



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CARACAS

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL
EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Clínica Mental

Margareth Teresa Acevedo Chacón
Leisa Melina Zambrano Acevedo

Tutor: Maria Auxiliadora Blanco-Uribe

Caracas, noviembre 2016

Lic. María Auxiliadora Blanco-Uribe
Tutor

Lic. Irene Sierraalta
Director del Curso

Lic. María Auxiliadora Blanco-Uribe
Coordinador del Curso

Dimas Sulbarán
Asesor Estadístico

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios por permitirnos lograr otra meta soñada, por su acompañamiento, sus cuidados y su protección. A nuestras madres por su apoyo incondicional, y a nuestros padres por su atención. Dentro de nuestra formación hay muchas personas a las que agradecer por sus conocimientos, que buscaron transmitirnos de la mejor manera y a quienes les debemos parte de esas ganas de seguir indagando, especialmente agradecemos a nuestros profesores del postgrado, quienes nos incentivaron el amor al hospital, y a la investigación. No con menos relevancia a nuestros compañeros de curso, y amigos especiales que nos acompañan día a día y son parte de nuestra familia, por ellos es que tenemos momentos gratos, dejando que nuestra mente pueda volar y volver a ser niñas de vez en cuando, para luego retomar la seriedad que conlleva hacer investigación. Y especialmente agradecemos a todos los profesionales que participaron en la investigación, que de una u otra manera dieron forma a lo que nos parece el inicio de un camino en un transitar con altos y bajos, pero que esperamos futuras generaciones puedan seguir escudriñando.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	27
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN	34
REFERENCIAS	41
ANEXOS	46

Niveles de Ansiedad y Depresión en Profesionales de la Salud Mental en un Hospital Psiquiátrico

Margareth Teresa Acevedo Chacon C.I. 19.023.490 Sexo: Femenino, E-mail: margareth_acevedo@hotmail.com. Telf: 0426-6084056/0212-8636288 Dirección: Hospital Psiquiátrico de Caracas. Especialización en Clínica Mental;

Leisa Melina Zambrano Acevedo, C.I. 19.695.425 Sexo: Femenino, E-mail: leizam20@gmail.com. Telf: 0414-1195823. Dirección: Hospital Psiquiátrico de Caracas. Especialización en Clínica Mental;

Tutor: **Maria Auxiliadora Blanco-Uribe**, C.I.5.975.413. Sexo: Femenino, E-mail: mariauxi2009@gmail.com. Telf:0416-8020340/0212-3731096. Dirección: Hospital Psiquiátrico de Caracas. Especialización en Clínica Mental.

RESUMEN

La presente investigación describe los niveles de ansiedad y depresión en los profesionales de salud mental que laboran en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, lo cual se obtuvo a través del inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), también se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas. Se utilizó un muestreo intencional-no probabilístico, incluyendo a Lic. o T.S.U. en el área de la psicología, psiquiatría, enfermería, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Los hallazgos indican que los profesionales poseen niveles bajos de ansiedad y depresión, sin embargo existe una mayor elevación de la ansiedad estado que de la ansiedad rasgo, en lo que pudieran estar interviniendo factores contextuales de la actualidad, sin embargo no se encontraron asociaciones significativas de los niveles de ansiedad y depresión y las variables sociodemográficas estudiadas.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Profesionales de la salud mental.

Levels of Anxiety and Depression Mental Health Professionals Psychiatric Hospital

SUMMARY

This research describes the levels of anxiety and depression in mental health professionals who work in the Psychiatric Hospital of Caracas, which was obtained through the inventory of state-trait anxiety (STAI), and Beck Depression Inventory II (BDI-II), a questionnaire on sociodemographic variables was also applied. A probabilistic-no purposive sampling, including Licenced or T.S.U. in the area of psychology, psychiatry, nursing, occupational therapists and social workers. The findings indicate that professionals have low anxiety and depression levels, however there is a greater rise in anxiety state trait anxiety, in what could be intervening contextual factors present, however, no significant associations were found of levels of anxiety and depression and sociodemographic variables.

Keywords: Anxiety, depression, mental health professionals.

INTRODUCCIÓN

Existen fenómenos que parecen estar a la orden de la luz pública, y sin embargo permanecen silentes, y velados, a pesar de ser de gran interés y relevancia social. He aquí cuando la tarea del investigador consiste en buscar los trazos de dicha problemática y descubrir los mecanismos que se encuentran encubiertos. En este sentido al verse sumergido el investigador dentro del ámbito de estudio, se encuentra con dificultades que ameritan cierta aproximación, no sin cuidado, en nuestro caso pretender explorar y describir el estado de malestar percibido del profesional de la salud mental, nos introduce en esta problemática.

El tema que atañe a esta investigación se vincula con diferentes procesos que se pueden dar dentro del espacio laboral, a pesar de ser el área de la salud, específicamente la mental, un campo de gran importancia, no cuenta con numerosas investigaciones sobre el profesional que labora y atiende, circunscrito además, a las diferentes variables que interactúan, no solo las individuales y psicológicas sino además sociales y de impacto económico y laboral. Entre éstos fenómenos que se intenta abordar se encuentra dos problemáticas clínicas, de interés epidemiológico, por su frecuencia en la población: la ansiedad y la depresión. Estas se presentan no solo como síntoma sino también como un síndrome, que parece llevar silenciosamente a muchos trabajadores a vivir un ambiente profesional ansioso, lo cual puede traer consigo una serie de consecuencias que podrían afectar el rendimiento del trabajador y por ende la calidad de la atención prestada, dejando el rastro de ausentismo laboral, bajo rendimiento, entre otros factores que se presentan en nuestra sociedad.

Específicamente, se pretende ubicar los niveles de dichas variables, en los profesionales del Hospital Psiquiátrico de Caracas, centro que funciona como referente nacional en el ámbito de la psiquiatría en el país, y a su vez describir cuales serían las posibles variables sociodemográficas que podrían relacionarse con los niveles de ansiedad y depresión, obtenidas por los participantes, tales como la edad, sexo, nivel de instrucción, horas que labora dentro y fuera de la institución, entre otras.

Planteamiento y delimitación del problema

Las altas exigencias laborales en los últimos años han provocado rápidos cambios en los modos de producir del trabajador, asociado muchas veces a transformaciones psicosociales que lo han llevado a un modo de vida en particular. Independientemente de las diferencias entre los modos de vida y la vulnerabilidad de los propios trabajadores, los factores psicosociales asociados a los nuevos modos de trabajar comienzan a perfilarse como una de las causas principales del deterioro de la salud en los trabajadores¹.

En este nuevo escenario, marcado por cambios significativos en la organización del trabajo es necesario prestar atención a los factores de riesgo psicosociales, fundamentalmente por la vinculación que tienen éstos con la presencia de trastornos musculoesqueléticos, trastornos reproductivos y trastornos de la salud mental. En particular el estrés laboral constituye una de las patologías más frecuentes que padecen los trabajadores¹. De acuerdo a Virues² un análisis de la Organización Europea para la Salud en el Trabajo mencionó que en Norteamérica (Estados Unidos, Canadá y México) y los trabajadores latinoamericanos presentan un cuadro en donde el 13% se queja de dolores de cabeza, un 17% dolores musculares, 30 % dolor de espalda, 20 fatiga y 28%, componentes de ansiedad.

De acuerdo a este autor la ansiedad y sus efectos traen consigo un desgaste emocional y comportamental demasiado serio y complicado, dentro de los más comunes se encuentra el trastorno de ansiedad generalizado. Entre los aspectos del trabajo que se asocian al estrés laboral se identifican las exigencias insuficientes del puesto, insatisfacción con relación a las metas previamente concebidas, las funciones a desempeñar en el trabajo, el ambiente laboral, el trabajo por turnos y las exigencias contrapuestas entre la vida laboral y la vida familiar así como la carga, el contenido y la organización del trabajo³.

Es indudable que la salud es el producto no solo de las condiciones históricas y la forma como el trabajador se involucra con el trabajo, además guarda una relación muy importante con las formas de alimentarse, de recrearse, de educarse y, en general, con la manera de vivir de las personas; sin embargo, es en el trabajo donde pueden llegar a potenciarse condicionantes del

estado de salud. Es decir, la salud de los trabajadores se puede ver afectada por la forma de organización del trabajo, la cual se ha caracterizado por la profundización de esquemas productivos donde la actividad laboral se caracteriza por la sistematización de los ritmos de trabajo, los turnos, la rotación, los sobretiempos, el automatismo, la monotonía, la repetitividad y la polivalencia; los cuales constituyen factores que pudieran afectar la salud mental⁴.

Duque⁵, revela que el personal que realiza gran número y variedad de funciones es más vulnerable al riesgo psicosocial y está expuesto a sufrir ansiedad y depresión. Las tareas difíciles intelectual y físicamente pueden llegar a representar mayor riesgo de ansiedad para quienes las realizan, por eso el programa de Salud Ocupacional debe orientar intervenciones para disminuir los riesgos que se puedan derivar de este tipo de tareas; en la actualidad la problemática de la salud mental en el trabajo es un problema a ser atendido, fundamentalmente por ser éste un tema poco abordado pero de gran importancia por el impacto que se está viendo en la población de trabajadores.

En el caso de las profesiones asistenciales caracterizadas por diversos estresores relacionados con: tareas de cuidado de la vida de los demás, contacto con la enfermedad y la muerte, vínculos con la familia de los pacientes; a esto se le une la realidad de Venezuela, pues tales aspectos se ven agravados por las condiciones propias de nuestro sistema de salud: Las deficiencias de personal y del material en las instituciones sanitarias, tanto en ámbitos públicos como privados colocan a los trabajadores en situaciones de malestar y riesgo permanente. En el ámbito de las instituciones públicas, se puede mencionar el recorte de las partidas presupuestarias, la insuficiencia de la infraestructura hospitalaria, la falta de medicamentos y la disminución de los salarios profesionales, tales factores configuran un clima laboral inestable y estresante. La responsabilidad de los elevados niveles de estrés que padecen los profesionales de la salud tiene que ver con la exposición constante a estas dificultades, conduciendo a sentimientos de insatisfacción laboral, que afecta todos los aspectos de la vida del trabajador, impactando profundamente en su bienestar subjetivo⁵.

Además de las condiciones laborales, otros autores han planteado la importancia de los estímulos psicosociales, como las condiciones económicas, sociales y políticas, que tienen su

origen en un proceso social dentro de una estructura social y afectan al organismo a través de la percepción y la experiencia, en ciertas circunstancias y en determinados individuos, puede sospecharse que son causa de enfermedad. Actualmente en Venezuela no se puede ignorar la realidad “País” en los procesos de investigación relacionados con la Salud Mental, ya que la problemática social, interfiere y condiciona muchos de los procesos psicológicos del individuo, afectando o agravando su condición mental.

En este sentido Aron Espinoza, afirma que “Venezuela está en un proceso de luto, por las muertes ocurridas durante las manifestaciones que comenzaron el 12 de febrero del presente año”. Además refiere que “el país no cuenta con las estrategias de atención de salud mental pública dirigidas a que la gente afectada supere las reacciones emocionales”. Por ende, argumenta que “Los venezolanos requieren de lineamientos sanos y constructivos que les brinde soportes de adaptación a la realidad que actualmente les afecta”⁶.

Estos estímulos actúan sobre los individuos los cuales, de acuerdo a su programa psicobiológico individual, tiene propensión a reaccionar según ciertos patrones; por ejemplo, resolver un problema o adaptarse a un medio. Cuando el ajuste no es bueno, es decir, cuando se realiza un esfuerzo en exceso o no se utiliza su capacidad suficientemente, el organismo reacciona con diversos mecanismos patógenos, que pueden ser cognoscitivos, subjetivos, de conducta o fisiológicos. En ciertas condiciones de intensidad, frecuencia o duración y cuando están presentes o ausentes determinadas variables interactuantes, pueden provocar la aparición de precursores de enfermedades. Son ejemplos de mecanismos patógenos cognoscitivos la disminución de la capacidad de concentración, de la creatividad o de la toma de decisiones. La ansiedad, la depresión, la apatía y la fatiga mental son ejemplos de mecanismos patógenos subjetivos. El alcoholismo, el consumo de drogas y el tabaco se constituyen ejemplos de mecanismos patógenos de conducta⁷.

