema concreto y único, como pudiera ser el miedo a sufrir una enfermedad, a hablar en público, a ganar peso, a estar lejos de los seres queridos, a un animal determinado (arañas, serpientes, ratas).

Tampoco puede considerarse como un trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y la preocupación que aparece después de sufrir un acontecimiento traumático para el individuo (grave accidente de coche, violación), o bien aquella debida al efecto de determinadas drogas, fármacos, tóxicos (por ejemplo el café en cantidades importantes).

El objetivo de este estudio esta enfocado a identificar el grado de ansiedad y depresión que están los funcionarios que laboran en el Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce.

En el Capítulo I, se presentara las generalidades del Hospital Regional Rafael Estévez, su localización, Misión, Visión. Los diferentes servicios que ofrece.

En el Capítulo II, se desarrolla el Marco Teórico, donde se explica lo que es Carga de Trabajo y Carga Mental para los profesionales de Salud su concepto y valoración, además del concepto de ansiedad, que lo causa, que lo produce, cuando existe la posibilidad de ansiedad, diagnóstico, cuando se debe acudir al médico y las consecuencias que este trastorno produce; al igual se desarrollará el concepto de depresión, las personas que lo padecen, los diferentes tipos de depresión, tanto en la mujer como en el hombre, que lo produce, el significado de la depresión laboral, sus efectos en el trabajo, sus causas, como se puede superar, tratamiento , autoayuda en la depresión, cuando es necesario tratarla y las consecuencias tanto personales, familiares y laborales

En el Capítulo III, abordaremos todo lo relacionado con la metodología utilizada, las estrategias de investigación, tipo de investigación, el diseño de la investigación, población y muestra, ios métodos de selección utilizados incluyendo los criterios de inclusión y exclusión, el estadístico y el instrumento utilizado.

En el Capítulo IV, se realiza la Interpretación y análisis de los datos recolectados, incluyendo cuadros y gráficos.

Finalizaremos con las conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio.

**CAPITULO I. MARCO DE REFERENCIA O
CONCEPTUAL**

1.1. GENERALIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL RAFAEL ESTEVEZ

En el año de 1997 se da inicio a la construcción del Hospital Dr. Rafael Estévez, en honor a un hombre preocupado por la salud en la ciudad de Aguadulce.

El 4 de octubre del 2001, se inaugura oficialmente el Hospital Regional Rafael Estévez, con 124 camas, teniendo una capacidad para 218, en la actualidad se tiene ocupadas 149, lo que representa en un 68% de camas habilitadas. Iniciando con un capital humano de 420 unidades, actualmente cuenta con 808 de las cuales 353 son administrativos y 455 del área de salud. Para el año 2001 se inicio con un presupuesto total de B/.10, 782,873, en el año 2004 de B/.11, 973,041

El 2 de julio del 2001 inicia parcialmente sus funciones con los servicios de Consulta Externa, Farmacia y Laboratorio y el 9 de agosto de 2001 Rx.

Luego, el 19 de septiembre del 2001 se reciben en sus instalaciones los primeros pacientes hospitalizados y se da también apertura del Centro de Urgencias. El 22 de septiembre del 2002 se da la apertura de la Unidad de Cuidados Intensivos con 4 camas y el 4 de Diciembre de ese mismo año se inicia labores en la Unidad de Hemodiálisis con 8 pacientes en la actualidad con 59.

Este Hospital se constituye a partir de la fecha, en el centro hospitalario más grande y moderno del interior del país para atender la provincia de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas.

En los últimos años se ha registrado un crecimiento acelerado de la población panameña, tanto en áreas urbanas como en el sector rural, lo que ha generado una pujante dinámica en la construcción de nuevas urbanizaciones y por ende se ha visto la necesidad de crear instalaciones de salud para hacerle frente a las poblaciones que habitan estos sectores.

Sin embargo, este fenómeno no ocurre solamente en el área de la capital donde cientos de ciudadanos han emigrado en busca de mejores condiciones de vida para sus familias; dicho crecimiento poblacional se percibe de manera notable en diferentes provincias de la República, como lo constituye la región de la Provincia de Coclé, hoy día con más de 200,000 mil habitantes.

Aunque fueron muchos los inconvenientes que se dieron alrededor de esta construcción, lo más importante es valorar el coraje de su gente que enfrentó todos obstáculos para ver culminada su magna obra para así rendir; como lo hace hoy, tributo a uno de sus más insignes primogénitos.

Esta infraestructura de salud, brinda atención de segundo nivel de complejidad y se convirtió en una especie de muralla de contención y vanguardia de prestaciones médicas que abarca a las provincias centrales, con área de

responsabilidad aproximadamente de 598,998 personas entre asegurados y no asegurados, brindándole de esta manera un alivio al Complejo Hospitalario Metropolitano, ya que nuestros hombres y mujeres de esta región no tienen que trasladarse a la capital para recibir atención médica hospitalaria.

En la actualidad, se han atendido en tres años, 292,892 pacientes, de los cuales 147,086 acudieron a la Consulta externa y 148,625 al Cuarto de Urgencias, mientras que los Servicios Técnicos se atendieron 88,603 personas que incluyen, Fisioterapia, Estimulación Precoz, Nutrición y Dietética, Ortesis y Prótesis, Psicología, Trabajo Social, Enf. De Salud Ocupacional, Psicología Ocupacional y Epidemiología.

Se despacharon 647,363 medicamentos, se realizaron 1, 282,387 exámenes de Laboratorio a 167,055 pacientes, se efectuaron 72,008 exámenes de Radiología a 88,054 pacientes.

1.1.1. Localización

El Hospital Regional Doctor Rafael Estévez de la Caja de Seguro Social, se encuentra ubicado en la Avenida Alejandro Tapia Escobar, en Aguadulce Provincia de Coclé, a pocos metros de la vía interamericana.

1.1.2. Misión

Contribuir a la transformación institucional a través de la aplicación de herramientas técnicas – operativas efectivas, que nos permitan mejorar no solamente la calidad de los servicios prestados, sino garantizar las necesidades de pacientes, que requieran una intervención diagnóstica – terapéutica eficiente, eficaz y de calidad.

1.1.3. Visión

Constituirnos en una instalación de salud de tercer nivel de atención y 6to grado de complejidad, de la región central del país, garantizando servicios de salud con alta calidad, eficiencia, oportunos y accesibles, contando con un recurso humano altamente motivado y capacitado, con tecnología de punta, infraestructura adecuada y un modelo de gestión, que garantice su cumplimiento dentro de un marco de solidaridad y equidad.

1.1.4. Servicios que ofrece el Hospital Regional Dr. Rafael Estévez.

- **Quirúrgicos**

Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Neurocirugía, Otorrinolaringología, Ortopedia, Urología, Oftalmología, Cirugía Maxilo Facial, Cirugía Plástica y Reconstructiva.

- **Consulta Externa**

Cardiología, Cirugía general, Cirugía Plástica Y Reconst., Clínica de Trauma, Dermatología, Ginecología, Maxilo Facial, Medicina Interna, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Salud Ocupacional, Urología, Nefrología.

- **Servicios Técnicos**

Estimulación Precoz, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Ortesis y Prótesis, Psicología, Trabajo Social, Enfermera de Salud Ocupacional, Terapia Ocupacional.

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1. CARGA DE TRABAJO

El trabajo es una actividad humana a través de la cual el individuo, con su fuerza y su inteligencia, transforma la realidad. La ejecución de un trabajo implica el desarrollo de unas operaciones motoras y unas operaciones cognoscitivas. El grado de movilización que al individuo deba realizar para ejecutar la tarea, los mecanismos físicos y mentales que deba poner en juego determinará la carga de trabajo.

La ejecución de un trabajo cubre un doble fin: por una parte conseguir los objetivos de producción. Por otra, desarrollar el potencial del trabajador. Es decir, que, a partir de la realización de la tarea, el individuo pueda desarrollar sus capacidades. En estos términos no suele hablarse del trabajo como una carga. Normalmente este concepto tiene una connotación negativa y se refiere a la incapacidad o dificultad de respuesta en un momento dado, es decir, cuando las exigencias de la tarea sobrepasan las capacidades del trabajo. En este sentido la carga de trabajo viene determinada por la interacción entre:

- El nivel de exigencia de la tarea (esfuerzo requerido, ritmo, condiciones ambientales y otras)
- El grado de movilización del sujeto, el esfuerzo que deba realizarse para llevar a cabo la tarea. Determinado por las características individuales (edad, formación, experiencia, fatiga).

2.2. CARGA MENTAL

2.2.1. Concepto y Valoración

La carga mental o cognitiva responde según Szekely a:

“un estado de movilización general del operador humano como resultado del cumplimiento de una tarea que exige el tratamiento de información”.¹

La carga mental refleja el costo humano de este tipo de trabajo, se refiere según esta definición, al grado de procesamiento de información que realiza una persona para desarrollar su tarea. Con la aplicación de nuevas tecnologías, impone al trabajador elevadas exigencias en su capacidad de procesar información. El trabajo implica a menudo la recogida e integración rápida de una serie de información con el fin de emitir, en cada momento, la respuesta más adecuada a las exigencias de la tarea.

El sistema humano para procesar información tiene unas capacidades finitas, por lo que las exigencias de la tarea pueden acercarse mucho e incluso sobrepasar la capacidad individual de respuesta. Si esta situación se da de manera puntual la persona puede llegar a adaptarse a ella, pero si por el contrario, el trabajo exige continuamente un grado de esfuerzo elevado, puede llegar a una situación de fatiga capaz de alterar el equilibrio de salud de los individuos.

¹ NOGAREDA CUIXART, Clotilde. Carga mental en el trabajo Hospitalario: guía para su valoración. Centro Nacional de condiciones de trabajo. 1991

2.2.2. Factores de Carga Mental en El Trabajo Hospitalario

- **Factores de la tarea**

El trabajo hospitalario supone la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, en condiciones que pueden conducir a situaciones de sobrecarga y, consecuentemente a alteraciones patológicas. En este caso la carga mental viene determinada por la necesidad de dar respuesta inmediata a informaciones complejas, numerosas y constantemente diferentes.

El desarrollo de la tarea en este sector de actividad implica el mantenimiento constante de un nivel de atención bastante elevado.

La información, es fluctuante: cada enfermo sigue un proceso de evolución distinto, por lo que la interpretación de variables debe adaptarse en cada caso.

Consecuentemente, lo mismo ocurre con las decisiones no se puede tener un patrón de respuesta pues en cada caso, según las consecuencias individuales, deberá seguir un tratamiento u otro.

A este proceso de tratamiento de información se añaden otros factores que, si bien no son generadores directos de carga mental, si inciden en su desarrollo:

- Existencia de situaciones de incertidumbre: a menudo, la información que se recibe no es suficiente para decidir que acción debe emprenderse.

- o Existencia de presiones temporales: la evolución de los enfermos exige tener que decidir, en un momento dado, entre varias posibilidades lo que supone una toma de decisión rápida.
- o El tipo de paciente que se trata: por un lado podemos considerar la autonomía de los enfermos, considerada ésta como el grado de dependencia de los demás.
- o La gravedad de los enfermos relacionada con la edad de los mismos: no es lo mismo tratar a enfermos crónicos o terminales que a enfermos de menor gravedad, y además si los primeros son jóvenes la carga de trabajo es mayor.
- o El trato con pacientes y familiares: supone un trabajo de atención al público, en el que a menudo se reciben agresiones de tipo verbal llegando en ocasiones a la agresión física.

A todo ello hay que añadir, la creciente aplicación de las nuevas tecnologías, que pueden imponer graves exigencias a la capacidad humana para procesar la información.

- **Factores de la organización**

Los factores que hacen referencia a la organización deben considerarse desde un doble punto de vista: por una parte la coordinación y distribución de las actividades condiciona la transmisión eficaz de la información necesaria para el

desarrollo del trabajo; bajo este aspecto es necesario considerar los sistemas de transmisión de información entre estamentos profesionales, en el cambio de turno y en la coordinación con otros servicios.

Los factores de organización están estrechamente relacionados con el concepto de satisfacción en el trabajo: las personas tenemos una serie de necesidades y motivaciones que el trabajo debe ser capaz de satisfacer, por lo menos en parte, cuando esto no ocurre podemos considerar que la situación de trabajo es potencialmente nociva para el trabajador. Es importante identificar el máximo número de actores presentes en una determinada situación de trabajo, y valorar hasta qué punto pueden contribuir a la satisfacción personal, por el contrario son susceptibles de influir negativamente en la salud de los trabajadores.

Un aspecto importante es valorar la fluidez de las comunicaciones que se establezcan en ambos casos así como la funcionalidad de los circuitos de comunicación, pues si estos no son los adecuados puede existir importantes lagunas de información que dificulten la toma de decisiones y que puedan provocar situaciones de incertidumbre.

En el personal de enfermería ocurre con frecuencia que existe una ambigüedad de roles: Las funciones de los distintos estamentos laborales no están suficientemente definidos lo que se traduce un desconocimiento de hasta qué

punto pueden llegar las obligaciones y responsabilidades del personal de enfermería.

Otro factor importante en la organización del trabajo es la participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con su trabajo (adquisición de material, métodos de trabajo) pues influye tanto en la capacidad de autonomía personal, y por tanto en el desarrollo personal de cada individuo, como en la consideración y valoración de la propia persona.

En la actualidad este aspecto cobra especial importancia, pues a menudo se introducen nuevas tecnologías, que afectan tanto el trabajo en el mismo como a la organización del mismo, por lo que es imprescindible que se realice mediante una previa formación e información del personal afectado por el cambio.

- **El horario de trabajo**

El trabajo hospitalario implica un servicio ininterrumpido, durante las 24 horas del día y todos los días del año, con la obvia existencia de trabajo a turnos y nocturno. Las repercusiones que este tipo de organización del tiempo de trabajo pueden tener sobre la salud de las personas merecen especial atención. Dichas consecuencias se refieren principalmente a tres tipos de factores.

- **Modificación de los ritmos cardíacos:** La actividad del organismo está sometida a una serie de ciclos establecidos. Algunos de estos ciclos cumplen un ritmo de alrededor de 24 horas, son los llamados ritmos

circadianos, que siguen unos ciclos de activación y desactivación que corresponden con los estados naturales de vigilia y sueño. Como ejemplo podemos citar la secreción de adrenalina, frecuencia cardiaca, presión sanguínea, la capacidad respiratoria, temperatura, etc.

Los factores externos, como los hábitos sociales la alteración luz/oscuridad, actúan como sincronizadores de estos ritmos, pero su influencia es tal que si se modifican, se alteran asimismo los ritmos biológicos dando lugar a alteraciones fisiológicas.

El trabajo a turnos tiene una contradicción entre los diversos sincronizadores sociales y el organismo, lo que da lugar a la llamada "patología de la turnocidad", que se caracteriza por astenia, nerviosismo u dispepsia.

- o Alteraciones del sueño: Durante el sueño se dan cinco fases, que se distinguen por su actividad cerebral: sueño ligero (fase 1 y 2), sueño profundo de ondas lentas (fase 3 y 4), y sueño paradójico de ondas rápidas (fase 5). Se estima que la duración relativa de las diversas fases reviste menor importancia que la duración global del sueño que permite una sucesión equilibrada de las distintas fases. En los trabajadores nocturnos la última fase del sueño se ve alterada, o simplemente no se llega a conseguir su objetivo de recuperación de la fatiga.

Hay que considerar que las condiciones ambientales que se dan durante el día, luz, ruido, dificultan más la posibilidad de un sueño reparador. Estas

alteraciones de sueño tienen repercusión directa sobre la salud, dando lugar a situaciones de estrés y fatiga crónica, que se traducen normalmente en alteraciones del sistema nervioso y digestivo.

- o Repercusiones sobre la vida familiar y social: La sociedad está organizada para un horario normal de trabajo. El trabajo a turnos dificulta las relaciones tanto a nivel familiar como social, por una falta de sincronización con los demás y por las dificultades de organización debido a los continuos cambios que produce la alteración de horarios creando problemas de índole psicosocial.

2.3. ANSIEDAD

Cada uno de nosotros, en un momento u otro, hemos experimentado ansiedad, sentimiento de aprehensión o de tensión ante situaciones de estrés. En este tipo de ansiedad no hay nada malo, en alguna medida, todo el mundo la experimenta, por lo general es una reacción que ayuda ante el estrés, más que estorbar, nuestro funcionamiento diario. Por ejemplo, sin ansiedad la mayoría de nosotros careceríamos de la motivación necesaria para estudiar con determinación, para realizar exámenes físicos o para trabajar a conciencia en nuestros empleos.

