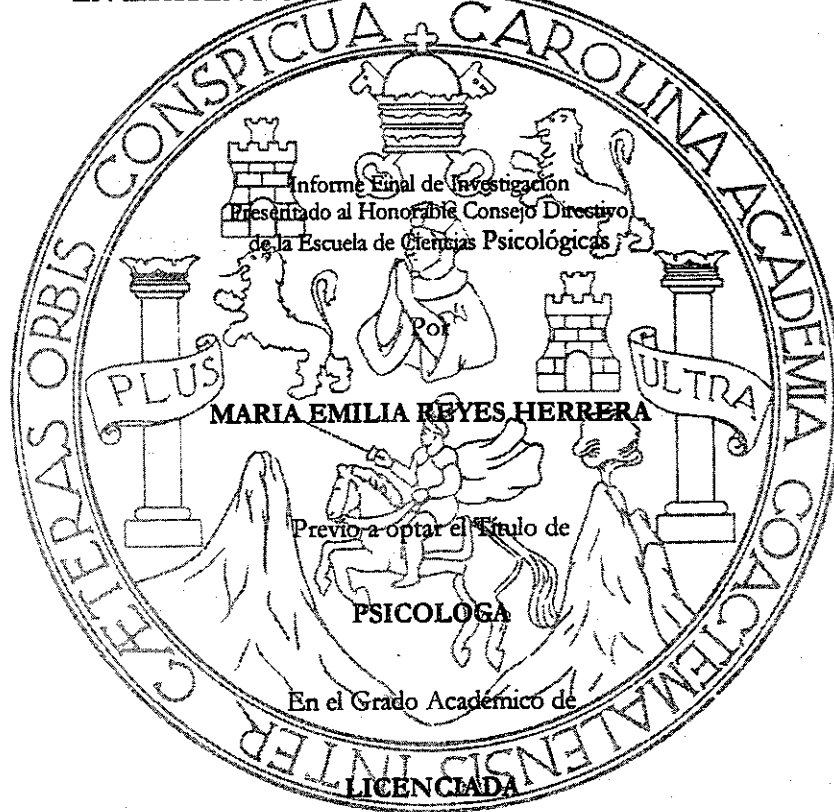


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LA ANSIEDAD DE LA
ENFERMERA AUXILIAR Y SU RELACION CON EL DETERIORO
EN LA ATENCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO”**



Guatemala, Mayo de 1,999.

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejia
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS





ESCUELA DE
PSICOLÓGICAS
Universidad de San Carlos, Zona 13
C.A. 4760985, ext. 490-1
FAX. 4767219, fax 4769914
SACF@UCS-GUATEMALA.GU
CALLE CENTRO AMÉRICA

cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 1141-95

CODIPs. 574-99

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
INVESTIGACION

Mayo 19 de 1999

Señorita Estudiante
María Emilia Reyes Herrera
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO NOVENO (19o.) del Acta VEINTIUNO NOVENTA Y NUEVE (21-99) de Consejo Directivo, de fecha 11 de mayo del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LA ANSIEDAD DE LA ENFERMERA AUXILIAR Y SU RELACION CON EL DETERIORO EN LA ATENCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

MARIA EMILIA REYES HERRERA

CARNET No. 84-17010

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Mario Antonio Siliézar Barrios y revisado por la Licenciada Edith Ríos de Maldonado.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA

/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

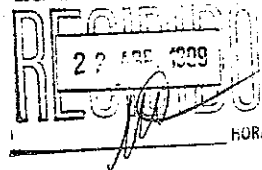


CIEPS. 21/99
REG. 1141/95

Guatemala, 20 de abril de 1999

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS

INFORME FINAL



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
C/ Ciudad Universitaria, Zona 13
07090-4, 070905, tel. 4921
476991, 4767218, fax 4769914
M: USACPSIC@oda.g
MALA, CENTRO AMÉRICA

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que la Licenciada Edith Rios de Maldonado, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LA ANSIEDAD DE LA ENFERMERA AUXILIAR Y SU RELACION CON EL DETERIORO EN LA ATENCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

CARNE No.

MARIA EMILIA REYES HERRERA

84-17010

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente.

FEDE y ENSEÑAR A TODOS"

Edith Rios de Maldonado
LICD. EDITH RIOS DE MALLDONADO
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

c.c. Archivo
Docente Revisora



" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

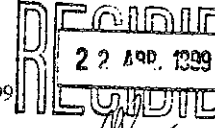




ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Calle 14-9 Ciudad Universitaria, Zona 13
Tel: 4766772-4, 4760883, ext. 498-3
Fax: 4766993, 4767210, ext. 4768994
e Mail: USACPSYC@uds.gi
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

CIEPs. 22/99

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Guatemala.
20 de abril de 1999

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
EDIFICIO

LICENCIADA DE MALDONADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LA ANSIEDAD DE LA ENFERMERA AUXILIAR Y SU RELACION CON EL DETERIORO EN LA ATENCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

CARNE No.

MARIA EMILIA REYES HERRERA

84-17010

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Edith Rios de Maldonado
LICDA EDITH RIOS DE MALDONADO
DOCENTE REVISORA

C.C. Archivo
Docente Revisor/a
ERDM/edr



" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
11-9 Ciudad Universitaria, Zona 12
7607700-4, 4760983, ext. 490-1
4769952, 4767219, fax 4769914
C.A.B. USAC/PSIC/Univ. de
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala, 28 de Agosto de 1998

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Honorables Miembros:

Por este medio hago constar que he tenido a la vista el trabajo de investigación titulado:

"TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE LA ANSIEDAD DE LA ENFERMERA AUXILIAR Y SU RELACION CON EL DETERIORO EN LA ATENCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO"

Realizado por la estudiante María Emilia Reyes Herrera, carnet 8417010, previo a obtener el título de Psicólogo en el grado de licenciado. El informe final en mención llena los requerimientos metodológicos básicos. Por lo que doy mi aprobación en calidad de asesor. Asesor según V.o.B.o de la Licenciada Edith Rios de Maldonado, Coordinadora del Departamento de Investigación en Psicología a solicitud de la estudiante. Para su trámite y emmiendas formales pertinentes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. MARIO A. SILIEZAR BARRIOS
PSICOLOGO
COLEGIADO No. 2356

Lic. Mario Antonio Siliézar Barrios
Colegiado 2356





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Instituto Universitario, Zona 12
C-4, 4760965, tel. 498-1
FAX: 4762119, tel. 4769914
JSA@PSIC@uca.g
A. CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 1141-95

CODIPs. 520-98

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

Agosto 12 de 1998

Estudiante

María Emilia Reyes Herrera
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto CUARTO (4o.) del Acta VEINTIDOS NOVENTA Y OCHO (22-98) de Consejo Directivo, de fecha 17 de junio del año en curso, que copiado literalmente dice:

"CUARTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE LA ANSIEDAD DE LA ENFERMERA AUXILIAR Y SU RELACION CON EL DETERIORO EN LA ATENCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

MARIA EMILIA REYES HERRERA

CARNET NO. 84-17010

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesora a la Licenciada Guadalupe López Gamboa."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce A.C.
SECRETARIA



/Rosy



ACTO QUE DEDICO

- A: DIOS
Por haberme iluminado y permitirme alcanzar esta meta.
- A: VIRGEN MARIA
Por haberme llenado de fe y esperanza en todo momento.
- A: MIS HIJOS
José Alberto Ovalle Reyes
Mario Rafael Ovalle Reyes
Amanda Emilia Rossana Ovalle de Contreras
Lesvia Urbina de Ovalle
Víctor Hugo Contreras
- A: MIS NIETOS, MUY ESPECIALMENTE
Mario Alberto Francisco Ovalle Urbina
Brandon Steven Contreras Ovalle
Con todo mi amor.
- A: MI FAMILIA EN GENERAL
- A: TODAS MIS COMPAÑERAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ACCIDENTES IGSS. 7/19
- A: LA AUXILIAR DE ENFERMERIA
- A: USTED ESPECIALMENTE

AGRADECIMIENTO

- A: La Universidad de San Carlos de Guatemala
La Escuela de Ciencias Psicológicas
Por los conocimientos adquiridos.
- A: Licenciada Edith Ríos de Maldonado
Por su valiosa orientación y comprensión que me brindó.
- A: Licenciado Mario Antonio Siliézar Barrios
Por su valiosa asesoría, orientación y comprensión en la
realización de esta investigación.
- A: Hospital General de Accidentes IGSS
En especial al Personal Auxiliar de Enfermería
Por su colaboración, confianza y ayuda en el desarrollo
de la presente investigación, que sin duda redundará en
beneficio de los pacientes y del Personal de Enfermería.

PADRINOS DE GRADUACION

Licenciada Irma Yolanda de Avilés

Doctor Franklin Morales Bravati

Doctor Jorge Fernando Ponce Asturias

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La presente investigación fue realizada con personal femenino que labora como enfermeras auxiliares en el Hospital General de Accidentes IGSS, 7/19.

Durante la visita a los pacientes hospitalizados hemos escuchados algunas veces expresiones de inconformidad y quejas por parte de los pacientes, con relación a la atención que reciben del personal de enfermería. Esto termina por crear malas relaciones interpersonales, que conllevan efectos negativos en el proceso de recuperación de su enfermedad; razón por la que se convierte en un problema que debe ser investigado, no sólo por el deterioro que se produce en la relación paciente-enfermera, sino por diversos efectos que trascienden a la salud y a la dinámica de dicha relación.

La investigación de campo se llevó a cabo con una muestra de cincuenta auxiliares de enfermería, tomadas al azar sin importar la edad ni el estado civil. Como instrumentos, se utilizaron: la observación directa, además de la aplicación de las pruebas de medición de ansiedad, STAI-82 y la de depresión del Dr. William Zung. Se trabajó con el fin de comprobar si existe o no la presencia del estado de ánimo y de ansiedad y el deterioro que ambos provocan con relación a la atención del paciente hospitalizado. Con esta investigación se

persigue contribuir con la institución para que busquen la manera de apoyar para solventar dicho problema, para el desenvolvimiento laboral deseado.

