

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014

**Autora:**

**KARLA ANAÍ ESPINOZA GUTIÉRREZ**

Trabajo de Investigación para Obtener el Título

Profesional de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2014**

*Agradezco principalmente a Dios por darme las fuerzas para seguir adelante y hacerme ver que siempre hay solución ante cada problema sin importar el tamaño que tenga.*

*A mi familia quienes por ellos soy lo que soy, por su apoyo y comprensión en los momentos difíciles.*

*A mis amigos quienes me apoyaron, me alentaron y estuvieron para mí.*

*A todos los que me motivaron e inspiraron.*

*La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; vacilante la experiencia, y el juicio difícil.*

*Hipócrates*



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....	3
CAPÍTULO II RESULTADOS.....	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	47
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXOS .....	63
Anexo 1 Matriz de sistematización de información .....	64
Anexo 2 Proyecto de investigación .....	66

## RESUMEN

**Antecedente:** El laborar en servicios de oncología puede producir ansiedad y depresión en el personal de salud.

**Objetivo:** Describir la frecuencia de Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, del Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014.

**Métodos:** Se aplicó una la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton así como una ficha de datos a los trabadores de los centros de estudio. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relaciona variables mediante cálculo de odds ratio y análisis de regresión logística.

**Resultados:** En el hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada ( $p > 0.05$ ). En cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del Hospital Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa ( $p > 0.05$ ). Se encontraron rasgos más relacionados con ansiedad como la mayor edad, el tener pareja, el mayor tiempo de trabajo, la ocupación de enfermera en ambos hospitales; para depresión, el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo entre los dos centros. Al analizar los factores relacionados a ansiedad y depresión, resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayor a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25). Los factores relacionados a depresión resultaron el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05).

**Conclusión:** La ansiedad y sobre todo la depresión son elevadas en personal de salud del servicio de Oncología del IREN y del Hospital Goyeneche, asociado a factores aborales que pueden ser modificados.

**PALABRAS CLAVE:** ansiedad – depresión – escala de Hamilton – oncología – personal de salud – factores asociados.

## ABSTRACT

**Background:** The work in oncology services can produce anxiety and depression in health personnel.

**Objective:** To describe the frequency of anxiety and depression, according to the Hamilton Rating Scale, Medical and Non- Medical Personal of Oncology Service of Hospital Goyeneche and IREN, 2014.

**Methods:** An anxiety and depression scale of Hamilton as well as a data sheet were applied to the workers of the study centers. Groups were compared using chi square test and variables were related by calculating the odds ratio and by logistic regression analysis.

**Results:** In 20% of Goyeneche Hospital workers have mild anxiety and the IREN 37.50% has mild moderate anxiety and 10% ( $p > 0.05$ ). As for depression, 46.67% of workers Goyeneche Hospital had mild depression and moderate 6.67%, while 45% of workers IREN showed mild depression, moderate depression, 7.50%, and 5% severe depression ( $p > 0.05$ ). More anxiety-related traits such as older age were found to have a couple, working as long as the occupation of nurse in both hospitals for depression, having a partner and more time working between the two centers. By analyzing the factors related to anxiety and depression, were working in the relevant IREN (OR = 3.62), age May 40 (OR = 1.85), male sex (OR = 1.39), having a steady partner (OR = 1.13), occupation nurse (OR = 2.33), the working time of over 4 years in service (OR = 2.10) and being hired by CAS (OR = 2.25). Factors related to depression were being a nurse (OR = 2.00), working time in hospital (OR = 4.12) or service (OR = 6.05).

**Conclusion:** Anxiety and depression are particularly high in health personal of Oncology Service of IREN and Hospital Goyeneche, associated to factors that can be modified.

**KEYWORDS:** Anxiety - Depression - Hamilton scale - Oncology - Personal Care - associated factors.

## INTRODUCCIÓN

El aumento de la expectativa de vida se ha incrementado y con ella la probabilidad que una persona sufra de enfermedades degenerativas, por mayor exposición a factores ambientales, por la activación de factores genéticos, o por disminución de las defensas naturales con el envejecimiento. La patología oncológica en nuestro medio se halla en aumento, por lo que es cada vez más frecuente tener servicios de oncología con alta rotación y demanda de pacientes.

El personal de salud que labora en estas áreas entonces se enfrenta no sólo a un arduo trabajo físico, sino que ve afectada su salud mental, presenciando, apoyando y absorbiendo el sufrimiento humano de los enfermos con cáncer, sobre todo en su etapa terminal. En muchos casos, el personal de salud se transforma en un cuidador crítico, ya que el paciente requiere hospitalización por periodos prolongados, siendo parcial el apoyo de la familia.

Se busca entonces conocer el impacto que tiene sobre la salud mental el cuidado del paciente oncológico terminal en el personal de salud, lo que permitirá identificar la magnitud del problema y diseñar estrategias a futuro para cuidar la salud del personal que labora en estas áreas.

Luego de realizado el estudio hemos encontrado que se presentó Ansiedad en 20% de trabajadores del Hospital Goyeneche y en 47.50% en el IREN, y depresión en 53.33% de trabajadores del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y en 57.50% en el IREN Sur.

Las características sociales que influyen en el desarrollo de ansiedad en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, fueron la edad mayor a 40 años, el sexo masculino y el tener pareja, y para depresión esta última característica.

Las características laborales relacionadas en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, fueron el mayor tiempo de trabajo en el servicio y la ocupación de enfermera.

Existe mayor ansiedad conforme avanza la edad, en enfermeras de los dos hospitales, y conforme se trabaja más tiempo en el hospital o en el servicio del Hospital Goyeneche e IREN Sur.



# CAPÍTULO I

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de depresión de Hamilton (MBI) (Anexo 2).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y en el IREN Sur.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de Febrero 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y del IREN Sur.

**Población:** Todos los trabajadores de salud del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y del IREN Sur en el periodo de estudio, distribuidos de la siguiente manera:

### **Hospital Goyeneche**

Médicos : 11

Enfermeras : 07

Técnicos de enfermería : 05

**Total : 25**

### **IREN Sur**

Médicos : 16

Enfermeras : 68

Técnicos de enfermería : 68

**Total : 152**

### **Criterios de selección**

- **Criterios de Inclusión**

- Personal Médico, de Enfermería y Técnico de Enfermería del Servicio de Oncología
- Con tiempo de trabajo mínimo de 1 año
- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- De licencia o vacaciones durante la realización del estudio
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

**3. Tipo de investigación:** De Campo.

**4. Nivel de investigación:** Comparativo y Analítico.

**5. Estrategia de Recolección de datos**

**5.1. Organización**

Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Goyeneche y a la Jefatura del Servicio de Oncología para la realización de la investigación. Se solicitó autorización a la Dirección del IREN Sur para la realización de la investigación.