Sin embargo, algunas personas, experimentan ansiedad en situaciones en las que no existe ninguna razón o causa externa. Cuando sin justificación externa

se produce ansiedad y comienza a entorpecer el desempeño cotidiano de las personas. se considera que hay un problema psicológico que se denomina trastorno de ansiedad. Hay cuatro clases de trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno fóbico y el trastorno obsesivo-compulsivo.

2.3.1. Tipos de Trastornos en la Ansiedad

Entre los diferentes trastornos tenemos:

- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Se refiere a la situación en que el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo sin saber su causa. Estas personas tienen miedo de algo. Debido a su ansiedad no pueden desempeñarse en forma normal. No logran concentrarse, no pueden apartar sus temores, y sus vidas empiezan a girar en torno a la ansiedad. Esta ansiedad puede, producir problemas fisiológicos. Por la mayor tensión muscular y gran excitación, las personas que padecen desorden de ansiedad generalizada comienzan a sufrir dolores de cabeza, mareos palpitaciones cardíacas o insomnio.
- **Trastornos de pánico:** Cuando se padece este desorden de ansiedad, el trastorno de pánico, se experimentan ataques de pánico que pueden durar desde unos cuantos segundos hasta varias horas. Durante uno de estos ataques, la ansiedad que una persona ha sufrido en forma crónica

se eleva al máximo de pronto, y el individuo tiene la sensación de que le sucederá un mal inminente e inevitable. Aunque los síntomas difieren de una persona a otra, son comunes las palpitaciones cardiacas, falta de aliento, cantidades poco comunes de sudor, desmayos y mareos, un intenso deseo de orinar, sensaciones gástricas y en los casos extremos una sensación de muerte inminente. Después de uno de estos ataques no debe sorprender el hecho de que las personas se sientan exhaustas.

- **Trastorno Fóbico:** Claustrofobia, Acrofobia, Xenofobia. Estos términos parecen ser nombres de personajes de una tragedia griega, pero son los nombres de un trastorno psicológico al que se denomina fobias. Las fobias son miedos intensos o irracionales hacia objetos o situaciones específicos. Por ejemplo, la claustrofobia es el miedo a los sitios cerrados, la acrofobia es el miedo a los lugares altos y la xenofobia es el miedo a los extraños. Aunque el peligro real planteado por un estímulo generador de ansiedad que es cualquier cosa, suele ser menor o inexistente, para quien sufra de la fobia representa un peligro grave, y es posible que inmediatamente después de la exposición al estímulo se produzca un completo ataque de pánico.

Los trastornos fóbicos difieren de los trastornos de ansiedad generalizada y de los trastornos de pánico en que hay un estímulo específico e identificable, el que produce la reacción de ansiedad.

Las fobias pueden tener un efecto mínimo sobre la vida de quienes las padecen si logran evitar los estímulos que los producen.

- **Trastorno obsesivo-compulsivo:** Durante el padecimiento de este trastorno las personas son asaltadas por pensamientos no deseados, denominados obsesiones, o sienten que deben realizar ciertas acciones, en contra de su voluntad denominadas compulsiones.

Una obsesión es un pensamiento o una idea de carácter recurrente en la mente del sujeto. Es obvio que muchos de nosotros, en ciertas ocasiones, padecemos obsesiones leves, pero esos pensamientos persisten sólo por un periodo breve. Sin embargo, las personas con serias obsesiones, los pensamientos persisten a lo largo de días o meses, éstos pueden ser imágenes extrañas y perturbadoras. Entre las consecuencias del trastorno obsesivo-compulsivo, está la experiencia compulsiva, es decir, la necesidad que tienen las personas de realizar repetidas veces un acto que parece extraño e irracional, incluso para ellas. No importa cuál es el comportamiento compulsivo, las personas experimentan una ansiedad enorme si están impedidas de realizarlo. incluso si se trata de una práctica que desean abandonar.

Los actos implicados pueden ser triviales, como revisar la estufa repetidas veces para asegurarse de que las hornillas están apagadas, o tal vez más extraños, como una constante necesidad de lavarse. Por mala fortuna para quienes experimentan trastorno obsesivo-compulsivo, la

realización de su ritual compulsivo no produce una reducción de la ansiedad. Son personas que tienden a tener vidas repletas de una tensión incesante.

2.3.2. Causas de los Trastornos de Ansiedad

Ninguna teoría por si misma explica la totalidad de casos de los trastornos de ansiedad. Los modelos médicos, conductuales y cognitivos han logrado una influencia especial en el pensamiento de los psicólogos.

Los enfoques biológicos, derivados del modelo médico, han demostrado que los factores genéticos desempeñan un importante papel en los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, si de un par de gemelos idénticos uno de ellos padece de trastorno de pánico, existe una posibilidad del 30 % de que el otro también lo padezca. Otras evidencias sugieren que ciertas deficiencias químicas del cerebro puedan producir algunos trastornos de la ansiedad. De hecho se han encontrado bajos niveles de neurotransmisores, en sujetos que padecen del trastorno obsesivo-compulsivo.

Por la parte del modelo conductual se busca la causa en otro ámbito, ya que se da importancia a los factores ambientales. Se concibe la ansiedad como una respuesta aprendida al estrés.

Por último, para el modelo cognitivo los trastornos de ansiedad se derivan de cogniciones erróneas e inadecuadas que tiene una persona determinada acerca de las circunstancias del mundo. Según la perspectiva cognitiva, es el pensamiento erróneo de las personas acerca del mundo lo que se encuentra en la raíz de los trastornos de ansiedad.

2.3.3. ¿Qué es el trastorno por ansiedad generalizada?

Se trata de la presencia de ansiedad y excesivas preocupaciones, de forma persistente, durante un periodo de tiempo mínimo de 6 meses. Es una patología común. Se ha observado que puede presentarse hasta en el 3.8 % de la población. Este trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones, con una relación de sexos de dos tercios a favor de las mujeres.

2.3.4. Causas. ¿Qué lo produce y cómo se produce?

Como sucede en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, no queda clara la causa del trastorno de ansiedad generalizada. Se cree que interactúan diversos factores:

Existen estudios que han detectado una predisposición familiar a sufrir este trastorno. A pesar de ello, estos resultados no son todavía consistentes y no se ha demostrado un patrón determinado de agregación familiar. Se han postulado diversas hipótesis respecto a la implicación de determinados

neurotransmisores y sus receptores cerebrales. Podemos mencionar la posible alteración en el sistema de regulación de serotonina (neurotransmisor cerebral), o bien, la teoría basada en el posible mal funcionamiento del receptor benzodiazepínico ligado al receptor del neurotransmisor GABA (ácido gamma-aminobutírico).

Existen algunos estudios de neuroimagen en que se han hallado ciertas diferencias con los individuos sanos, a pesar de ello, no se trata de resultados concluyentes.

No es infrecuente encontrar en estos paciente trastornos de la personalidad, principalmente de tipo evitativo, histriónico, dependiente u obsesivo.

Existen también diversas teorías psicológicas de la angustia, como son la teoría psicodinámica, la teoría conductual y la teoría cognitiva.

2.3.5. Manifestaciones Clínicas. ¿Cuándo se debe sospechar?

Hemos comentado que la principal característica es la ansiedad y la preocupación excesivas durante un período mínimo de 6 meses. Estas, pueden ser debidas a acontecimientos y situaciones diversas, variadas y al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

Además, junto con la ansiedad y la preocupación, suelen existir otros de los síntomas que se citan a continuación: el sujeto se muestra inquieto, impaciente,

irritable, con tensión a nivel muscular, se puede observar (o bien nos comenta) que se cansa fácilmente, le cuesta concentrarse y duerme mal.

Aunque los individuos pueden reconocer que sus preocupaciones son excesivas, que no se sienten capaces de controlar su estado, su ansiedad, esto no siempre es así. A pesar de ello, ustedes podrán observar que estas preocupaciones y su ansiedad, resultan desproporcionadas para los demás, y que afectan en cierto modo a sus relaciones interpersonales (con familia, amigos, compañeros de trabajo), a su rendimiento en el trabajo, a sus actividades lúdicas ("hobbies") o a otras áreas importantes de su cotidiano.

Cuando estos pacientes exponen sinceramente sus preocupaciones, comentan el miedo ante "lo que puede suceder", esto resulta para el resto de individuos exagerado ante la situación real que se está planteando. Digamos que las consecuencias que el sujeto ve como altamente probables, son desmesuradas e improbables para ustedes. Los demás verán esas preocupaciones y esa angustia como desproporcionadas, ya sea por el prolongado tiempo que pasa pensando en ello, por el grado de ansiedad que le provoca pensarlo, por la frecuencia con qué "le da vueltas" a los mismos pensamientos, o bien por las posibles consecuencias (claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias reales).

Este estado de continua "hiperpreocupación " no permite que puedan prestar la atención suficiente a otros asuntos (tareas, conversaciones) y es por eso que, tal y como hemos comentado, quedan afectadas otros aspectos de su vida.

Las personas adultas que sufren un trastorno de ansiedad generalizada normalmente se preocupan por situaciones normales de la vida diaria, como son el realizar una nueva tarea en el trabajo, el asumir una determinada responsabilidad laboral, asuntos económicos de la familia, la salud de sus seres queridos, pequeños problemas escolares de sus hijos u otros problemas de carácter menor. Así por ejemplo, pueden mostrarse angustiados por un ruido inusual del motor del coche, por un suspenso de su hijo, por un pequeño cambio introducido por el jefe en el trabajo habitual, llegando a conclusiones como la posibilidad de un despido, de un fracaso escolar de su hijo, de la necesidad de comprar un nuevo vehículo.

Estas preocupaciones pueden ir variando a lo largo del tiempo, y podríamos decir que, parece que cuando no está preocupado por un motivo, lo está por otro.

2.3.6. Síntomas y Trastornos Asociados

A pesar de que no forman parte de la clínica necesaria para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada, existen otros síntomas que pueden asociarse a este.

Hemos mencionado que suelen presentar tensión a nivel de la musculatura, esta tensión puede producir dolor muscular, temblor, e incluso sacudidas musculares.

También pueden sufrir respuestas de sobresalto exageradas, ante situaciones que no han sido especialmente alarmantes.

Tampoco es infrecuente la aparición de molestias físicas como la necesidad de orinar muy a menudo, dificultad en tragar los alimentos, ganas de vomitar (náuseas), diarrea, sudoración, manos frías, boca seca, dolores de cabeza.

El estado de ánimo puede verse afectado, presentando síntomas de ansiedad de forma frecuente. Estos pacientes pueden caer en problemas de abuso de alcohol o de pastillas tranquilizantes, que suelen utilizar para reducir el nivel de ansiedad.

En niños y adolescentes, la ansiedad y las preocupaciones suelen estar centradas en sus estudios, notas escolares, rendimiento deportivo. No es necesario que los padres, maestros o compañeros estén realmente juzgando al niño para que se presente una hiperpreocupación. Estos niños buscarán continuamente la aprobación, presentando inseguridad y escasa capacidad para valorar el rendimiento propio. Buscando esta seguridad, se pueden mostrar perfeccionistas, sin llegar a conseguir el nivel deseado y con una elevada autoexigencia que les lleva a esforzarse constantemente y a intentar reafirmarse ante el reconocimiento de los demás.

2.3.7. Diagnóstico. ¿Cómo Saber o Confirmar?

Es necesario considerar que no toda ansiedad es patológica y, por tanto, es necesario diferenciar la posibilidad de estar ante un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada o no. Si así es, las preocupaciones son difíciles de controlar e interfieren en la actividad habitual del individuo, a diferencia de las preocupaciones habituales en la vida que pueden controlarse mejor o posponerse para otro momento, sin recaer continuamente en ellas.

La presencia de los síntomas físicos previamente mencionados (nauseas, dolor de cabeza, temblor,) también apoya el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Es imprescindible que el cuadro mencionado tenga una duración de más de 6 meses para poder realizar este diagnóstico.

A mayor número de preocupaciones y de diversidad temática de estas, más probable es el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

Debe de considerarse que las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a un tema concreto y único, como pudiera ser el miedo a sufrir una enfermedad, a hablar en público, a ganar peso, a estar lejos de los seres queridos, a un animal determinado (arañas, serpientes, ratas).

Tampoco puede considerarse como un trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y la preocupación que aparece después de sufrir un acontecimiento traumático para el individuo (grave accidente de coche, violación), o bien aquella

debida al efecto de determinadas drogas, fármacos, tóxicos (por ejemplo el café en cantidades importantes).

Por último el médico al que consulte descartará la posibilidad de que la ansiedad fuera debida a una depresión u otro tipo de enfermedad mental, así como la presencia de alguna enfermedad médica general que pueda justificar la presencia de los síntomas (como por ejemplo el hipertiroidismo). Para ello será necesario realizar la historia clínica (preguntas sobre enfermedades pasadas, motivo de consulta,), la exploración física y el análisis de laboratorio que se considere pertinente en cada caso.

2.3.8. Tratamiento

El tratamiento ideal para estos pacientes sería la combinación de psicoterapia y farmacoterapia. También es recomendable que realicen algún deporte o ejercicio físico de forma regular puesto que reduce la ansiedad.

En la psicoterapia es importante el establecimiento de una relación humana médico-paciente. esta psicoterapia de apoyo irá encaminada principalmente a orientar al paciente para modificar conductas y pensamientos persistentes que producen un incremento de la ansiedad. Es importante que el paciente muestre un interés en aplicar dichas modificaciones y se muestre colaborador.

Las técnicas más usadas desde el punto de vista conductual, dirigido sobretodo a los síntomas físicos, son las técnicas de relajación y el biofeedback (técnica de control emocional).

A nivel farmacológico, el tratamiento debe ser individualizado valorando cada caso en particular. El fármaco más utilizado suelen ser las benzodiazepinas (ansiolíticos), considerados en este trastorno el tratamiento de elección. La elección de la benzodiazepina (BZD) se decide en función de diversos factores como la edad del individuo, la presencia de otras enfermedades médicas en el paciente y los antecedentes de buena respuesta previa a una determinada BZD. Puede asociarse propanolol para controlar ciertos síntomas físicos, como por ejemplo la taquicardia, si se considera preciso. Cuando los fármacos mencionados son insuficientes, se recomienda administrar antidepresivos, principalmente del tipo ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina), imipramina o clomipramina.

2.3.9. Pronóstico y Complicaciones. ¿Qué Consecuencias puede Tener?

Aproximadamente la mitad de estos pacientes refieren que los síntomas iniciaron en la infancia tardía o en la adolescencia, aunque no es infrecuente el inicio a partir de los veinte años. Otros individuos no saben concretar el período de inicio, expresando que siempre recuerdan "haber sido nerviosos"

Muchos de los pacientes que padecen de ansiedad generalizada no buscan ayuda psiquiátrica; de hecho, son sólo un tercio los que suelen consultar y seguir tratamiento. Estamos ante un trastorno de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes agravamientos coincidiendo con períodos de estrés. Estos individuos tienen mayor riesgo de padecer otros trastornos psiquiátricos como crisis de ansiedad, un trastorno de tipo depresivo, problemas por abuso de sustancias tranquilizantes (sin prescripción médica o a dosis más elevadas de las indicadas) o trastorno relacionado con abuso de alcohol. El control psiquiátrico correcto, así como el buen cumplimiento del tratamiento, facilita una mejor evolución.

2.3.10. Consulta Médica. ¿Cuándo debo acudir al Médico? ¿Qué Médico me puede Tratar?

No suele existir un suceso previo que lleve al paciente a consultar, sino que generalmente el paciente llega a la conclusión de que su tensión, ansiedad y preocupación habitual "no es normal". Sería conveniente consultar al médico de cabecera o al psiquiatra cuándo el propio paciente y/o su familia advierte que la ansiedad habitual parece "ser excesiva" o bien si uno observa que presenta las molestias físicas mencionadas previamente, e incluso ha estado consultando a diversos médicos de otras especialidades, creyendo tener otro tipo de enfermedad (por ejemplo náuseas y diarrea). Es recomendable comentar al médico el conjunto de los síntomas, facilitando así la posibilidad de detectar el cuadro.

2.4. LA DEPRESION

Existen o se han presentado diversos enfoques teóricos para explicar los trastornos del humor, especialmente la depresión, desde el punto de vista psicológico. Cada uno de estos enfoques han intentado demostrar su verdad, con resultados contradictorios en algunos casos y otros congruentes, sin embargo, las hipótesis expuestas en estos modelos no son concluyentes entre sí. Ni tampoco respecto a los modelos biológicos. La depresión es uno de los trastornos médicos más frecuentes y ya los egipcios antiguos la reconocían como una entidad patológica definida. El empleo común del termino "depresión" se inicio primeramente por los intentos de Emil Kraepelin de crear una palabra con mayor especificidad diagnostica que melancolía.