Otros factores vinculados a este aumento en los niveles de ansiedad y depresión se relacionan con las condiciones de escasez y el desabastecimiento, ligados con una profundización de la crisis económica, por la cual se encuentra atravesando el País. Robert Lespinasse, expresa el hecho de que no conseguir los alimentos más elementales de la dieta afecta la conducta del

venezolano “*Eso genera angustia, y cuando se hace más intensa puede aparecer un trastorno agudo de ansiedad*”, además “*vivir en un estado de tensión de manera prolongada puede causar depresión y ansiedad en el individuo*”. Por lo cual podría encontrarse manifestaciones de irritabilidad, o en el otro extremo, la apatía. Oswaldo Avedaño manifiesta un aumento de los trastornos por ansiedad y depresión en Caracas. Menciona como en los últimos años, en la zona metropolitana de Caracas han aumentado las consultas psiquiátricas para tratar trastornos mentales originados por la ansiedad. Robert Lespinasse, manifiesta un aumento significativo del 20% del consumo de drogas relacionado con problemas de ansiedad y depresión⁸.

Justificación e importancia

Se presenta entonces una realidad compleja donde se inserta el trabajador de la salud mental, el cual se enfrenta a situaciones laborales estresantes, como las exigencias insuficientes del puesto, en relación con la capacidad del trabajador; las aspiraciones frustradas y la insatisfacción con respecto a metas positivamente valoradas. Son factores estresantes comunes en el sitio de trabajo: la organización laboral, el desarrollo profesional, las funciones en el trabajo, las tareas, el ambiente de trabajo y la rotación de turnos laborales entre otros⁹.

El entorno psicosocial, caracterizado por la crisis económica (el desabastecimiento, la escasez, inflación), el apoyo y descontento de diferentes grupos hacia los dirigentes políticos que desemboca en conflictos políticos y sociales (polarización, enfrentamientos violentos, guarimbas, presos, y fallecidos, etc.), tales situaciones han agravado los índices de depresión y trastornos de ansiedad en la población venezolana, donde el profesional de la salud se ve implicado y afectado. Tales situaciones producen un intenso malestar en la ciudadanía, que se ven representados por una alta carga de estrés prolongado, que se ve reflejada en los aumentos estadísticos de los cuadros de ansiedad y depresión de los venezolanos, tal como lo reflejan las cifras anteriores. Sin embargo para los efectos de este trabajo se decide abordar la problemática de los niveles de ansiedad y depresión en los profesionales de salud mental del Hospital Psiquiátrico de Caracas, ya que es importante explorar el estado de salud de los que atienden y cuidan al paciente psiquiátrico, para ofrecer una mejor atención y calidad de servicio.

Aportes de investigaciones anteriores, refieren que el estrés situacional se regula mejor de manera preventiva, con el diseño de ambientes de trabajo saludables y seguros, así como, el establecimiento de estrategias dirigidas a la reducción de síntomas generados por estrés. Se decidió realizar la Investigación en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, por ser la Institución pública de Salud Mental con mayor demanda en los servicios asistenciales de salud mental, además de ubicarse en la Ciudad de Caracas, escenario de diversos acontecimientos socio-políticos, que hasta la fecha actual siguen aconteciendo¹⁰.

Antecedentes

Las condiciones laborales en la actual crisis económica acentúan la presión laboral y, con ella, el riesgo de que los empleados sufran de depresión aumenta. Los vínculos solidarios siguen siendo importantes. Cuando el trabajo se transforma en una carga pesada deriva en enfermedades, no sólo del cuerpo, sino también de la psiquis. Esto, que no es nada nuevo, vuelve a cobrar importancia en el contexto de la crisis económica, que repercute en el ámbito profesional e influye en las nuevas formas de presión laboral. Un ejemplo de los más extremos es el de la empresa francesa de telecomunicaciones, France Télécom, en la que 25 empleados se quitaron la vida en el último año. Algunos de ellos culparon de su decisión de suicidarse a la compañía en cartas de despedida¹¹.

El número de enfermedades psíquicas aumentó en Alemania desde 1995 cerca de un 80%, según el informe de la AOK. Muchos médicos diagnostican una “disfunción en la adaptación”. Detrás de estos términos se esconde casi siempre una enfermedad depresiva. “Se dice que alguien tiene una disfunción en el ajuste personal cuando no puede con las exigencias de su medio y desarrolla una enfermedad psicológica. Pero este diagnóstico parte de una visión unilateral”, explican Mast, y Deutsche “*No se trata de que los seres humanos tengan que adaptarse, sino que el medio laboral debe armonizar con ellos para que puedan encajar en dicho medio*”¹¹. Además comentan: “*Si vemos que las personas dependen fundamentalmente de un medioambiente constructivo, socialmente hablando, nos encontramos hoy exactamente con lo contrario: la economía neoliberal y la política no corresponden con las necesidades básicas de los seres humanos*”¹¹.

El personal de salud en general y en particular el de enfermería, está expuesto a factores de riesgo de origen psicosocial, que influirán de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo, con repercusión en la esfera psicológica, lo que afectara al ausentismo laboral, la calidad del trabajo realizado y las actividades familiares y sociales¹².

Un estudio descriptivo que se interesó en evaluar los niveles de ansiedad y depresión en un grupo de enfermería de pacientes crónicos, aplicó la escala Hamilton para ansiedad y depresión, encontrando una prevalencia de depresión de 20.3%, respecto a la población, 16.1% resultó con depresión leve y el 4.2% con depresión moderada. En lo referente a prevalencia en ansiedad, hubo un total de 40.7%, en donde la ansiedad menor se manifestó en el 30.5% el otro 10.2% presentó ansiedad mayor¹¹. En otro estudio con un grupo de enfermeras se encontró que las variables que más afectaban la práctica profesional y que provocaban manifestaciones de ansiedad y estrés fueron: la jornada laboral, el servicio y antigüedad laboral, siendo el turno nocturno, y el personal que contaban con menos de 5 años y más de 20 años de antigüedad laboral, los que presentaban un incremento significativo en la manifestación de la ansiedad tanto cognitiva como somática¹³.

Diversos autores han relacionado algunas características sociales de los trabajadores con la prevalencia de enfermedades crónicas y depresión, reflejando que las características socioeconómicas de los trabajadores se asocian de manera significativa con el nivel de depresión. Así, ser mujer, estar separada de la pareja, tener menor educación, laborar en un trabajo no profesional, recibir un menor ingreso, se asocian positivamente con la depresión. Tener un trabajo menos satisfactorio y padecer más de una enfermedad crónica también se asocian positivamente con la depresión. Sin embargo, hay diferencias de género y el análisis estratificado por esta variable señala que el efecto del nivel socioeconómico, en términos de ingreso y ocupación, se asocia significativamente con el nivel de depresión de las mujeres. Cabe señalar que estos factores económicos no mantienen una relación significativa con el nivel de depresión de los hombres. Aun así, en éstos, el efecto de ser soltero es mucho más fuerte (en comparación con las mujeres)¹⁴.

Investigaciones recientes han descrito algunos indicadores que favorecen el bienestar subjetivo y la satisfacción laboral del profesional de la salud, tales como la cantidad de horas de trabajo semanal, el afrontamiento de resolución de problemas, la satisfacción con la vida, y algunas dimensiones del bienestar tales como la correspondencia entre expectativas y logros, el adecuado manejo mental y el apoyo emocional del grupo familiar. La diferencia de estas variables muchas veces se ve relacionada con el tipo de profesión realizada, algunos estudios plantean que entre los médicos, surgen como un factor predisponente para el bienestar subjetivo el apoyo organizacional y familiar, y la coherencia entre expectativas y logros alcanzados (en relación con los salarios y posibilidades de ascenso). Mientras que, en los enfermeros, se destaca el papel del afrontamiento cooperativo. Algunos de los predictores para el bienestar subjetivo son: tener hijos, trabajar más horas semanales, percibir justicia organizacional, usar afrontamiento de resolución de problemas y estar satisfecho con el desarrollo de las habilidades y potencialidades. La única diferencia en función de la profesión muestra que los enfermeros responden a los estresores utilizando el distanciamiento emocional y el ocio recreativo con mayor frecuencia que los médicos¹⁵.

En un estudio realizado por Morales et al¹⁶ se evaluó la incidencia de la ansiedad y el burnout sobre el desempeño laboral en el sector de los Servicios Sociales y, más específicamente, su incidencia en los equipos que trabajan con víctimas de la violencia, encontrando que la mitad de los sujetos estudiados puntuaban para síntomas de ansiedad, y un 12% de la muestra tenían niveles altos de ansiedad, además de síntomas del burn out. Para la variable ansiedad, encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes reportaban una mayor tasa de síntomas ansiosos. Además encontraron relación entre la ansiedad y el cansancio emocional y la despersonalización. Concluyendo así, que los profesionales de los servicios sociales están cada vez más conscientes de los efectos del estrés y la ansiedad sobre la salud mental.

En España existen diferentes investigaciones, tal es el caso de una investigación realizada en el 2007 por un grupo de investigadores, quienes plantean que en diferentes centros de servicio sanitario, casi el 50% de los trabajadores poseía niveles significativos de ansiedad, los cuales estaban relacionados con la satisfacción laboral, y la forma de supervisión que recibían, entre

otras variables sociodemográfica. En otro estudio realizado para el 2012, donde se evaluó el efecto de los diferentes turnos de trabajo sobre los niveles de ansiedad de profesionales de la salud, se encontró que aunque no existía una influencia directa sobre el turno y los niveles de ansiedad, si existían diferentes trabajadores que reportaban trastornos de ansiedad, y esto parecía estar relacionado con el tiempo de servicio del profesional, donde a mayor tiempo de servicio, más probabilidad existía de padecer algún trastorno de ansiedad¹⁷.

Marco teórico

La ansiedad y depresión constituyen los trastornos mentales más frecuentes en la población general. La OMS nos indica que la depresión se presenta en un 3-5% de la población mundial, lo que significa que hay de 186 a 310 millones de deprimidos; si la población mundial es de 6,200 millones. Así mismo en EE.UU. se calcula que la prevalencia de la depresión es del 10% para hombres y el 20% para mujeres; amenazando con ser, en las siguientes dos décadas, la segunda causa de discapacidad. La OMS calcula que en 2020 ocupara el segundo sitio, solo detrás de las enfermedades isquémicas cardíacas¹⁸.

Depresión: definiciones

De acuerdo a la Organización mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2012 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales¹⁸.

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

Incidencia y prevalencia de la depresión:

El trastorno depresivo mayor tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi un 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos. La tasa de prevalencia a lo largo de la vida de las diferentes formas del trastorno depresivo unipolar del DSM-IV-TR, establecida se muestra en la Tabla 1. La incidencia anual de una depresión mayor es del 1,59% (mujeres, 1,89%; varones 1,10%)¹⁹.

Tabla N° 1. Prevalencia de la Depresión²⁸

Tipo	Prevalencia a lo largo de la vida (%)	
Episodio Depresivo Mayor	Intervalo	5-17
	Media	12
Trastorno Distimico	Intervalo	3-6
	Media	5
Episodio Depresivo menor	Intervalo	10
Trastorno Depresivo recidivante	Intervalo	16
Espectro unipolar completo	Intervalo	20-25

Formas clínicas de la depresión

La depresión es una manifestación importante del estrés laboral; muchos casos están relacionadas con la sobrecarga laboral y en donde la relación medio ambiente/ cantidad de trabajo se consideró un factor muy relacionado con esta sobrecarga. Desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas de la depresión encontramos: (a) trastornos afectivos como la indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad, pesimismo y miedo. (b) trastornos intelectuales como disminución de la sensopercepción, trastornos de la memoria, disminución de la atención y de la comprensión e ideas de culpa o fracaso entre otras. (c) trastornos conductuales como una actividad disminuida, una productividad disminuida y el impulso al consumo de alcohol y drogas y (d) los trastornos somáticos, como trastornos del sueño, del apetito, digestivos, disminución de la libido y cefalea tensional²⁰. Es importante, asimismo, destacar lo señalado por Braun y Hollander²¹ cuando demostraron que altas demandas de trabajo y baja decisión sobre el mismo está directamente relacionado con depresión en los trabajadores.

De acuerdo al DSM-IV¹⁹, el trastorno depresivo mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomaniaco, los cuales cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, verborrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir. El

episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito, y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, también pueden manifestarse síntomas de ansiedad.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

La evaluación clínica de la depresión

El diagnóstico de la depresión es eminentemente clínico; sin embargo existen diferentes escalas para valorar la depresión, entre ellas: El Inventario de Depresión de Beck, La escala de Valoración de Depresión de Hamilton, Autovaloración de Depresión de Zung, La Escala de Depresión de Montgomery-Asberg²².

El inventario de depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles²². Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión.

El BDI fue “desarrollado para ofrecer una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión”²³, entendida ésta como síndrome, no como entidad diagnóstica. Por tanto, el objetivo

del instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad, pero no realizar un diagnóstico de trastorno depresivo. De hecho, Beck et al²³ ya advertían que “mientras este instrumento tiene como objetivo registrar diversos grados de depresión a lo largo de un continuo, no está diseñado para distinguir entre categorías diagnósticas estándares”. Sin embargo, trabajando con la adaptación española del BDI original, diversos estudios han mostrado que este inventario es un instrumento útil para detectar personas con trastornos depresivos en muestras españolas de la población general o de pacientes de atención primaria.