La enfermera auxiliar es quien más contacto tiene con el paciente hospitalizado ya que es la encargada de realizar todas aquellas tareas relacionadas con la alimentación, limpieza e higiene del paciente; le ayuda a satisfacer sus necesidades fisiológicas cuando éste se encuentra incapacitado para hacerlo solo. Todo esto hace que la relación humana con el paciente, a través de la atención paramédica que corresponde, sea muy estrecha; más que las de cualquier profesional médico o técnico hospitalario.

Corresponde, entonces, al auxiliar de enfermería mantener una comunicación cotidiana y constante con el paciente. A veces es con quien mayormente se comunica para compartir su dolor físico y psíquico en el lecho de enfermo. La enfermera se convierte en el pilar de apoyo y paño de lágrimas de los enfermos.

Sin embargo, algunas veces como se ha observado en el Hospital General de Accidentes del IGSS, la relación de la auxiliar de enfermería con el paciente se vuelve hostil y hasta agresiva, lo que deteriora los vínculos de afectividad entre ella y el paciente. Muchas veces, los pacientes, son ignorados; no son atendidos y, mucho menos, se entabla una relación de comprensión y tolerancia. Esta situación promueve la queja y acusación del paciente por no ser bien entendido por el personal auxiliar de enfermería.

Es ese deterioro de las relaciones humanas entre el auxiliar de enfermería y el paciente, el que consideramos debe ser investigado con la finalidad de buscar soluciones, ya que afecta la vida diaria no sólo del paciente sino también del trabajador auxiliar de enfermería.

Es importante considerar que, el auxiliar de enfermería además de las funciones y responsabilidades directas con el paciente, debe atender otras ocupaciones tales como: preparación del material y equipo, control de temperatura y presión arterial, así como las largas horas de trabajo, sobrecarga laboral, rotación de turnos, mañana, tarde y noche, fin de semana y días festivos. Todo esto se duplica muchas veces porque para satisfacer las necesidades de su familia, debe emplearse en otra institución.

Esta sobrecarga laboral constante, provoca en el auxiliar de enfermería: tensión, estrés, frustración, angustia y tristeza, lo cual consideramos incide directamente en el apareamiento de trastornos de ansiedad y luego, trastornos depresivos los cuales coexisten sin que la auxiliar de enfermería u otra persona, tomen conciencia de la importancia de su tratamiento.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Establecer la relación existente entre el deterioro en la atención d paciente hospitalizado y el padecimiento de trastornos depresivos y de ansiedad del personal auxiliar de enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la incidencia de los diferentes trastornos del estado de ánimo y de ansiedad del personal auxiliar de enfermería.
- Conocer los rasgos de ansiedad y depresión más relevantes del personal de enfermería, así como la relación que estos pueden tener con el deterioro con la atención del paciente hospitalizado.
- Proporcionar atención psicológica integral y psicoterapéutica, a las auxiliares de enfermería del Hospital General de Accidentes del IGSS, que lo requieran.

1.4 MARCO TEORICO

La investigación psicológica es de vital importancia en todas aquellas instituciones donde trabajan grupos humanos, especialmente cuando está

destinada a conocerlos mejor, para ayudar de manera más efectiva en el buen desempeño de sus atribuciones.

En la actualidad son muchas las empresas que toman en cuenta condiciones psicológicas de su personal para obtener un mayor éxito en sus actividades. Ello incluye, desde la selección del trabajador hasta el seguimiento dentro de la institución. La experiencia, sin duda alguna, ha enseñado que el elemento humano es complejo, imprescindible y, además, su satisfacción depende, en gran medida, de la calidad de su trabajo.

Hasta hoy, especialmente en Guatemala, este tipo de investigación la realizan las empresas con el fin de aumentar su producción y, consecuentemente, sus ganancias. Cuando los beneficios económicos de la empresa no están de por medio, el auxilio que puede prestar la psicología al trabajador es completamente ignorado. No existe ningún programa de incentivos que motive al trabajador a superarse, lo cual se agrava cuando los resultados del trabajador solo se ven a largo plazo. Toda actividad que tiende a fomentar la salud mental del empleado, redundará en un incremento de energía que aumenta la capacidad de trabajo.

¿CÓMO SE REFLEJAN Y SE EXPRESAN LOS FENOMENOS PSICOLÓGICOS EN EL TRABAJO?

Algunos de los indicadores de estos fenómenos son los siguientes: cuando ya no hay sentido de responsabilidad; cuando no se controlan las alteraciones



emocionales y los malos impulsos; cuando no hay sentido de compañerismo cuando no se evitan los complejos de inferioridad; cuando ya no es comprensivo y comunicativo; cuando ya no hay respeto hacia sí mismo; cuando hay falta de percepción del individuo como ser humano y, cuando se comunica, pero no se relacionan, etc.

PERTURBACIONES PSICOLÓGICAS Y ASPECTOS OCUPACIONALES:

Existe una estrecha relación entre las condiciones anímicas y la capacidad de trabajo. De igual manera que las perturbaciones mentales inciden sobre la capacidad de trabajo, las condiciones de trabajo inadecuadas, pueden afectar el equilibrio mental. Se puede enfocar el problema desde dos ángulos:

- Las fuentes de tensión en el lugar de trabajo que conducen a las alteraciones de la condición anímica del trabajador y su influencia sobre la capacidad de trabajo.
- Las fuentes de tensión fuera del lugar de trabajo que conducen a la alteración de la condición anímica y que provocan una reducción en la capacidad de trabajo del individuo.

Estas fuentes de tensión del trabajo, se pueden dividir en tres categorías principales: ¹

1. Condiciones Objetivas Dificiles:

Cuando el lugar de vivienda está alejado del lugar de trabajo y existen a diario, dificultades en el transporte, se producen alteraciones anímicas, aún antes de llegar al lugar de trabajo.

Cuando el trabajo se efectúa en un medio inadecuado, como por ejemplo: ruido excesivo, calor insoportable, etc.

También puede influir sobre el equilibrio mental las horas incómodas de trabajo, con rotaciones frecuentes de turnos diurnos y nocturnos, en fines de semana y días festivos.

2. Tensiones Interpersonales:

En el lugar de trabajo, el empleado está generalmente en compañía de otras personas, sin identidad y controlado por colegas y jefes. El empleado debe adaptarse a sus compañeros y aceptar la autoridad de su jefe, que no siempre toma en cuenta su disposición de ánimo. El trabajador puede

Spielberger, Charles. TENSION Y ANSIEDAD. México, 1980. Pag. 127

frustrarse ante demandas exageradas y excesiva carga de trabajo que, a su juicio, está fuera de los límites de su capacidad.

Otro problema, es la sensación de injusticia cuando no se valora su esfuerzo e iniciativa.

Otros factores, menos comunes, es la sensación de la dependencia de lugar de trabajo y el temor a ser despedido.

3. Dificultad de Origen Intrapersonal:

En éste último grupo se incluyen: la falta de seguridad en términos generales y la falta de capacidad vocacional; dificultades en la aceptación de autoridad por jerarquía; aspiraciones de éxito, más allá de la capacidad, y que a su vez, provoca celos; falta de iniciativa, inadaptación, falta de concentración y de memoria. Todos estos factores pueden perturbar la adaptación y el éxito en el trabajador.

Cuando las presiones en el trabajo son numerosas, ya sea que su origen esté en la personalidad del individuo o fuera del trabajo, se producen resultados subjetivos y objetivos.

Entre los resultados subjetivos podemos mencionar: la tensión, el cansancio, desinterés, falta de concentración, decaimiento y mal estado de ánimo, desde que se levanta y sabe que tiene que ir al trabajo.

Entre los resultados objetivos están: la ausencia y retrasos frecuentes, conflictos con compañeros de trabajo y con jefes, descenso en la productividad y en la calidad de su trabajo y en las consultas periódicas con el médico.

FUENTES DE TENSIÓN EXTERNA Y CONDICIONES QUE AYUDAN AL APARECIMIENTO DE PERTURBACIONES ANÍMICAS:

- La edad (adolescencia, menopausia, cercanía a la vejez).
- Malas relaciones en el seno familiar.
- Pérdida de algún ser querido (por muerte o ausencia).
- Deterioro de las condiciones de salud física.
- Mala situación económica.
- Malas condiciones de vida.
- Dificultad de adaptación social y cultural en caso de inmigrantes.
- Matrimonio, nacimiento de otro hijo, familia enferma, etc.
- Accidente, robo en casa, inseguridad, etc.

Entre las quejas más frecuentes, que indican crisis anímica, encontramos:

- a. Cansancio, debilidad, insomnio, inapetencia.
- b. Malestar físico como cefaleas, dolor de estómago, extremidades, dolor de columna.
- c. Disminución de la libido.²

Para describir como es que la exposición a factores de tensión ambiental causa una disminución en el funcionamiento del trabajador y afecta la salud, es necesario comprender el concepto de sobrecarga mental. Esto se produce cuando las exigencias superan la capacidad del individuo a enfrentarse a ellas. Esta situación se presenta cuando el individuo se ve forzado a enfrentar un sinnúmero de demandas o estímulos al mismo tiempo. En un estado de sobrecarga es común el apareamiento de la ansiedad y pueden darse dos resultados:

1. El individuo desarrolla gran consecuencia en su práctica y, por lo tanto desarrolla sus actividades automáticamente.
2. El individuo ignora cierta información, olvidando aspectos, dentro de sus actividades.

LA REALIDAD DE LA MUJER GUATEMALTECA:

Un alto porcentaje de mujeres que conforman la población económicamente activa [PEA], son madres y algunas no cuentan con pareja con quien compartir obligaciones de tipo económico.

Esto se da por ser madres solteras, viudas o divorciadas y se ven obligadas a trabajar dobles jornadas y dejar a su familia para poder suplir las necesidades económicas. En todo ámbito social, se considera que la madre que trabaja, inconscientemente, priva a los hijos de cariño, atención y cuidado materno; principalmente, a los niños de edad preescolar, ya que se considera que la presencia de la madre es vital para que este proceso se desarrolle satisfactoriamente.