Durante la mayor parte de este siglo las clínicas han intentado subclasificar este síndrome basándose en los síntomas y las causas. La distinción entre las depresiones reactivas y las no reactivas o endógenas, es decir, aquellas que no eran precipitadas por estrés psicosocial, resultaron carecer de valor de predicción. En todo caso, estos criterios son muy subjetivos y dependen de la manera que se obtenga la historia detallada y el valor que asignen al trabajador de manera sistemática durante su vida.

La depresión es el problema que con más frecuencia se diagnostica en las clínicas de atención externa, y afecta a una tercera parte del total de pacientes.

Las mujeres en comparación con los hombres tienen el doble de probabilidades de experimentar una depresión mayor en algún momento de sus vidas. Los casos de depresión van en aumento, y hoy día son muchas más las personas que padecen depresión en comparación con hace dos generaciones. Incluso en la infancia es común la depresión.

Es normal padecer cierto tipo de depresión después del término de una relación que ha durado algún tiempo, de la muerte de un ser amado, o de la pérdida del empleo. Hasta es normal cuando la producen problemas de menor seriedad: tener mal desempeño en la escuela o no poder ingresar en la universidad de nuestra elección.

Las personas que padecen de depresión mayor experimentan sentimientos similares, pero la diferencia es que su severidad tiende a ser mucho mayor. Pueden sentirse inútiles, sin valor y solas, y pueden perder las esperanzas ante el futuro (sentimiento que puede durar meses e incluso años). También pueden sufrir irrupciones incontrolables de llanto y sueño perturbado.

La profundidad de este comportamiento y el lapso que dura son las características distintivas de la depresión.

La teoría cognitiva de la depresión asegura que las personas que la padecen suelen concebirse a sí mismas como perdedores, siempre que algo sale mal se culpan. Al descentrarse en los aspectos negativos de las cosas, se sienten ineptos y no pueden modificar su ambiente en forma constructiva.

Las distintas teorías que explican la depresión no han podido ofrecer una respuesta completa a una compleja pregunta que confunde a los investigadores: ¿Por qué entre las mujeres los casos de depresión duplican a los de los hombres? Una explicación apunta que el estrés experimentado por las mujeres en determinados momentos de sus vidas es mayor que el experimentado por los hombres. Pero al explicar la depresión de algunas mujeres suelen utilizarse ciertos factores biológicos, por ejemplo, las que consumen anticonceptivos orales, y las que se deprimen después del nacimiento de sus bebés se relaciona con los cambios hormonales.

No se ha descubierto soluciones posibles para el problema de la depresión, lo que si es cierto es que los trastornos del estado de ánimo son provocados por una compleja interacción de diversos factores.

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de

tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión.

2.4.1. Personas que lo Padecen

- Familiares de enfermos deprimidos: Bien por causas genéticas, bien por su relación continua con los pacientes, los familiares de enfermos deprimidos tienen el doble de posibilidades de sufrir la patología
- Mujeres: Las mujeres han de enfrentarse a los efectos hormonales del ciclo menstrual, del embarazo, del parto, la menopausia o los contraceptivos. Por otra parte, las mujeres que han tenido hijos tienen menos probabilidades de sufrir depresión que las que no, probablemente debido a la intensidad de los lazos con sus vástagos, que las hace más fuertes frente a otros daños emocionales causados por determinadas pérdidas.
- Hombres: Los hombres muestran menos claramente los síntomas de la depresión, pero esto no quiere decir que no la sufran. Los expertos consideran que la esconden, quizás debido al hábito cultural que hace que los hombres muestren menos abiertamente sus emociones. Por eso, en lugar de los síntomas clásicos es frecuente que la revelen mediante el

alcoholismo u otros abusos en ciertas sustancias, y mediante comportamiento antisocial.

2.4.2. Tipos de Depresión

El Trastorno Depresivo Mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la vida cotidiana: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero puede repetirse en el curso de la vida.

La Distimia es un estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de alguno de los síntomas del Episodio Depresivo Mayor. Es un tipo de depresión menos grave pero que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el Trastorno Bipolar o Trastorno Maníaco-Depresivo. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos. En la fase depresiva pueden

aparecer varios de los síntomas del trastorno depresivo: en la maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía afecta a la manera de pensar y de comportarse con los demás, pudiendo llevar a la persona a situaciones embarazosas como tener proyectos grandiosos o tomar decisiones de negocios descabelladas, metiéndose en graves problemas. Si la manía no se trata puede convertirse en un estado sicótico.

2.4.2.1. Depresión en la Mujer

La depresión se da en la mujer con una frecuencia casi el doble de la del hombre. Factores hormonales podrían contribuir a ello: cambios del ciclo menstrual, embarazo, aborto, periodo postparto, premenopausia y menopausia. El estrés al que se ve sometida la mujer actual, cuidado de niños, mantenimiento del hogar y empleo, es motivo más que suficiente para que se pueda desencadenar un trastorno depresivo. Algunas mujeres incluso tienen una mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Estudios recientes han demostrado que si, mediante tratamiento, se les suprime a las mujeres predispuestas a padecer depresión sus hormonas sexuales, se alivian sus síntomas físicos y anímicos.

2.4.2.2. Depresión en el Hombre

El hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer. A esto se le une que suele ser más reacio a admitir que tiene depresión. Esta circunstancia hace que el diagnóstico de depresión sea más difícil y menos frecuente que el de la mujer. Sin embargo, la tasa de suicidio en el hombre es cuatro veces más alta que en la mujer, no ocurriendo lo mismo en relación a los intentos de suicidio.

Sustancias como el alcohol y las drogas así como la dedicación excesiva al trabajo pueden enmascarar una depresión.

2.5. QUE PRODUCE LA DEPRESIÓN

Inicialmente defendían que la deficiencia de una determinada sustancia es el origen de la depresión como, por ejemplo, en las hipótesis de la catecolamina o indolamina.

Sin embargo, al no poder dar respuesta a toda la sintomatología depresiva se pasó a las "teorías de equilibrio" como la de Janowsky (1972), en la que se defendía que el origen de la depresión era un problema de las interacciones y equilibrios producidos en los sistemas colinérgico y adrenérgico.

Las causas de la depresión son variadas, pero la bioquímica puede ayudar a explicar algunos casos. Las personas deprimidas muestran niveles muy altos de

cortisol (una hormona) y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios.

Las pérdidas emocionales muy profundas pueden causar cambios bioquímicos que impulsen la depresión. Estos cambios pueden provocar la enfermedad no de una forma inmediata, sino más adelante.

Los fármacos antidepresivos pueden ayudar a solucionar este problema.

2.6. DEPRESIÓN LABORAL

2.6.1. Depresión en el Trabajo

La depresión es una enfermedad muy frecuente. Cerca del 20% de las mujeres y del 10% de los varones sufrirán un trastorno depresivo en algún momento de su vida. Se estima que, en cualquier momento dado, uno de cada 20 adultos se encuentra afecto de una depresión. Naturalmente, los problemas presentes en la población general también afectan al colectivo de los trabajadores. Diversos estudios han estimado que entre el 15% y el 30% de los trabajadores experimentará algún tipo de problema de salud mental durante su vida laboral. Del mismo modo que puede causar gran malestar y sufrimiento, la depresión se asocia a un bajo rendimiento y a altas tasas de baja laboral, accidentes, así como a continuas sustituciones en el personal.

La presencia de ciertos síntomas característicos puede alertarnos de que alguien cercano a nosotros está sufriendo una depresión que requiere de ayuda extra.

Dichos síntomas son:

- La presencia de tristeza que no cambia según las circunstancias.
- El llanto sin razón aparente.
- La presencia de ansiedad, preocupación, irritabilidad o tensión.
- Una pérdida de apetito con pérdida de peso.
- El cansancio y la pérdida de motivación.
- La pérdida de interés en las actividades normales de la vida diaria.
- La incapacidad para concentrarse y los olvidos frecuentes.
- La presencia de pensamientos de auto desprecio y desesperanza.

2.6.2. Los Efectos de la Depresión sobre el Trabajo

Aquellas personas que sufren una depresión se comportan de una forma no habitual en muchos aspectos de su vida, tanto en casa como en el trabajo. Algunos cambios que pueden llegar a ser particularmente evidentes para los compañeros de trabajo o para sus jefes son:

- La lentitud y los errores frecuentes en el trabajo.
- Dificultades en la concentración con olvidos frecuentes.
- Un inadecuado cumplimiento horario.
- Una mayor frecuencia de ausencias injustificadas o de abandono del puesto de trabajo por enfermedad.

- Frecuentes discusiones y enfrentamientos con los compañeros de trabajo.

Como en otras muchas enfermedades, la mayoría de las personas afectadas por una depresión se recuperará completamente y será capaz, en su momento, de regresar a su trabajo y desarrollarlo sin mayor problema.

De gran importancia a la hora de afrontar el tratamiento de un trabajador propenso a una depresión es el hecho de que el terapeuta que asuma al paciente sea consciente de las demandas y condiciones del trabajo del mismo.

La información disponible nos permite afirmar que cierto tipo de trabajos se asocia con un aumento del riesgo de insatisfacción laboral y de estrés. Unas condiciones laborales inadecuadas, tales como oficinas con un espacio físico reducido y un ambiente congestionado, las fábricas ruidosas, y las tiendas calurosas y mal ventiladas pueden contribuir a la aparición de estrés y tensión.

Algunos aspectos del propio trabajo pueden ser importantes. Aquellos trabajos en los que un empleado se siente con pocas oportunidades para utilizar sus conocimientos, habilidades o destrezas, o los trabajos que son repetitivos o rutinarios, parecen particularmente propensos para dar lugar a insatisfacción laboral y baja autoestima. La incertidumbre sobre si se desarrolla adecuadamente el trabajo, o sobre cambios futuros en el empleo, puede dar lugar a sentimientos de preocupación y tensión. Los jefes difíciles que intimidan y critican continuamente a sus empleados empeorarán cualquier sentimiento de inseguridad existente en los mismos.

Múltiples estudios, incluida una investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), demuestran que entre el 15% y el 30% de los trabajadores experimentan en su empleo algún problema de salud mental que le generan malestar físico y sufrimiento emocional.

En ese escenario, el trastorno depresivo se vincula al bajo rendimiento laboral, el incremento en el número de accidentes de trabajo y las frecuentes sustituciones de empleados. Cuando las sensaciones de incomodidad persisten en el tiempo pueden convertirse en una enfermedad.

¿Cuál es el impacto en las organizaciones? Síntomas evidentes como la apatía, la debilidad y el cansancio frecuente impactan sobre el desempeño y la toma de decisiones. Es decir, la capacidad máxima de la persona se transforma en resultados mínimos. La depresión conduce a situaciones de baja motivación y repercusiones sobre el clima laboral porque los grados de tolerancia entre equipos de trabajo, se restringe.

Las manifestaciones más notorias del problema se reflejan en desinterés, falta de sentido por la vida y el trabajo, baja autoestima y reducción de la capacidad productiva. Se empiezan a presentar patrones de conducta como lentitud, errores frecuentes, dificultades de concentración, incumplimiento de horarios y ausencias reiteradas por enfermedad. Al padecer un trastorno depresivo se presentan cambios en la cotidianidad, en casa y en el trabajo.

Para afrontar la depresión laboral las empresas deben ser conscientes de la necesidad de ayudar. En algunos casos, es factible que se deban tolerar las ausencias para después brindarle un proceso de acompañamiento que le ayude a reincorporarse a su trabajo. No obstante, es pertinente recurrir a la ayuda de un profesional: en el 90% de los casos el empleado teme revelar la situación o niega que padezca el problema.

2.6.3. La Depresión por Causas Laborales

A menudo encontramos en las consultas de psicología personas deprimidas por motivos laborales que presentan los siguientes síntomas: no están motivados, todo es negativo, el jefe no les valora, el compañero que quiere destacar por encima de todo, los horarios interminables y en consecuencia, discusiones familiares, pérdida de amistades, poco tiempo libre o ninguno, etc.

2.6.4. Pasos a Seguir para Superar este Problema

- En primer lugar delimitar muy específicamente cuales son los principales problemas a tratar y solucionar.
- En segundo lugar fomentar la autoestima y la valía de la persona con el fin de que tome fuerza para enfrentarse a las situaciones conflictivas que tanto le afligen. Se comenzará con afrontamientos pequeños e insignificantes que ayuden a elevar el nivel de valía personal, consiguiendo pequeños logros. Más tarde y poco a poco se enfrentará a problemas más difíciles

- Control de los pensamientos negativos y distorsionados que le están ayudando a no enfrentarse a los problemas y a boicotear su autoestima.
- Comienzo de actividades gratificantes que le ayuden a sobrellevar la carga laboral, funcionan como una vía de escape.
- Aprender a decir "no" a ciertas demandas laborales que no considere como su responsabilidad directa, comprobación de las consecuencias y valoración de lo conseguido.
- Recuperación de antiguas amistades, relaciones familiares y de pareja.
- Planificación del tiempo libre para rellenarlo con actividades placenteras.
- Aprovechar puentes y festivos para desconectarse, también funcionan como vía de escape.
- Replanteamiento de la vida laboral, cuáles son sus objetivos y prioridades y trabajar para conseguirlo: cambios de trabajo, búsqueda activa de empleo, conversación con jefes para exponer mis demandas, etc.

Para el paciente lo más importante es el diagnóstico que puede orientarse por observaciones de los compañeros, de los amigos o del individuo propiamente. Cuando aparezcan los nubarrones de la depresión, el paciente debe consultar cuanto antes a su médico. Hay tratamientos eficaces con un repertorio relativamente amplio de medicamentos que controlan la depresión y de acuerdo con el trabajo aquí relatado, deben mejorar el desempeño laboral del individuo.

2.7. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO

Es obvio que el paso previo al tratamiento consiste en la realización del diagnóstico en depresión. Antes de nada hay que realizar un examen médico y un análisis para descartar posibles enfermedades físicas, y se entrevistará al paciente para que pueda expresar qué tipo de síntomas presenta y qué tipos de medicamentos toma. Una vez descartadas causas físicas, el médico debe realizar una evaluación psicológica o referir al paciente a un psiquiatra o psicólogo.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa, en donde se plasme el momento en el que aparecieron los síntomas, la duración y la intensidad de los mismos. Igualmente se hará constar si dichos síntomas aparecieron en otros momentos de la vida y, si fueron tratados, cual fue ese tratamiento. También se preguntará acerca del consumo de alcohol y otras sustancias adictivas, así como de posibles pensamientos de muerte o suicidio. La entrevista deberá incluir información de otros miembros de la familia, por si hubiese antecedentes depresivos.

2.7.1. Tratamiento de la Depresión

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar la depresión. La psicoterapia sola es efectiva en

algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos.

Entre los antidepresivos cabe citar los tricíclicos, los tetracíclicos, los IMAO (Inhibidores de la MonoAminoOxidasa, una enzima) y los de última generación, los derivados de la fenilpropilamina, como puede ser la fluoxetina. Ésta actúa inhibiendo de forma selectiva la recaptación de serotonina, con lo que se potencia el efecto de este neurotransmisor. Apenas presenta actividad anticolinérgica y sedante.

La ayuda psicológica permite al paciente aprender a resolver con más eficacia los problemas que les puedan surgir, así como a detectar y debatir posibles pensamientos negativos que entorpezcan su vida cotidiana.

Por último cabe decir que ambos tratamientos, el farmacológico y el psicológico, no son excluyentes, y que la terapia de elección, en numerosos casos, consiste en la combinación de los dos.

El ambiente que rodea a una persona que sufre depresión es fundamental para lograr su rehabilitación. La comprensión y el cariño de los familiares y allegados son importantes, como lo es la paciencia, puesto que la falta de ganas y motivación de los enfermos puede provocar la desesperación.

Los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las

sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro. Cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. No suelen provocar dependencia. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo.

Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran el insomnio, nerviosismo, disfunción sexual, náuseas, mareos o aumento de peso.

2.7.2.Prevenición para la Depresión

Aparte del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es importante -una vez que haya hecho efecto y que el paciente sienta que ha mejorado su condición, es importante que se sigan ciertos consejos o modos de vida.

- Tener pensamientos positivos
- Cuidar la salud física
- Mantener un calendario diario uniforme.
- Reanudar las responsabilidades en forma lenta y gradual.