Diversos estudios, entre ellos Lasa et al²⁴ encontraron que una puntuación igual o mayor que 13 en el BDI obtenía índices de rendimiento diagnóstico excelentes para detectar personas con trastornos depresivos en la población general española (100% de sensibilidad y 99% de especificidad), otros estudios encontraron índices ligeramente inferiores, pero también buenos, para una puntuación igual o mayor que 21 en pacientes españoles de atención primaria (86.7% de sensibilidad y 92% de especificidad). Cabría preguntarse, pues, si el BDI también podría ser útil para detectar trastornos depresivos en muestra de pacientes con trastornos psicológicos, especialmente en el caso de la versión más reciente del instrumento, el BDI-II, la cual presenta, frente a versiones anteriores, modificaciones sustanciales en el contenido de los ítems y en el marco temporal de las instrucciones dirigidas a conseguir que el instrumento cubra todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos propuestos por el DSM-IV.

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994)¹⁹ y CIE-10 (*Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, Organización Mundial de la Salud, 1993). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad²⁵.

De acuerdo a Muñiz y Fernández²² entre sus puntos fuertes se consideran los siguientes:

- Se ha realizado un cuidado proceso de adaptación de la prueba. La traducción se ha llevado a cabo siguiendo en lo sustancial las recomendaciones para la traducción y adaptación de la International Test Commission.
- Los estudios psicométricos de la versión española del BDI-II se han llevado a cabo con varias muestras de tamaño moderado o alto, extraídas en su mayor parte de la Comunidad de Madrid: pacientes adultos con diversos trastornos psicológicos que seguían tratamientos psicológicos ambulatorios, adultos de la población general y estudiantes universitarios de diversas facultades. Los ítems presentan altas saturaciones en un factor o dimensión básica de depresión. Las puntuaciones presentan una alta fiabilidad, estimada mediante diseños de consistencia interna. La validez convergente con otras medidas de depresión es adecuada.
- Las puntuaciones muestran una alta discriminación entre personas con un trastorno depresivo mayor y sin depresión, diagnosticadas mediante entrevistas estructuradas, tanto en muestras de pacientes como en muestras de estudiantes universitarios. En el Manual se incluyen tablas con índices estadísticos valiosos para seleccionar los puntos de corte más apropiados para diversos propósitos.

Entre los puntos a mejorar, se consideran los siguientes:

- No se aportan en el Manual algunos datos que pueden ser de interés, como indicadores de la estabilidad de las puntuaciones (fiabilidad test-retest) de la versión española, estudios sobre el funcionamiento diferencial de los ítems, y baremos que puedan facilitar más la interpretación de las puntuaciones.
- Se podría considerar incluir en el Manual información sobre las implicaciones teóricas y prácticas acerca de las relaciones del BDI-II con el sexo y la edad. En este sentido, podría ser de utilidad disponer de puntuaciones de corte específicas para la población española, por sexo y edad. Asimismo, vendrían bien estudios que evalúen los efectos de los sesgos de memoria y respuesta en el BDI-II (tal y como se ha hecho para versiones anteriores como, por ejemplo, en el BDI-IA).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor.

En resumen, las buenas propiedades psicométricas de la prueba avalan su uso en la población española, tanto en ámbitos clínicos como de investigación, para la detección de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. El BDI-II es un test útil para identificar síntomas depresivos y cuantificar su intensidad, lo que obviamente es muy importante para evaluar, por ejemplo, la gravedad de un paciente o su progreso terapéutico. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno depresivo se debe efectuar teniendo en cuenta no solo el tipo y número de síntomas presentes, sino también ciertos criterios de duración, gravedad, curso, incapacidad y ausencia de ciertas causas posibles o de ciertos diagnósticos concurrentes²².

Ansiedad: definiciones

Cabe destacar que los términos de Ansiedad y angustia se consideran sinónimos pues el trastorno de ansiedad presenta tanto aspectos psíquicos como físicos, estos provienen de la misma raíz griega *Ang* que significa estrangulamiento, constricción, y ahogo. Para Freud²⁶ esta se denominaba neurosis de angustia, y fue descrita por él de dos formas, primero como una psiconeurosis donde existe una sensación difusa de temor y que puede tratarse a través de la psicoterapia, además las causas derivan de factores psicológicos, y otra donde existe la sensación de acompañada de síntomas físicos incluyendo excesiva sudoración, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, posible diarrea y terror, de acuerdo a Freud²⁶, esta neurosis no deriva de factores psicológicos, sino de acumulación fisiológica de libido. Además la define como una sintomática del conflicto psíquico entre deseos sexuales o agresivos inconscientes originados en el ello y las correspondientes amenazas de castigo del superyó

Además, se toma en cuenta a la angustia como una señal adaptativa de la presencia de peligro en el inconsciente, pues protege a la conciencia, en caso de que dicha señal falle, y no se activen los recursos defensivos, emerge la angustia, a través de síntomas neuróticos. El yo, posee funciones conscientes e inconscientes, dentro de las funciones conscientes se encuentra el control del contenido de aquello que accede a la conciencia, mientras que las funciones inconscientes radican en censurar el impulso y la representación psíquica, pudiendo así activar los mecanismos de defensa o hacer algún síntoma, dependiendo de la persona.

Freud²⁶ manifestó la relevancia de la ansiedad en las diferentes etapas de la vida, en diferentes oportunidades habla de la ansiedad o la angustia, como una característica presente en cada una de las fases del desarrollo psicosexual, desde que nacemos adquirimos temores que se van desarrollando de acuerdo a la fase en la cual nos encontremos en dicho desarrollo. Además logró identificar la angustia en diferentes niveles, siendo estos un nivel primitivo, otro relacionado con la separación y finalmente un nivel considerado más maduro.

El nivel primitivo se compone por la angustia de desintegración donde hay temor a perder los límites del sí mismo, ya sea por fusionarse con el objeto o porque no se dé la respuesta especular del otro, o la respuesta idealizada del otro, y la angustia persecutoria, donde se da el temor a que los objetos persecutorios que han sido proyectados al exterior, invadan y aniquilen al sujeto por dentro. La angustia de separación aparece en estructuras más evolucionadas y se manifiestan como un temor a perder el amor o aprobación del objeto, que es en sí un temor a perder el objeto en sí mismo. Finalmente en el nivel más maduro aparecen la angustia de castración que se expresa como un daño o pérdida potencia de los genitales por las imposiciones de la figura parental, y la angustia superyoica que se expresa a través del sentimiento de culpa, o remordimiento por no cubrir con un ideal interno y que es determinado por el comportamiento moral.

La ansiedad es un término que ha cobrado relevancia en los últimos tiempos, donde las exigencias de la vida cotidiana, los factores socio económicos y políticos impregnan el ambiente, trayendo consigo la manifestación de diferentes síntomas ansiosos y manifestaciones físicas, por lo cual diversos autores elaboran una propuesta que se expone a continuación,

tratando de explicar cómo este fenómeno se presenta en el ámbito laboral, como afecta y de qué forma se puede disminuir dicha ansiedad.

En relación con lo planteado por Lardani y Lambardi²⁷, la ansiedad produce problemas de atención/concentración porque las personas están constantemente atentas a sus miedos, preocupaciones y/o síntomas físicos y no pueden volcar su atención hacia fuera. En el ámbito laboral, los empleados pueden ser personas muy responsables pero fracasan en sus objetivos debido a que les cuesta mantenerse concentrados en sus tareas o porque evitan proyectos al tener temor de no poder cumplirlos. Además, son propensas a accidentarse, muestran mayor tasa de ausentismo y llegadas tarde por recurrentes visitas al médico, tienden a preocuparse por demás, ante las exigencias laborales y, si tienen gente a su cargo, pueden estresar a sus empleados al transmitir su ansiedad en forma constante.

Incidencia y prevalencia de la ansiedad

De acuerdo a Kaplan y Sadock²⁸, el trastorno por ansiedad para la época era uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. Más frecuente en las mujeres y relacionado con el estrés ambiental crónico. Además se han publicado cifras donde se muestra que en el estudio nacional de salud mental de 1993, se encontró para Colombia una prevalencia de ansiedad del 9,6%, similar a la de otros países, siendo la prevalencia específica de 7,1 para el género masculino y de 12,2 para el femenino. Además encontraron diferencias significativas que indican que a mayor edad había mayor probabilidad de padecer de ansiedad grave.

En dicho estudio indicaban que el síntoma de “sentirse nervioso” es el de mayor frecuencia y gravedad, seguido por el de “sentirse irritado”, el pánico resultó ser más frecuente en las mujeres. En relación a los síntomas somáticos y vegetativos los dolores de espalda, cuello y cefalea fueron los más frecuentes, con un porcentaje de 43%, seguido por cansarse fácilmente y sentirse débil (35,5%). La prevalencia de ansiedad por la zona geográfica mostró una relación positiva donde, a mayor población, mayor son los niveles de ansiedad. Otros datos epidemiológicos de diferentes países, arrojan resultados similares, con una prevalencia a lo largo

de la vida entre 1,6% y 2,2%, con una edad de inicio entre los 20 y los 30 años, pero con síntomas ansiosos que se manifiestan desde edades tempranas¹⁸.

Formas clínicas de la ansiedad

La relevancia de este término ha llegado a diferentes ambientes, y se encuentra reseñado en el CIE-10²⁵, donde se encuentran diferentes trastornos, por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses, su característica esencial es la preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observa durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones, entre ellas la incapacidad para laborar satisfactoriamente.

Este trastorno según Gabbar²⁹, se relaciona con la capacidad del yo para tolerar la ansiedad y soportar la exploración del origen de dicha ansiedad. Se deben considerar las características particulares de cada persona debido a que en cada caso el origen puede tener causas diversas, relacionadas o no con acontecimientos que se viven desde edades tempranas. De acuerdo a este autor la ansiedad no solo está presente en la vida cotidiana como un síntoma, si no que ha llegado a convertirse en un síndrome, esto ha provocado la aparición de los diferentes trastornos relacionados con la ansiedad y angustia.

Sin embargo pareciera que cierto nivel de ansiedad es necesario para las personas ya que Gabbar²⁹ plantea que “la angustia es señal adaptativa de la presencia de peligro en el inconsciente, pues protege a la conciencia”, y si la señal falla en activar los recursos defensivos emerge la angustia de forma más persistente con síntomas neuróticos, quizás sea la presencia de estos síntomas los que llevan al deterioro físico y psicológico de los trabajadores además de diferentes factores ambientales.

En consecuencia la angustia se define como el resultado del conflicto psíquico entre deseos sexuales o agresivos inconscientes provenientes del ello y las correspondientes amenazas de castigo el súper-yo. Es una señal de presencia de peligro en el inconsciente y una manifestación sintomática. La angustia originada en el súper yo puede ser entendida como sentimientos de

culpa o penas de la conciencia cuando no puede cumplirse con el ideal interno, es esperado que el sujeto pueda lidiar con dicha angustia, sin embargo en ocasiones aparece el síntoma, ya que como se mencionó anteriormente no se activan los mecanismos de defensa si no que se reprime y el deseo se enmascara, apareciendo el síntoma. Cuando el síntoma aparece puede dar lugar a diferentes trastornos, como los siguientes:

- *Trastornos de angustia*: sin precipitantes ambientales ni intrapsíquicos aparentes. La etiología puede hallarse en el significado inconsciente de los eventos:
 - Signos: ahogo, mareo, sudoración, temblor, taquicardia
 - Síntoma: destino funesto, sensación de amenaza de muerte
 - Mecanismos de defensa: formación reactiva, anulación, somatización.
- *Fobias*: surge por pensamientos sexuales y agresivos prohibidos amenazan emerger del inconsciente y la señal de angustia es activado. La presentación ante el objeto fóbico desencadena la respuesta inmediata de ansiedad
 - Mecanismos de defensa: proyección, evitación y desplazamiento.
- *Trastorno obsesivo compulsivo*: las obsesiones corresponde a pensamientos recurrentes egodistónicos, mientras que las compulsiones son acciones ritualizadas que deben ser ejecutadas para aliviar la ansiedad.
- *Trastorno por estrés post-traumático*: respuesta de la persona que ha experimentado un evento que representa una amenaza física o psicológica. Algunos autores suponen que podría estar relacionado con la separación temprana del niño de sus padres donde los recuerdos traumáticos son inhibidos por mecanismos de defensas.
 - Síntomas: desamparo u horror
 - Mecanismos de defensa: disociación, negación, minimización y renegaciónProyectiva
- *Trastorno por estrés agudo*: la persona debería haber experimentado un evento que implique amenaza de muerte; los síntomas resultantes debería de emerger dentro de las primeras 4 semanas del evento traumático y tener una duración de mínimo 2 días y máximo 4 semanas.
- *Trastorno de ansiedad generalizada*: La ansiedad puede corresponder a la expresión de un temor subyacente como: angustia superyoica, angustia de castración, temor a la pérdida del objeto, angustia persecutoria, angustia de desintegración. Se manifiesta como una ansiedad

excesiva, difícil de controlar que ocupa la mayor parte del tiempo y debe durara por lo menos 6 meses²⁹.