“El reconocimiento de la mujer como persona autónoma y responsable –dicen Pereira y Rodas- que es capaz de compaginar su doble papel de madre y de trabajadora, es un paso que la sociedad debe dar en toda la dimensión. La adaptación a este doble papel, puede facilitarse mediante la creación de programas motivacionales que aseguren la estabilidad emocional del empleado.”³

El alejamiento de la madre se hace más marcado en estos tiempos por la crisis económica que se vive. Dicha crisis, obliga a las madres a trabajar dobles jornadas, por las que su ausencia en el hogar es muy prolongada, exponiéndose a situaciones de extrema intranquilidad y ansiedad, desmejorando su salud mental.

Para tratar un fenómeno social como éste, las ciencias psicológicas, se ven conformadas por diversas temáticas, que desarrollan la capacidad del profesional

³ Pereira, María del Rosario y Norma E. Rodas. NIVELES DE ANSIEDAD EN MUJERES TRABAJADORAS, USAC. Guatemala, 1995. P. 8

de la misma, para el abordamiento de diferentes problemáticas. La capacidad de una persona, es el conjunto de disposiciones que le permiten al individuo desempeñarse con éxito en determinada actividad.

Una problemática social como lo es la ansiedad y la depresión en el empleado, merece especial atención, ya que no solamente la salud física es considerada como condición fundamental para el desenvolvimiento laboral deseado, sino que también la salud mental, es factor importante para lograr el equilibrio biopsicosocial del individuo como un ser eminentemente gregario.

El equilibrio emocional en la persona es limitante para sus expectativas de vida, así como el hecho de que factores emocionales, como la ansiedad y la depresión, sean consecuencia de insatisfacción personal.

El ser humano desde su nacimiento, se ve involucrado en una sociedad llena de valores, costumbres, creencias y tradiciones, con las cuales se llega a identificar directa o indirectamente. Cualquier alteración orgánica o emocional suele confundir la estabilidad y el equilibrio necesario para cubrir y llenar las necesidades básicas, entre ellas, las que se realizan a través del trabajo.

Según el psicólogo Abraham Maslow,⁴ las necesidades básicas del hombre dan forma a una jerarquía, que comienza en orden ascendente, de las necesidades

⁴ Maslow, Abraham. MOTIVACION. Nueva York, 1970, p. 247

inferiores hasta las superiores. Esta jerarquía demuestra las necesidades que influyen en el comportamiento humano, en el transcurso de la vida.

En orden de prioridades, las necesidades quedan de la siguiente manera:

Necesidades de autorrealización

Necesidades de estimación

Necesidades sociales

Necesidades de seguridad

Necesidades fisiológicas

Necesidades fisiológicas: aire, comida, reposo, abrigo, etc.

Necesidades de seguridad: protección contra el peligro.

Necesidades sociales: de identificación o aceptación por parte de otros, amistad o ingreso a grupos, etc.

Necesidades de estimación: una vez que las personas comienzan a satisfacer sus necesidades de pertenencia, tienden a desear estimarse ellos



mismos y que otras personas los estimen. Da satisfacción como poder, prestigio y confianza en sí mismos.

Necesidades de autorealización: es el deseo de convertirse en lo que cada quien es capaz de convertirse, de maximizar el propio potencial y lograr algo especial a través del trabajo.

Clayton,⁵ otro de los máximos exponentes de las necesidades básicas del hombre, reduce las necesidades de Maslow únicamente a tres:

Necesidades de existencia

Necesidades de relación y,

Necesidades de crecimiento

Las necesidades de existencia, incluyen todas las diversas formas de deseos materiales y fisiológicos tales como el alimento, agua, remuneración y buenas condiciones de trabajo,

Las necesidades de relación, son las que implican relaciones con la gente ya sea familia, supervisores, amigos o enemigos.

⁵ Clayton, Aldefer. TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN, Nueva York, 1972. P. 249

Necesidades de crecimiento, son las que impulsan a una persona a tener influencias creativas y productivas, sobre sí misma, o sobre el medio ambiente.⁶

Basándonos en estas teorías, observamos que ambas están encaminadas a solventar una serie de necesidades para el buen vivir del ser humano, tanto física como emocionalmente. De esa forma, definitivamente, estas necesidades serán satisfechas si hay una autorealización, según Maslow, o una existencia según Clayton, ya que son las dos necesidades en las cuales se incluye el trabajo.

Las personas que de una u otra manera tienen un bloqueo para cumplir con su trabajo y así satisfacer su necesidad de autorealización o de existencia, se ven afectadas en su estabilidad emocional, y es aquí cuando presentan señales de alerta, al inicio de cualquier cuadro patológico, el cual bloquea cualquier actividad que realizan.

DEPRESION

La depresión, es un área de los trastornos afectivos donde las presiones de la vida diaria, ya sean sociales, familiares, económica o de trabajo, tienen mucha importancia en su desencadeamiento.

⁶ Clayton, Aldefer. TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN, Nueva York, 1972. P. 250

Ha sido definida de múltiples maneras. Kolb la define como un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde el abatimiento ligero, o sentimiento de indiferencia, hasta la desesperación.

La depresión se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de estos que tienen ciertos rasgos en común.

En cuanto a los síntomas, la depresión describe un tono afectivo de tristeza, acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. Todas las facetas de la vida: emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas.⁷

SENSACIONES REFERIDAS POR EL PACIENTE:

“Los sentimientos de insuficiencia y tristeza son prácticamente constantes en todo estado depresivo. La persona se siente incapaz de terminar tareas relativamente sencillas, en las que antes se desempeñaba de manera adecuada. También sus capacidades para afrontar las situaciones de la vida cotidiana están reducidas. Cada cosa, cada situación, representa para la persona, un peso difícilmente superable. Se siente apático, vacío, débil, fatigado, ineficiente, incapaz de iniciar y hacer cualquier cosa”.⁸

⁷ Kolb, Lawrence C. PSQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA, México, 1977. P. 137

⁸ Pancheri, Paolo. Op.Cit. p. 39

La evaluación angustiosa del propio pasado, aparece frecuentemente en las sensaciones referidas por el paciente. La vida pasada, es vista solamente a la luz de sus verdaderos o presuntos aspectos negativos; insignificancias particulares de ésta, son ampliadas y dramatizadas de manera pesimista, al extremo de llegar a desarrollar sentimientos de culpabilidad con base a hechos o acontecimientos pasados, objetivamente irrelevantes.

El paciente puede llegar a culparse de situaciones no cometidas, viviendo tal situación de manera angustiosa, y llegar incluso al extremo de quitarse la vida por sentir imperdonables sus presuntas culpas.

Así como el propio pasado, es visto de manera angustiosa y culpabilizada, la vivencia de la situación presente es pesimista y peyorativamente trágica, sin posibilidades de salida. Obstáculos de todo género hacen el presente angustioso. Incluso, la persona, manifiesta una clara incapacidad para proyectarse al futuro. La pérdida de los intereses es otro dato constante.

“La persona refiere sentirse vacío, muerto internamente; sin capacidad para interesarse en algo. Las cosas y la actividad que inicialmente constituían motivos de estímulo parecen ahora insignificantes, sin ningún sentido. El trabajo, las amistades y las preocupaciones actuales se tornan vacías y frías. Por aparte, la capacidad de experimentar los afectos parece abolirse, generando la penosa sensación que los pacientes llaman: pérdida del sentimiento. Además,

diversos tipos de déficits de habilidades; dificultad de concentración; pérdida de la memoria; cansancio fácil y otras más.”⁹

SINTOMAS SOMÁTICOS

El trastorno más constante es el insomnio. En los casos más graves, es total. En otros, se manifiesta dificultad para dormir o con despertar precoz, con sueño interrumpido, discontinuo e irregular, acompañado de sueños con contenido angustioso o terrorífico. No obstante, hay que tener en cuenta ciertas formas de depresión y en un limitado número de casos, el paciente, puede presentar un comportamiento opuesto durmiendo más de lo normal, incluso durante el día.

También es frecuente la reducción del apetito. El paciente come poco, con disgusto y de manera irregular. Con frecuencia, los pacientes deprimidos presentan notables trastornos del aparato digestivo, siendo el estreñimiento el síntoma más frecuente.

Son frecuentes los trastornos de la esfera sexual: en la mujer son evidentes las irregularidades del ciclo menstrual (dismenorrea, oligomenorrea, amenorrea) y la disminución del impulso sexual.

⁹ Pancheri, Paolo. Op. Cit. P 40

Menos frecuentemente se encuentran las irregularidades en el aparato cardiocirculatorio (taquicardia, sensación de opresión en el área precordial, etc.)

EL RIESGO DEL SUICIDIO:

En todas las formas de depresión dice -Pancheri- que debe tenerse presente el riesgo de suicidio, como consecuencia obvia de los sentimientos de culpa que experimenta el enfermo deprimido, o más generalmente de los sentimientos de vacío afectivo, de inutilidad y de impotencia.

Desde luego, existe una graduación de intensidad en la manera como se pueden manifestar los impulsos suicidas:

1. En la primera fase, el paciente se limita a pensar que la muerte podría ser una liberación de sus sufrimientos, pero no piensa en quitarse la vida espontáneamente.
2. En la segunda fase, el paciente empieza a pensar con insistencia en la posibilidad de quitarse la vida, piensa en los métodos con que llegaría a realizar su propósito, pero es detenido por algunos pensamientos particulares al tratar de realizarlo; por ejemplo, el pensamiento de los hijos, o una fe religiosa que prohíba el suicidio.
3. En la tercera fase, ningún pensamiento ni ninguna consideración detienen al paciente a realizar sus propósitos, el pensamiento de matarse se torna

obsesionante hasta el punto de impulsarlo a actuar lúcidamente de modo que evita toda intervención externa que lo impida.