Se contactó a los trabajadores de salud del servicio para aplicar los instrumentos de investigación. Las variables de interés se registraron en la ficha de recolección de datos (Anexo 1)

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

**5.2. Validación de los instrumentos**

**Escala de Ansiedad de Hamilton**

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ( $r =$

0,63 – 0,75) y con el Inventario de Ansiedad de Beck<sup>20</sup> ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos<sup>11</sup> (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton<sup>21, 22</sup> ( $r = 0,62 - 0,73$ ).

### **Escala de Depresión de Hamilton**

Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico.

## **5.3. Criterios para manejo de resultados**

### **a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

### **b) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

**c) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

**d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**e) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba chi cuadrado; la asociación bivariada se realizó con el cálculo del odds ratio, y la asociación multivariada se evaluó mediante regresión logística. Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSSv.20.0 para Windows.



**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 1**

**Distribución de niveles de ansiedad en los trabajadores según hospital**

Ansiedad	Hospital Goyeneche		IREN	
	N°	%	N°	%
No ansiedad	12	80.00	21	52.50
Ansiedad menor	3	20.00	15	37.50
Ansiedad mayor	0	0.00	4	10.00
Total	15	100.00	40	100.00

Chi <sup>2</sup>=3.90      G. libertad = 2      p = 0.14

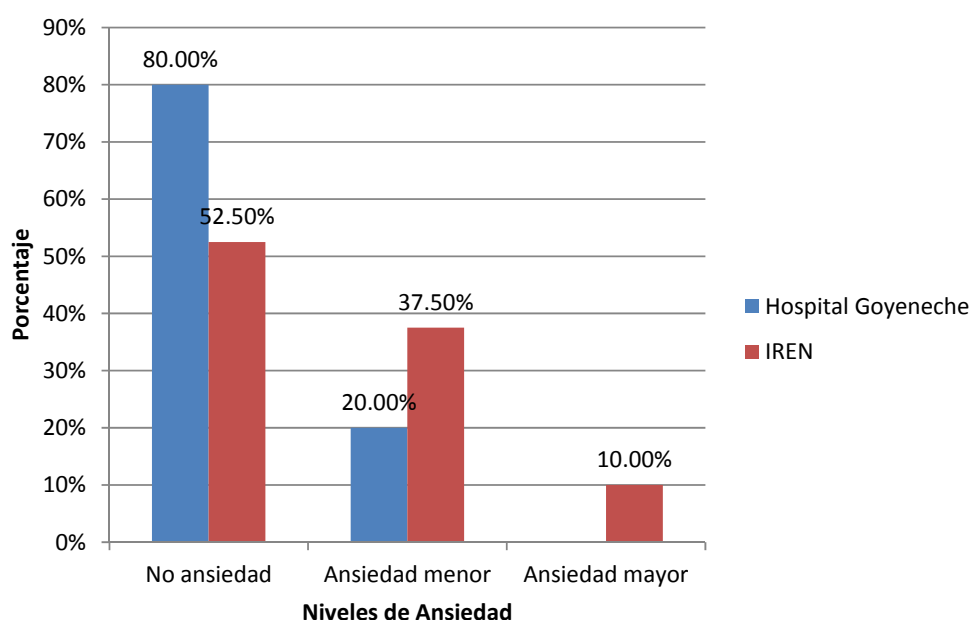
**Fuente: Propia**

En la **Tabla 1** se muestra los resultados de la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton en los dos centros de estudio; en el Hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada; las diferencias en los niveles de ansiedad entre los dos centros no fueron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 1**

**Distribución de niveles de ansiedad en los trabajadores según hospital**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 1** se muestra los resultados de la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton en los dos centros de estudio; en el Hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada; las diferencias en los niveles de ansiedad entre los dos centros no fueron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 2**

**Distribución de niveles de depresión en los trabajadores según hospital**

Depresión	Hospital Goyeneche		IREN	
	N°	%	N°	%
No deprimido	7	46.67	17	42.50
Dep. leve	7	46.67	18	45.00
Dep. moderada	1	6.67	3	7.50
Dep. severa	0	0.00	2	5.00
Total	15	100.00	40	100.00
Chi <sup>2</sup> =0.81	G. libertad = 3		p = 0.85	

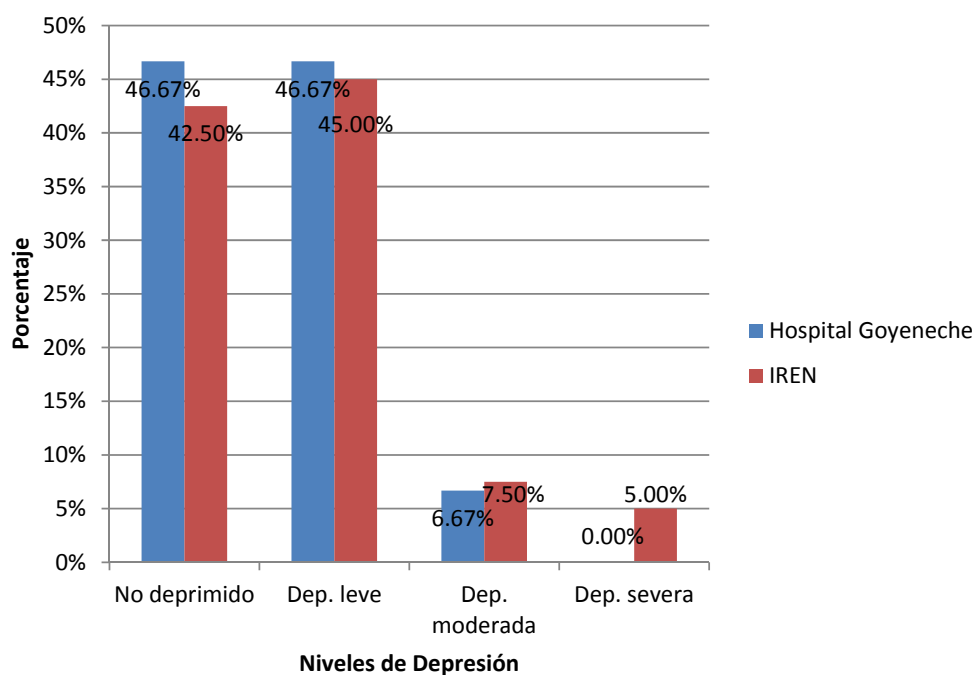
**Fuente:** Propia

**Tabla 2:** En cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del Hospital Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa, también sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Gráfico 2**

**Distribución de niveles de depresión en los trabajadores según hospital**



**Fuente: Propia**

**Gráfico 2:** En cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del Hospital Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa, también sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 3**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: edad**