- Aceptarse a uno mismo. No compararse con otras personas que considera favorecidas.
- Expresar las emociones
- Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto
- Reunirse periódicamente con el terapeuta
- Comer una dieta equilibrada
- Hacer ejercicio físico

La depresión destruye la vida cotidiana del paciente y de su grupo familiar, ¿que hacemos, como ayudamos, como salgo de esto? son las preguntas más comunes. Hay que pedir ayuda, se sale, se mitiga el dolor, se encuentran caminos, se encuentran respuestas, pero hay que pedir ayuda y querer salir de todo esto, seguramente en algunos casos hay motivos concretos que llevan a una persona a tanto sufrimiento, en otro no los hay, es la misma persona que tiene su autoestima tan baja y su dolor tan grande que magnifica todo, que tiene miedo, que se siente incapaz de ser querida por alguien, y la vez se siente, incomprendida por todos, otras veces es una sumatoria de situaciones que los llevan al límite y ya no los dejan en paz, y se encuentran invadidos por una sensación de querer escapar, irse...irse?...de que...de quien tal vez de si mismo de la situación de la familia de todo lo que provoque dolor. Hay que saber también

que hay varios estados depresivos, varios tipos de depresión, que no a todos les sucede lo mismo y de la misma manera, pero hay patrones comunes, con la depresión se pierde la capacidad para alegrarse y sentir placer por las situaciones cotidianas de la vida. Si pierde la capacidad de hacer proyectos, de planificar un futuro, de sociabilizar, se pierde la voluntad, de "hacer"

La Depresión es un pozo, se va haciendo cada vez más profundo, lo importante es que se sale. Hay que pedir ayuda, hay que hablar, demostrar los sentimientos, sacar a la luz, lo que preocupa, lo que angustia, los miedos.

Siempre hay una esperanza y un motivo para vivir! hay que recuperarlo.

La depresión hace que nuestra visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que llegamos a distorsionar la realidad. Nos fijamos únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasamos de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran. Rechazamos por estúpidas todas las opciones que se nos ofrecen para resolver nuestro problema, hasta que parece que no hay solución posible. Se nos echa encima una tristeza persistente y angustiosa que, como la muerte súbita del padre o de la madre, nos produce un dolor que dura semanas, meses e incluso años. Es como si estuviéramos atrapados en una oscura caverna sin salida, o quizás en un túnel que empieza en un dolor constante y llega hasta los mismísimos infiernos. sin posibles salidas ni hacia el cielo ni hacia la felicidad. Empezamos a creer que nada nos puede aliviar y que nuestro dolor no va a acabarse nunca. Y mañana igual, o aún peor. ¡Puede que la única solución sea la muerte!

2.7.3. Autoayuda en Depresión

¿Cómo uno puede ayudarse a si mismo cuando está deprimido?

La depresión hace que uno se sienta exhausto, inútil, apático, desesperanzado y desamparado. Esas maneras negativas de pensar y sentirse hacen que las personas quieran darse por vencidas, pero hay que ser conscientes de que forman parte de la depresión. Estas son distorsiones que, por lo general, no se basan en circunstancias reales. Los pensamientos negativos desaparecen cuando el tratamiento empieza a hacer efecto. Mientras tanto existen una serie de estrategias que pueden ayudar a no agravar más aún el estado depresivo.

Entre ellas se encuentran el fijarse metas realistas y no asumir excesivas responsabilidades; dividir las metas en partes y establecer prioridades, cumpliendo las que se pueda y cuando se pueda; tratar de estar acompañado y de confiar en alguna persona; tomar parte en actividades que le ayuden a sentirse mejor, hacer ejercicio liviano, ir al cine o participar en actividades recreativas, religiosas, sociales o de otro tipo; no esperar que su estado de ánimo mejorará de inmediato, sino gradualmente. Sentirse mejor toma tiempo.

Es aconsejable posponer las decisiones importantes hasta que la depresión mejore. Antes de hacer cambios cruciales, como cambiar de trabajo, casarse o divorciarse, consulte con personas cercanas y familiares que tengan una visión más objetiva de su situación.

2.7.4 ¿Cuándo es Necesario Tratar una Depresión?

En general siempre se puede y se debe tratar una depresión. En ocasiones, especialmente en las depresiones de intensidad ligera o moderada, la sintomatología depresiva tenderá a desaparecer con el tiempo sin tratamiento, pero se prolongará durante mucho más tiempo y se sufrirá innecesariamente.

Antes de plantearse el tratamiento hay que confirmar que se trata de una depresión y no de otra cosa. La presencia de síntomas que pueden asemejar a la depresión, como tristeza, cansancio, ganas de llorar, nerviosismo, dificultad para dormir, etc. son habituales en situaciones de dificultad personal grave o mantenida, o en situaciones de pérdida o duelo. Para diferenciar una depresión de un duelo no complicado hay que tener en cuenta que en el duelo no suele observarse la presencia constante de ideas de culpa o inutilidad, no existe una alteración del funcionamiento diario importante y no suelen aparecer las ideas de suicidio, que sí suelen ser frecuentes en la depresión. Además, el duelo no complicado suele empezar poco después de la pérdida, y mejora a lo largo de los meses. La mayor parte de los duelos no complicados se resolverán por sí solos, como situación humana normal que es, y solo se tratarán con antidepresivos cuando por su larga duración o gravedad de los síntomas acaben complicados con un episodio depresivo. En algunos casos el duelo no complicado puede beneficiarse puntualmente de algún medicamento tranquilizante o hipnótico.

También hay que tener en cuenta si los síntomas depresivos son secundarios a la presencia de otro trastorno orgánico, como enfermedades hormonales, neurológicas, cardiovasculares, neoplasias, déficits vitamínicos, etc., o se deben a la toma de determinados medicamentos que pueden producir síntomas depresivos (antihipertensivos, antiparkinsonianos, hormonas, antineoplásicos, etc.). En estos casos el control y recuperación de la causa puede eliminar la sintomatología depresiva.

2.8. CONSECUENCIAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Trabajar en circunstancias de depresión y ansiedad no conduce a la insatisfacción profesional ni a la desmoralización. En moderada intensidad y siempre que el sujeto disponga de recursos personales adecuados (emocionales, cognitivos, de inteligencia, modo de prever los problemas, de cargar las dificultades, de tolerar los fracasos, etc.) y de soportes suficientes en su entorno (compañeros, familiares y otros) muchos de los factores de estrés pueden causar un aliciente para el trabajo. Los profesionales sanitarios muchas veces ignoran sus consecuencias., estos lo sufren tanto profesional como familiarmente.

El estrés profesional provoca cambios personales, familiares y laborales. En último término puede llegar a la inhabilitación del profesional, bien por decisión propia o bien por problemas legales.

2.8.1. Consecuencias Personales en los Profesionales Sanitarios

- Exaltación de las actividades extralaborales: en este caso los profesionales de la salud exaltan los deportes, los hobby y otras actividades ampliando este ámbito extralaboral , el profesional se ciega, e ignora todo lo referente al trabajo y al estrés laboral. La actividad extralaboral se convierte en un escudo que defiende al profesional del estrés laboral. Al tiempo que la actividad extralaboral ciega y ensordece al profesional, que soporta el trabajo diario como un intervalo necesario entre sus aficiones. Tenemos las condiciones ideales para que nunca se hable del estrés y la conspiración de silencio perpetúe su existencia.
- Consumo de psicofármacos y de alcohol: La ansiedad e insatisfacción que genera del estrés laboral pueden combatirse con el consumo de alcohol y psicofármacos. Los síntomas se alivian momentáneamente y las emociones dolorosas se convierten en placenteras. Está es un falso remedio que puede añadir un problema (la dependencia) a otro (el estrés laboral).

Respecto al consumo de alcohol hay estudios divergentes.

“Parece, no obstante que los médicos consumen más alcohol que la población general”.²

² HUGHES. P.H., Brandenburg., N. Baldwin., D. y cols., Prevalence of substance use among US physicians. JAMA. 267, 2333-2339., 1992

No hay dudas con relación al consumo de psicofármacos, en algunos casos por auto prescripción, los médicos consumen más psicofármacos que el resto de la población de la misma edad y sexo (Hughes y cols. 1992).

- **Sicopatología:** El estrés laboral y la satisfacción en el trabajo favorecen y provocan trastornos psíquicos. La depresión es frecuente entre los trabajadores sanitarios, padeciendo incluso la enfermedad de Tomas, que no es más que la pérdida del autoestima, el desanimo, y el tedio en el trabajo diario, la ausencia de expectativas de mejoras.
- **Aislamiento Social:** El rol social del profesional sanitario implica un "status" y una responsabilidad. El médico, la enfermera, el farmacéutico, la asistente social continúan marcados cuando disfrutan del tiempo libre. El profesional sanitario es continuamente requerido por familiares, amigos y conocidos para dar opinión y consejos sobre enfermedades y síntomas. El profesional estresado se aísla socialmente.

2.8.2. Consecuencias familiares del estrés laboral en los profesionales sanitarios

- **Rotura familiar:** La tasa de divorcio es comparable entre profesionales sanitarios y población general. En algunos casos el profesional de la salud con este tipo de problema mantiene separado al profesional de la familia.

El silencio acerca del origen del aislamiento puede confundir al cónyuge, lo que complica la situación. Puede llegar a un aislamiento familiar, de forma que el profesional estresado pierda el último apoyo.

- **Incomunicación:** El silencio del profesional estresado impide la comunicación habitual en la familia. El médico, y los demás profesionales sanitarios, comparte con la familia gran parte de los problemas éticos y morales que surge en la práctica diaria, encontrando en esta comunicación una eficaz forma de reflexión. La incomunicación (el silencio), corta esa forma de compartir y reflexionar. El profesional prefiere ignorar los problemas del trabajo, creyendo que es preferible abandonarlos, trasladando los problemas al entorno familiar, provocando incomunicación.
- **Hostilidad:** El estrés laboral genera ansiedad y hostilidad. Con el tiempo la hostilidad se hará evidente en todos los ámbitos en que el profesional estresado se relaciona, pero en un primer momento es fácil que sea la familia, especialmente el cónyuge y los hijos, quienes sufran la hostilidad del profesional. Hostilidad difícil de entender por la incomunicación. En su grado extremo la hostilidad puede llegar a la violencia psíquica y física, que agrava, por sentimientos de culpabilidad e injusticia, el estrés.

2.8.3. Consecuencias laborales del estrés profesional

- **Abandono de la profesión:** Esta sería la consecuencia más drástica causada por la depresión y ansiedad, el abandono puede ser voluntario (cambio de nicho ecológico), pero en algún caso puede ser consecuencia de problemas legales.

- **Reconversión profesional:** En un grado menor el profesional no abandonaría su posición de trabajo sino reconvertirse. Este sería el caso de pasar al campo de la administración o la gestión, pasar de la clínica a la dirección. A veces significa dedicarse a la actividad política, el profesional aporta su conocimiento y explota la realidad para intentar transformarla con su nueva actividad. La opción puede ser cualquiera pero siempre se caracterizaría por la reconversión y el refugio frente a los factores estresantes.
- **Disminución de la calidad de trabajo:** El profesional de la salud con problemas dedica menos tiempo a sus pacientes, en la entrevista clínica evita el contacto físico con el enfermo, incluso evita mirarle los ojos. La comunicación se convierte en impersonal. En resumen el profesional de la salud disminuye la calidad y aumenta el costo de los cuidados que presta. La organización sanitaria se resiste, al disminuir la satisfacción de los pacientes y la eficiencia del trabajo clínico.
- **Insatisfacción y deterioro del ambiente laboral:** El profesional de la salud con problemas de depresión y ansiedad participa poco en la marcha del servicio. Sus relaciones interpersonales son escasas y a veces cargada de hostilidad. La ironía y el humor sarcástico sustituyen a la cooperación y crítica sana. Los órdenes se cumplen con dificultad. En algunos casos el profesional interpreta los síntomas como la evidencia de una formación cuantitativamente deficiente, que intenta compensar a través de una formación continuada, desordenada y creciente, lo que contribuye a deteriorar el ambiente laboral, por las ausencias.

La insatisfacción en el trabajo es una consecuencia habitual del estrés laboral, el profesional insatisfecho malinterpreta los problemas cotidianos y surge con facilidad los roces. La insatisfacción puede agravarse por las circunstancias (turnos, reconversión/ reforma) y en algunos profesionales, por ejemplo, en las auxiliares de enfermería, con menor autoridad y autonomía profesional.

- **Absentismo laboral:** Si el ambiente laboral es la fuente para la depresión y ansiedad, él profesional puede tratar de evitar sus obligaciones. En la primera fase disminuyendo su actividad en el trabajo y en una última fase faltando al mismo. El absentismo se convierte en la respuesta del agobio laboral. Como fase intermedia, el profesional puede llegar con retraso al trabajo para disminuir el tiempo de exposición al ambiente laboral. Si el proceso avanza puede llevar al abandono de la profesión.

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe en el personal profesional de la salud algún grado de ansiedad y depresión que afecte sus labores diarias en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce?

La preocupación por la calidad de atención brindada por el personal del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, se fundamenta en estudios realizados a través del tiempo.

El personal de la salud, tanto profesional como voluntario, trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Estos pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales.

Mientras que la respuesta emocional de los trabajadores de la salud a tales circunstancias es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena y brindar una adecuada atención, puede ocurrir una recarga traumática, debida a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte. Este aspecto ha recibido cierta atención por parte de algunos grupos de profesionales (Hay & Oken, 1972; Pilowski & O'sullivan, 1989; Firth Cozens, 1987) y es de creciente preocupación en el desarrollo de los servicios voluntarios y caseros de atención médica (Wells & Jorm, 1987; Morris et al. 1988).

Tal recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con personas en desgracia puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan cuidados médicos, las cuales pueden tener implicaciones en su capacidad para hacerlo de una forma adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida particular. Mientras que la angustia se suscita a nivel individual, algunas organizaciones han desarrollado modelos que reflejan las ansiedades del grupo de trabajadores y que afectan la habilidad del servicio para realizar las labores requeridas (De Board, 1978).

Por esta razón, es importante que, para el bienestar del personal, la calidad de la atención y la función integral de nuestros centros de salud se examinen estos factores.

Desde que Seyle formuló el "SINDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN" (GAS), en el que define la existencia de un nivel de estimulación ambiental óptimo a partir del cual se desencadenan toda una serie de reacciones psicofisiológicas que preparan al individuo para la defensa o huida, se han desarrollado diversos modelos conceptuales de estrés basados en el principio de balance entre las necesidades impuestas por el ambiente de trabajo y los recursos que la organización de trabajo pone en manos de los trabajadores para hacerle frente. Así, han sido formulados los modelos de ajuste persona- ambiente, esfuerzo-distress, demanda control, y esfuerzo- recompensa, entre otros.

En 1999, Arcila, Cervantes y Contreras, estudiantes de la Universidad de Carabobo, realizaron el trabajo de investigación titulado "Estrés laboral de las enfermeras del área de emergencia del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez, en Valencia", en sus manifestaciones físicas y psicológicas.

El diseño de la investigación fue no experimental de campo y el tipo descriptivo transversal, con una variable: la población, y la muestra estuvo constituida por catorce (14) profesionales de enfermería de atención directa en el área de emergencia del centro mencionado. La información fue recolectada a través de un instrumento tipo cuestionario con dos alternativas dicotómicas que constó de treinta y dos (32) ítems; cuyo coeficiente de confiabilidad fue a través del método de Kuder Richardson.

Los resultados del análisis aplicado demostraron que las profesionales de enfermería que laboran en el área de emergencia si presentan niveles de estrés alto en cuanto a las manifestaciones físicas evidenciado por un 42.86 %, y un nivel de estrés bajo, en cuanto a las manifestaciones psicológicas con un 50.00 %.

En 1989, y tras controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era el estímulo o la respuesta del organismo, los autores Paterson y Neufeld comienzan a considerar el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado.

La existencia de gran número de dolencias psicosomáticas, producto de los constreñimientos y exigencias de la sociedad actual, y muy en especial en lo referido al ámbito laboral, sujeto a incesantes transformaciones en la organización y en las demandas del trabajo, ha facilitado la difusión y la popularización de un término con el que, de un modo genérico, se define esta situación: el estrés.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se refiere al estrés laboral en los siguientes términos: "Esta enfermedad es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo. Resiente la productividad, al afectar la salud física y mental de los trabajadores". Según Kalimo, "múltiples estudios epidemiológicos han demostrado que la salud está relacionada con factores psicosociales presentes en el trabajo y que la función de esos factores, tanto con respecto al estado de salud como a las causas de la enfermedad, es de alcance relativamente general. Los factores psicosociales pueden contribuir a causar y agravar una enfermedad e influir en los resultados de las medidas de curación y rehabilitación".

Así, la OIT sostiene que "las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y las aspiraciones humanas", tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas.