Con fines diagnósticos puede ser muy importante distinguir las tentativas "verdaderas" de las tentativas "demostrativas", aunque en ambas se encuentra una común base depresiva.¹⁰

NEUROSIS:

La neurosis son enfermedades de la personalidad, caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales producen una perturbación del equilibrio interior, alteración de su sistema de la realidad. A estas reacciones neuropáticas constituye las formas mentales crónicas "menores", es decir: que son menos profundas de las psicosis (delirios crónicos y esquizofrénicos).

La fisonomía clínica viene caracterizada por:

Síntomas neuróticos que son trastornos de conducta, de sentimientos o de ideas que manifiestan una defensa contra la angustia y que constituye, una relación con el conflicto interno.¹¹

¹⁰ Pancheri, Paolo. Op. Cit. P. 41

¹¹ Ey, Henry. TRATADO DE PSIQUIATRÍA, Barcelona; Toray-Masson, E:A. 1996, p. 237

Por el carácter neurótico del YO; éste, a través de la identificación consigo mismo, no puede encontrar buenas relaciones interpersonales ni un equilibrio interior satisfactorio.

El término neurosis es muy antiguo (Cullen, 1710-1790), tomó en medicina, el sentido de enfermedad funcional en relación a la enfermedad orgánica, después el del trastorno sicógeno.

Psicosis o neurosis términos que se deben diferenciar.

La neurosis se produce cuando hay un conflicto y la búsqueda de satisfacción de las necesidades internas y las exigencias externas en la vida de la persona.

Crisis de Melancolía. Son estados de depresión intensa vivenciada con un sentimiento de dolor moral, caracterizado por elentecimiento e inhibición de las funciones psíquicas y psicomotoras.

El estado melancólico se inicia generalmente con bastante lentitud. Durante semanas (y a veces meses), la persona refiere una cierta astenia, cefalea, dificultad para el trabajo, falta de gusto e interés por todo, y en especial insomnio que agrava progresivamente. Se torna preocupado, su humor es sombrío, tiene dificultad para expresar su dolor moral.

La persona se queja siempre de un estado de tristeza profunda, sien culpabilidad y vergüenza. La hipocondría, el temor y el deseo a la vez de enfermedad. Es constante el rechazo de alimento, no sólo busca abandonarse la muerte, sino también inferirsela. El suicidio llega hacerse obsesiv imaginado, deseado y buscado. Se le considera a la vez como una obligación, u castigo y una solución.

El acceso puede sobrevenir sin causa ni ocasión aparente. Sin embarg con frecuencia se encuentran causas desencadenantes que revelan la personalidad maniaco depresiva. Desarrollándose frecuentemente después de un shock emocional, infidelidad conyugal, sentimiento de abandono, frustración, etc.¹²

Depresión psicótica o Bipolar. Esta clase de pacientes experiment depresión como algo que le aflige desde el exterior, retardándole e interfiriend sus procesos de pensamiento y su entusiasmo.

Los síndromes depresivos psicóticos, especialmente de tipo involutivo, s subclasifican como: agitados y retardados. El paciente da una impresión d ansiedad intensa pero los rasgos de su cara y contenido de sus pensamiento revelan su depresión. El paciente retardado muestra inhibición de la actividad motora que podrá progresar hasta llegar al estupor.¹³

¹² Hey, Henry Bernard op. Cit. P. 243

¹³ Mackinnon, Roger/Robert, Michels. PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA. México, Interamericana 1995, p 162

Depresión Neurótica:

La pena o tristeza normales son respuestas emocionales apropiadas a una pérdida externa reconocida conscientemente. Cuando la pérdida causa depresión Neurótica, supera la pena normal en intensidad y duración, o en ambos componentes, en desproporción a la pérdida.

El manual diagnóstico de la asociación psiquiátrica norteamericana sugiere diferenciar las depresiones neuróticas de la psicológicas con la siguiente base:

- Antecedente de la vida del sujeto: con referencia especial a las oscilaciones en su estado de ánimo (característico de reacciones psicóticas), estructura de la responsabilidad y factores precipitantes ambientales.
- Ausencia de síntomas que indiquen gravedad preocupación hipocondríaca, falsas percepciones somáticas, alucinaciones, sentimientos de culpa, insomnio excesivo, ideas repetitivas de suicidio.¹⁴

El paciente deprimido neurótico sigue actuando en el mundo real y sus sentimientos depresivos son apropiados a los precipitantes externos moderados. El precipitante más común de las depresiones, es la pérdida del objeto amado; o, la separación de una persona querida. En otros casos se trata de una pérdida psicológica interna, resultante de ser rechazado.



Cualquiera que sea la causa inmediata, la depresión se caracteriza por una pérdida de la autoestima.

Así mismo, tienden a experimentar un mayor deterioro en su relación con la realidad; sus quejas hipocondríacas, son mayores; trastornos del sueño caracterizado por dificultad en conciliar el sueño y despertar a tempranas horas de la mañana. Su estado de ánimo presenta una variación diurna que se caracteriza por sentirse peor por la mañana y mejor por la tarde o al anochecer. Además este estado de ánimo no responde a sucesos agradables ni al afecto.

LA ANSIEDAD COMO SÍNTOMA DE LA DEPRESIÓN:

La ansiedad es un estado de angustia mental. Es una característica de todos los comportamientos patológicos del individuo, los cuales están acompañados por experiencias y manifestaciones visibles de la ansiedad. En algunos casos, la ansiedad representa el único elemento patológico observable, y entonces, puede considerarse como una entidad suficientemente individualizada (neurosis de ansiedad), mientras que en otros casos, es sólo uno más de los numerosos síntomas representados por la persona.

¹⁴ Kolb, Lawrence C. Op. Cit.p. 490

La ansiedad, se manifiesta de diferente manera en cada persona; en ocasiones basta tan solo con un síntoma para suponer un estado de ansiedad y un examen más profundo permitirá, generalmente, descubrir la presencia y también de las otras alteraciones. Tal grupo de síntomas está constituido por:

- a) Trastornos somáticos
- b) Trastornos psíquicos
- c) Trastornos conductuales.¹⁵

Trastornos Somáticos: -según Pancheri-, son provocados por causas emocionales que pueden aparecer de manera aguda, bruscamente o estar presentes de modo constante, con período de reactivación que puede ser en ocasiones tan grave como para inhabilitar a la persona.

Los síntomas cardiovasculares son los más frecuentes: taquicardia, hipertensión arterial, pulso irregular, palpitaciones, mareo, desfallecimiento, falta de aire o ahogo, etc.

Los trastornos respiratorios son también bastante frecuentes: crisis disneicas, sensación de falta de aire o de ahogo, dolor pectoral, tos rebelde, etc.

¹⁵ Pancheri, Paolo. Manual de psiquiatría clínica; México, editorial Trillas, 1987. P. 32

Los síntomas gastrointestinales están representados por trastornos hipogástricos, sensación de vacío en el estómago, náuseas, vómitos, sequedad bucal, agruras, etc.

Los síntomas genitourinarios pueden ser polaquiuria, impotencia transitoria, trastornos del ciclo menstrual.

Trastornos psíquicos. La sensación de peligro - dice Pancheri - en las personas ansiosas se siente "como si" se encontraran en una situación de peligro inminente. "Me siento como si me fuera a ocurrir algo de un momento a otro pero no sé qué..." es una de las expresiones más frecuentes referidas por las personas ansiosas.

La sensación del malestar que provoca la ansiedad, es en ocasiones tan intensa como para sobreponerse a los trastornos físicos confundiendo con ellos, de manera que, es difícil distinguir hasta qué punto es desagradable la impresión de temor, de peligro o de amenaza y hasta qué punto depende de los propios trastornos físicos.

Las preocupaciones inmotivadas: Estas tienen que ver en primer lugar con la propia salud y con todos los hechos y las personas que de alguna manera están en relación con la persona, como la familia, los afectos y el trabajo, etc.

En la ansiedad es típica la reducción de las habilidades de rendimiento de que se queja la persona. La dificultad de concentración, la incapacidad de permanecer por largo tiempo realizando una tarea; y los diversos trastornos de la memoria, los más frecuentes son los del plano práctico, la disminución de la capacidad para atender las ocupaciones de la vida diaria, sobre todo en el campo laboral.

Trastornos Conductuales: Existen algunos rasgos conductuales observables que hacen suponer la presencia de un estado de ansiedad, aunque no exista una comunicación verbal con la persona. Ante todo -argumenta Pancheri- la inquietud motora, no deja que la persona mantenga la misma posición por largo tiempo; está inquieto, generalmente se tuerce las manos, se muerde las uñas, o se lastima los labios con los dientes. En ocasiones, tiene movimientos mímicos estereotipados o tics.

La irritabilidad, en los estados de ansiedad, puede provocar reacciones agresivas desproporcionadas.

Las perturbaciones del sueño acompañan, con notable frecuencia, a los estados ansiosos: generalmente tienen dificultad para iniciar el sueño, despertar precoz, hasta llegar al insomnio. Además, la mayoría de los sueños son de contenido angustioso o terroríficos

Trastornos de alimentación: Estos pueden ser de origen de dos comportamientos opuestos: inapetencia o rechazo del alimento o bulimia (alimentación excesiva).

Causas de la ansiedad: cada vez que el individuo es atacado por cualquier situación, en mayor o menor medida, se coloca en una situación de acciones de agresión o defensa, ante el peligro sintiendo miedo y se coloca ante la amenaza. Según Pancheri, la ansiedad es una señal de peligro y al mismo tiempo, una reacción de defensa que puede asumir en cierta circunstancia un significado patológico por cuanto se refuerza continuamente.

Estos trastornos depresivos y de ansiedad, pueden traer como consecuencia, problemas de adaptación en las áreas familiar, laboral y social. Es muy común que la ansiedad y la depresión repercutan en el desempeño de las diferentes actividades del individuo, entre ellas: la enfermera que es la población que nos interesa.

La profesión de Enfermera, exige mantener una excelente salud mental, la cual se conceptualiza como estado de ajuste favorable, que presupone características mentales y personales.

Esta profesión, también exige vocación y entrega total para la deseada recuperación del paciente. Para ello, debe laborar conjuntamente con un grupo multidisciplinario con el cual llevará una secuencia lógica de los diferentes

procedimientos requeridos para lograr el objetivo principal como es la salud física del paciente.