Hospital	Edad	Total	Con ansiedad		Sin ansiedad	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	20-29	5	0	0.00	5	100.00
	30-39	5	1	20.00	4	80.00
	40-49	2	1	50.00	1	50.00
	≥ 50	3	1	33.33	2	66.67
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>	<b>12</b>	<b>80.00</b>
IREN	20-29	9	2	22.22	7	77.78
	30-39	18	10	55.56	8	44.44
	40-49	13	7	53.85	6	46.15
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>21</b>	<b>52.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =10.33	p=0.02	Chi <sup>2</sup> =5.17	p=0.16

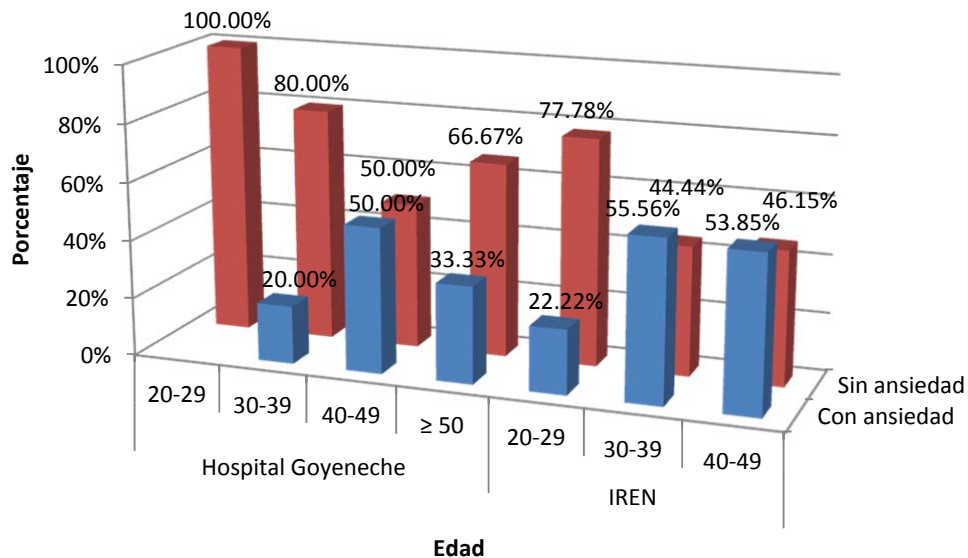
Fuente: Propia

En la **Tabla 3** se muestra la relación de la edad con la presencia de ansiedad en los trabajadores del Hospital Goyeneche y del IREN; considerando el 20% de ansiedad detectado, el 50% de trabajadores de 40 a 49 años mostraron ansiedad y el 33% de mayores de 50 años, y en el IREN el 55.56% de trabajadores de 30 a 39 años mostró ansiedad; las diferencias entre los dos hospitales fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 3**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores de salud según hospital: edad**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 3** se muestra la relación de la edad con la presencia de ansiedad en los trabajadores del Hospital Goyeneche y del IREN; considerando el 20% de ansiedad detectado, el 50% de trabajadores de 40 a 49 años mostraron ansiedad y el 33% de mayores de 50 años, y en el IREN el 55.56% de trabajadores de 30 a 39 años mostró ansiedad; las diferencias entre los dos hospitales fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 4**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: sexo**

Hospital	Sexo	Total	Con ansiedad		Sin ansiedad	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Varón	4	2	50.00	2	50.00
	Mujer	11	1	9.09	10	90.91
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>	<b>12</b>	<b>80.00</b>
IREN	Varón	9	4	44.44	5	55.56
	Mujer	31	15	48.39	16	51.61
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>21</b>	<b>52.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =2.72	p=0.10	Chi <sup>2</sup> = 0.23	p=0.63

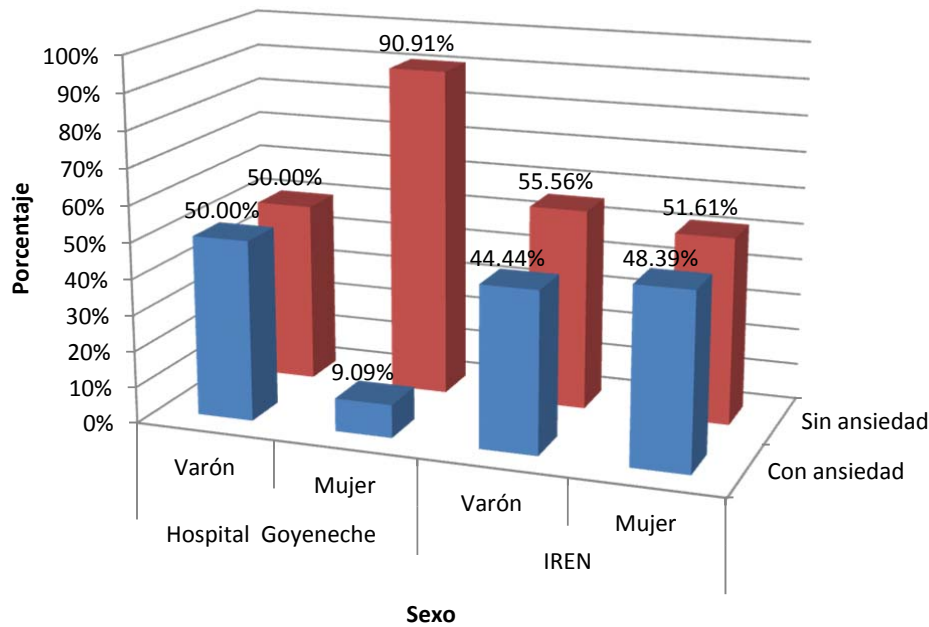
Fuente: Propia

En la **Tabla 4** se muestra la influencia del sexo en la presencia de ansiedad en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 9.09% de mujeres, mientras que en el IREN el 48.39% de mujeres tuvieron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Gráfico 4**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: sexo**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 4** se muestra la influencia del sexo en la presencia de ansiedad en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 9.09% de mujeres, mientras que en el IREN el 48.39% de mujeres tuvieron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 5**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: estado civil**

Hospital	Estado civil	Total	Con ansiedad		Sin ansiedad	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Soltero	6	0	0.00	6	100.00
	Conviviente	1	0	0.00	1	100.00
	Casado	8	3	37.50	5	62.50
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>	<b>12</b>	<b>80.00</b>
IREN	Soltero	16	7	43.75	9	56.25
	Conviviente	4	2	50.00	2	50.00
	Casado	16	7	43.75	9	56.25
	Separado	3	2	66.67	1	33.33
	Viudo	1	1	100.00	0	0.00
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>21</b>	<b>52.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =2.08	p=0.72	Chi <sup>2</sup> = 0.67	p=0.88