Las personas que se encuentran sometidas a estrés tienden a abandonar el empleo como respuesta de huida, lo que determina un alto índice de rotación de personal en las empresas. Las personas sufren cuando se sienten superadas por las demandas laborales exigentes, pero también cuando no tienen empleo, o se angustian pensando que pueden llegar a ser un desocupado más.

Son cuantiosos los gastos y pérdidas derivadas por el costo del estrés; aumentan año a año, generalmente determinados por crecientes índices de ausentismo, baja productividad, accidentes profesionales, aumento del lucro cesante, y lo que es más importante, la incidencia sobre la salud mental y física de los individuos, que si bien podrán ser cuantificados por los gastos en salud, etcétera, son en realidad invaluableles, por cuanto la calidad de vida y la vida en sí misma no deben tener índices, barreras o tablas de indemnización.

La calidad en los servicios brindados por el personal profesional de los hospitales ha sido motivo de preocupación por razones obvias: la atención al público es lo primero.

3.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Objetivo General

- Determinar el grado de ansiedad y depresión que presenta el personal profesional de la salud en el Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce.

3.2.2. Objetivos Específico

- Identificar la presencia en el personal profesional de salud del Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce, presenta problemas relacionados con la depresión y ansiedad.
- Determinar en que porcentaje la población que labora en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, tienen problemas relacionados a la depresión.
- Determinar en que porcentaje de la población que labora en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce tienen problemas relacionados a la ansiedad.
- Determinar en que porcentaje la población que labora en el Hospital Rafael Estévez Aguadulce tienen problemas relacionados a la depresión por sexo, edad y cargo
- Determinar en que porcentaje de la población que labora en el Hospital Rafael Estévez de Aguadulce tienen problemas relacionados a la ansiedad por sexo, edad y cargo.

3.3. JUSTIFICACION

Obviamente, los roles y actividades desarrolladas por el personal de la salud varían de acuerdo a su tipo de trabajo. Sin embargo, mientras que esto se aplica por igual a trabajadores profesionales y voluntarios, no sucede lo mismo con los límites profesionales tradicionales, lo cual genera una mayor diversidad de necesidades y roles que debe asumir cada individuo.

La clasificación de conocimiento y habilidades por áreas es necesaria para suministrar apropiadamente atención especializada y para hacerse cargo de las múltiples labores a desarrollar (por ejemplo: revisión y examen médico, enfermería, terapia ocupacional, etc.) Un elemento importante en estas labores es la confianza implícita que se da en el 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.

Aquí, tal vez, el estrés del personal médico es menos susceptible de ser identificado. 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, son algunos de los estresores encontrados en el desarrollo de sus funciones.

En las enfermeras, las labores íntimas del cuidado diario del paciente, 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 (Shulmann & Mantell, 1988).

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".

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

El agotamiento puede afectar a las unidades o a sus integrantes. En determinada unidad o servicio (por ejemplo, la sala de un hospital o una clínica), pueden surgir conflictos entre el personal o entre la unidad y otros servicios.

Igualmente importantes son aquellos procesos en los que las tensiones y conflictos en la unidad se concentran en un paciente especialmente difícil, el cual llega a convertirse en el "paciente problema" para todos. Un miembro del personal también puede convertirse en chivo expiatorio de todos los sentimientos negativos y ansiedades, siendo visto como incompetente y odioso. Es posible que otro miembro del personal sea considerado como la encarnación de todo lo bueno.

Todo esto puede llevar a la convicción de que los problemas del grupo quedarían resueltos si el "miembro malo" se marcha (De Board, 1978). Si bien tales fenómenos a menudo manifiestan intentos de hacer frente a la impotencia, malestar y ansiedad suscitados por este trabajo, esta clase de percepciones y conducta son potencialmente perjudiciales para el personal y los pacientes, toda vez que dificultan una evaluación realista de los problemas; además, son un obstáculo para que el servicio alcance sus metas, particularmente en lo relacionado con la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes.

Factores organizativos y administrativos pueden influir en la calidad del ambiente de trabajo. El exceso de trabajo, distribuciones de personal irregulares y pocos fines de semana libres pueden hacer aún más difícil enfrentarse a un trabajo emocionalmente exigente. En grupos de enfermería, se ha encontrado que el nivel de apoyo psicológico disponible en el sitio de trabajo y los cambios en la estructura de trabajo y en las distribuciones de personal, influyen en los niveles de estrés (Yasko, 1983; Jenkins & Ostchega, 1986). Otros factores Institucionales serán discutidos, junto con las medidas que puedan reducir el riesgo de estrés relacionado con el trabajo.

La calidad del entrenamiento es un factor de suma importancia. Hay una mayor probabilidad de que el personal experimente tensiones psicológicas cuando no se siente bien entrenado para desempeñar sus funciones. Esto se ha demostrado con estudios en enfermeras de secciones de oncología (McElroy,

1982) y, más recientemente, en el trabajo preliminar con voluntarios que cuidan pacientes con sida y VIH (Investigaciones actuales de Kelly).

El entrenamiento efectuado antes y durante el período de atención es importante no solo para asegurar que el personal esté debidamente preparado para realizar su labor, sino también para garantizar una educación permanente en el área, el mantenimiento de la calidad de la atención y de la moral del personal.

Existen dos tipos de estrés laboral: el episódico (un despido, por ejemplo) y el crónico, que se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones:

1. Ambiente laboral inadecuado.
2. Sobrecarga de trabajo.
3. Alteración de ritmos biológicos.
4. Responsabilidades y decisiones muy importantes.
5. Estimulación lenta y monótona.
6. Condiciones laborales inadecuadas.

Pasaremos a analizar, en consecuencia, cada una de estas situaciones.

Ambiente laboral inadecuado: Son los llamados estresores del ambiente físico:

- Falta de luz o luz muy brillante;
- Ruido excesivo o intermitente;

- Vibraciones;
- Aire contaminado;
- Alta o baja temperatura;

Estos factores requieren una doble adaptación, tanto física como psicológica.

Sobrecarga de trabajo: Es el estrés por sobreestimulación. Se presenta por exigencias psicosenoriales violentas, simultáneas, numerosas, persistentes y variables. Exigen una adaptación fuera del límite normal. Es frecuente que se presente en:

El estrés por sobre estimulación genera tensión nerviosa, fatiga, irritabilidad, crisis de decisión, ansiedad, confusión, embotamiento, desconcentración.

Alteración de ritmos biológicos: Es el estrés que se produce al alterar las constantes biológicas determinadas por el ritmo cardíaco determinado a su vez por las secreciones hormonales, los ciclos del sueño y el ritmo metabólico. Requiere un alto esfuerzo adaptativo, generando irritabilidad, disminución de la concentración, trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, además de provocar modificaciones en la vida social, conyugal y sexual. Se presenta en:

- Trabajadores nocturnos;
- Personal de salud;

Responsabilidades y decisiones muy importantes: Es el estrés del personal jerárquico o con grados de responsabilidad. Se debe a:

- Responsabilidades numerosas y variables;
- Tensión psicológica continua;
- Búsqueda de la eficacia;
- Adaptación a situaciones nuevas y datos inestables.

Es frecuente que quienes lo padecen acumulen factores de riesgo e inadecuación familiar y social por falta de tiempo y agotamiento físico. Este tipo de estrés genera agotamiento, fatiga, manifestaciones psicósomáticas, trastornos del sueño, disminución del deseo sexual, impaciencia, pérdida de la iniciativa, dificultad en la toma de decisiones y adicciones.

Estimulación lenta y monótona: Es el estrés por subestimulación. Se produce por la falta de estímulo normal y fisiológico de los sentidos y del pensamiento. Se presenta, por ejemplo, en el trabajo rutinario y automatizado que no permite la creatividad y el pensamiento independiente, en casos como los siguientes:

- Genera distracción, falta de atención y aumento de los accidentes de trabajo.

Condiciones laborales inadecuadas: Nos referimos aquí a las causas de estrés en los obreros no calificados, que comprenden:

- Alimentación inadecuada e insuficiente;
- Ausencia de perspectivas de progreso;
- Pocas posibilidades de recreación;

- Inestabilidad laboral por renovación tecnológica

Consecuencias del estrés laboral.

El estrés laboral produce una serie de consecuencias y efectos negativos:

- A nivel del sistema de respuesta fisiológica: Taquicardia, aumento de la tensión arterial, sudoración, alteraciones del ritmo respiratorio, aumento de la tensión muscular, aumento de la glicemia en sangre, aumento del metabolismo basal, aumento del colesterol, inhibición del sistema inmunológico, sensación de nudo en la garganta, dilatación de pupilas, etc.
- A nivel del sistema cognitivo: sensación de preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de falta de control, etc.
- A nivel del sistema motor: hablar rápido, temblores, tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, explosiones emocionales, consumo de drogas legales como tabaco y alcohol, exceso de apetito, falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos, etc. El estrés también genera una serie de trastornos asociados, que aunque no sean causas desencadenantes a veces se constituye en factor colaborador:
 - **Trastornos respiratorios:** Asma, hiperventilación, taquipnea, etc.
 - **Trastornos cardiovasculares:** Enfermedad coronaria, hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco, etc.

- **Trastornos inmunológicos:** Desarrollo de enfermedades infecciosas.
- **Trastornos endocrinos:** Hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, etc.
- **Trastornos dermatológicos:** Prurito, sudoración excesiva, dermatitis atípica, caída del cabello, urticaria crónica, rubor facial, etc.
- **Diabetes:** Suele agravar la enfermedad.
- **Dolores crónicos y cefaleas continuas.**
- **Trastornos sexuales:** Impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido, etc.
- **Trastornos psicopatológicos:** Ansiedad, miedos, fobias, depresión, conductas adictivas, insomnio, alteraciones alimentarias, trastornos de la personalidad, etc.

El presente estudio surge por el interés de la autora de conocer el grado de depresión y ansiedad con que trabaja el personal que labora en el Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce.

Tendrá un impacto novedoso ya que hasta la fecha no se había realizado ningún estudio similar.

Pensamos que este trabajo de investigación será de gran utilidad, para todo el personal profesional que labora en el hospital; logrará detectar las áreas donde

se necesita reforzar estudios más profundos sobre el tema de depresión y ansiedad.

Los resultados de esta investigación serán utilizados para tener referencia para poder visualizar o diagnosticar que existe el problema en estos profesionales de salud, este estudio beneficiará a los funcionarios en lo personal y laboral para mejorar el rendimiento y tener calidad de servicio en todo el personal profesional de la salud que labora en el Hospital Regional Rafael Estévez. Los resultados serán utilizados en el programa de Salud Ocupacional en conjunto con los profesionales de Salud Mental y se les informará a los jefes de departamentos donde se visualice el problema para su referencia a dichos programas.

3.4. ESTRATEGIA DE INVESTIGACION

3.4.1. Tipo de Investigación

Descriptiva – Transversal

3.4.1.1. Estudios Descriptivos

Este estudio se enfocó en visualizar si el personal profesional de la salud del Hospital Regional Rafael Estévez presenta síntomas o problemas de ansiedad y depresión en su vida laboral. Teniendo en cuenta las variables dependientes que son depresión y ansiedad.

Para este estudio se incluyó personal que labora directamente con la atención de pacientes: Médicos Especialistas, Internos, Generales, Enfermeras, Técnicos en

Enfermería, Rayos X, Laboratorio, Trabajo Social, Salud Ocupacional (Enfermera) y Fisioterapia.

Es descriptivo por que describe una situación. Su objetivo es determinar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables.

Para este estudio se utilizaron los análisis descriptivos que son la base y punto inicial que es el que nos ayudara a determinar” como es” o “como esta” la situación de las variables que se estudian en la población escogida. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno.

3.4.1.2. Estudio Trasversal

Es transversal porque estudia los análisis descriptivos.

Comparación de prevalencias y no prevalencia profundiza sobre las características de la población estudiada, la magnitud de problemas, factores asociados al problema, condiciones de salud y vida de la población, además de las características de la investigación. Nos va a proveer las bases para otros posibles estudios descriptivos.

Según Salkind, “se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudios”¹

Salkind, Neil J. Métodos de Investigación. Printece Hall, México, 1998 Pág.12

3.4.2. Unidades de Observación (variable)

3.4.2.1. Variables Dependientes

Entre las variables dependientes están:

Depresión. Conceptualmente: trastorno del humor caracterizado por retraso psicomotor, anhedonía, tristeza, debilidad, falta de motivación.

Operativamente: trastorno del humor caracterizado por retraso psicomotor, anhedonía, tristeza, debilidad, falta de motivación al momento de ser encuestado.

Ansiedad. Conceptualmente: estado emocional displacentero, cuyas fuentes son a menudo difíciles de identificar, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento, sudoración de manos, agitación y taquicardia.

Operativamente: estado emocional displacentero, cuyas fuentes son a menudo difíciles de identificar, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento, sudoración de manos, agitación y taquicardia al momento de ser encuestado.

Edad. Conceptualmente: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Operativamente: Los años cumplidos al momento de aplicar la encuesta.

Sexo. Conceptualmente: Condición Orgánica que distingue al macho de la hembra.

Operativamente: La condición de macho y hembra de la persona encuestada

Cargo. Conceptualmente: Posición que se desempeña en un oficio.

Operativamente: Diferentes situaciones que se desempeña un oficio.

Otras variables serian el cargo, edad y sexo.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se utilizó la investigación clásica cuantitativa, con los datos prospectivos que son los que registran la información según van ocurriendo los fenómenos.

3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.6.1. Población Objetivo Universo

La Población Objetivo Universo fue tomada del personal profesional de la Salud que labora directamente con pacientes en el Hospital Regional Rafael Estévez del distrito de Aguadulce, provincia de Coclé, esta compuesta por 808 empleados.

3.6.2. Población Muestral

Para la Población Muestra se tomo en consideración el Personal profesional de la Salud que labora directamente con pacientes en el Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce, el cual esta compuesta por 455 empleados.

3.6.2.1. Muestra

La muestra se escogió de un total de 455 empleados que laboran directamente con pacientes en el Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce, que pertenecen tanto al personal médico, técnico y servicios especiales, compuesta al final por 208 profesionales.

Se utilizo el Muestreo Aleatorio Simple para proporciones y se distribuyo la muestra por cargo de acuerdo a una agrupación proporcional.

Fórmula utilizada:

Donde la **N** representa el universo, la **n** es la muestra, la **p** la posibilidad de trastornos de ansiedad y depresión y la **q** es la no probabilidad de que exista el problema.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{C2(N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{455 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{C2(455 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = 436.95$$

$$(0.05)454 + (1.96)^2 (0.5) (0.5) = 1.135 + .9604$$

$$n = \frac{436.98}{2.0954}$$

$$n = 208$$

3.7. METODOS DE SELECCIÓN

3.7.1. Criterios de Inclusión

Las personas para este estudio reunían los siguientes criterios:

- 1.- Ser empleado de tiempo completo que labore en el Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce.
- 2.- Laborar directamente con pacientes
- 3.- Desear participar voluntariamente en el estudio.

3.7.2. Criterios de Exclusión

Los siguientes son los criterios de exclusión de participantes para el estudio:

- 1.- No ser empleado de tiempo completo que labore en el Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce.
- 2.- No desear participar en el estudio

3.- El personal profesional de la salud que se encontraba de licencia y de vacaciones.

3.8. ESTADISTICO

3.8.1. Instrumento

El instrumento es el que utilizó el investigador para recolectar y registrar la información.

Se utilizó para el estudio las fuentes primarias que son las que se obtiene por medio del contacto directo con los sujetos de estudio, a través de técnicas como son las entrevistas, la observación y el cuestionario entre otras.

- **Encuesta**

Consistió en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionado por ellos mismos, sobre sus opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Se utilizaron los cuestionarios, en este las preguntas y respuestas se dieron por escrito y no se requiere la presencia del entrevistador. Entre sus ventajas tenemos: su capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo bastante breve, su costo es relativamente bajo, tiene la facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar datos.

Se tabularon los datos por medio del PROGRAMA STATISTICAL PACKAGE.
SORTHE SOCIAL SCIENCES.

Se utilizó la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión y ansiedad de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual de los trastornos depresivo y de ansiedad. Fue probablemente una de las primeras en validarse, (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

La escala de Zung para la Depresión (EZD) y ansiedad consta de una serie de preguntas relacionadas con distintos síntomas depresivos y de ansiedad, con una escala del 1 al 4 que hacen referencia en la presencia del síntoma clasificándolas como normal, probable y muy probable. Su validez concurrente es $r=0.87$ con el inventario heteroaplicado para la depresión y ansiedad como criterio externo. Su validez es aceptable. Su capacidad predictiva es con un punto de corte ≥ 50 sujetos; su sensibilidad es de 0.85 y su especificidad es de 0.64.