La enfermera deberá estar en sus labores con turnos rotativos de mañana, tarde y noche, especialmente incluyendo fines de semana y días festivos. De lo anterior se desprende que es muy poco el tiempo que dispone para estar con su familia, lo que le crea ansiedad y depresión, siendo esto motivo para que además, se genere mal humor y distracción, lo que conlleva a malas relaciones interpersonales, que a su vez afectan al paciente, quien sentirá esa negatividad y desconfianza hacia la enfermera.

SALUD MENTAL

La salud mental, se puede definir como el ajuste del individuo en sí mismo, y al mundo total como el máximo de efectividad, satisfacción, regocijo y, aceptación social; con capacidad para afrontar y aceptar las realidades de la vida.

La concepción del hombre se levanta hasta su particular dimensión de un hombre concreto que responde a pautas propias y variables históricamente. Si esta dimensión cultural, alcanza a todos los aspectos de la vida de este hombre,

unido a su medio social ¿Serán también relativos y cambiantes -cultural históricamente- los conceptos de salud mental?¹⁶

Hoy en la mayor parte del mundo, la enfermedad mental, ocupa un lugar dentro del panorama médico-sociológico-psicológico.

Existen muchos criterios respecto a salud mental y enfermedad mental, observa las diferencias existentes en los distintos pueblos, tanto en la forma de vida, como en todos los conceptos sociales. No existe una sociedad normal, sino muchas, cada una con líneas generales que nos apuntan al conformismo o a una adaptación que plantea lo que considera que el hombre debiera ser, más que lo que realmente puede ser, bordeado de buenas intenciones o directamente de una autonomía.

En tanto el hombre actúe y evolucione en un marco social, cualquier definición de salud mental sólo puede referirse al marco social y tal período histórico. Lo contrario implica a más de lo anunciado en la estadística de salud mental del hombre, y esto es también ideología.

Las relaciones sociales que determinan la economía actual bajo las formas de la competencia, de la explotación, las guerras imperialistas y la lucha de clases, ofrecen al hombre una experiencia de su medio humano, acosado sin cesar por la contradicción. En realidad, sólo en la historia podemos descubrir la

¹⁶ Guinsbong, Enrique. SOCIEDAD, SALUD Y ENFERMEDAD, México, 1961. P. 50

condiciones y admitir que la enfermedad mental implica, en las condiciones actuales, aspectos regresivos, porque nuestra sociedad ya no sabe reconocerse en su propio pasado, en su ambivalencia conflictual, porque no se puede reconocer en su presente; que implica finalmente, la existencia patológica, porque aún no se puede reconocer el sentido de su actividad y de su porvenir.

La respuesta de Foucault es que la enfermedad no solamente exige condiciones sociales e históricas, sino también condiciones psicológicas que transformen el contenido conflictual de la experiencia, las cuales tratan de adaptarse a sus condiciones de vida, a su momento histórico, etc.¹⁷

De acuerdo con el concepto estadístico, la salud sería "normal", en toda aquella persona que responda a la característica que reúnen la mayoría de las personas de la sociedad. Entonces los llamados "anormales", tienen alguna característica que los diferencia, de otros, por el solo hecho de escapar al consenso mayoritario.

Así mismo, el carácter social de un pueblo, se adapta a las necesidades del mismo. De esta forma, es fácil comprender porqué el criterio estadístico se llama adaptativo, parte de la educación de la conducta individual a las normas y valores de la sociedad.

¹⁷ Guinsong, Enrique. SOCIEDAD, SALUD Y ENFERMEDAD, México, 1961. P. 62

Además, es visible la relación que se establece entre adaptación y conformidad, ya que estar adaptado a una sociedad, es conformarse sino también condiciones psicológicas que transforman el contenido conflictual de la experiencia en forma de conflicto de reacción.

Si el mundo proyectado en la estructura del delirio aprisiona la conciencia que lo proyecta, no es que se despoja de sus posibilidades de ser; es sólo que el mundo, al alternarle su libertad, lo había consagrado a la locura. Al abrirse a un mundo delirante, la conciencia morbosa no se relaciona mediante una sujeción imaginaria, pero al sufrir la opresión real, se escapa de un mundo mórbido en el que se encuentra, pero sin reconocerla: porque la realidad no se supera escapando de ella.¹⁸

Las relaciones sociales son entonces, condiciones directas de la expresión de la patología; la enfermedad mental no puede reconocerse, ni entenderse escapando del entendimiento y funcionamiento de tales relaciones. Negar, tal condicionamiento y buscar la explicación en el interior del hombre, en el correlato ideológico de la justificación del orden social.

Cuando hay una enfermedad, el individuo no puede gobernar a nivel de sus reacciones, las contradicciones de su medio; la psicología no puede encontrarse con sus condiciones de existencia.

¹⁸ Ibid P. 64

Cuando se relaciona la enfermedad con las condiciones históricas y sociales de aparición, encontramos componentes orgánicos.

Fue Coper quien con mayor insistencia, revaloriza la categoría diagnóstica "esquizofrenia" como consecuencia del orden social —especialmente familiar— donde el enfermo es víctima expiatoria de un conflicto en su grupo primario. Es decir que la locura no está en una persona, sino en el sistema de relaciones del cual forma parte el etiquetado paciente; la esquizofrenia, es una característica de la conducta gradual perturbada. No hay esquizofrénicos individuales.

PACIENTES EN EL HOSPITAL:

Cada uno de nosotros utiliza: diferente forma de comportamiento como consecuencia del ambiente en que hallamos sido formados. Cuando una persona se enferma puede suceder que continúe utilizando las mismas formas de comportamiento o que las modifique. Las modificaciones que se presenten pueden ser la enfermedad en sí, ya que es vista como una amenaza a la seguridad y, más aún, por su vida. Este temor, siempre se experimenta en menor o mayor grado y puede suceder que las personas poco adaptadas muestren comportamiento no adecuado.

La situación se agrava más, si la persona tiene que hospitalizarse, se desorganiza su esquema propio de vida donde él conocer su casa, come en el momento que siente necesidad, está cerca de sus seres queridos, al sentir de

momento la incertidumbre de verse privado de todas estas cosas, tener que someterse a ser dirigido, al tener que cambiar sus hábitos de toda una vida; la persona puede reaccionar, con malestar, incomodidad, desaliento, frustración pudiendo llegar a un grado de dependencia total, situación que puede verse agravada si la actitud del personal es de indiferencia, de altivez o de incompreensión hacia el paciente. La llegada del paciente al hospital, es una gran oportunidad que tiene la enfermera para conocerlo como persona. Ser la llave que abre la comunicación a los demás, porque un buen recibimiento, disminuye el temor hacia lo desconocido.¹⁹

El ambiente emocional juega un papel importante para establecer un atmósfera terapéutica, en donde las personas que se relacionan con el paciente deben actuar con tranquilidad, ser sensibles a las reacciones que sus actitudes pueden provocar en ellos, con el objeto de mantener o eliminar aquellas que producen incomodidad al paciente, para no aumentar su tensión.

CARACTERIZACIÓN DE LO QUE ES UNA BUENA ENFERMERA:

Sheehy y Harmon definen a una enfermera en los siguientes términos: "una persona inteligente, de buen carácter y grata personalidad; adecuadamente formada y con el entendimiento en las técnicas de asistencia sanitaria requeridas para prestar el máximo servicio a los enfermos".²⁰

¹⁹ Santizo, Dolores. HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA. P. 5

²⁰ Sheehy, Maurice y Francis Harmon. PSICOLOGÍA PARA ENFERMERAS, 1963. P. 916

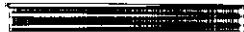
Continúan diciendo que la formación técnico profesional, es condición necesaria, pero no suficiente para un óptimo servicio. Para lograr este objetivo, se requiere además una personalidad sana y bien equilibrada, así como la capacidad para adaptarse fácilmente a situaciones nuevas y resolver los problemas que de ella se derivan. Los conocimientos serán de escaso valor si ella es mental o afectivamente inestable. Con esto concluyen describiendo éstos autores, a lo que consideran una buena enfermera.

Si una buena enfermera no posee estas cualidades, hay una merma en el rendimiento laboral lo que daría lugar a errores y condiciones para un problema de tipo legal al descubrir una mala práctica. Además de esto, depende que la empleada se sienta realizada como madre y mujer profesional.

La mezcla de roles que debe cumplir la mujer que trabaja fuera de casa, la obliga a realizar cambios fundamentales en su vida diaria y a renunciar a su autonomía y libertad personal. Al trabajar, ayuda al presupuesto familiar, pero también esto contribuye a su estrés y no alcanza a sentirse satisfecha en ninguno de los roles que desempeña. Dicha situación, la hace sentirse culpable por pasar gran tiempo fuera de casa, de manera que esto encausa una ansiedad constante.

PREMISAS

- La salud es un estado de bienestar físico, mental y social que constituye un derecho a todas las personas, cualquiera que sea su condición económica.



- La salud física y mental, son igualmente importantes para lograr un equilibrio biopsicosocial del individuo.
- La depresión y la ansiedad son alteraciones de la salud mental que se pueden manifestar por síntomas físicos.
- El diagnóstico adecuado, de la depresión y la ansiedad, conduce a conocimiento del estado en que se encuentra la salud mental de una persona.
- Es importante tomar en cuenta las condiciones de vida de la enfermera auxiliar, así como su estabilidad emocional.

1.6 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

Los trastornos depresivos y de ansiedad de la enfermera auxiliar del Hospital General de Accidentes del IGSS, inciden en el deterioro de la atención al paciente hospitalizado.

1.7 VARIABLES E INDICADORES DE LAS VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad del personal de enfermería.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Deterioro en la relación de la atención al paciente hospitalizado.

INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

Incertidumbre

Indiferencia

Mal trato verbal

Paternalismo

Desconocimiento a la dignidad del paciente

Hostilidad

INDICADORES DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

Estrés

Melancolía

Nervios

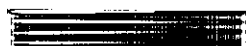
Fatiga

Angustia

Vacío

Desasosiego

Apatía





CAPITULO II

2. TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se utilizó para la selección de la muestra la técnica aleatoria, la cual estuvo integrada por 50 personas escogidas, al azar, de sexo femenino que laboran como Enfermeras Auxiliares en el Hospital General de Accidentes del IGSS 7/19.

TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.1 OBSERVACIÓN

Se realizó una observación sistemática no participativa, entendiéndose ésta como un proceso dirigido a uno o más sujetos, con la intención de obtener un conocimiento real y exacto sobre los mismos.

Durante la observación, pudimos darnos cuenta que la población objeto de estudio, manifiesta con frecuencia sensaciones somáticas como: cefalea, dolor de cuello, dolor de columna, inquietud, intranquilidad, miedo a que suceda algo terrible, fácilmente se siente cansada, débil y agotada.

La depresión y ansiedad, son indicadores que, alteran el bienestar general de la persona que la padece. Como se pudo observar en el Hospital General de Accidentes del IGSS, la relación auxiliar de enfermería -paciente, algunas veces

es hostil y hasta agresiva, lo que deteriora los vínculos de afectividad entre ella y el paciente.

Ese deterioro de las relaciones humanas conlleva a efectos que trascienden a la salud y a la dinámica de dicha relación. Para el efecto se utilizó el instrumento escala de ansiedad STAI-82 y la escala de medición de depresión del Dr. Zung.

2.2 TECNICAS EVALUATIVAS

2.2.1 MEDICIÓN DE LA DEPRESION DE ZUNG

La escala para la automedición de la Depresión de Zung, es un instrumento rápido y directo para evaluar depresión.

La escala para medir la depresión comprende una lista de 20 preguntas auto-reportables. Cada pregunta se refiere a una característica específica y común de la depresión, sin importar la etiología. Los 20 ítems esbozan de manera comprensiva, los síntomas ampliamente reconocidos como desórdenes de la depresión. Abarcan tres áreas importantes y características: afectiva (dos ítems), biológico (ocho ítems) y, psicológico (diez ítems).

A un lado de las preguntas aparecen cuatro columnas, o sean cuatro alternativas que dicen: Muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente.

Se da a la persona el listado de preguntas y, se le pide que ponga una X en el cuadro más aplicable a su caso, en el momento de aplicar la prueba.

Para obtener la medición de la depresión de la persona, se coloca la escala terminada bajo la clave, para hacer la calificación, y se escribe en el margen el valor indicado de cada ítem, y luego se suma esta calificación básica que se convierte en un índice basado en 100. De tal manera, según la escala, un índice bajo indica poca o ninguna depresión, mientras que un índice alto señala una depresión de significación clínica.

INTERPRETACION DE LAS CLASIFICACIONES ZUNG Y OTROS DESORDENES EMOCIONALES:

La depresión se presenta como una enfermedad y como un síntoma de otras enfermedades, ya sean emocionales o físicas. Sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar en cuenta el diagnóstico. En consecuencia, las calificaciones altas son indicadores de la presencia de síntomas que pueden tener importancia clínica. La tabla muestra las mediciones de depresión AMD, obtenidas con controles normales y con personas



a las que se había diagnosticado depresión, reacción de ansiedad y desórdenes de la personalidad.

TABLA DE RESULTADOS:

INTENSIDAD DE LA DEPRESION ESTANDAR	PUNTUACION
Normal	20-34
Reacción	35-41
Reacción de ajuste transitoria	42-49
Depresión Leve	50-58
Depresión Intensa	59-67
Depresión Muy Intensa	68-80

2.2.2 STAI-82

El inventario Autoevaluativo de la Ansiedad, cuyas siglas originales adaptadas son -STAI-, es una traducción para Guatemala, que constituye una prueba clínica para ser empleada como instrumento en el campo psicológico, así como en trabajos de investigación con diversas personas.

El STAI, se compone de dos escalas distintas: SE = ansiedad estado y SR = ansiedad rasgo. Cada una presenta veinte elementos de cuatro alternativas por cada uno. La persona ha de definirse en algunas de estas alternativas en cada elemento.

ESCALA ANSIEDAD-ESTADO (SE):

Mide la ansiedad en la persona como situación del aquí y ahora; transitoria, crítica y episódica, con una prolongación muy variable. La ansiedad así como la concebimos; se presenta como una situación o condición emocional del hombre, impregnada de sentimientos tensionales, característicos, inquietud consciente y activa.

Este estado acostumbra a fluctuar con el tiempo, tanto en ansiedad, como en aspectos cualitativos, que se dan en algunos casos en el carácter patológico. Esta escala se utilizó como criterio de la atención de las enfermeras auxiliares hacia los pacientes hospitalizados.

La ansiedad estado, como energía dinámica, que alude al proceso empírico reactivo, que se realiza en un momento dado y en grado determinado de intensidad de cada persona y la circunstancia que desencadena la disposición latente a manifestar cierto tipo de reacción, en este caso específicamente con los pacientes hospitalizados.

LA ESCALA ANSIEDAD-RASGO (SR):

Mide la ansiedad en la dimensión de rasgo de la personalidad y por lo tanto más arraigada y menos temporal. En este caso, se considera el grado ansioso como un modo de ser, más que como un modo de estar en un momento dado. Se considera más, como una disposición conductual adquirida que como consecuencia genética.

Entra en el campo de las diferentes clínicas individuales, por lo que las personas tienden a responder, de diversos modos, a situaciones percibidas como peligrosas con elevados grados de intensidad de ansiedad como estado dinámico. Afecta los motivos de actuación habitual, característicos de la dinámica personal de cada uno. Los estímulos de la vida, más frecuente del ambiente actualizan las disposiciones a la ansiedad y desencadenan reacciones ansiosas.

La ansiedad rasgo, se diferencia entre las personas en las disposiciones tensionales con variables de ansiedad crítica.

Normalmente, quienes califican alto en la escala de ansiedad, tienden a reaccionar a situaciones, como si fueran peligrosas o amenazantes. Responderán también en sus relaciones interpersonales que amenazan la autoestima y seguridad personal.

Se puede utilizar la Escala SE como la SR para psicodiagnóstico clínico de ansiedad, como rasgo de personalidad o como estado. Se puede emplear como control en cualquier proceso psicoterapéutico.

El procedimiento para recabar información sobre la depresión y ansiedad que maneja la población en estudio y el deterioro en la atención del paciente hospitalizado fue la siguiente: primero se solicitó por escrito permiso a la Superintendencia de enfermeras del Hospital General de Accidentes para efectuar dicha investigación, posteriormente se habló con el personal y se le pidió colaboración para luego aplicar la medición de la depresión del Dr. ZUNG, y la escala de medición de ansiedad STAI-82 la cual cuenta con dos escalas que miden ansiedad Estado y ansiedad Rasgo, habiendo sido interpretada la escala SE- como criterio en la atención de la enfermera auxiliar al paciente hospitalizado. Se les aplicó las pruebas individualmente en el área de trabajo explicándoles el objetivo de la misma, acompañándolas durante las pruebas para aclarar cualquier duda.

ANÁLISIS DE ANSIEDAD DE LA MUESTRA:

= 39

= 10



INTENSIDAD

Normal	19-29
Tendencia Alta	39-49
Alta	49-59
Muy Alta	59-69

2.3 TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO

Se procedió a ordenar y tabular los datos recabados en la aplicación de las pruebas.

Luego, se codificó los resultados por medio de estadística descriptiva e inferencial.

Se trabajó la correlación de Pearson, la cual es una herramienta de investigación que relaciona variables.

CORRELACION DE PEARSON:

La fuerza de la correlación: el descubrimiento de la existencia de una relación nos dice mucho acerca del grado de asociación o correlación entre dos

variables. Muchas relaciones son estadísticamente significativas, pocas expresan una correlación perfecta o exacta.

Las correlaciones realmente varían respecto a su fuerza. Podemos visualizar diferencias en la fuerza de la correlación por medio de un programa de dispersión, una gráfica que muestra la forma en que los puntajes de dos variables cualesquiera X y Y, están dispersos en toda la escala de los posibles valores de los puntajes. En el arreglo convencional, un diagrama de dispersión se construye de manera que la variable X se sitúa a lo largo de la línea base horizontal, mientras que la variable Y, se mide sobre la línea vertical.

La correlación me sirvió para determinar la relación de las variables como la depresión y ansiedad y la relación que esta tiene con la atención de la enfermera auxiliar al paciente hospitalizado expresando numéricamente tanto la fuerza como la dirección de la muestra en estudio y así comprobar nuestra hipótesis de investigación.

DIRECCIÓN DE LA CORRELACIÓN:

A menudo se puede describir a la correlación como positiva o negativa respecto a la dirección. Una correlación positiva indica que los entrevistados que obtienen puntajes altos sobre la variable X, también tienden a obtener puntajes

altos sobre la variable Y. Recíprocamente, los entrevistados que obtienen puntajes bajos sobre X, también tienden a obtener puntajes bajos sobre Y.

EL COEFICIENTE DE CORRELACION:

Tales coeficientes de correlación, se encuentran generalmente entre $-1,0$ y $+1,00$.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON:

Con la ayuda del coeficiente de correlación de Pearson (r), podemos determinar la fuerza y la dirección de la relación entre las variables X y Y, las cuales han sido medidas al nivel por intervalos. La r de Pearson, refleja hasta que punto, cada miembro de la muestra obtiene un mismo puntaje z sobre dos variables X y Y.

En el caso de una correlación positiva, los dos puntajes z de un entrevistado, tienen el mismo signo, ya sea positivo o negativo y están situados aproximadamente a la misma distancia de la media de cada distribución de puntajes. Así, si el individuo A, logra puntaje por encima de la media en X también lo hace en Y; si el individuo B, logra puntaje por debajo de la media X también lo hace en Y. En el caso de una correlación negativa, los puntajes z de un entrevistado, tienen signos opuestos, indicando que son equidistantes de sus medias, pero que caen en lados opuestos a ellas.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1 TRATAMIENTO DE LA MUESTRA

A cada persona o auxiliar de enfermería de la muestra se le aplicaron tres instrumentos que revelaren información sobre la ansiedad, la depresión y la atención a los pacientes.