Evaluación clínica: ansiedad rasgo- estado

El cuestionario mayormente empleado para la medición de los niveles de ansiedad, ha sido el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), el cual es un cuestionario autoevaluativo, que ha sido utilizado en diferentes investigaciones a nivel nacional e internacional, pues, posee dos subescalas que dan a conocer los niveles de ansiedad que posee la persona para el momento de la evaluación y los niveles de ansiedad de esa persona a nivel general, de manera persistente.

La ansiedad se ha investigado de muchas formas, entre ellas como rasgo de personalidad y como una respuesta emocional. La primera es llamada, ansiedad rasgo (A- Rasgo) y esta se entiende como una predisposición a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con continuidad, con fuertes estados de Ansiedad, señala cierta propensión a la inquietud y el desasosiego persistente. Mientras que la segunda, ansiedad estado (A-Estado) es aquella dada en una situación o en un momento dado siendo fluctuante y transitoria, caracterizada por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor, y a una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; es una reacción emocional suscitada puntualmente como respuesta a una situación o contexto estresante y, es por ello su naturaleza más inmediata y menos duradera³⁰. Es por lo que el poseer una personalidad ansiosa o estar ansioso en una determinada situación produce que atendamos y respondamos de modo diferente a lo que sucede.

Se han realizado investigaciones donde se ha comprobado que existen relaciones entre lo que es A- Rasgo y A- Estado con procesos atencionales. Aunque en un pasado estos dos tipos de ansiedad se hayan tomado como equivalentes, inclusive han descrito a ambos como facilitadores en el procesamiento de la información en comparación con la neutra o positiva. Posteriores investigaciones han permitido conocer mejor sus diferentes naturalezas y sustratos neurales permitiendo asociarlos a la manera de regular los procesos de atención, los cuales no requieren de información afectiva, lo cual sería ventajoso al momento de crear terapias o programas específicos que permitan al paciente con problemas de ansiedad desarrollar un control de sus

acciones, formándolos para poseer mecanismos efectivos y adaptados a las demandas de la situación³¹.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión de los profesionales de salud mental que laboran en el Hospital Psiquiátrico de Caracas?

Objetivo General:

Describir los niveles de ansiedad y depresión en los profesionales de salud mental que laboran en el Hospital Psiquiátrico de Caracas entre el período abril-julio 2015.

Objetivos Específicos:

- Conocer los niveles de ansiedad en los psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, y terapeutas ocupacionales.
- Evaluar los niveles de depresión en los psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, y terapeutas ocupacionales.
- Explorar las variables sociodemográficas, tales como la edad, sexo, nivel socioeconómico, procedencia, estado civil, número de hijos, religión, antigüedad en la Institución, turno de trabajo, horas laborales fuera de la Institución, actividades recreativas, nivel de satisfacción laboral y presencia de alguna enfermedad crónica o degenerativa.
- Identificar la relación entre los niveles de ansiedad, depresión y las variables sociodemográficas.

Aspectos Éticos

La presente investigación integró las consideraciones presentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela, en el Cap. 1 *De los Deberes Éticos en el Área de la Investigación* que guiaron los futuros pasos del proceso investigativo. Lo cual implicó el acceso a datos y fuentes de información que se recolectaron mediante diversas escalas, para lo que se contó con la participación voluntaria y la existencia de un consentimiento informado por parte de los participantes para utilizar la información recabada con fines académicos. Además, se

tomó en cuenta el Artículo 57 con el fin de proteger la integridad física y mental de las personas participantes en el presente estudio, garantizándoles la libertad de expresar su voluntad de aceptar o rechazar su participación en la investigación, además de brindarles suficiente información acerca de la naturaleza, alcance, fines y consecuencias que pudieran esperarse de la investigación, y se le garantizará asistencia médica y psicológica necesaria si algunos de los participantes lo requiera o lo pida abiertamente, si se llegara a detectar o informar de altos niveles de ansiedad o depresión en los profesionales de la salud mental.

Estos puntos fueron informados previamente (y de forma clara) antes de realizar la aplicación de las escalas, proporcionando a cada participante una autorización por escrito, en la cual se expone las características y objetivos de la investigación. Como también en cumplimiento del Art. 55 *“La Investigación en Psicología deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente certificadas”* para lo cual contamos con un Tutor calificado que brindó un asesoramiento adecuado en el proceso investigativo. Como también el Art. 61: *“Es antiético informar a los sujetos que los resultados obtenidos de la investigación servirán para resolver algún problema sin esforzarse en esa dirección”*; en este sentido no se ofrecieron falsas promesas ante el profesional de la salud para la obtención de la información, en cumplimiento también del Art. 59 al transmitir a los participantes de forma cuidadosa los objetivos y alcances de la investigación.

Por último, se garantizó el anonimato en los datos proporcionados por los participantes, incluyendo solo las iniciales, así como datos socioeconómicos que se consideran pertinentes para los resultados de la investigación (Art. 60). En este sentido las consideraciones Éticas permiten la protección a los participantes, mediante el uso adecuado de las técnicas, sin atentar contra la libertad y la integridad del individuo, permitiendo con este procedimiento obtener los datos necesarios en pro de los avances en la psicología clínica, que buscan proporcionar un beneficio científico y social³².

MÉTODOS

Tipo y Diseño de Investigación: Tipo descriptiva y transversal.

Esta investigación cumple dichos requisitos por que consiste en ubicar una o diversas variables en un grupo de profesionales de la salud mental, proporcionando su descripción e incidencia en un momento dado, y no es posible manipular las variables o asignarlas aleatoriamente a los participantes.

Población:

60 profesionales de la salud mental que laboran en el Hospital Psiquiátrico de Caracas (HPC). Se define profesional de la salud mental, como aquel Lic. T.S.U. o Médico especializado, que trabaje directamente con pacientes del HPC, tales como: psicólogos, psiquiatras, neurólogo, licenciados y TSU en enfermería, y terapeutas ocupacionales.

Entre este grupo se encuentran: psicólogos, psiquiatras, neurólogo, licenciados y TSU en enfermería, y terapeutas ocupacionales.

Muestra:

En la investigación se aplicó un muestreo no probabilístico e intencional, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: 1) Poseer un grado de instrucción igual o mayor a T.S.U. Puede ser Licenciatura, Médico Cirujano, o títulos de maestrías y especializaciones en algún área relacionada con la Salud Mental. 2) Formar parte de personal contratado y activo del Hospital Psiquiátrico de Caracas. 3) Los participantes deben laborar de manera persistente en la institución (no se tomará en cuenta aquel personal que se encuentre realizando suplencias). 4) Que tengan más de 6 meses de servicio continuo en el Hospital Psiquiátrico de Caracas. 5) Se incluyeron a los profesionales que laboran en diferentes turnos y servicios del Hospital Psiquiátrico de Caracas. 6) Autorización de su participación voluntaria en el presente estudio.

La muestra estuvo conformada por 60 profesionales, distribuidos de la siguiente manera: 23 Licenciados en enfermería; 12 T.S.U. en enfermería; 10 licenciados en psicología, 9 médicos psiquiatras, 5 terapeutas ocupaciones y 1 neurólogo. Entre ellos se encontraron 45 mujeres, y 15 hombres. Con edades comprendidas entre 23 y 70 años.

Sistema de Variables

Variable estudiada 1: niveles de ansiedad (rasgo-estado)

Definición teórica: Se denomina ansiedad rasgo (A- Rasgo) como una predisposición a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con fuertes estados de ansiedad, señala cierta propensión a la inquietud y el desasosiego persistente. La ansiedad estado (A-estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos ³³.

Tipo de medida: Cuantitativa

Nivel de la medida: Intervalo

Variable estudiada 2: niveles de depresión

Definición teórica: Es una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo. El trastorno depresivo se caracteriza por ánimo depresivo, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio, falta de concentración, ideación suicida, pérdida del interés en el trabajo y actividades placenteras, inhibición o agitación psicomotriz, síntomas somáticos generales¹⁸.

Tipo de medida: Cuantitativa

Nivel de la medida: Intervalo

Variables Seleccionadas:

Se aplicó un instrumento de recolección de datos sociodemográficos, tales como sexo, edad, procedencia profesión, religión, estado civil, número de hijos, y nivel socioeconómico, esta variable se estudiará mediante Escala Graffar-Mendez Castellano³⁴, versión modificada y adaptada para el contexto venezolano. También se evaluó algunas variables de la actividad laboral tales como: Antigüedad en la Institución, turno de trabajo, horas laborales fuera de la Institución, nivel de satisfacción con su actual empleo, y otras variables como la cantidad de horas semanales dedicadas a una actividad recreativa de esparcimiento, y la presencia de alguna enfermedad crónica o degenerativa.

Instrumentos

Inventario de ansiedad rasgo-estado (Idare):

Este cuestionario está comprendido con 40 ítems en total, 20 que miden la ansiedad rasgo y 20 la ansiedad estado, las cuales pueden responderse a través de una escala likert del 0 al 3, donde en la escala de ansiedad estado (0= No en lo absoluto, 1= Un poco, 2= Bastante y 3= Mucho) y en la escala de ansiedad rasgo (0= Casi nunca, 1= Algunas veces, 2= Frecuentemente y 3= Casi siempre). Dentro de la escala estado hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativo, mientras que en la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos. Obteniendo una puntuación mínima de 0 y máxima de 60 para cada tipo de ansiedad. A través de la corrección de la puntuación de los ítems se pueden obtener los siguientes niveles:

Tabla N° 2. *Puntos de Corte del IDARE (Inventario de ansiedad rasgo-estado)* ¹³:

Bajo	Medio	Alto
< = 30	30-44	> = 45

De manera convencional, se aplica primero la escala de ansiedad-estado y luego la escala ansiedad-rasgo; pero se puede aplicar solamente una de las subescalas, en función de los intereses del examinador. Además la subescala ansiedad-estado se puede aplicar de manera repetida, incluso con intervalos de minutos³⁰.

Inventario de depresión de Beck-II:

El Inventario Beck-II se encuentra conformado por ítems de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías, en este caso se puntúa 0, +1, -1, +2, -2,+3, -3. Igualmente se suma el puntaje correspondiente, esto le agregaría un valor cualitativo al ítems, para poder discriminar si la alteración se corresponde por la presencia de aumento o disminución del sueño o el apetito. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten

clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave²³.

Escala Graffar-Mendez Castellano, versión modificada:

La Escala distingue cuatro grandes variables que son: a) Profesión del Jefe de Familia, b) Nivel de Instrucción de la Madre, c) Principal Fuente de Ingreso de la Familia y d) Tipo de vivienda de la familia. Cada una de ellas es medida entre un rango de 5 niveles a los que les corresponde un determinado puntaje, que al ser sumados arrojan un resultado que ubica a la persona en un estrato social específico, se clasifican entonces de la siguiente manera: Estrato 1 (4 a 6ptos.); estrato 2 (7 a 9ptos.); estrato 3 (10 a 12ptos.); estrato 4 (de 13 a 16ptos.) y estrato 5 (17 a 21ptos.)³⁴.

Procedimiento

En primer lugar se contactó con el Departamento de Personal del Hospital Psiquiátrico de Caracas, para solicitarle un listado de los trabajadores de planta que laboran en este centro en diferentes turnos (psiquiatras, psicólogos clínicos, residentes de psicología y psiquiatría, enfermeros, terapeutas ocupacionales). Luego se procedió a seleccionar la muestra de forma no probabilística e intencional, de acuerdo a ciertos criterios de inclusión, considerando la proporción total de profesionales, y a su vez la proporción por cada especialidad. Se pidió de forma escrita ante la dirección del Hospital, la autorización para el uso con fines académicos de las instalaciones de la sede, para la aplicación individual y grupal de las escalas.

Posteriormente se contactó a la muestra seleccionada con la finalidad de invitarlos voluntariamente a participar en el estudio, se les pidió su consentimiento y autorización para la publicación de dichos resultados con fines académicos, explicándole el objetivo de la investigación. Luego de esto se procedió a la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos, utilizando el Inventario de Depresión de Beck II, y la Escala IDARE para evaluar la ansiedad rasgo-estado, y el cuestionario de los datos sociodemográficos y otras variables de actividad laboral, garantizándoles la absoluta confidencialidad de sus respuestas. Una vez administradas las escalas, se realizó la corrección de las escalas, la tabulación de los datos, y el análisis de los mismos, mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS),

agrupando la información de acuerdo a los niveles de ansiedad y depresión, y las variables sociodemográficas relacionadas.