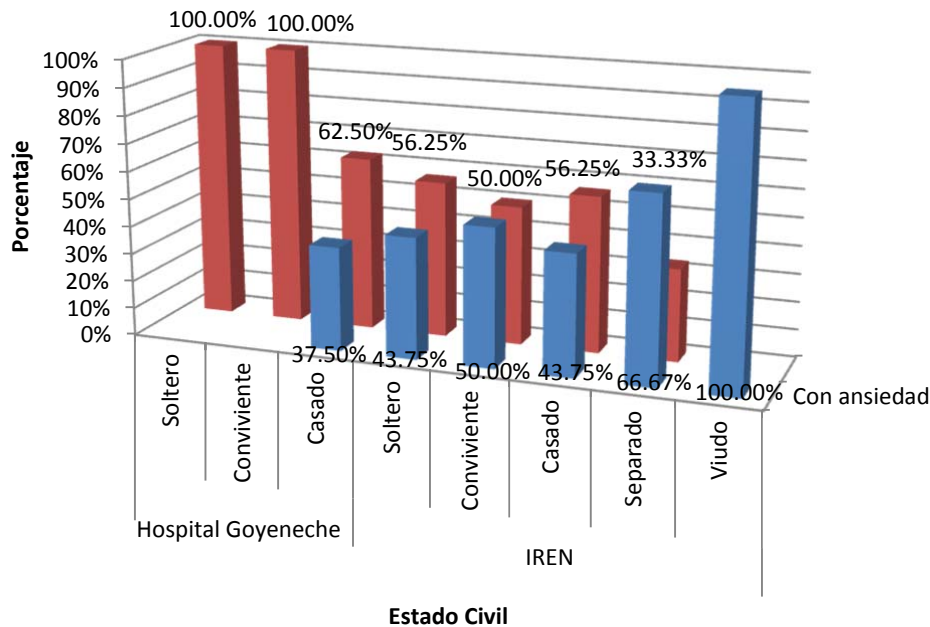
**Fuente: Propia**

**Tabla 5:** En relación al estado civil, los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron 37.50% de ansiedad, y en el IREN 50% de convivientes y 43.75% de casados ( $p > 0.05$ )

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 5**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores de salud según hospital: estado civil**



**Fuente: Propia**

**Gráfico 5:** En relación al estado civil, los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron 37.50% de ansiedad, y en el IREN 50% de convivientes y 43.75% de casados ( $p > 0.05$ )

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 6**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: ocupación**

Hospital	Ocupación	Total	Con ansiedad		Sin ansiedad	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Médico	7	2	28.57	5	71.43
	Enfermera	5	1	20.00	4	80.00
	Téc enferm	3	0	0.00	3	100.00
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>	<b>12</b>	<b>80.00</b>
IREN	Médico	13	4	30.77	9	69.23
	Enfermera	16	8	50.00	8	50.00
	Téc enferm	11	7	63.64	4	36.36
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>21</b>	<b>52.50</b>
			Chi²=3.13	p=0.21	Chi²= 0.18	p=0.92

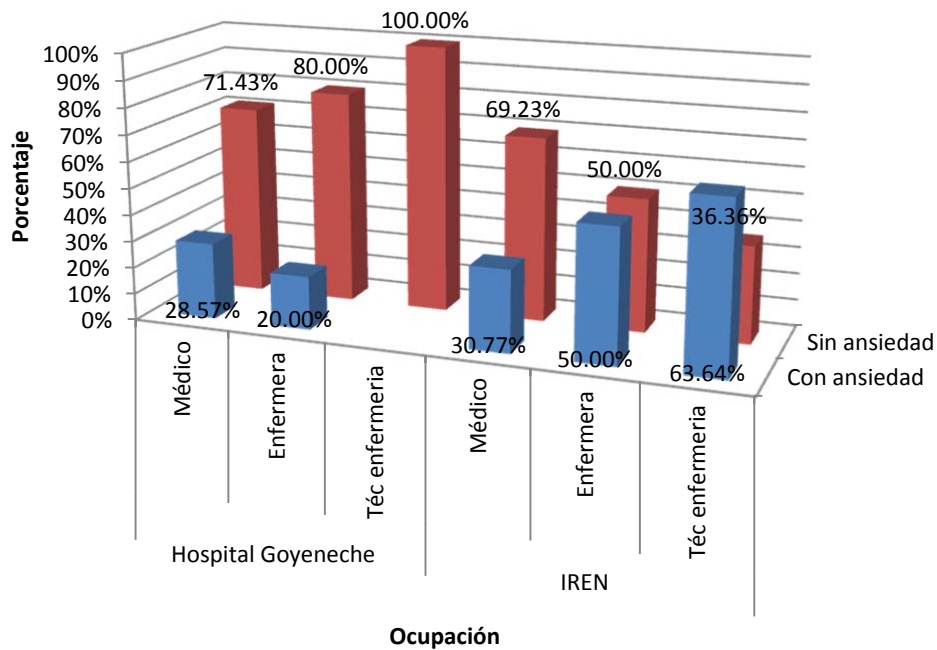
Fuente: Propia

La **Tabla 6** muestra la influencia de la ocupación en la ansiedad según hospital; el 28% de médicos en Hospital Goyeneche tuvieron ansiedad, y 30.77% en el IREN, pero en este último el 50% de enfermeras y 63.64% de técnicos mostraron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 6**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores de salud según hospital: ocupación**



**Fuente: Propia**

La **Gráfica 6** muestran la influencia de la ocupación en la ansiedad según hospital; el 28% de médicos en Hospital Goyeneche tuvieron ansiedad, y 30.77% en el IREN, pero en este último el 50% de enfermeras y 63.64% de técnicos mostraron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 7**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: tiempo de trabajo en hospital**

Hospital	T. trabajo	Total	Con ansiedad		Sin ansiedad	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	< 12 meses	1	0	0.00	1	100.00
	13-36 meses	6	1	16.67	5	83.33
	37-72 meses	5	1	20.00	4	80.00
	> 73 meses	3	1	33.33	2	66.67
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>	<b>12</b>	<b>80.00</b>
IREN	< 12 meses	3	1	33.33	2	66.67
	13-36 meses	27	11	40.74	16	59.26
	37-72 meses	10	7	70.00	3	30.00
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>21</b>	<b>52.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =6.79	p=0.08	Chi <sup>2</sup> = 6.28	p=0.10