3.2 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se utilizó para la selección de la muestra la técnica aleatoria, como indica el capítulo anterior, la cual estuvo integrada por 50 auxiliares de enfermería de sexo femenino, trabajadoras del Hospital General de Accidentes del IGSS, 7/19.

Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente matriz:



SUJETO	EDAD	ANSIEDAD	DEPRESION	ATENC
9	35	24	29	30
24	56	24	44	36
4	40	25	29	26
42	39	26	24	45
3	25	28	26	26
10	22	29	30	31
25	53	29	30	37
31	28	29	30	39
2	32	30	30	26
43	30	30	28	48
15	20	31	29	32
22	25	31	35	35
14	40	32	29	32
5	35	33	26	27
8	46	33	35	29
12	33	33	39	32
16	36	33	39	33
27	30	33	34	38
11	40	34	31	31
30	49	34	34	39
40	38	34	38	44
28	23	35	32	38
7	20	36	26	28
1	43	37	38	25
13	47	37	31	32
29	35	37	39	38
17	34	38	32	34
18	35	38	32	34
21	32	38	43	42
34	33	38	43	42
36	36	38	31	42
23	44	39	35	35
20	41	40	30	34
41	45	40	41	45
39	50	42	37	43
33	39	45	44	41
38	34	45	36	43
19	33	46	43	34
37	42	46	37	42
35	51	47	39	42
47	32	48	48	52
26	26	49	43	38
45	43	49	44	50
48	35	49	48	54
6	38	50	40	28
44	23	53	50	50
32	30	55	43	40
46	36	55	42	51
49	25	62	40	6
50	35	71	59	73
MEDIA	35.84	38.76	35.92	38.54
D-s	8.62	9.97	7.28	9.98

ANALISIS DE CORRELACION DE LAS VARIABLES:

Edad correlación con ansiedad	-0-08677
Edad correlación con depresión	0-092065
Edad correlación con la atención	-0-04069

Con respecto al enriquecimiento del trabajo de correlación las edades de las enfermeras con las variables investigadas, podemos afirmar que la edad no resultó significativa.

HIPOTESIS NULA:

La depresión y ansiedad, provocados por las condiciones de trabajo en las que se desenvuelve la enfermera auxiliar a nivel hospitalario, sumado a sus condiciones generales de vida, no inciden en la atención del paciente hospitalizado a un nivel de significación del 5%.

HIPOTESIS DE INVESTIGACION:

Los trastornos depresivos y de la ansiedad de la enfermera auxiliar del Hospital General de Accidentes del IGSS, inciden en el deterioro de la atención al paciente hospitalizado a un nivel de significación del 5%.

**CALCULOS DE CORRELACIÓN DE EXCEL MICROSOFT
VERSION 5:**

CORRELACIONES CALCULADAS:

Ansiedad correlacionada con la depresión = 0.764751
Ansiedad correlacionada con la atención = 0.709148
Depresión correlacionada con la atención = 0.648682

CORRELACION DE TABLA:

r de la tabla para 45 grados de libertad al 5% -0.29

r de la tabla para 45 grados de libertad al 1% -0.37

Para la ansiedad y depresión:

r calculada = 0.76 r tabla = 0.29

Para la ansiedad y atención:

r calculada = 0.76 tabla = 0.29

Para la depresión y atención:

r calculada = 0.65 tabla = 0.29

Para la depresión y atención:
 r calculada = 0.65 > tabla = 0.29

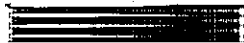
Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en la que la depresión y ansiedad de las enfermeras auxiliares sí incide en la atención que se presta al paciente hospitalizado a un nivel de 5 % de significación.

COMO INCIDE LA DEPRESIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO:

Los aspectos afectivos son de vital importancia para el desenvolvimiento y funcionamiento del ser humano por lo que sí, se siente triste, ansioso y angustiado va a repercutir en él y no va a responder a su vida diaria como en el trabajo y su medio social en que se mueve.

La depresión y la ansiedad son dos indicadores que alteran el bienestar de la persona que la padece, agregando, por lo observado y además vivenciado, como parte del gremio de enfermería, que un porcentaje significativo trabaja bajo tensión y alto riesgo, debido a los siguientes factores: dobles jornadas de trabajo, sobre carga laboral, manejo de aspectos emocionales con pacientes de alto riesgo, problema de transporte, distancia de la institución, sumandose a ello, el tener que dejar a sus hijos al cuidado de otras personas. Dicha situación le intranquiliza y le impide mantener buenas relaciones interpersonales que tan vitales son en la relación enfermera-paciente-compañeros.

En lo que respecta a expresiones de conducta, algunas se comportan irritables, contestan mal o tienen dificultad para realizar sus tareas laborales relizándolas de mal modo y esto a su vez, afecta especialmente la atención del paciente, ya que no son atendidos en sus cuidados higiénicos generales personales: no se les llama por su



nombre sino se etiquetan con el número de cama, cuando no están en su cama se llaman a gritos, ignoran su dolor físico manifestando rechazo y enojo cuando demandan atención, desconsideración cuando se obliga al paciente a moverse por sus propios medios aun cuando se encuentre incapacitado y sus fuerzas no se lo permitan.

Tomando en cuenta que todo empleado está expuesto a presentar fenómenos psicológicos entre ellos el personal de enfermería que es la población que nos interesa.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

4.1 CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación y haber comprobado la hipótesis, nos permitimos formular las siguientes conclusiones:

- La depresión y ansiedad de las enfermeras auxiliares, incide en la atención del paciente hospitalizado.
- El personal de auxiliares de enfermería en estudio, trabajan bajo tensión debido a los siguientes factores: largas horas de trabajo, sobrecarga laboral, dobles jornadas de trabajo, adaptación a la disciplina militar, aceptación de autoridad por jerarquía, problemas de transporte, distancia de la institución y especialmente, el agotamiento por exceso de trabajo a causa de la escasez de personal. Por lo tanto, son situaciones que la intranquilizan y le impiden realizar mejor su trabajo, y a su vez son factores que inciden en la atención del paciente hospitalizado.
- Los pacientes debido a los problemas de salud, la ansiedad de la familia ante la hospitalización, requiere de más atención de parte de la enfermera auxiliar.

- La atención individual psicológica de una enfermera, amable y cariñosa, compensa considerablemente la ausencia de la familia.

En el área de salud mental, la ansiedad y la depresión, son factores que limitan la relación interpersonal y hacen que la enfermera caiga en agotamiento, por lo que no presta la atención que debiera al paciente que requiere de sus cuidados .

4.2 RECOMENDACIONES:

- Que el personal auxiliar de enfermería pueda tener acceso para consulta a las clínicas de psicología que funcionan en el hospital.
- Tomar en cuenta la necesidad del servicio psicoterapéutico para mantener su estado emocional adecuado.
- Implementar programas motivacionales y de salud mental para la auxiliar de enfermería.
- Aplicar psicoterapia para motivar relaciones interpersonales.
- Utilizar la motivación como parte de la psicoterapia para disminuir la depresión y la ansiedad.
- Contratar más personal.
- Utilizar métodos, de relajación como auxiliar de psicoterapia para enfermeras auxiliares.

BIBLIOGRAFIA

1. Bleichman, Emilice Dio. LA DEPRESION EN LA MUJER. Editorial Ternas, España, 1991.
2. Blanco Fernando y Rossana Rubio. SALUD MENTAL Y SU RELACION CON LAS CONDICIONES DE POBREZA DE LOS HABITANTES DE LA COLONIA SANTA ISABEL, ZONA 3. Definición de Ignacio Martín Baró en Salud Mental Tesis, Escuela de Ciencias Psicológicas. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1996.
3. Clayton, Alderfer. TEORIA DE LA MOTIVACIÓN. Editorial Harper & Row, Nueva York, 1972.
4. Dorsch, Friedrich. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, D:F: 1975.
5. Ey Henry, Bernard - Ch. Brisset. TRATADO DE PSIQUIATRIA. Editorial Toray - Masson, Barcelona, 1975.
6. Freedman, Alfred. SALUD MENTAL. Editorial Salvat, S.A. Reimpresión Barcelona, 1983.
7. Guinsberg, Enrique. SOCIEDAD - SALUD Y ENFERMEDAD. Editorial Casa Abierta al Tiempo. México, 1981.
8. Hall, Lydia E. ENFERMERIA. Recopilación del trabajo No. 2, Washington, Oficina Sanitaria. Edición Panamerciana, 1965.

9. Hoyos, Ferró Santiago. PATOLOGIA DE LA ANSIEDAD. Edición Lacer, S.A. Barcelona, España, 1973.
10. Kolb, Lawrence, C. PSIQUIATRIA MODERNA. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México, 1977.
11. Levin, Jack. FUNDAMENTOS DE ESTADÍSTICA EN LA INVESTIGACION. Editorial Harla. México, 1979.
12. Maslow, Abraham. MOTIVACION. Editorial Harper & Row. Nueva York, 1970.
13. Mackinnon, Roger / Robert Michels. PSIQUIATRIA CLINICA APLICADA. Editorial Interamericana. México, 1985.
14. Pancheri, Paolo. MANUAL DE PSIQUIATRIA CLINICA. Editorial El Trillas. México, D.F. 1987.
15. Papalia, Diane y Sally Wendkos Olds. PSICOLOGIA. Editorial Interamericana. México, D.F. 1988.
16. Pereira, María del Rosario y Nora R. Rodas. NIVELES DE ANSIEDAD EN MUJERES TRABAJADORAS. Universidad de San Carlos de Guatemala, 1990.
17. Pichot, Pierre. MANUAL DE DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM - III - R. Editorial Masson. Barcelona, 1988.