Tratamiento estadístico de los datos

En relación al procesamiento de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS. El tipo de dato que se empleó se refleja a través de los resultados obtenidos en las escalas empleadas, (los niveles de ansiedad y depresión, en la escala con nivel de medición de intervalo que ha sido descrita anteriormente), y también en los reportes de los datos socio demográficos. Se presenta en primer lugar los estadísticos descriptivos pertinentes a los grupos que se formaron en relación a los niveles de las variables (alto, medio y bajo). Se resumen los resultados de la media, la mediana, la moda, la desviación típica y la varianza de los grupos que conforman estos tres niveles, y a través de los gráficos se puede apreciar las características de estos grupos. Además se anexan los valores mínimos y máximos con la finalidad de brindarle al lector la mayor cantidad de información posible sobre la distribución de los datos.

Al trabajar con los datos se determinó si la distribución con la cual se han trabajado los datos es normal, para lo cual se aplicó la prueba de kolmogorov-smirnov y Shapiro-Wilk, obteniendo que la distribución si se comporta de manera normal. Para efectos visuales se presentarán histogramas que resumen la bondad de ajuste de los datos para la curva normal. Además se anexan gráficos donde se muestra como se distribuyen los puntajes, sus percentiles, sus medianas, entre otros datos, que constituyen parte valiosa de la investigación, debido a que proporciona mayor información, y permite evaluar visualmente a los grupos de acuerdo a su nivel de ansiedad y depresión. Finalmente a fin de determinar y apreciar visualmente la cantidad de personas de la población que han puntuado para cada nivel de ansiedad se han graficado porcentajes, a fin de tener una mayor comprensión de la muestra.

Aspectos administrativos

Recursos

Humanos: Las investigadoras. El tutor de tesis. Un asesor estadístico para el tratamiento de los datos.

Materiales: Las instalaciones del Hospital Psiquiátrico de Caracas, y los materiales requeridos en cada servicio tales como: Mesas y sillas. Hojas blancas, lápices, computadora, impresora. Además de los instrumentos de recolección de datos, como las escalas, el cuestionario de variables sociodemográficas, y el consentimiento informado.

RESULTADOS

De acuerdo a los datos procesados se puede evidenciar que a nivel descriptivo los profesionales de la salud mental del centro estudiado poseen bajos niveles de ansiedad rasgo, puntuando en una media de 13,23, una moda de 11 y una mediana de 11. Sin embargo en la distribución se observa una varianza de 75,19 lo cual indica que existen puntajes que distan de la media obtenida, al observar cada caso se pueden observar dos casos particulares que obtuvieron una puntuación mayor de 30, indicando niveles elevados de ansiedad rasgo, y que conforman la varianza de la muestra estudiada. En porcentajes se puede apreciar que el 95% de la población puntuó en niveles bajos de ansiedad rasgo mientras que solo un 5% de la población obtuvo puntuaciones que indican un nivel medio. El valor mínimo obtenido fue de 1 y el valor máximo de 41. Con una asimetría de 1,15 y curtosis de 1,14.

Los resultados obtenidos revelaron que la mayoría de los profesionales de la salud mental (95%) manifestaron niveles bajos en ansiedad y depresión. El análisis detallado del comportamiento de las variables revela que en el Inventario de Ansiedad rasgo-estado mostró mayores fluctuaciones y variabilidad en las puntuaciones que el Inventario BECK-II, lo cual incide en el análisis de las medias de cada instrumento, encontrando una tendencia de mayores puntuaciones en la media del IDARE- E (15,90) y el IDARE-R (13,23), que en el BECK-II (5,65). Hay que recalcar que ambas medias, tanto de ansiedad como de depresión, se ubicaron en los rangos inferiores para cada escala, coincidiendo en las categorías de ansiedad baja y mínima depresión respectivamente.

En relación a los niveles de ansiedad estado se encontró que los profesionales de la salud mental del centro estudiado poseen bajos niveles de ansiedad estado, puntuando en una media de 15,9, una moda de 12 y una mediana de 14,5. Sin embargo en la distribución se observa una varianza de 90,68 lo cual indica que existen puntajes que distan de la media obtenida, al observar cada

caso se pueden observar dos casos particulares que obtuvieron una puntuación mayor de 40, indicando niveles elevados de ansiedad estado, y que conforman la varianza de la muestra estudiada. En porcentajes se puede apreciar que el 92% de la población puntuó en niveles bajos de ansiedad rasgo mientras que solo un 8% de la población obtuvo puntuaciones que indican un nivel medio. El valor mínimo obtenido fue de 1 y el valor máximo de 45. Con un valor obtenido en asimetría de 1,11 y curtosis de 1,51.

Los puntajes obtenidos en el BECK II indican que existen niveles bajos de depresión en los profesionales de la salud mental, lo cual se ve expresado en una media de 5,65 moda de 0 y una mediana de 5. En la distribución se observa una varianza de 30,40 lo cual indica que existen pocos puntajes que distan de la media obtenida, al observar cada caso se pueden observar dos casos particulares que obtuvieron una puntuación mayor de 20, indicando niveles moderados de depresión y que conforman la varianza de la muestra estudiada. En porcentajes se puede apreciar que el 90% de la población puntuó en niveles mínimos de depresión, otro 7% en depresión moderada y 3% en depresión leve. El valor mínimo obtenido fue de 0 y el valor máximo de 24. Con un valor obtenido en asimetría de 1,34 y curtosis de 1,84.

Las variables sociodemográficas estudiadas, dan a conocer que un 32% de la población no posee un empleo fuera de la institución, mientras que un 25% si posee. De los cuales un alto porcentaje casi siempre se siente satisfecho con su empleo actual. En la muestra estudiada un 52% de los participantes poseen actividades recreativas mientras que un 42% no posee. Obteniendo que en promedio dedican 7 horas a la semana para dichas actividades.

Las variables seleccionadas permiten aproximarnos a entender los resultados obtenidos, la población estuvo constituida por 60 profesionales de la salud, que laboran en el Hospital Psiquiátrico de Caracas, el grupo fue heterogéneo en relación a la variable edad (min.23 y máx. 70), con una moda de 27 años. La mayoría (más del 70%) provenían de un estrato socioeconómico 2 y 3 Clase media alta a clase media respectivamente. El 75% de la muestra tenían un hijo o más de uno. El 45% de la muestra estaban casados, y el 42% solteros. El 53% refirió no tener otro empleo actualmente. El 58% manifestó tener alguna actividad recreativa, con una moda de 4 horas semanales, y una media de 7 horas. Entre las actividades recreacionales

destacaron por frecuencia: actividades deportivas, sociales, y de cultura y esparcimiento. El nivel de satisfacción laboral la respuesta más frecuente fue “casi siempre me encuentro satisfecho dentro de la institución”. La mayoría (casi 50 casos) no reportaron la presencia de enfermedad crónica o degenerativa.

A nivel correlacional se observan correlaciones positivas entre los puntajes de los diferentes inventarios aplicados, entre los niveles de ansiedad rasgo y estado y los niveles de depresión, obteniendo una correlación entre el inventario de BECK II y el IDARE rasgo de 0,742, la mayor correlación observada entre el inventario de BECK II y la ansiedad estado, con una puntuación de 0,814 y una correlación de 0,761 entre los puntajes de ansiedad rasgo y ansiedad estado. Al observar las correlaciones divididas por sexo, el sexo femenino muestra mayores correlaciones entre los diferentes puntajes, destacando la correlación obtenida entre los puntajes de la ansiedad estado y depresión, con un valor de 0,839. Al observar las correlaciones en el sexo masculino se observan que los puntajes son menores, obteniendo correlaciones entre 0,511 y 0,604.

DISCUSIÓN

Dentro de los resultados se puede observar que la mayoría de los puntajes indican que los profesionales mostraron niveles bajos de ansiedad y depresión, esto podría resultar opuesto a lo esperado de acuerdo a lo planteado desde la justificación de la investigación, sin embargo debe tomarse en cuenta que existen diversas variables extrañas no controladas que pueden incidir tanto en los puntajes que arrojan las pruebas como en la vivencia de cada profesional, esto quiere decir, en su cotidianidad el profesional puede haber desarrollado una serie de habilidades que le sirven para afrontar la cotidianidad de manera tal que no se siente sobrepasado por la situación, pero además en relación a los puntajes, se nota que pueden influir algunas variables como la deseabilidad social, el conocimiento previo de las pruebas, la desestimación del proceso de investigación, la falta de interés o el cansancio debido a que se encontraban realizando sus actividades laborales, y quizás no tenían las condiciones adecuadas para dar respuesta al cuestionario (poco tiempo para completarlo, premura, cansancio, hambre u otros factores fisiológicos asociados a los turnos de trabajo, en especial el turno de la noche).

Por otra parte es importante resaltar el aumento de la media de las puntuaciones en el IDARE-E, (15,90), en comparación con el IDARE-R (13,23). La cual tiene estrecha relación con estados transitorios y circunstanciales que pueden incidir en la presencia de sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos por el individuo. Este aumento de la media en las puntuaciones de ansiedad estado, es importante verlo a raíz de diversos factores mencionados por investigaciones^{6 y 8} que señalan el aumento de ansiedad y depresión en los venezolanos por las condiciones de crisis económica y de inseguridad social que se encuentra atravesando. Como también otros estudios^{1, 2,3 y 5} que apuntan a las condiciones laborales desfavorables que inciden en el aumento de la ansiedad y estrés de los trabajadores. Ambos apuntan a la presencia de la ansiedad como dimensión clínica favorecida o propiciada por circunstancias externas al individuo. En este punto es importante que los estudios actuales apunten a la investigación de los factores protectores y favorecedores de la salud mental de los profesionales que laboran en esta área, sin caer en el no reconocimiento del malestar o a los mecanismos como la negación.

En relación a las variables, tales como procedencia, religión, antigüedad en la institución, horas dedicadas a otro empleo, horas dedicadas a una actividad recreacional, y tipo de actividad, no se registraron datos estadísticamente significativos, por la gran variabilidad y heterogeneidad de las respuestas. Algunas como el turno en el que trabaja no aportaron datos significativos. En este sentido resultan dos aspectos importantes en relación a la muestra: la heterogeneidad de las variables seleccionadas, y la homogeneidad de los resultados en las puntuaciones de las escalas.

Al analizar las puntuaciones por género, se encontró que las medias de las puntuaciones del género masculino se encontraron más elevadas que del género femenino tanto en IDARE-R, IDARE- E y BECK-II; sin embargo esta diferencia hay que considerarla bajo la cantidad de hombres (N°=13) y mujeres (N°=45) en el muestreo, ya que las mujeres ocuparon el 78% de la muestra, y tuvieron mayor dispersión en los resultados. Es de interés teórico los datos aportados, ya que de acuerdo a la mayoría de las investigaciones revisadas, son las mujeres las que tienden a puntuar dentro de los rangos mayores en ansiedad y depresión, por lo que dichos resultados no coinciden con los observados.

A pesar de que los resultados no son significativos se debe tomar en cuenta diferentes factores que pudieron incidir en la obtención de dichos puntajes, en principio cabe destacar la familiaridad que podían tener las evaluadoras con el personal del hospital, ya que es probable que la deseabilidad social interfiera en la sinceridad de los puntajes por no querer reflejar su estado actual ante personas conocidas. De igual manera aunque se dio la instrucción de que el cuestionario era totalmente anónimo puede haber interferencia al pensar que dichos puntajes podrían poner en riesgo su puesto de trabajo.

Igualmente se debe acotar los prejuicios que pueden estar presentes en las personas e incluso en los profesionales de la salud mental acerca de su propia salud mental, ya que mostrarse con puntajes desfavorables podría hablar de poca capacidad para afrontar las situaciones y colocarlo en una posición desfavorable, o a su vez podría ser que al mantenerse en una posición de profesional de la salud mental cueste admitir que esa salud en particular se pueda estar viendo comprometida. Cabe destacar que durante la fase de aplicación de la tesis se brindó apoyo psicológico a las personas que durante la aplicación del cuestionario refirieron sentirse muy ansiosos y/o deprimidos.

En relación a la comparación de medias de las puntuaciones de los especialistas los psicólogos tuvieron dentro del rango mínimo de cada escala, las mayores puntuaciones en comparación con los demás, con una diferencian aproximada de casi 10 puntos en relación al resto de las medias. Les sigue los licenciados y TSU en enfermería, neurología, psiquiatría, y finalmente los terapeutas ocupaciones. Al analizar el resto de las variables seleccionadas, la muestra que representa los psicólogos, estuvo compuesta en su mayoría por jóvenes psicólogos residentes del postgrado de Clínica Mental, entre 25 y 30 años, sin hijos, solteros, con menos de 3 años dentro de la institución, con turno matutino, con menos horas de recreación registradas en comparación con los otros especialistas.