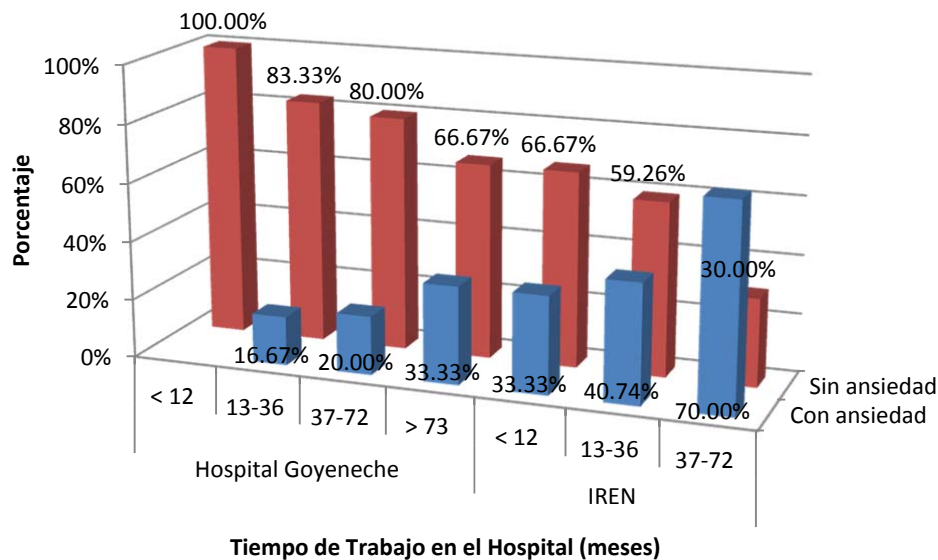
Fuente: Propia

La influencia del tiempo de trabajo en la ansiedad se observa en la **Tabla 7** para el tiempo en el hospital; en ambos hospitales se observa que la ansiedad crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 33.33% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían ansiedad, comparados con 70% en el IREN; las diferencias no obstante no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Gráfico 7**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: tiempo de trabajo en hospital**



**Fuente: Propia**

La influencia del tiempo de trabajo en la ansiedad se observa en el **Gráfico 7** para el tiempo en el hospital; en ambos hospitales se observa que la ansiedad crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 33.33% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían ansiedad, comparados con 70% en el IREN; las diferencias no obstante no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 8**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: tiempo de trabajo en servicio**

Hospital	T. trabajo	Total	Con ansiedad		Sin ansiedad	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	< 12 meses	3	0	0.00	3	100.00
	13-36 meses	8	2	25.00	6	75.00
	37-72 meses	4	1	25.00	3	75.00
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>	<b>12</b>	<b>80.00</b>
IREN	< 12 meses	3	1	33.33	2	66.67
	13-36 meses	28	12	42.86	16	57.14
	37-72 meses	9	6	66.67	3	33.33
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>21</b>	<b>52.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =0.16	p=0.92	Chi <sup>2</sup> = 2.48	p=0.29

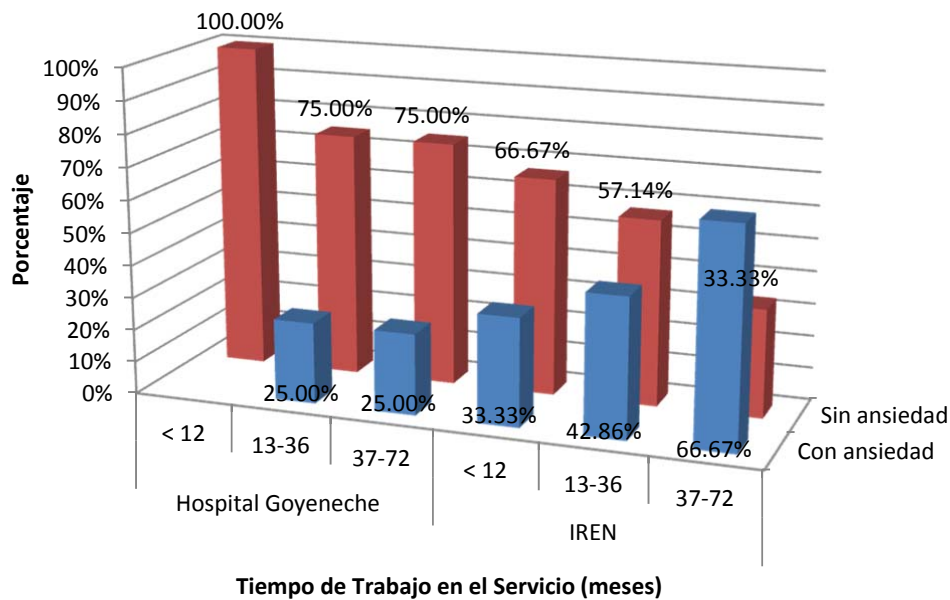
Fuente: Propia

La influencia del tiempo de trabajo en el servicio sobre la ansiedad se observa en la **Tabla 8**; en ambos hospitales se observa que la ansiedad crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 25.00% de trabajadores con más de 6 años en el Hospital Goyeneche tenían ansiedad, comparados con 66.67% en el IREN; las diferencias no obstante no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Gráfico 8**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: tiempo de trabajo en servicio**



**Fuente: Propia**

La influencia del tiempo de trabajo en el servicio sobre la ansiedad se observa en el **Gráfico 8**; en ambos hospitales se observa que la ansiedad crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 25.00% de trabajadores con más de 6 años en el Hospital Goyeneche tenían ansiedad, comparados con 66.67% en el IREN; las diferencias no obstante no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 9**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores  
de salud según hospital: régimen laboral**

Hospital	Régimen	Total	Con ansiedad		Sin ansiedad	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Nombrado	5	2	40.00	3	60.00
	Contratado	8	1	12.50	7	87.50
	CAS	2	0	0.00	2	100.00
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>20.00</b>	<b>12</b>	<b>80.00</b>
IREN	Contratado	32	13	40.63	19	59.38
	CAS	8	6	75.00	2	25.00
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>47.50</b>	<b>21</b>	<b>52.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =14.11	p <0.01	Chi <sup>2</sup> = 6.57	p=0.04