Para los valores según nivel de depresión tenemos:

No depresión < 50 (<40 puntos)

Depresión Leve 52-59 (41-47 puntos)

Depresión moderada 60-69 (48-55 puntos)

Depresión grave >69 (>55 puntos)

Existen otras categorizaciones como la que expone Seva-Días A. (1982)⁸, propone la siguiente categorización:

No depresión < 40 (<32 puntos)

Depresión Leve 41-59 (33-47 puntos)

Depresión moderada-severa 60 (> 47 puntos)

Los niveles de fiabilidad son buenos (índices de 0.70-0.80 en la fiabilidad dos mitades, índices α de Cronbach entre 0.79 y 0.92) ^{6,20}.

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico.

CAPITULO IV. INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS

**Cuadro I. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD
POR SEXO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE.
AGOSTO 2006.**

Sexo	Total		Normal		Posible		Muy Probable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	208	100.0	175	84.1	27	13.0	6	2.9
Masculino	48	23.1	43	20.7	4	1.9	1	0.5
Femenino	155	74.5	127	61.0	23	11.1	5	2.4
No contestó	5	2.4	5	2.4	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

Los resultados demostraron que de 208 personas entrevistadas 74.5% son del sexo femenino y 23.1% son del sexo masculino.

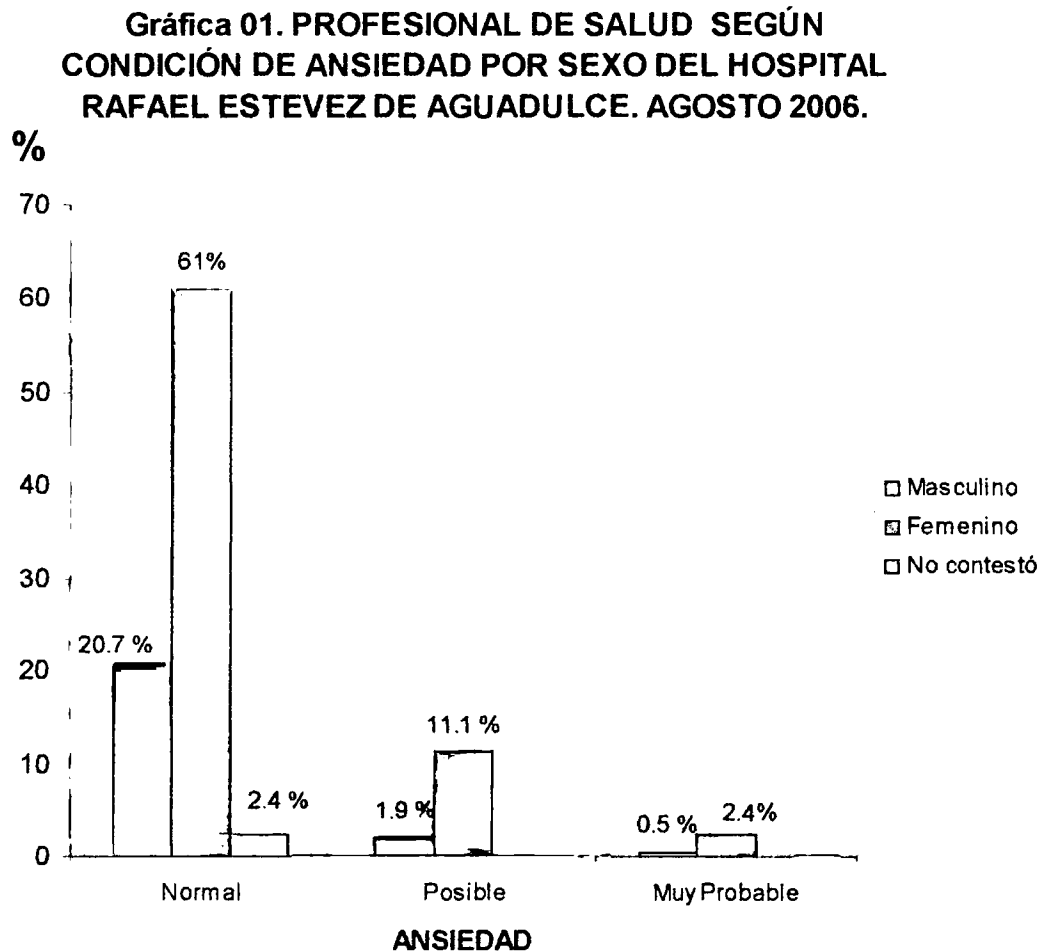
Existe un porcentaje mínimo de no respuesta a esta variable que corresponde al 2.4%

Se observa que 61.0% de las mujeres presentan condición Normal, y solo 11.1% de ese mismo grupo posiblemente presente trastorno de Ansiedad y 2.4% muy probable necesite tratamiento para el trastorno.

En relación al personal masculino, 20.7% presentan condiciones normales, 1.9% posiblemente presente trastornos de ansiedad y 0.5% muy probablemente necesite tratamiento.

Con respecto a las personas que dieron respuesta a la variable sexo, representa 2.4%, todos presentaron condiciones normales de ansiedad.

Se muestra en la Gráfica. 1. las cantidades y porcentajes que se presentan en el Cuadro I.



Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

**Cuadro II. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD
POR EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ AGUADULCE.
AGOSTO 2006.**

Edad	Total		Normal		Posible		Muy Probable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	208	100.0	175	84.1	27	13.0	6	2.9
20-24	8	3.8	6	2.9	2	1.0	0	0.0
25-29	48	23.1	37	17.8	8	3.8	3	1.4
30-34	46	22.1	38	18.3	6	2.9	2	1.0
35-39	36	17.3	34	16.3	2	1.0	0	0.0
40-44	25	12.0	21	10.1	4	1.9	0	0.0
45-49	17	8.2	15	7.2	2	1.0	0	0.0
50-54	12	5.8	11	5.3	1	0.5	0	0.0
55-59	4	1.9	4	1.9	0	0.0	0	0.0
60-64	2	1.0	2	1.0	0	0.0	0	0.0
No contestó	10	4.8	7	3.4	2	1.0	1	0.5

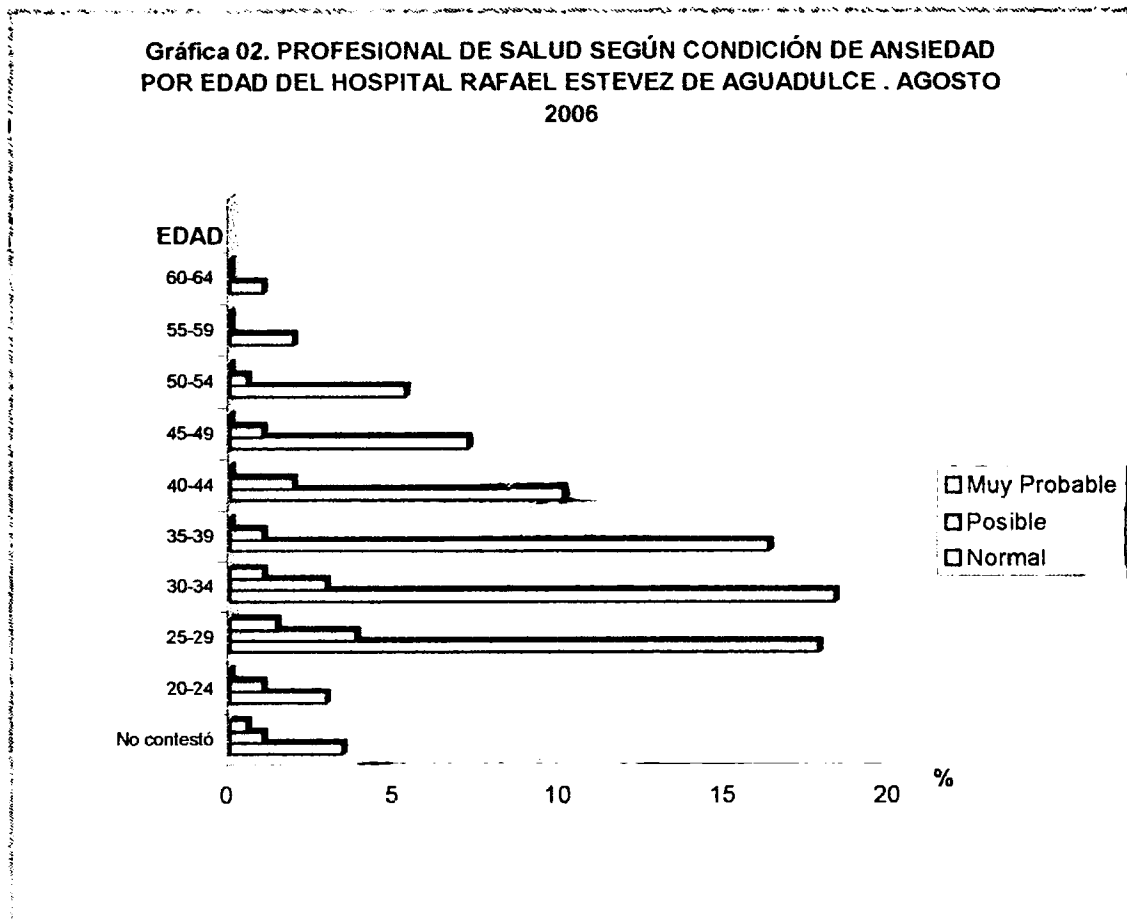
Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

Del personal de salud del Hospital Rafael Estévez encuestados, el mayor porcentaje 62.5% tienen edades entre 25 y 39 años de edad. Un 20.2% tienen

entre 40 y 49 años, un 8.7% de 50 a 64 años, un 3.8% entre 20 y 24 y un 4.8% de no respuesta.

Con relación a los grupos de edades se observa que entre los entrevistados que oscilan en las edades de 25 y 34 años representan el 6.7% del total de 13 de los que posiblemente presentan trastornos de ansiedad y un 2.4% del total de 2.9% de los que muy probablemente necesitan tratamiento.

Se muestra en la Gráfica 2. Las cantidades y porcentajes que se presentan en el Cuadro II.



Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

**Cuadro III. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD
POR CARGO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE.
AGOSTO 2006.**

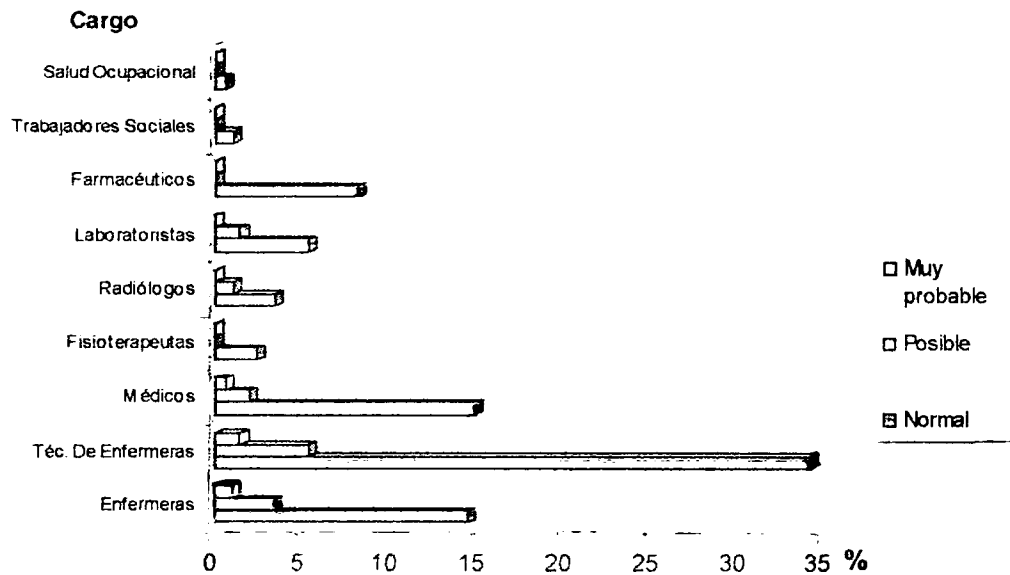
Cargo	Total		Normal		Posible		Muy Probable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	208	100.0	175	84.1	27	13.0	6	2.9
Enfermeras	39	18.8	30	14.4	7	3.4	2	1.0
Téc. en Enfermería	85	40.9	71	34.1	11	5.3	3	1.4
Médicos	36	17.3	31	14.9	4	1.9	1	0.5
Fisioterapeutas	5	2.4	5	2.4	0	0.0	0	0.0
Radiólogos	9	4.3	7	3.4	2	1.0	0	0.0
Laboratoristas	14	6.7	11	5.3	3	1.4	0	0.0
Farmacéuticos	17	5.2	17	8.2	0	0.0	0	0.0
Trabajadores Sociales	2	1.0	2	1.0	0	0.0	0	0.0
Salud Ocupacional	1	0.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

Con relación al cargo que desempeñan el 40.9% son Técnicos de Enfermería, el 18.8% son Enfermeras, 17.3% son Médicos, 6.7% Laboratoristas, 5.2% Farmacéuticos, 4.3% Radiólogos, 2.4% Fisioterapeutas, 1.0% Trabajadores Sociales y 0.5% de Salud Ocupacional.

En este sentido el 84.1% del personal profesional de salud encuestado refleja una condición Normal. El 13.0% de los encuestados posiblemente tienen un trastorno de ansiedad y el 2.9% es muy probable que necesite tratamiento para el Trastorno de ansiedad.

Gráfica 03. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD POR CARGO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.



Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

Según cargo que desempeñan el personal profesional de la salud del Hospital Rafael Estévez, se presenta que del 18.8% que corresponde al porcentaje de Enfermeras el 14.4% tienen condiciones normal, el 3.4% posiblemente presenten síntomas de Trastorno de Ansiedad y el 1.0% muy probablemente necesiten tratamiento.

Con respecto al 40.9% de los Técnicos en Enfermería, el 34.1 % presentan condiciones normales, el 5.3% posiblemente y el 1.4% muy probablemente necesiten de tratamiento.

En el caso de los Médicos 17.3%, la mayoría de estos el 14.9% presentan condiciones normales, el 1.9% posiblemente tenga trastornos de ansiedad y solo el 0.5% muy probablemente necesite tratamiento.

En los otros casos en donde se observa que posiblemente existan trastornos de ansiedad, aunque en mínimo porcentaje, es en los cargos de Radiología y Laboratorio.

**Cuadro IV. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN
POR SEXO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO
2006.**

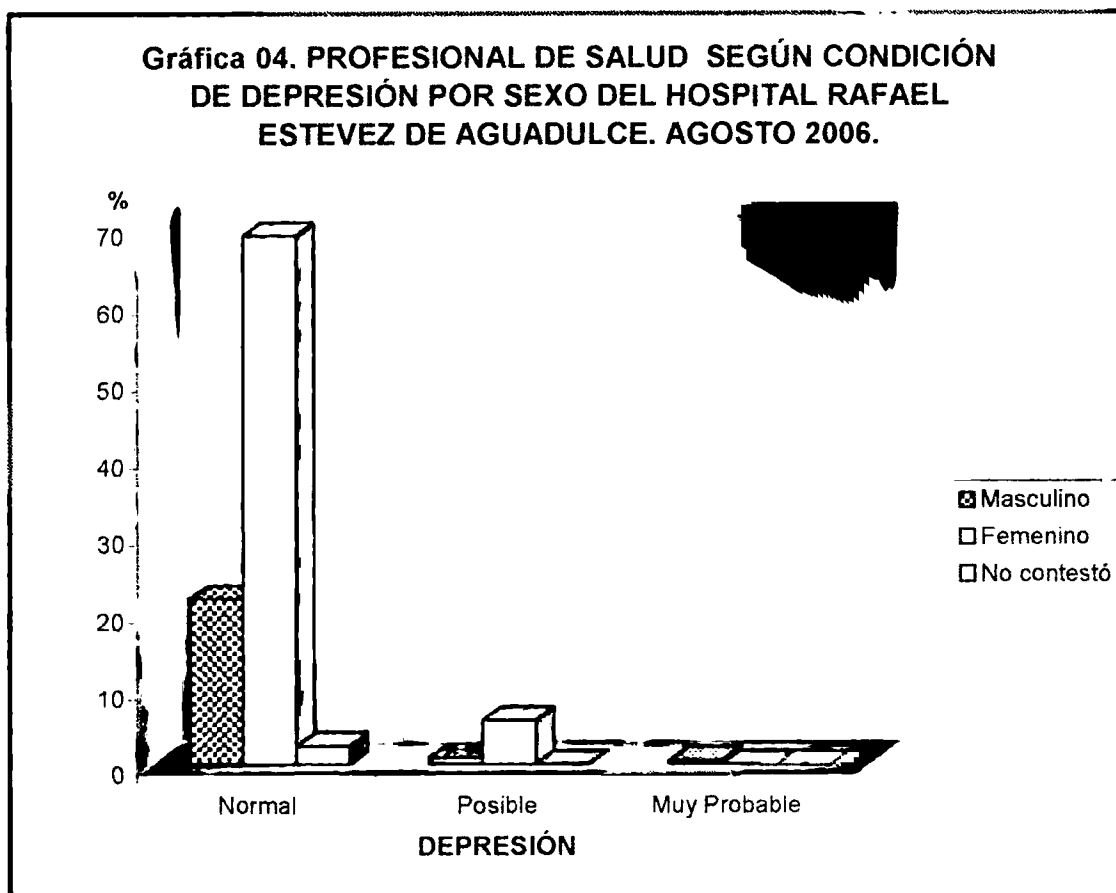
Sexo	Total		Normal		Posible		Muy Probable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	208	100.0	193	92.8	14	6.7	1	0.5
Masculino	48	23.1	45	21.6	2	1.0	1	0.5
Femenino	155	74.5	143	68.8	12	5.8	0	0.0
No contestó	5	2.4	5	2.4	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

Se observa que 92.8% de los entrevistados presentan condiciones normal, y el 6.7% posiblemente tienen un trastorno depresivo y el 0.5% muy posiblemente necesite tratamiento.