18. Philip, Salomón. MANUAL DE PSIQUIATRIA. Editorial El Manual Moderno. México, D.F. 1956.
19. Sheehy, Harman. PSICOLOGIA PARA ENFERMERAS. Editorial Real. Madrid, 1963.
20. Spielberg, Charles. TENSION Y ANSIEDAD. Editorial Harla. México, 1980.
21. Szpirman, Leonardo. MEDICINA OCUPACIONAL. Israel, 1989.
22. Santizo, Dolores. LA HUMANIZACION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA. Escuela Nacional de Enfermería. Guatemala, 1993.
23. Thoinas J., Mc. Glu / Harry L., Melacif. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD. Manual Paramédico, Cía. Upjohn, 1993.
24. Woods Mann, Roberto. LA ANSIEDAD. Editorial Hermes, S.A. México, 1990.
25. Zung, William W. K. ESCALA PARA MEDICION DE LA DEPRESION (EAMD). Editorial Laboratorios Merrel. Guatemala, 1965.



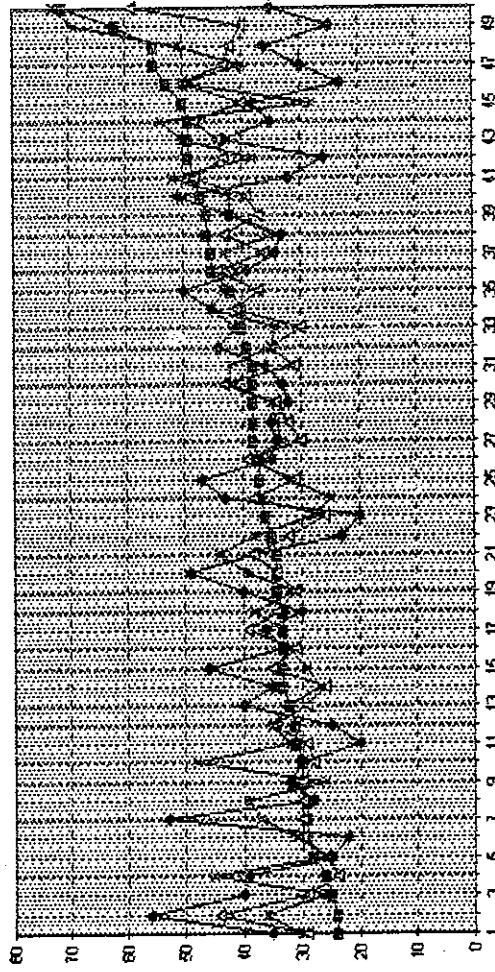
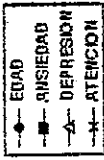
ANEXOS

[



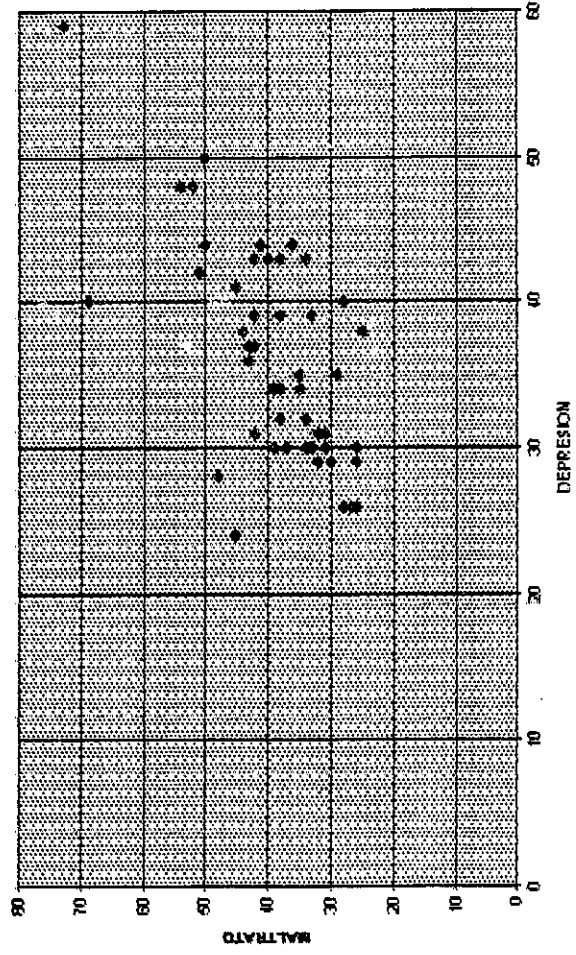


NIVEL DE ANSIEDAD, DEPRESION Y MALTRATO EN ENFERMERAS



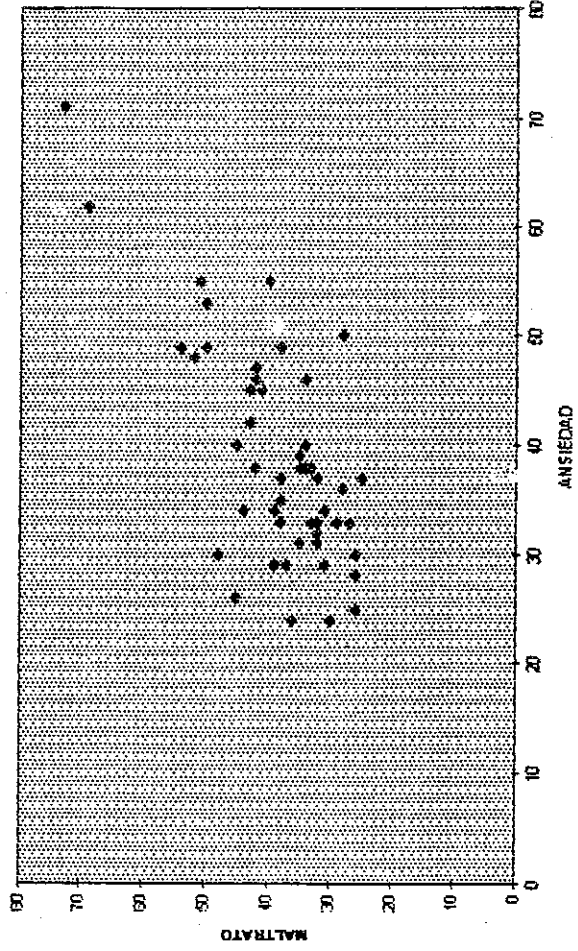
DISPERSIGRAMA DE DEPRESION Y MALTRATO DE ENFERMERAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS, GUATEMALA, MAYO 1988. (N 57)

DISPERSIGRAMA DE DEPRESION Y MALTRATO



ATENCIÓN

DISPERSIGRAMA DE ANSIEDAD Y MALTRATO





**ESCALA PARA LA AUTO-MEDICIÓN
DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG**

NOMBRE: _____

EDAD: _____ FECHA: _____

ITEMS		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA MENTE
1.	Me siento abatido y melancólico.				
2.	En la mañana me siento mejor.				
3.	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4.	Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5.	Como igual que antes solía hacerlo.				
6.	Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.	Noto que estoy perdiendo peso.				
8.	Tengo molestias de constipación.				
9.	El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10.	Me canso sin hacer nada.				
11.	Tengo la mente tan clara como antes.				
12.	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13.	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.	Tengo esperanza en el futuro.				
15.	Estoy más irritable de lo usual.				
16.	Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.	Siento que soy útil y necesario.				
18.	Mi vida tiene bastante interés.				
19.	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.	Todavía disfruto con las mismas cosas.				
TOTAL					

STAI-82

Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, R.E. Lushene y R.L. Gorsuch (Adaptación para Guatemala)

Nombre: _____ Fecha: _____
Edad _____ años Estudios (último año cursado) _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache con una cruz el número que indique como *se siente ahora mismo*, o sea, en este momento. No hay consideraciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

SE

	NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado _____	1	2	3	4
2. Me siento seguro _____	1	2	3	4
3. Estoy tenso _____	1	2	3	4
4. Estoy contrariado _____	1	2	3	4
5. Estoy a gusto _____	1	2	3	4
6. Me siento alterado _____	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo _____	1	2	3	4
8. Me siento descansado _____	1	2	3	4
9. Me siento ansioso _____	1	2	3	4
10. Me siento cómodo _____	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo _____	1	2	3	4
12. Me siento nervioso _____	1	2	3	4
13. Me siento agitado _____	1	2	3	4
14. Me siento a "punto de explotar" _____	1	2	3	4
15. Me siento reposado _____	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho _____	1	2	3	4
17. Estoy preocupado _____	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido _____	1	2	3	4
19. Me siento alegre _____	1	2	3	4
20. Me siento bien _____	1	2	3	4



STAI-82
Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache con una cruz el número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

SR

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
	1	2	3	4
21. Me siento bien _____	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente _____	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar _____	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo _____	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente _____	1	2	3	4
26. Me siento descansado _____	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" _____	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas _____	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia _____	1	2	3	4
30. Soy feliz _____	1	2	3	4
31. Tomo las cosas con excesiva preocupación _____	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo _____	1	2	3	4
33. Me siento seguro _____	1	2	3	4
34. Trato de no enfrentarme a las crisis y dificultades _____	1	2	3	4
35. Me siento melancólico _____	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho _____	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan _____	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza _____	1	2	3	4
39. Soy una persona estable _____	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos en que me ocupo me pongo tenso y alterado _____	1	2	3	4

INDICE

Contenido	Pag.
CAPITULO I	
1.1 INTRODUCCION	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.3 OBJETIVOS	4
1.4 MARCO TEÓRICO	4
1.5 PREMISAS	35
1.6 FORMULACION DE HIPOTESIS	36
1.7 VARIABLES	36
CAPITULO II	
TENICAS E INSTRUMENTOS	
2. TENICAS DE RECOLECCION DE DATOS	38
2.1 OBSERVACION	38
2.2 TECNICAS EVALUATIVAS	39
2.2.1. MEDICION DE LA DEPRESION	39
2.2.2. STAI - 82	41
2.3 TECNICAS DE ANALISIS ESTADISTICO	44



CAPITULO III

3 PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

3.1. TRATAMIENTO DE LA MUESTRA	48
3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	48

CAPITULO IV

4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES	54
4.2 RECOMENDACIONES	55

ANEXOS

GRAFICAS

BIBLIOGRAFIA