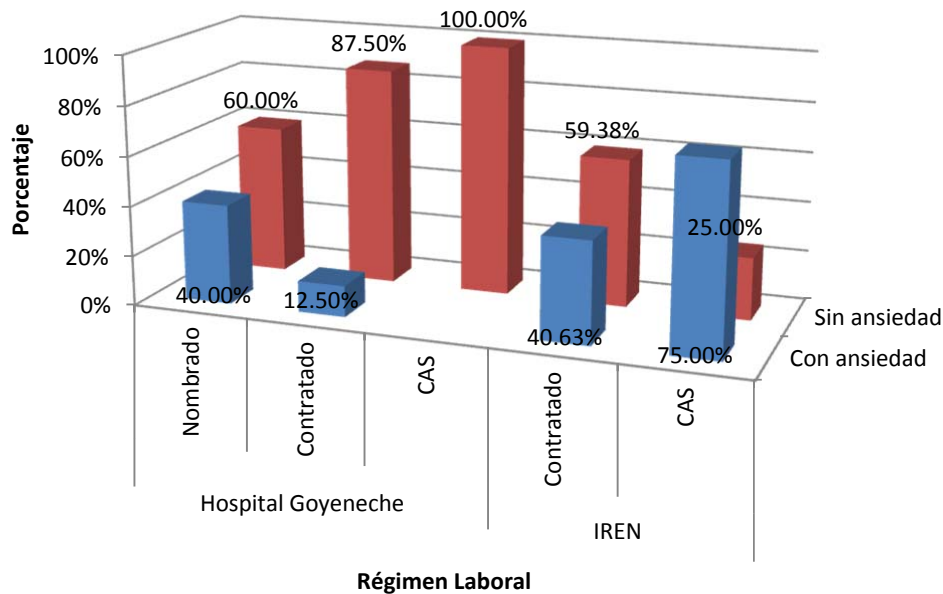
**Fuente: Propia**

En la **Tabla 9** se observa la influencia del régimen laboral; aunque el 40% de los nombrados tienen ansiedad 75% de trabajadores CAS del IREN la presentan y no se produjo en el Hospital Goyeneche; estas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 9**

**Factores relacionados a la presencia de ansiedad en los trabajadores de salud según hospital: régimen laboral**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 9** se observa la influencia del régimen laboral; aunque el 40% de los nominados tienen ansiedad 75% de trabajadores CAS del IREN la presentan y no se produjo en el Hospital Goyeneche; estas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 10**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: edad**

Hospital	Edad	Total	Con depresión		Sin depresión	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	20-29	5	1	20.00	4	100.00
	30-39	5	4	80.00	1	80.00
	40-49	2	1	50.00	1	50.00
	≥ 50	3	2	66.67	1	66.67
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53.33</b>	<b>7</b>	<b>80.00</b>
IREN	20-29	9	4	44.44	5	77.78
	30-39	18	13	72.22	5	44.44
	40-49	13	6	46.15	7	46.15
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>57.50</b>	<b>17</b>	<b>52.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =6.37	p=0.10	Chi <sup>2</sup> =4.97	p=0.17

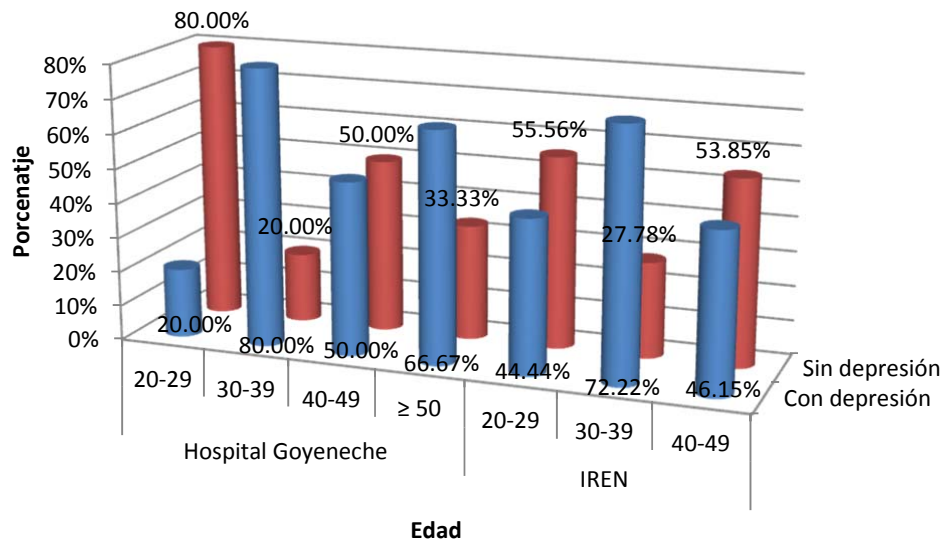
Fuente: Propia

En la **Tabla 10** se muestra la relación de la edad con la presencia de depresión en los trabajadores del Hospital Goyeneche y del IREN; considerando el 53.33% de depresión en Hospital Goyeneche y el 57.50% en el IREN, el 80% de trabajadores de 30 a 39 años mostraron depresión y también el 72.22% de trabajadores de 30 a 39 años en el IREN; las diferencias entre los dos hospitales no fueron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 10**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores de salud según hospital: edad**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 10** se muestra la relación de la edad con la presencia de depresión en los trabajadores del Hospital Goyeneche y del IREN; considerando el 53.33% de depresión en Hospital Goyeneche y el 57.50% en el IREN, el 80% de trabajadores de 30 a 39 años mostraron depresión y también el 72.22% de trabajadores de 30 a 39 años en el IREN; las diferencias entre los dos hospitales no fueron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 11**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: sexo**

Hospital	Sexo	Total	Con depresión		Sin depresión	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Varón	4	2	50.00	2	50.00
	Mujer	11	6	54.55	5	45.45
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53.33</b>	<b>7</b>	<b>46.67</b>
IREN	Varón	9	4	44.44	5	55.56
	Mujer	31	19	61.29	12	38.71
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>57.50</b>	<b>17</b>	<b>42.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =0.22	p=0.64	Chi <sup>2</sup> = 0.02	p=0.97