Se consideran entonces diversas variables que pudieron haber incidido en el aumento de la media en la muestra de psicólogos, tales como: la edad, edo. Civil, tiempo de recreación y ocio, y tiempo dentro de la institución. Estas variables pudiesen hacer más susceptible de puntuar

mayor en las escalas de ansiedad y depresión. Se debe considerar además el nivel de conocimiento sobre el manejo de las dimensiones clínicas de la ansiedad y depresión que poseen los especialistas, las cuales pueden inducir una forma de respuesta de acuerdo al profesional, caracterizando un tipo de respuesta negadora del síntoma, o por el contrario la aceptación de la presencia de un malestar subjetivo, y posibilidad de reconocimiento.

Los resultados a nivel correlacional, permitieron explorar las relaciones dadas entre las puntuaciones de las tres escalas, ofreciendo correlaciones positivas de moderadas a altas entre el IDARE-R, IDARE-E y el BECK-II. Obteniendo una mayor correlación entre el IDARE-E y el BECK-II (0,814), luego entre el IDARE-E y el IDARE-R (0,761), y finalmente el IDARE-R y el BECK-II (0,742). Esto quiere decir que mientras las puntuaciones de un instrumento aumentan, es más probable que también lo hagan el resto de las puntuaciones del resto de las escalas. En este sentido el comportamiento de las pruebas es consistente, y homogéneo entre ellas.

Al considerar las correlaciones segmentando los grupos, encontramos que por géneros, las correlaciones son altas y positivas; en el par IDARE-E y Beck-II, la relación fue alta y positiva (0,839) igualmente en el par IDARE-E y el IDARE-R (0,800); y moderada alta en el par IDARE-R y Beck-II (0,792). En el grupo del género masculino, las correlaciones no fueron significativas, positivas y medias. Tal diferencia pudo deberse a la cantidad del muestreo femenino y masculino, teniendo una mayoría significativa en el género femenino, lo que permitió obtener dichas correlaciones.

En relación a las correlaciones de los profesionales se pudo observar que a) El grupo de Lic. en enfermería muestra correlaciones positivas, medias y significativas entre los puntajes de las escalas. b) El grupo de Lic. en psicología muestra correlaciones positivas, altas y significativas entre los puntajes de las escalas. c) El grupo de Médicos Psiquiatras muestra correlaciones positivas, altas pero no significativas entre los puntajes de las escalas. A excepción de la relación entre el Beck-II y el IDARE R que es significativa. d) El grupo de Terapeutas Ocupacionales muestra correlaciones altas pero no significativas entre los puntajes de las escalas. e) El grupo de T.S.U en enfermería muestra correlaciones altas y significativas entre los puntajes de las

escalas. Tales resultados plantean que la mayoría de las correlaciones fueron significativas, positivas y altas en la escala IDARE-E, con las otras escalas, siendo entonces un instrumento sensible a captar las relaciones con otros instrumentos, y a evaluar la variabilidad de las puntuaciones en relación a la ansiedad estado. Las correlaciones observadas en los grupos segmentados, mostraron las variaciones que cada grupo obtuvo en sus puntuaciones, y en la cantidad de la muestra de cada especialidad. Considerando los grupos de enfermería y psicología los de mayor cantidad, y los que obtuvieron mayores puntuaciones, lo cual incide en las correlaciones interpruebas.

Entre las variables extrañas que pudieron afectar el comportamiento de las puntuaciones de las escalas se mencionan las siguientes, de acuerdo a Gentile et al³⁶ : La deseabilidad social, actualmente no se encuentran con métodos para controlar dicha variable, ya que las expectativas y actitudes que tenga los participantes no se pueden recoger, y solo nos quedamos con el registro observable de los ítems de las escalas, mas no las intenciones que se encuentran detrás de las respuestas.

Muchos especialistas en el área de la salud, específicamente salud mental, se manejan bajo las fórmulas de las mismas, buscando mantener dicha imagen del profesional “saludable, feliz, y satisfecho”; es por ello que al analizar los resultados obtenidos pudimos observar como muchas de las respuestas relacionadas con los ítems del IDARE puntuaban respuestas de 0 (puntuación mínima) en la presencia del síntoma, y 3 (puntuación máx.) en la presencia de bienestar. Encontrando un patrón de respuesta localizado en los extremos de las escalas de puntuación del IDARE- R (casi siempre y casi nunca) y en el IDARE-E (No en lo absoluto y mucho), con un perfil de ausencia en la dimensión sintomática de ansiedad, y presencia en la dimensión de felicidad y satisfacción personal.

Igualmente en los puntajes del BECK-II la mayoría puntuaba en respuestas de ausencia (puntajes de 0 y 1) en las dimensiones sintomáticas de la depresión. Encontrando mayores variaciones en los ítems relacionados con cambios en el sueño y el apetito (ítems 16 y 18 respectivamente), apuntando a una disminución del sueño, y aumento del apetito.

Otras de las variables que pudieron incidir en los resultados, descritas por dicho autor³⁶ se encuentra la capacidad introspectiva, es decir los recursos con los que cuentan los profesionales para captar, almacenar y descifrar diversos estados subjetivos. Es decir la capacidad reflexiva que los profesionales posee de referirse o ser consciente de forma inmediata de sus síntomas de ansiedad o depresión. Dicha variable es difícil de evaluar e impedir sus efectos sobre los resultados obtenidos; sin embargo es interesante recalcar en los especialistas de psicología, el aumento de las puntuaciones, por lo que se pudiese inferir, de forma nada concluyente, mayores capacidades de reconocimiento sintomático.

Una de las variables que sería importante estudiar en próximos estudios son los hábitos de los participantes, la influencia que puede tener el fumar o consumir alcohol u otras sustancias antes o después de su jornada de trabajo, también como el patrón de sueño y alimentación, que afecta los niveles de ansiedad y depresión, sugerido en diversa investigaciones.

El nivel de experticia de los profesionales con las escalas aplicadas, es un factor importante, ya que dichos conocimientos podrían interferir al momento de responder los instrumentos, o quizás pudiera interferir en la sinceridad de los datos aportados.

Por otro lado la Intervención de terceros durante la aplicación de los cuestionarios, como una serie de variables ambientales que no pudieron ser controladas, debido a que la aplicación se realizó dentro del Hospital, pudo haber sido un factor importante en los resultados, como la presión de los horarios de trabajo, cambio de turno, presencia de pacientes, compañeros de trabajo, jefes de servicio, etc. Se desconoce el efecto que dichos elementos pudieron tener para los participantes.

Existieron otras variables, que se logró disminuir sus efectos, o en su defecto evaluarlas, tales como: a) Las expectativas de los participantes hacia la aplicación de la evaluación y los resultados: en este sentido se les explicó en el consentimiento informado los alcances de la investigación con fines exclusivamente académicos, y el anonimato y confidencialidad de sus respuestas, con el fin de disminuir las motivaciones que tienen los participantes de querer estar dentro de la aplicación. b) La participación voluntaria en la investigación: se contó con la

aceptación de todos los especialistas, quedando solo aquellos que manifestaron estar de acuerdo con el consentimiento informado, y que manifiesten interés en participar en la misma. c) Nivel de satisfacción hacia su trabajo: es una variable que pudiese afectar negativamente los resultados, por ello dentro del cuestionario se construyó una pregunta en relación al nivel de satisfacción que poseen hacia su trabajo, lo cual permitió poder controlar de manera estadística dicha variable, al conocer si existe relación entre los niveles de ansiedad y depresión y su relación con su satisfacción laboral dentro de la institución; lo cual aportó una relación de alguna manera favorable y positiva, ya que se relaciona los bajos niveles de ansiedad y depresión, con una satisfacción laboral de media a alta.

Conclusiones:

De acuerdo a los objetivos generales y específicos de la presente investigación, se pudo concluir lo siguiente:

- No se encontraron niveles significativos de ansiedad y depresión para la mayoría de los participantes, a excepción de 2 casos particulares.
- Los niveles de ansiedad estado reportaron mayores puntuaciones que los niveles de ansiedad rasgo, dando a conocer que los factores situacionales podrían estar incidiendo en los niveles de ansiedad de los profesionales.
- No se evidenciaron resultados concluyentes acerca de la relación entre las variables sociodemográficas y los niveles de ansiedad y depresión en los profesionales, aun cuando se evidenciaron elevaciones de las medias en el sexo masculino y en los psicólogos.
- La mayoría de las correlaciones inter-pruebas (sexo, profesionales) fueron positivas, de moderadas a altas, con niveles significativos. Específicamente IDARE-E con BECK-II en el sexo femenino.

Recomendaciones y limitaciones

- Es importante considerar para las próximas investigaciones evaluar el instrumento de medición, que sea sensible de captar efectivamente los niveles de ansiedad y depresión en profesionales de la salud mental, y que no sea afectada por el sesgo de los profesionales a los términos usados, o el conocimiento previo acerca de los mismos.

Sería útil incluir una entrevista clínica o instrumentos proyectivos que eviten o disminuyan efectos de negación o deseabilidad social.

- Evaluar el comportamiento de los ítems de las Escalas IDARE-R, IDARE-E y BECK-II para examinar como fue el patrón de comportamiento de los ítems, y poder detectar si hubo mayor sensibilidad en unos más que otros en medir las variables clínicas de ansiedad y depresión, o que sean menos sensibles al sesgo de los especialistas.
- Explorar los factores de protección y de riesgo, que pudiesen afectar el aumento o la disminución de dichas variables, ya que esta investigación no encontró resultados concluyentes sobre las mismas. Sin embargo aporta la presencia de actividades recreacionales como elemento presente en los especialistas, datos que favorece la salud mental, de acuerdo a recientes investigaciones de la Organización Mundial de la Salud.
- Considerar para futuras investigaciones igualar proporciones en los participantes en torno al sexo, la edad, profesionales, estudiar específicamente el grupo de psicólogos residentes, y valorar la presencia realmente de niveles mayores de ansiedad y depresión, o una capacidad mayor de reconocimiento de estados subjetivos, así como de honestidad y menos puntuaciones extremas (ausencia total de malestar, presencia total de bienestar) frecuente en los perfiles del resto de los profesionales.

REFERENCIAS

1. Houtman I, Jettinghoff K, Cedillo L. Sensibilización sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional. Protección de la salud de los trabajadores [Internet]. 2006 [citado 20 mar 2014]; 6(1). Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243591650_spa.pdf
2. Virues R. Estudio sobre ansiedad. Revista de psicología científica [Internet]. 2005, [citado 29 mar 2014]; 7(8): 1-20. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com>
3. Trucco M. El estrés y la salud mental en el trabajo. Documento de trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. Ciencia y Trabajo [Internet]. 2014 [citado 9 abr 2014]; 4(1): 185-188. Disponible en: <http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos>

4. Betancourt, O. Reflexiones para la Investigación de la Salud de los Trabajadores. *Salud de los Trabajadores*. 1994; 2(1): 35-48.
5. Duque, A. Factores de riesgo psicosocial, asociados a ansiedad y depresión en los trabajadores administrativos de una institución de educación superior en Pereira. *Investigaciones Andina*. 2006; 10(7): 64-68.
6. Notitarde [Internet]. Venezuela; Linares D; 2014 [citado 14 mar 2014]. Disponible en: <http://www.notitarde.com/Salud/Venezuela-no-cuenta-con-estrategias-publicas-de-salud-mental-para-afectados-por-protestas/2014/03/09/312903>
7. Lemus N, Linares I. *Stress Ocupacional, Estudio de un Caso en una Empresa Automotriz Venezolana*. Valencia: Ediciones Universidad de Carabobo; 1994.
8. Noticias 24 [Internet]. Venezuela: Itriago D; 2014 [actualizado 2014, citado 14 mar 2014]. Disponible en: www.noticias24.com/venezuela/noticia/180584/peregrinar-por-alimentos-causa-trastornos-de-ansiedad-en-los-venezolanos-segun-expertos/
9. UGT. *Guía sobre el estrés ocupacional*. Observatorio permanente de riesgos psicosociales. Madrid: Comisión Ejecutiva Confederal UGT; 2006.
10. Fernández J, Fernández P, Acevedo J. Estrés organizacional. Depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros. *Salud de los Trabajadores*. 2005; 13 (1): 7-17.
11. Los recursos humanos [Internet]. Venezuela; Mast U, Deutsche C; 2012 . 2014 [citado 9 abr 2014]. Disponible en: <http://www.losrecursoshumanos.com/contenidos/6333-aumenta-depresion-entre-los-trabajadores-por-la-presion-laboral-.html>
12. Lerma V, Rosales G, Gallegos M. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. Caracas: Suplemento de Enfermería; 2009.
13. Flores M, Troyo R, Valle M, y Vega, M. Ansiedad y Estrés en la Práctica del Personal de Enfermería en un Hospital de Tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología*

Iztacala [Internet]. 2010 [citado 9 de abr de 2014];13(1). Disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin

14. Jyoti M, Borgues G, Diaz J, Flores Y, Salmeron, J. Depresión entre trabajadores de la salud: El papel de las características sociales, el estrés laboral, y enfermedades crónicas. *Salud Mental* [Internet]. 2006 [citado 14 mar 2014]; 29(5): 1-8. Disponible en: [web:http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=39551&id_seccion=1169&id_ejemplar=4081&id_revista=](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=39551&id_seccion=1169&id_ejemplar=4081&id_revista=)

15. Paris L. Predictores de satisfacción laboral y bienestar subjetivo en profesionales de la salud. Un estudio con médicos y enfermeros de la Ciudad de Rosario. *Psicodebate*. 2011; 1(11): 3-14.