Con respecto al sexo, se observa que el masculino representa el de los entrevistados; 23.1%, de los cuales el 21.6% que representa la mayor cantidad presentan condiciones normales y el 1.0% posiblemente tengan síntomas depresivos y el 0.5% muy probablemente necesiten de tratamiento.

En cuanto al sexo femenino que representa 74.5%, 68.8% presentan condiciones normales y el 5.8% posiblemente muestran síntomas depresivos.



Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

Se muestra en la Grafica 4, los resultados antes expuestos en el Cuadro IV.

**Cuadro V. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN
POR EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE.
AGOSTO 2006.**

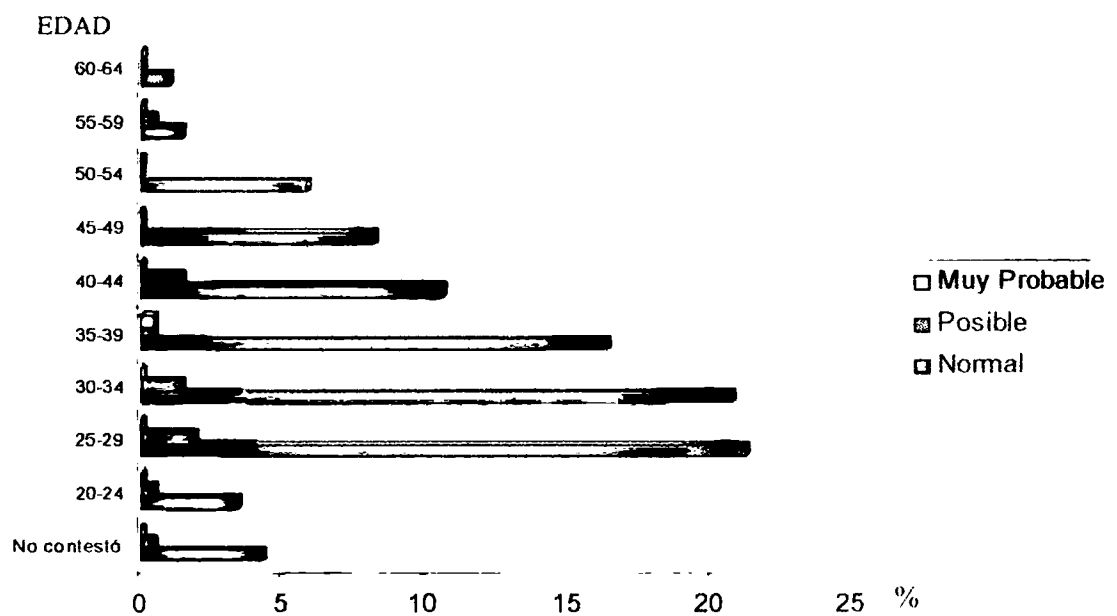
Edad	Total		Normal		Posible		Muy Probable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	208	100.0	193	92.8	14	6.7	1	0.5
20-24	8	3.8	7	3.4	1	0.5	0	0.0
25-29	48	23.1	44	21.2	4	1.9	0	0.0
30-34	46	22.1	43	20.7	3	1.4	0	0.0
35-39	36	17.3	34	16.3	1	0.5	1	0.5
40-44	25	12.0	22	10.6	3	1.4	0	0.0
45-49	17	8.2	17	8.2	0	0.0	0	0.0
50-54	12	5.8	12	5.8	0	0.0	0	0.0
55-59	4	1.9	3	1.4	1	0.5	0	0.0
60-64	2	1.0	2	1.0	0	0.0	0	0.0
No contestó	10	4.8	9	4.3	1	0.5	0	0.0

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

Relacionando la condición de depresión con la variable edad se presentan los siguientes resultados; de los cuales 6.7% posiblemente tienen trastorno de Depresión, de los cuales 1.9% tienen edades entre 25 y 29 años, 1.4% entre 30

y 34 años, otro 1.4% entre 40 y 44 años, el 0.5% entre 35 y 39 años y 0.5% entre 20 y 24 años.

Gráfica 5. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN POR EDAD DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.



Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

La Gráfica 5, muestra la relación que existe entre las variables edad y depresión.

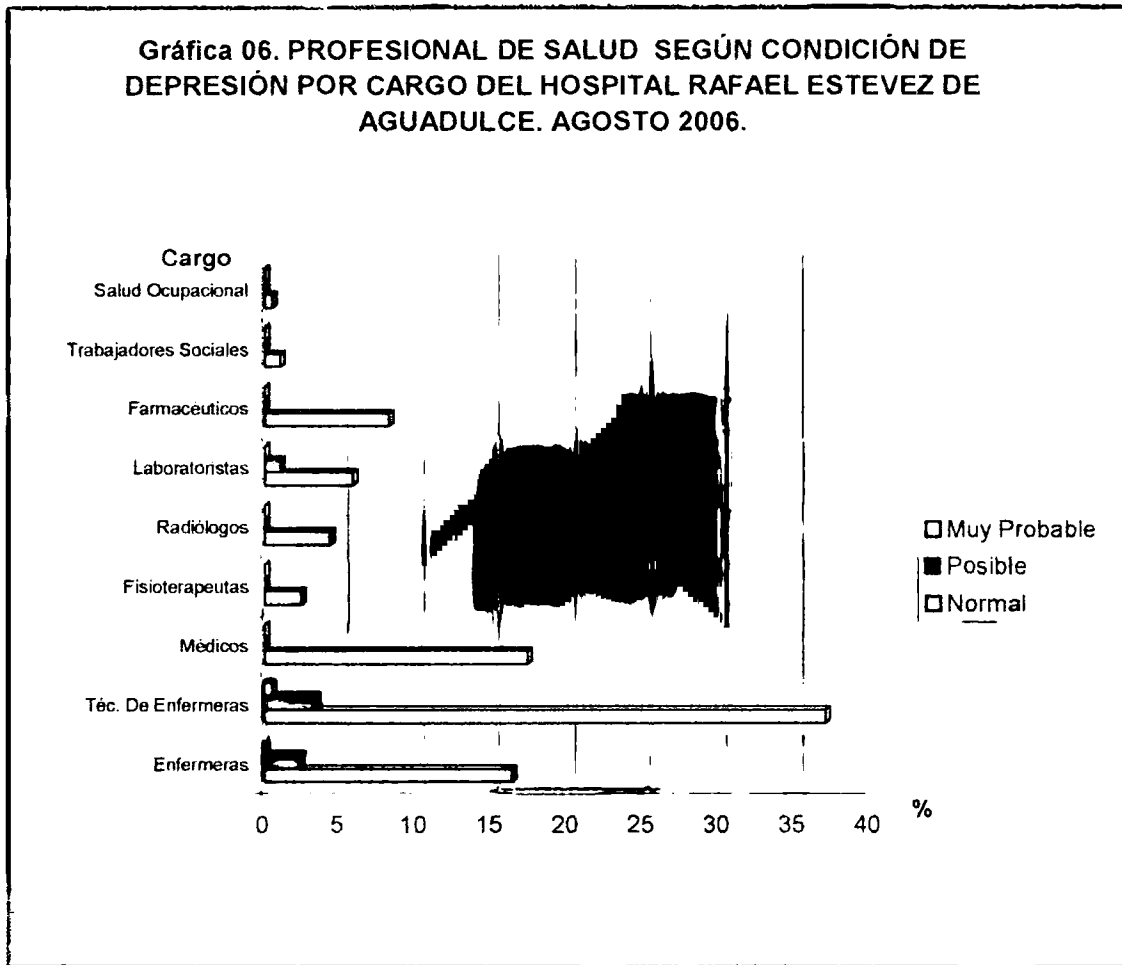
Cuadro VI. PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE DEPRESIÓN
 POR CARGO DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE.
 AGOSTO 2006.

Cargo	Total		Normal		Posible		Muy Probable	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
TOTAL	208	100.0	193	92.8	14	6.7	1	0.5
Enfermeras	39	18.8	34	16.3	5	2.4	0	0.0
Téc.en Enfermería	85	40.9	77	37.0	7	3.4	1	0.5
Médicos	36	17.3	36	17.3	0	0.0	0	0.0
Fisioterapeutas	5	2.4	5	2.4	0	0.0	0	0.0
Radiólogos	9	4.3	9	4.3	0	0.0	0	0.0
Laboratoristas	14	6.7	12	5.8	2	1.0	0	0.0
Farmacéuticos	17	8.2	17	8.2	0	0.0	0	0.0
Trabajadores Sociales	2	1.0	2	1.0	0	0.0	0	0.0
Salud Ocupacional	1	0.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

La relación que existe entre el cargo que desempeñan los profesionales de la salud del Hospital Rafael Estévez con la variable depresión tenemos que del 6.7% que posiblemente tienen trastornos, el 3.4% son Técnicos de Enfermería, el 2.4% son Enfermeras y el 1.0% Laboratoristas.

Para el único caso que muy probablemente necesite tratamiento y que representa el 0.5% corresponde a un Técnico de Enfermería.



Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

La Gráfica 6. Muestra los diferentes porcentajes y cantidades por cargo

Cuadro VII: PROFESIONAL DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ DE AGUADULCE. AGOSTO 2006.

Ansiedad	Depresión							
	Total		Normal		Posible		Muy Probable	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
TOTAL	208	100.0	193	92.7	14	6.8	1	0.5
Normal	175	84.1	169	81.2	5	2.4	1	0.5
Posible	27	13.0	20	9.6	7	3.4	0	0.0
Muy probable	6	2.9	4	1.9	2	1.0	0	0.0

Fuente: Encuesta realizada al personal de salud.

De los 208 entrevistados, 169 (81.2%) no sufre ansiedad ni depresión. Un 9.6% posiblemente tiene ansiedad, pero presenta una condición normal de depresión. Un 1.9% con condición normal de depresión, es muy probable que sufra de ansiedad, posiblemente tiene depresión, un 3.4% de los entrevistados presenta condición de ansiedad y depresión (posiblemente). Un 1.0% que muy posiblemente tiene depresión, presenta también ansiedad (muy probable).

Además existe un caso (0.5%) con condición normal de ansiedad, que muy probablemente tiene depresión.

CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados podemos concluir:

1. Que en los casos de depresión y ansiedad en los Profesionales de la Salud, la ayuda profesional es de suma importancia ya que nos permite ver lo que nos sucede desde otra perspectiva.
2. Que la Depresión es un trastorno del humor caracterizado por retraso psicomotor, anhedonía, tristeza, debilidad, falta de motivación.
3. Que la Ansiedad es un estado emocional displacentero, cuyas fuentes son a menudo difíciles de identificar, frecuentemente se acompaña de síntomas fisiológicos que pueden conducir a la fatiga o incluso al agotamiento, sudoración de manos, agitación y taquicardia.
4. Cuando sin justificación externa se produce ansiedad y comienza a entorpecer el desarrollo cotidiano de la persona, se considera que hay un problema psicológico que se denomina trastorno de ansiedad.
5. Que del total encuestado el 84.1% que representa a 175 empleados profesionales de la salud del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce, refleja una condición Normal o sin ningún grado de ansiedad.
6. Que aunque las cifras de 2.9% que presentaron las encuestas de un total de la muestra de 208 empleados profesionales de la salud reflejaron una mínima porción, es necesario un posible tratamiento médico para el trastorno de la ansiedad.
7. Que el más alto índice 2.4% se refleja en el sexo femenino mostrando que muy probablemente necesiten de atención médica, no así el sexo

masculino que mostró un total de 0.5% muy probable al trastorno de la ansiedad.

8. Que dentro del rango de 25 a 34 años el porcentaje es de 2.4% muestra la condición de que muy probablemente se necesite tratamiento para la ansiedad.
9. Que del total de Enfermeras y Técnicos en Enfermería mostraron un 2.4% del total encuestados donde muy probablemente se necesiten tratamiento para la ansiedad, aunque los porcentajes sean mínimos.
10. Que del total encuestados para la condición de Depresión el 92.8% presentaron condiciones normales o sin ningún grado de depresión, reflejando cantidades mínimas hacia el trastorno de 6.7% posiblemente y 0.5% muy probable.
11. Que en la variable sexo de un total de 23.1% mostró que el 21.6% masculino que representa la mayoría tiene condiciones normales hacia la depresión y el sexo femenino de un total de 74.5%, el 68.8% muestran condiciones normales hacia la depresión.
12. Que en cuanto la variable edad en la Depresión se observa que de 25 a 44 años muestran posibles trastornos de depresión y que solo un 0.5% que es entre las edades de 35 a 39 años muestran que muy probablemente necesiten de tratamiento.
13. Que los Técnicos en Enfermería mostraron un 0.5% en muy probablemente se necesite de tratamiento para la depresión, que

aunque mínima necesita ser considerada y en la condición posiblemente con el 3.4%.

14. Será un estudio base para otras investigaciones relacionadas con el tema de Depresión y Ansiedad en profesionales de la Salud.

RECOMENDACIONES

- 1 Se debe considerar el desarrollo de una política específica de "salud mental" Tal política debería tener como objetivo el lograr un ambiente laboral dirigido a la prevención de la depresión y otras enfermedades mentales, así como a su tratamiento precoz y efectivo. Este tipo de política se espera que mejore el rendimiento global de la organización y de los empleados en particular y que reduzca los costos generados por las ausencias y bajas laborales secundarias a muchas enfermedades físicas, además de las causadas por la depresión.
2. Capacitar a los jefes de departamento sobre las identificación de los problemas de Salud Mental que puedan ameritar atención por el Equipo y además proporcionar un instrumento con el cual serán referidos los colaboradores.
3. Elaboración y distribución de material educativo sobre temas tales como: depresión, ansiedad, (tríptico, díptico, volantes, afiches, mensajes educativos en talonarios, cápsulas por el control telefónico, etc.).
- 4 Diseñar un programa de atención integral para los profesionales de la Salud ofertando los servicios de Psiquiatría, Psicología,
 - A.-Establecer un horario de atención
 - B.-Cumplir con las normas de atención a pacientes establecidas por la institución.
 - C -Inclusión de Terapias Grupal cuyo objetivo sea:

- Manejo de Estrés
 - Técnica de Relajación
 - Autoestima
 - Asertividad
 - Manejo de Conflictos.
5. Gestionar con los Jefes de departamentos el tiempo necesario para la realización de las diferentes actividades.
 6. Promover con el personal profesional de la salud, actividades recreativas, culturales y deportivas, con la finalidad de motivar el compañerismo y el fortalecimiento de las relaciones interdepartamentales.
 7. Hacer cumplir las normas del Programa de Farmacodependencia de la Caja de Seguro Social.
 8. Establecer un monitoreo continuo de las Estrategias y su impacto en nuestra población.
 9. Coordinar con departamento de docencia y el de Capacitación la realización permanente de talleres foros, mesas redondas, jornadas (expositores invitados, fundaciones, ONGS, etc.).
 10. Coordinar con el departamento de fisioterapia y de Salud Ocupacional, el establecimiento de sesiones de ejercicios para los funcionarios.