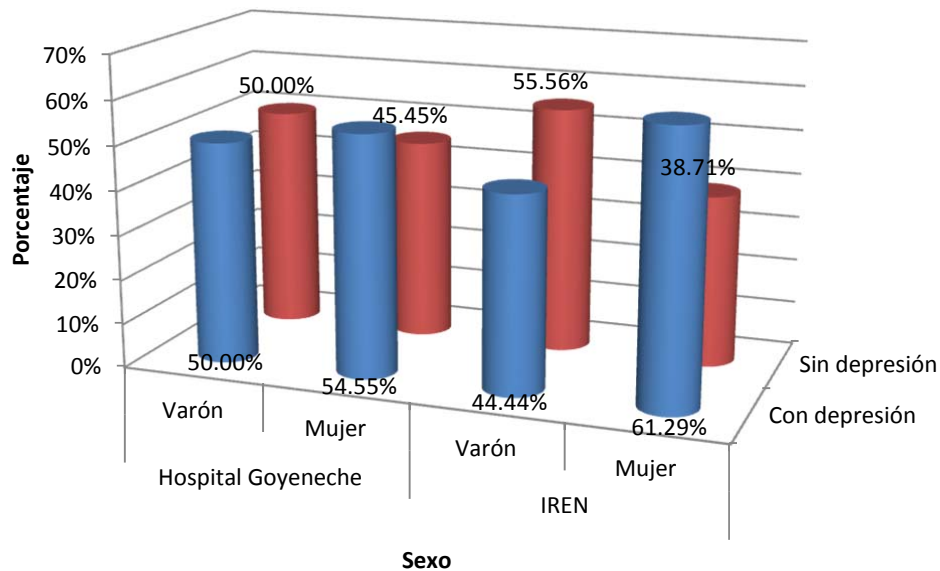
Fuente: Propia

En la **Tabla 11** se muestra la influencia del sexo en la presencia de depresión en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 54.55% de mujeres, mientras que en el IREN el 61.29% de mujeres tuvieron depresión, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 11**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores de salud según hospital: sexo**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 11** se muestra la influencia del sexo en la presencia de depresión en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 54.55% de mujeres, mientras que en el IREN el 61.29% de mujeres tuvieron depresión, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 12**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: estado civil**

Hospital	Estado civil	Total	Con depresión		Sin depresión	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Soltero	6	3	50.00	3	50.00
	Conviviente	1	0	0.00	1	100.00
	Casado	8	5	62.50	3	37.50
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53.33</b>	<b>7</b>	<b>46.67</b>
IREN	Soltero	16	9	56.25	7	43.75
	Conviviente	4	4	100.00	0	0.00
	Casado	16	8	50.00	8	50.00
	Separado	3	2	66.67	1	33.33
	Viudo	1	0	0.00	1	100.00
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>57.50</b>	<b>17</b>	<b>42.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =3.17	p=0.36	Chi <sup>2</sup> = 3.27	p=0.51

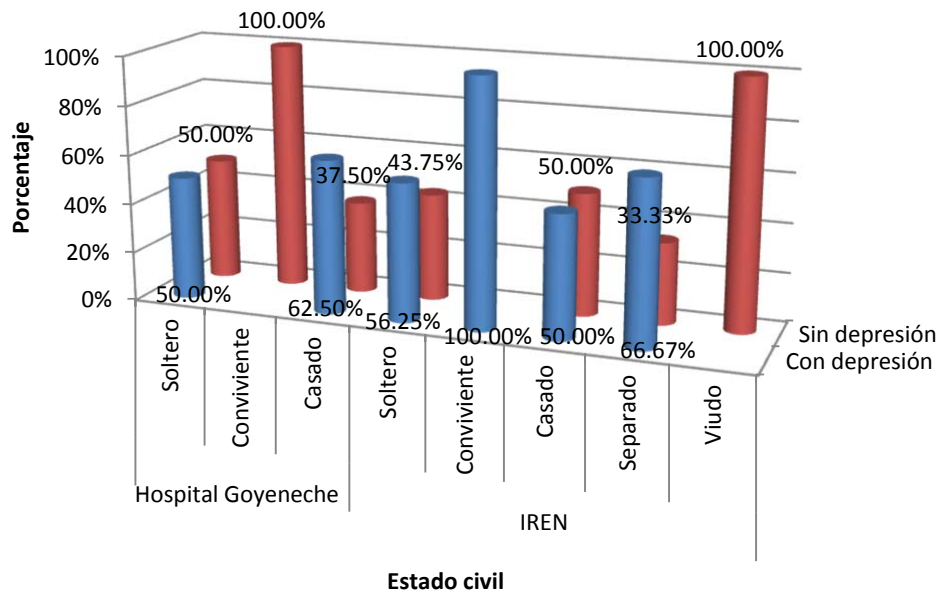
**Fuente: Propia**

**Tabla 12:** En relación al estado civil, 62.50% de los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron depresión, y en el IREN todos los convivientes y 66.67% de separados ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 12**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores de salud según hospital: estado civil**



**Fuente: Propia**

**Gráfico 12:** En relación al estado civil, 62.50% de los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron depresión, y en el IREN todos los convivientes y 66.67% de separados ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 13**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: ocupación**

Hospital	Ocupación	Total	Con depresión		Sin depresión	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Médico	7	4	57.14	3	42.86
	Enfermera	5	3	60.00	2	40.00
	Téc enferm	3	1	33.33	2	66.67
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53.33</b>	<b>7</b>	<b>46.67</b>
IREN	Médico	13	6	46.15	7	53.85
	Enfermera	16	11	68.75	5	31.25
	Téc enferm	11	6	54.55	5	45.45
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>57.50</b>	<b>17</b>	<b>42.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =1.68	p=0.43	Chi <sup>2</sup> = 0.01	p=0.99

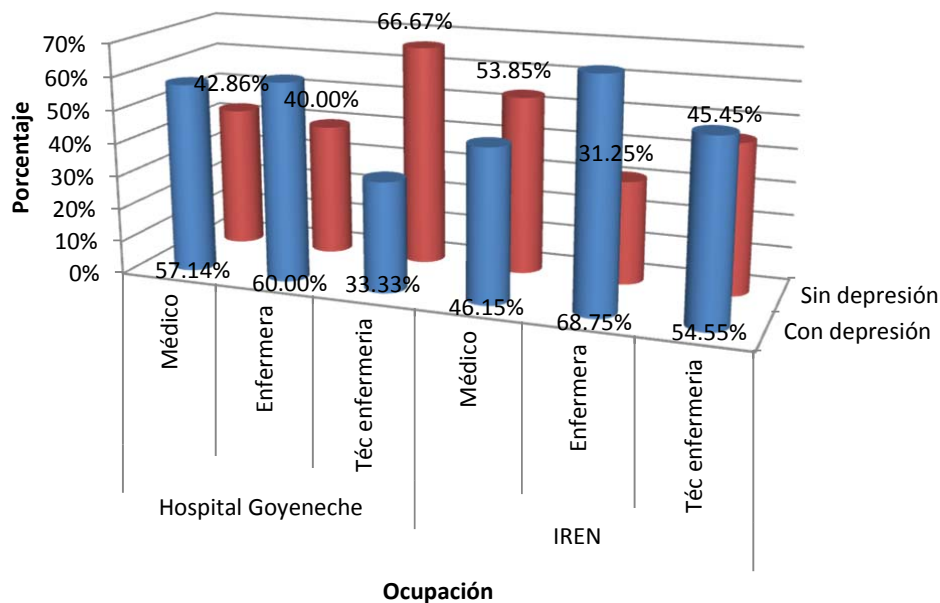
Fuente: Propia

La **Tabla 13** muestra la influencia de la ocupación en la depresión según hospital; el 57.14% de médicos y 60% de enfermeras en Hospital Goyeneche tuvieron depresión, y 68.75% de enfermeras en el IREN, pero en este último el 46.15% de médicos y 54.55% de técnicos mostraron depresión, y las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 13**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores de salud según hospital: ocupación**