16. Morales G, Gallego L, Rotger D. La incidencia y relaciones de la ansiedad y el burn out en profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. *Revista de Psicología Científica* [Internet]. 2005 [citado 23 mar 2014]; 7(8): 1-10. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>

17. Garcia BM, Aspiroz IJ, De la fuerte RY, Garcia LM. La ansiedad en el personal sanitario. *Enfermería en cardiología*, 2007; 3(42): 41-45.

18. Organización Mundial de La Salud [Internet]. OMS. [citado 29 mar 2014]. Disponible en: www.who.int.

19. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2001.

20. Serra, C. Depresión y estrés laboral en el personal de FAN en el Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. *Psiqu. Neurol*, 2001; 18(1): 25-30.

21. Braun S, Hollander R. Work and Depression among Women in the Federal Republic of Germany. *Women and Health*. 1996; 14(2): 2-36.

22. Muñiz J. y Fernández HJ. La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* 2010;31(1): 108-121.
23. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, y Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4(1): 561-571.
24. Lasa L, Ayuso M J, Vázquez JL, Díez-Manrique FJ, Dowrick C F. The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord*. 2000; 57(1-3): 261-265.
25. CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid; Meditor: 1992.
26. Freud, S. *Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortou; 1976.
27. Lardani A, Lambardi E (2003). Ansiedad psicológica vs productividad laboral. EAP. Latin corporation. [Internet]. 2006 [citado 23 mar 2014]; 10(3): 1-10. Disponible en: <http://www.eaplatina.com/newsletters/newsletter.asp?IdNews=48&IdSeccion>
28. Kaplan B, y Sadock, V. *Sinopsis de Psiquiatría*. 5a ed. México: Manual de Bolsillo; 1982.
29. Gabbar G. *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana; 2002.
30. Unne.edu [Internet]. Argentina: Czernik G, Giménez N, Almirón L, y Larroza G; 2012 [actualizado en el 2012; citado 8 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-067.pdf>
31. Pacheco A, Acosta A, Lupiña J. Atender con ansiedad. *Ciencia Cognitiva*. 2009; (3): 79-82.
32. Código de Ética Profesional del Psicólogo. II Asamblea Ordinaria de la Federación de Psicólogos de Venezuela, Barquisimeto, Venezuela; 1981.
33. Guerrero, D. y Spielber, D. *IDARE, Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: Manual Moderno; 1975.

34. Huerta [Internet]. Venezuela: Huerta J. 2012 [actualizado en el 2014; citado 8 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.josebhuerta.com/indicadores.htm>
35. Royo M, Ruiz A. Actitud del residente hacia el turista y el visitante. *Redalyc*, 2009;1 (23): 217-236.
36. Gentile. D. The Effects of Prosocial Video Games on Prosocial Behaviors: International Evidence From Correlational, Longitudinal, and Experimental Studies, *Self Identity* 2009;97(6):931-945.
37. Estallo, Masferrer y Aguirre. Efectos a largo plazo del uso de los videojuegos. *Apuntes de psicología*. 2001; 19(1):161-174.

ANEXOS:

Anexo 1. Hojas de aplicación del cuestionario aplicado para medir niveles de ansiedad rasgo-estado (IDARE).

ANSIEDAD-ESTADO		
<i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se <i>siente usted ahora mismo</i> , en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

Anexo2. Inventario de Depresión de Beck-II:

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de frases. Lea con cuidado cada grupo de frases y luego seleccione una frase en cada grupo que mejor describa la manera en que usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Escriba una equis (X) en el cuadro al lado de cada frase que usted escoja. Si hay varias frases dentro de un grupo que parecen aplicarse a su situación con la misma relevancia, escriba una equis (X) en el cuadro al lado de la frase con el número más alto de este grupo. Asegúrese de no escoger más de una frase por cada grupo de frases, incluyendo el número 16 (cambios en el patrón de sueño) o el número 18 (Cambios de Apetito). Recuerde contestar con la mayor honestidad, y que los resultados de este cuestionario serán para fines investigativos, por lo que su participación se mantendrá de manera anónima.

1) Tristeza

- No me siento triste
- Me siento triste la mayor parte del tiempo
- Estoy triste todo el tiempo
- Me siento tan triste o desgraciado/a que no puedo soportarlo

2) Pesimismo

- No estoy desanimado/a respecto a mi futuro
- Me siento más desanimado/a respecto a mi futuro que de costumbre
- No espero que las cosas se resuelvan
- Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo irá a peor

3) Fracaso pasado

- No me siento fracasado/a
- He fracasado más de lo que debería
- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- Creo que soy un fracaso total como persona

4) Pérdida de placer

- Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan
- No disfruto de las cosas tanto como acostumbraba
- Disfruto muy poco con las cosas que me gustaban
- No disfruto nada con las cosas que me gustaban

5) Sentimientos de culpabilidad

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- Me siento culpable siempre

6) Sentimientos de castigo

- No creo que esté siendo castigado/a
- Creo que puedo ser castigado/a
- Espero ser castigado/a
- Creo que estoy siendo castigado/a

7) Desagrado hacia uno mismo/a

- Tengo la misma opinión sobre mí que de costumbre
- He perdido la confianza en mí mismo/a
- Me siento decepcionado conmigo mismo
- No me gusto a mí mismo/a

8) Autocrítica

- No me critico o culpo más que de costumbre
- Soy más crítico/a conmigo mismo/a que de costumbre
- Me critico por todas mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9) Pensamientos o deseos de suicidio

- No pienso en suicidarme
- Pienso en suicidarme, pero no lo haría
- Desearía suicidarme
- Me suicidaría si tuviese oportunidad

10) Llanto

- No lloro más que de costumbre
- Lloro más que de costumbre
- Lloro por cualquier cosa
- Tengo ganas de llorar pero no puedo

11) Agitación

- No estoy más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Me siento más intranquilo/a o nervioso/a que de costumbre
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que me es difícil estar quieto/a
- Estoy tan intranquilo/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12) Pérdida de interés

- No he perdido el interés por los demás o por las cosas
- Estoy menos interesado/a por los demás o por las cosas que antes
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas
- Me resulta difícil interesarme por alguna cosa

13) Indecisión

- Tomo decisiones casi tan bien como siempre
- Me resulta más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Me resulta mucho más difícil tomar decisiones que de costumbre
- Tengo dificultades para tomar cualquier decisión

14) Sentimientos de inutilidad

- No creo que yo sea inútil
- No me considero tan valioso y útil como de costumbre
- Me siento más inútil en comparación con otras personas
- Me siento completamente inútil

15) Pérdida de energía

- Tengo tanta energía como siempre
- Tengo menos energía que de costumbre
- No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas
- No tengo suficiente energía para hacer nada

16) Cambios en el sueño

- No he notado ningún cambio en mi sueño
- Duermo algo más que de costumbre
- Duermo algo menos que de costumbre
- Duermo mucho más que de costumbre
- Duermo mucho menos que de costumbre
- Duermo la mayor parte del día
- Me despierto 1-2 horas antes y no puedo volver a dormirme

17) Irritabilidad

- No estoy más irritable que de costumbre
- Estoy más irritable que de costumbre
- Estoy mucho más irritable que de costumbre
- Estoy irritable todo el tiempo

18) Cambios en el apetito

- No he notado ningún cambio en mi apetito
- Mi apetito es algo menor que de costumbre
- Mi apetito es algo mayor que de costumbre
- Mi apetito es mucho menor que antes
- Mi apetito es mucho mayor que de costumbre
- No tengo nada de apetito
- Tengo un ansia constante de comer

19) Dificultades de concentración

- Puedo concentrarme tan bien como siempre
- No me puedo concentrar tan bien como de costumbre
- Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato
- No me puedo concentrar en nada

20) Cansancio o fatiga

- No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre
- Me canso o me siento fatigado/a más fácilmente que de costumbre
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21) Pérdida de interés por el sexo

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre
- Estoy mucho menos interesado/a en el sexo ahora
- He perdido totalmente el interés por el sexo

Iniciales: _____

Fecha: _____

Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos sociodemográficos y actividad laboral.

Cuestionario de Datos Sociodemográficos

A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con sus datos sociodemográficos, lea cuidadosamente y conteste lo siguiente. Al lado de cada pregunta marque con una X la opción que mejor refleje su condición actual; en aquellas donde no haya opción coloque la respuesta que corresponda. Recuerde que estos datos son confidenciales, y no reflejaran la identidad real de los participantes. Se agradece la mayor honestidad con sus respuestas.

Iniciales: _____ Sexo: F ___ ó M ___ Edad: _____ Procedencia: _____

Nivel de Instrucción: T.S.U. ___ ó Lic. ___ Edo. Civil: _____ Nº de hijos: _____
(Casado, Divorciado o Separado, Viudo, Unión Libre, Soltero)

Religión: _____ Antigüedad en la Institución: _____ Turno en que labora: Matutino ___ Vespertino ___ Nocturno ___

Horas semanales dedicadas a una actividad recreativa: _____ Indique cual: _____

Posee un empleo fuera de la Institución: Si ___ ó No ___ si marcó Si, indique cuantas horas a la semana labora fuera de la Institución: _____

Nivel de satisfacción con su actual empleo dentro de la Institución: _____

0	1	2	3	4
Nada	Muy poco	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

¿Posee alguna enfermedad Crónica o Degenerativa? Si ___ o No ___ Cual _____

Escala Graffar-Mendez Castellano¹

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor le corresponda.

1° PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

1		Profesión universitaria, financistas, banqueros, empresarios, comerciantes, ganaderos y hacendados todos de alta productividad, oficiales de las F.A.N (si tienen rango de educación superior)
2		Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores
3		Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
4		Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (primaria completa)
5		Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)

3° FUENTE DE INGRESO EN LA FAMILIA

1		Fortuna heredada o adquirida
2		Ganancias, beneficios, honorarios profesionales
3		Sueldo mensual
4		Salario semanal, por día o entrada a destajo
5		Donaciones de origen público o privado

2° NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

1		Enseñanza universitaria o su equivalente
2		Enseñanza secundaria completa. Técnica superior completa
3		Enseñanza secundaria incompleta. Técnica inferior
4		Enseñanza primaria o alfabeta con algún grado de educación primaria
5		Analfabetas

4° TIPO DE VIVIENDA

1		Vivienda con óptimas condiciones sanitarias y ambientales de gran lujo y grandes espacios
2		Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin excesos y suficientes espacios
3		Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, sin lujo
4		Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y deficiencias en algunas condiciones sanitarias
5		Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

¹. Utilización de la Escala Graffar – Méndez Castellano, Modificada y adaptada por Méndez (1999).

Anexo 4. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MENTAL
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE CARACAS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta investigación tiene el interés de explorar los Niveles de ansiedad y depresión en los trabajadores del Hospital psiquiátrico de Caracas. Para la obtención de estos datos se aplicarán diversos instrumentos, en los cuales es importante que responda con honestidad, pues su participación en este estudio es relevante, para posibilitar futuros estudios para el empleo de estrategias que fomenten el bienestar y la promoción de la salud laboral.

Se agrega la consideración de que los datos que sean proporcionados serán estrictamente confidenciales y la información obtenida será utilizada con fines exclusivamente investigativos, como también puedo ejercer mi derecho a la no participación, pudiendo retirarme en cualquier momento de la misma, si me siento incomodo, en algún momento del estudio. Respetando con esto los señalamientos establecidos por el Código de Ética del Psicólogo.

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado de los límites y alcances de dicha investigación y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, de manera anónima. Convengo en participar voluntariamente en el estudio "*Niveles de Ansiedad y Depresión en Profesionales de la Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Caracas*", el cual se lleva a cabo por la Lic. Margareth Acevedo F.V.P. 8782 y la Lic. Leisa Zambrano F.V.P. 9188, que se encuentran realizando su Proyecto de Investigación para optar por el Título de Especialista en Clínica Mental.