BIBLIOGRAFÍA

BAN T. COPPEN, A.J., HOLLISTER, L.E., LÓPEZ-IBOR, J.J. Y PICHOT, P. 1995. **El diagnóstico de la depresión.** Editorial Lederle, Costa Rica. 86 págs.

BECKS, A., RUSH, A.J., SHAW, B y EMERY, G. 1983. **Terapia cognitiva de la depresión.** Desclee de Drouwer, Bilbao. Novena edición. 394 págs.

HERNANDEZ SAMPIERI, R., FERNÁNDEZ, C. Y BATISTA, P. 1991. **Metodología de la Investigación.** Mc Graw hill. México, 110 págs.

KERLINGER, F.N. 1994. **Investigación del comportamiento.** Mc Graw Hill. México. Tercera edición. 748 págs.

PANCHERI, P. 1982. **Manual de Psiquiatría Clínica.** Editorial Trillas. México. 392 págs.

SUNN, R.M. 1993. **Entrenamiento en manejo de la ansiedad.** Editorial Desclee De Brouwer, S.A. Bilbao, 346 págs.

VALLEJO RUILOBA, J. 1994. **Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría.** Editorial Salvat. México. Tercera Edición. 452 págs.

POLIT, Dense F. 2003. **Investigación Científica en Ciencias de la Salud.** Editorial McGraw-Hill. México. Sexta edición.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGÍA. Editorial Océano No. 3. España.

Folleto de Psicología II. Columbus University.

ARTICULOS

ICAS. **Salud con Calidad.** Costa Rica. Boletín trimestral No. 4, diciembre 1997 – Febrero 1998

ANEXOS

Escala de Zung

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la Última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. SÃ, y muy intenso
2. SÃ, pero no muy intenso
1. SÃ, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el dÃa
2. Gran parte del dÃa
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del dÃa

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Solo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debiera hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho

2. Bastante

1. No mucho

0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre

1. Algo menos que antes

2. Mucho menos que antes

3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo

2. Con cierta frecuencia

1. Raramente

0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo

1. Algunas veces

2. Pocas veces

3. Casi nunca

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE COCLE
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

Encuesta No. ____

Con la finalidad de recopilar y analizar los datos sobre los posibles síntomas de depresión y ansiedad en los profesionales de salud del Hospital Regional Rafael Estévez de Aguadulce.

Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho. Le damos las gracias por su valiosa y útil colaboración.

Fecha: _____ **Edad:** _____

Sexo: _____ **Departamento:** _____

Cargo: _____ **Sección:** _____

A.1. Me siento tenso / a o nervioso / a: **D.1. Sigo disfrutando de las cosas siempre:**

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a Suceder:

- 3. Si, y muy intenso
- 2. Si, pero no muy intenso
- 1. Si, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las Cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Tengo una sensación de “nervios y Hormigueos” en el estómago

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debiera hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

D.7. Soy capaz de disfrutar con un Buen Libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

AUTOCORRECCIÓN

Trastornos de Ansiedad

Suma la puntuación total de todas las preguntas que están numeradas con la Letra **A** seguida de un número.

- Si la puntuación es igual a menor que siete el resultado es normal
- Si la puntuación es de 8 a 10 posiblemente tiene un trastorno de ansiedad
- Si la puntuación es mayor de 10 muy probable requiera tratamiento para un trastorno de ansiedad

Trastornos de Depresión

Suma la puntuación total de todas las preguntas que están numeradas con letra **D** seguida de un número.

- Si la puntuación es igual o menor que siete el resultado es normal
- Si la puntuación es de 8 a 10 posiblemente tiene depresión
- Si la puntuación es mayor de 10 muy probable requiera tratamiento para tratar una depresión.



Universidad de Panamá
Centro Regional Universitario de Coclé
"Dr. Bernardo Lombardo"



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

CERTIFICACIÓN- No. 32- 11- 4- 07 - C. R. U. _ Coclé

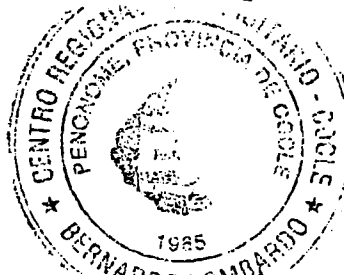
A QUIEN CONCIERNE:

La suscrita Directora de Investigación y Postgrado del Centro Regional Universitario de Coclé, en uso de sus facultades legales y reglamentarias.

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada **Berta Delvalle**, con cédula de identidad personal N° 2-94-2661, del Programa de Maestría en Salud Pública, énfasis en Salud Ocupacional del Centro Regional Universitario de Coclé: **"Dr. Bernardo Lombardo"** tiene periodo de prórroga para la terminación de la tesis titulada "Estudio de ansiedad y depresión en personal profesional de la Salud, Hospital Rafael Estévez, 2006".

Las anteriores consideraciones las certifica quien suscribe,



Casilda G. de Herrera

Magistra Casilda G. de Herrera
Coordinadora de Investigación y Postgrado
Centro Regional Universitario de Coclé
"Dr. Bernardo Lombardo"

Dado en la ciudad de Penonomé, a los 11 días del mes de Abril del año dos mil siete.

E. Lopez
04/11/07

Aguadulce, 3 de abril de 2007

Magíster

Casilda González de Herrera

Directora de Post Grado de la

Vicerrectoría Regional Universitario de Coclé

Universidad de Panamá

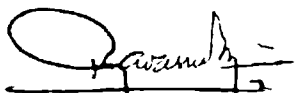
E.S.D.

Magíster González de Herrera:

Certificó que la Licenciada Berta Delvalle, con cédula de identidad personal N°.2-94-2661, está en rla etapa de revisión final de tesis, de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional, con el Tema "Estudio de ansiedad y Depresión en Personal Profesional de La Salud, Hospital Rafael Estévez. 2006".

Agradeciendo de antemano la atención que preste a la misma.

Atentamente



Magíster Francisco Navarro M.

Asesor

Recd Estévez
13/4/07



Universidad de Panamá
Secretaría General

Nota N°1574-06 SGP
23 de agosto de 2006.

Estudiante

BERTA DEL VALLE

Centro Regional Universitario de Coclé
E. S. D.

Respetada Estudiante:

Le comunico que el Consejo Académico N°50-06, celebrado el 23 de agosto de 2006, **APROBÓ** la **prórroga de su tesis** (por un período de **un año** a partir de la fecha de aprobación en el Consejo Académico), del Programa de Maestría en Salud Pública del **Centro Regional Universitario de Coclé**, que ha justificado plenamente esta petición.

Atentamente,

DR. MIGUEL ANGEL CANDANEDO
Secretario General

c.c.: Prof. Alejandro Gaitán, Director del Centro Regional Universitario de Coclé.
Expediente (Cédula N°2-94-2661).

/ip.

*Recibido
9/X/06
Rebollo*



Universidad de Panamá
Centro Regional Universitario de Coclé
"Dr. Bernardo Lombardo"
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



CERTIFICACIÓN No. 37 – 25-7-06 - C. R. U. - Coclé

A QUIEN CONCIERNE:

El suscrito Director de Investigación y Postgrado del Centro Regional Universitario de Coclé, a solicitud de la parte interesada.


CERTIFICA QUE:

La Licenciada Berta Delvalle , con cédula de identidad personal N° 2-94-2661, es estudiante regular del Programa de Maestría en Salud Pública, énfasis en Salud Ocupacional del Centro Regional Universitario de Coclé: *"Dr. Bernardo Lombardo"* .

La Licenciada Delvalle se encuentra en el proceso de elaboración de su Trabajo de Graduación uno de los requisitos finales para la obtención de su Título.

La Coordinación de Investigación y Postgrado del Centro Regional Universitario de Coclé agradece el apoyo brindado por la Institución para que la Licenciada Delvalle pueda culminar exitosamente su carrera.

Las anteriores consideraciones las certifica quien suscribe,


PROFESOR JOSÉ SOLANILLA
Director de Investigación y Postgrado de Coclé
Centro Regional Universitario de Coclé
"Dr. Bernardo Lombardo"

Dado en la ciudad de Penonomé a los 25 días del mes de Julio del año dos mil seis.

Año 2006: "AÑO DE LA PRODUCCIÓN Y SERVICIOS EN BENEFICIO DE LA NACIÓN PANAMEÑA"

Penonomé, Prov. de Coclé, República de Panamá
Teléfonos 997-7674_9642 Fax: 997-82-60
e-mail: crucoc@pancon.up.pa.ac

Aguadulce, 17 de julio de 2006

Licenciado
José Solanilla
Director de Investigación y Post grado
Centro Regional Universitario de Coclé
E. S. D.

Licenciado Solanilla:

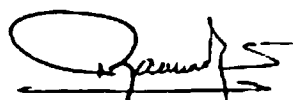
Sirvan mis primeras palabras para desearle éxitos en sus delicadas funciones.

El objetivo de la presente es para solicitar a usted muy respetuosamente promoga para la entrega del trabajo investigativo de Tesis de Maestría en Salud Publica con Énfasis en Salud Ocupacional que lleva por título **"ESTUDIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD, HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ, 2006"**, elaborada por la estudiante Berta Delvalle, con cédula de identidad personal número 2-94-2661, el atraso de la misma es por la dificultad en la aplicación de encuestas al personal Profesional de Salud, ya que estos laboran en turnos rotativos y se le ha dificultado la aplicación de la encuesta para la obtención de los datos.

A la fecha contamos con un avance considerable en los capitulos de la misma.

Sin otro particular, en espera de su positiva respuesta,

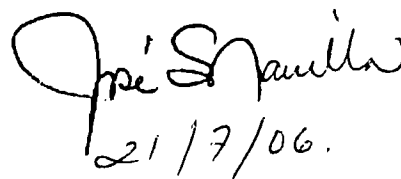
Atentamente,



Doctor Francisco Navarro

Profesor Asesor.

c.c. Archivo personal



21/7/06.

8:20 a.m.



VIP-DP-307-06
19 de junio de 2006

Profesor
José Solanilla
Coordinador de Investigación y Postgrado
Centro Regional Universitario de Coclé
E. S. D.

Estimado Profesor Solanilla:

Atendiendo solicitud de inscripción de tesis de los estudiantes de la Maestría en Salud Pública, remito copia de la misma con su respectivo código para los trámites pertinentes.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	TITULO DE LA TESIS	CÓDIGO
Berta Del Valle	Estudio de ansiedad y depresión en personal profesional de la salud, Hospital Rafael Estevez, 2006.	327-15-252-03-06-29

Atentamente,

Dr. Filiberto Morales
Director de Postgrado

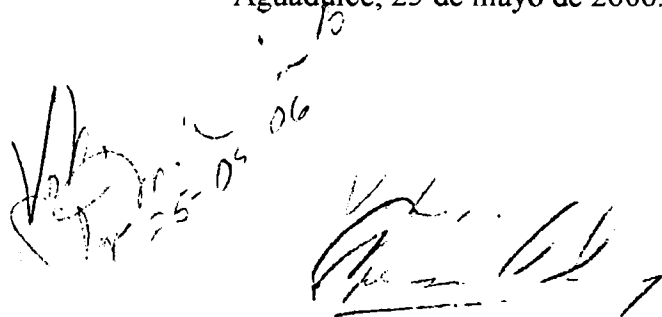
Adj. lo indicado

FM/bed.

*Recibido
9/1/06*

Aguadulce, 25 de mayo de 2006.

Licenciado
RENE LUCIANI
Director General
Caja de Seguro Social
Panamá
E. S. D.

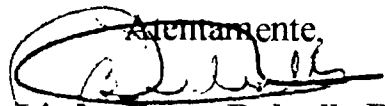


Handwritten signatures and dates: "5-05-06" and "5-25-06".

Respetado **Licenciado Luciani**:

Mediante la presente solicito a usted, muy respetuosamente me conceda **Licencia con Sueldo**, por **30 días**, a partir del **01 al 30 de julio de 2006**, para el proceso de investigación para la elaboración del trabajo de Graduación, el cual es uno de los requisitos finales, para la obtención del **Título de Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional**.

Agradeciendo la comprensión de la petición señalada, la cual se encuentra contemplada en el **Capítulo VI**, del **Artículo 58** del **Reglamento Interno de Personal** de la Caja de Seguro Social.

Atentamente,

Licda. Berta Delvalle Ríos
Céd: 2-94-2661
Empl: 207-07-0019

Aguadulce, 25 de mayo de 2006

Licenciada

Hilda Valderrama de Cano

Jefa del Depto. de Enfermería

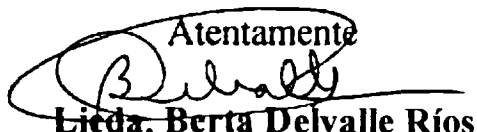
Policlínica Dr. Manuel De J. Rojas

E. S. D.

Licenciada de Cano:

Mediante la presente notifico a usted, que me acogeré a una **Licencia con Sueldo**, por **30 días**, a partir del **01 al 30 de julio de 2006**, para el proceso de investigación para la elaboración del trabajo de Graduación, el cual es uno de los requisitos finales, para la obtención del **Título de Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional**, la cual solicité ante Director General para su aprobación.

Agradeciendo la comprensión señalada, la cual se encuentra contemplada en el **Capítulo VI**, del **Artículo 58** del **Reglamento Interno de Personal** de la Caja de Seguro Social.

Atentamente

Licda. Berta Delvalle Ríos
Enfermera-Pol. Aguadulce
Céd: 2-94-2661

c.c. Licda. Marcia Nelson-Coord. Inst. de Enfermería- CSS-Coclé
Licda. Maribel de Montenegro-Coord. Prov. de Personal
Dra. Olga Alemán, Directora Médica-Pol. Aguadulce
Licda. Edyd Guerrero, Jefa de Personal- Pol. Aguadulce
Archivo.



Universidad de Panamá
Centro Regional Universitario de Coclé
"Dr. Bernardo Lombardo"
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



NOTA DIP N° 501 -19-05-06- C. R. U.- COCLÉ

Penonomé, 19 de Mayo del 2006.

Doctor
Melchor Quirós
Director Médico
Hospital Rafael Estévez - Aguadulce
E. S. D.

Estimado Doctor Quirós:

Aprovecho este medio para extenderle un cordial saludo y a la vez para desearle éxitos en sus funciones.

Le solicito su apoyo para que le brinde la oportunidad de realizar algunas investigaciones en la Institución que usted dirige, a la **Licenciada Berta Delvalle Ríos** con cédula de identidad personal N° **2-94-2661**, quien se encuentra en el proceso de investigación para la elaboración de su Trabajo de Graduación, el cual es uno de los requisitos para la obtención del Título de Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional.

La Dirección de Investigación y Postgrado del Centro Regional Universitario de Coclé, aprovecha la oportunidad para renovarle las seguridades de nuestra más alta y distinguida consideración.

Cordialmente,

PROFESOR JOSÉ SOLANILLA
Director de Investigación y Postgrado
Centro Regional Universitario de Coclé



Universidad de Panamá
Centro Regional Universitario de Coclé
"Dr. Bernardo Lombardo"
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO



NOTA DIP N° 500 -19-05-06- C. R. U.- COCLÉ

Penonomé, 19 de Mayo del 2006.

Doctor
René Luciani
Director General
Caja de Seguro Social
E. S. D.

Estimado Doctor Luciani:

Aprovecho este medio para extenderle un cordial saludo y a la vez para informarle que la **Licenciada Berta Delvalle Ríos** con cédula de identidad personal N° **2-94-2661**, se encuentra en el proceso de investigación para la elaboración de su Trabajo de Graduación, el cual es uno de los requisitos finales para la obtención del Título de Maestría en Salud Pública con énfasis en Salud Ocupacional.

La Dirección de Investigación y Postgrado del Centro Regional Universitario de Coclé, aprovecha la oportunidad para renovarle las seguridades de nuestra más alta y distinguida consideración.

Cordialmente,

PROFESOR JOSÉ SOLANILLA
Director de Investigación y Postgrado
Centro Regional Universitario de Coclé

Aguadulce, 5 de mayo de 2006.

Magíster
José Solanilla
Director de Post Grado de la
Vicerrectoría de Investigación
Centro Regional Universitario de Coclé
Universidad de Panamá

Magíster Solanilla:

Certificó que la Licenciada Berta Delvalle, con cédula de identidad personal No. 2-94-2661, ha presentado el Protocolo para Tesis de la Maestría en Salud Pública con Énfasis en Salud Ocupacional, para asesoría y revisión con el tema **"ESTUDIO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD, HOSPITAL RAFAEL ESTEVEZ, 2006.**

Agradeciendo la atención que preste a la misma.

Atentamente



Dr. Francisco Navarro M.
Asesor

Berta Delvalle
21 x 10 6