Firma del Investigador 1

CI: _____

Firma del Investigador 2

CI: _____

Firma del Participante

CI: _____

Caracas, el día ___ del mes _____ del año 2014

Anexo 5. Tablas y gráficos de los resultados

Nivel Descriptivo IDARE (Inventario de ansiedad rasgo-estado)

Tabla N°1. Descriptivos de Niveles de AR (Ansiedad Rasgo)

Media	13,23
Error típ. de la media	1,120
Mediana	11,00
Moda	11
Desv. típ.	8,672
Varianza	75,199
Asimetría	1,154
Error típ. de asimetría	,309
Curtosis	1,141
Error típ. de curtosis	,608
Rango	40
Mínimo	1
Máximo	41

Gráfico N 1. Histograma de Niveles de AR (Ansiedad Rasgo)

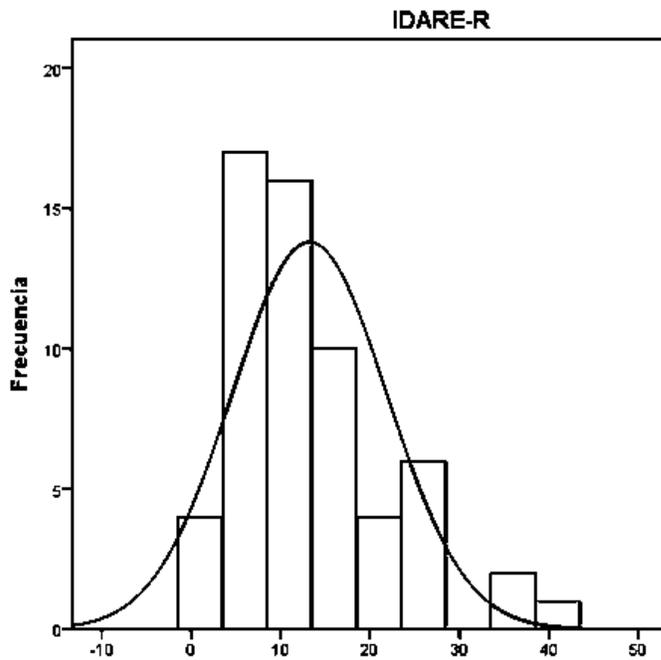


Gráfico N°2. Distribución de porcentaje de niveles de AR (Ansiedad Rasgo)

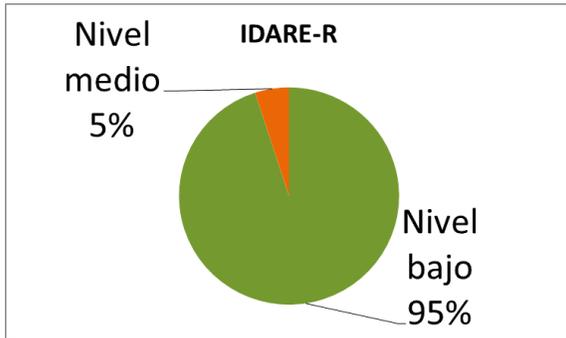


Tabla N°2. Descriptivos de Niveles de AE (Ansiedad Estado)

Media	15,90
Error típ. de la media	1,229
Mediana	14,50
Moda	12
Desv. típ.	9,522
Varianza	90,668
Asimetría	1,114
Error típ. de asimetría	,309
Curtosis	1,514
Error típ. de curtosis	,608
Rango	44
Mínimo	1
Máximo	45

Gráfico N°3. Histograma Niveles de AE (Ansiedad Estado)

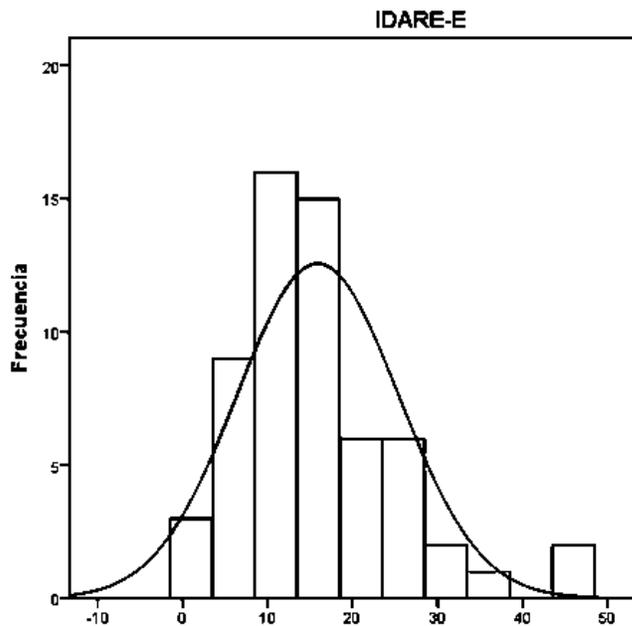
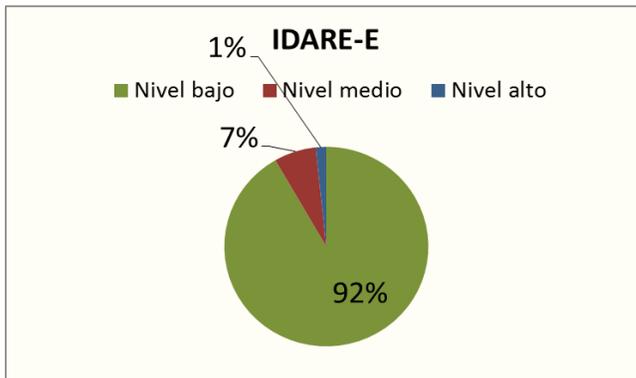


Gráfico N°4. Distribución de porcentaje de niveles de AE (Ansiedad Estado)



Nivel descriptivo BECK-II (Inventario de Depresión Beck-II)

Tabla N°3. Descriptivos de Niveles de Depresión

Media	5,65
Error típ. de la media	,714
Mediana	5,00
Moda	0
Desv. típ.	5,532
Varianza	30,604
Asimetría	1,348
Error típ. de asimetría	,309
Curtosis	1,845
Error típ. de curtosis	,608
Rango	24
Mínimo	0
Máximo	24

Gráfico N°5. Histograma Niveles de Depresión

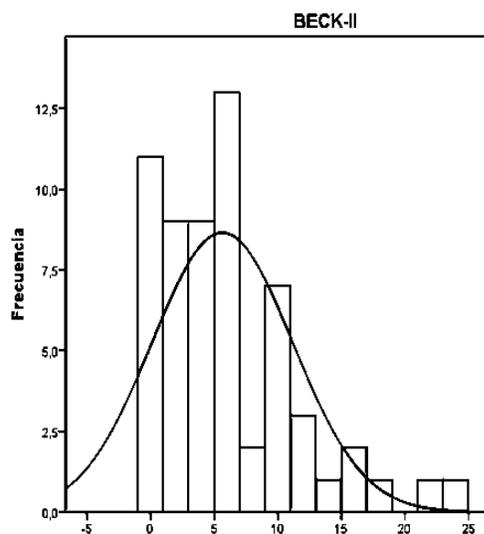


Gráfico N°6. Distribución de porcentaje de niveles de Depresión

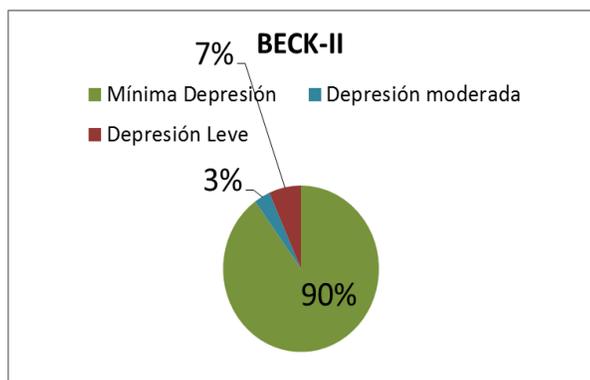


Tabla N°4. Comparación de medias por sexo

Comparación de Medias		
	Femenino	Masculino
N° de Casos	N° 45	N° 13
IDARE-R	12,82	14,31
IDARE-E	15,49	16,92
BECK-II	5,24	6,85

Tabla N°5. Comparación de medias por profesión

Comparación de Medias						
	Lic. Enfermería	Lic. Psicología	Psiquiatra	Terapeuta Ocupacional	TSU Enfermería	Neurólogo
N° de Casos	N°23	N°10	N° 9	N° 5	N° 12	N° 1
IDARE-R	12,87	22,00	10,44	7,40	11,87	7,00
IDARE-E	13,74	26,30	13,00	9,80	16,17	15,00
BECK-II	4,30	10,60	5,11	2,40	5,50	10,00

Gráfico N°7. Histograma de distribución por Satisfacción Laboral

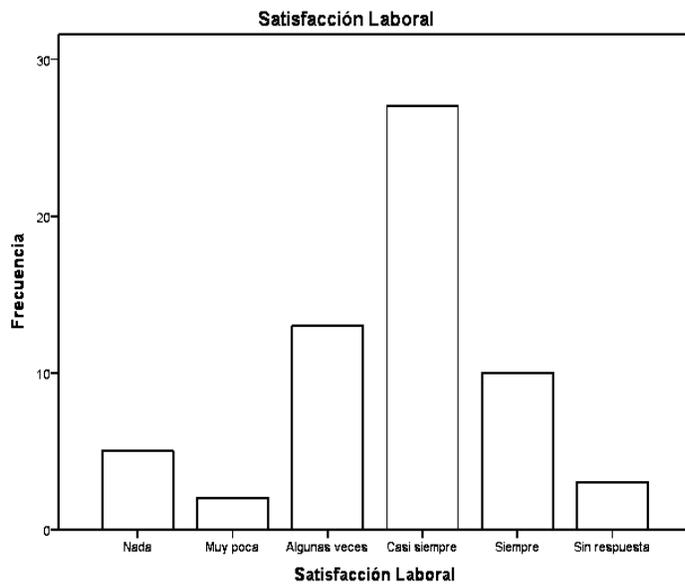
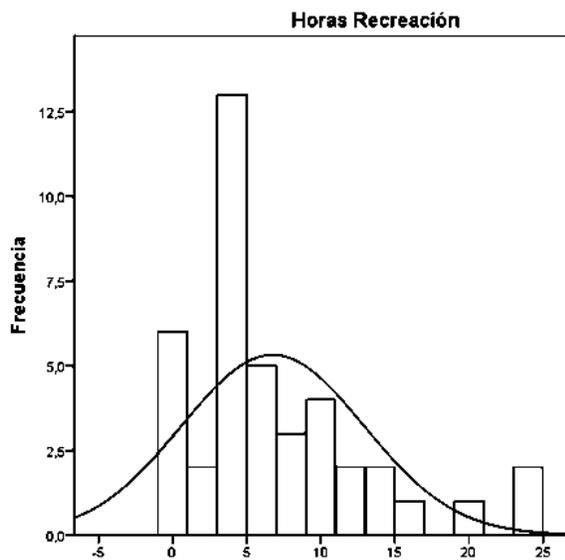


Gráfico N°8. Histograma de distribución por Horas de recreación



Nivel Correlacional:

Tabla N°6. Correlaciones entre inventarios aplicados

Correlaciones de muestras relacionadas				
Par	Inventarios	N	Correlación	Sig.
Par 1	IDARE-R y BECK-II	60	,742	,000
Par 2	IDARE-E y BECK-II	60	,814	,000
Par 3	IDARE-E y IDARE-R	60	,761	,000

Tabla N°7. Correlaciones entre inventarios aplicados por sexo

Femenino	BECK-II	Correlación de Pearson	1	,839 ^{**}	,792 ^{**}	, ^a
		Sig. (bilateral)		,000	,000	.
		N	45	45	45	45
	IDARE-E	Correlación de Pearson	,839 ^{**}	1	,800 ^{**}	, ^a
		Sig. (bilateral)	,000		,000	.
		N	45	45	45	45
	IDARE-R	Correlación de Pearson	,792 ^{**}	,800 ^{**}	1	, ^a
		Sig. (bilateral)	,000	,000		.
		N	45	45	45	45
Masculino	BECK-II	Correlación de Pearson	1	,538	,511	, ^a
		Sig. (bilateral)		,058	,074	.
		N	13	13	13	13
	IDARE-E	Correlación de Pearson	,538	1	,604 [*]	, ^a
		Sig. (bilateral)	,058		,029	.
		N	13	13	13	13
	IDARE-R	Correlación de Pearson	,511	,604 [*]	1	, ^a
		Sig. (bilateral)	,074	,029		.
		N	13	13	13	13