**Fuente: Propia**

El **Gráfico 13** muestran la influencia de la ocupación en la depresión según hospital; el 57.14% de médicos y 60% de enfermeras en Hospital Goyeneche tuvieron depresión, y 68.75% de enfermeras en el IREN, pero en este último el 46.15% de médicos y 54.55% de técnicos mostraron depresión, y las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 14**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: tiempo de trabajo en hospital**

Hospital	T. trabajo	Total	Con depresión		Sin depresión	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	< 12 meses	1	0	0.00	1	100.00
	13-36 meses	6	3	50.00	3	50.00
	37-72 meses	5	3	60.00	2	40.00
	> 73 meses	3	2	66.67	1	33.33
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53.33</b>	<b>7</b>	<b>46.67</b>
IREN	< 12 meses	3	2	66.67	1	33.33
	13-36 meses	27	12	44.44	15	55.56
	37-72 meses	10	9	90.00	1	10.00
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>57.50</b>	<b>17</b>	<b>42.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =6.71	p=0.08	Chi <sup>2</sup> = 6.25	p=0.10

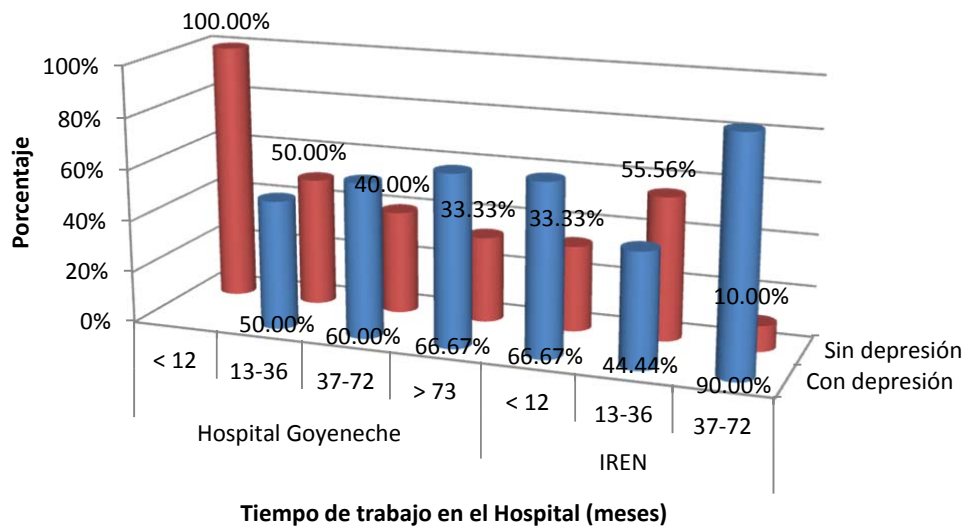
Fuente: Propia

La influencia del tiempo de trabajo en la depresión se observa en la **Tabla 14** para el tiempo en el hospital; en ambos hospitales se observa que la ansiedad crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 66.67% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían depresión, comparados con 90.00% en el IREN; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 14**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores de salud según hospital: tiempo de trabajo en hospital**



**Fuente: Propia**

La influencia del tiempo de trabajo en la depresión se observa en el **Gráfico 14** para el tiempo en el hospital; en ambos hospitales se observa que la ansiedad crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 66.67% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían depresión, comparados con 90% en el IREN; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 15**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: tiempo de trabajo en servicio**

Hospital	T. trabajo	Total	Con depresión		Sin depresión	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	< 12 meses	3	1	33.33	2	66.67
	13-36 meses	8	4	50.00	4	50.00
	37-72 meses	4	3	75.00	1	25.00
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53.33</b>	<b>7</b>	<b>46.67</b>
IREN	< 12 meses	3	2	66.67	1	33.33
	13-36 meses	28	13	46.43	15	53.57
	37-72 meses	9	8	88.89	1	11.11
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>57.50%</b>	<b>17</b>	<b>42.50</b>
			Chi²=0.15	p=0.93	Chi²= 3.07	p=0.22

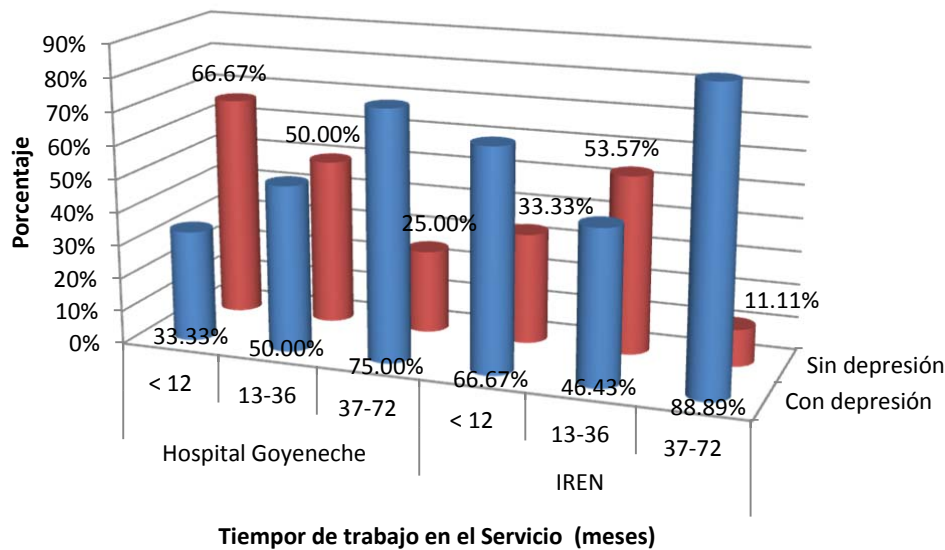
Fuente: Propia

La influencia del tiempo de trabajo en el servicio sobre la depresión se observa en la **Tabla 15** para el tiempo en el servicio; en ambos hospitales se observa que la depresión crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 75.00% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían depresión, comparados con 88.89% en el IREN; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Gráfico 15**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: tiempo de trabajo en servicio**



**Fuente: Propia**

La influencia del tiempo de trabajo en el servicio sobre la depresión se observa en la **Gráfico 15** para el tiempo en el servicio; en ambos hospitales se observa que la depresión crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 75.00% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían depresión, comparados con 88.89% en el IREN; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 16**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: régimen laboral**

Hospital	Régimen	Total	Con depresión		Sin depresión	
			N°	%	N°	%
Hospital Goyeneche	Nombrado	5	3	60.00	2	40.00
	Contratado	8	4	50.00	4	50.00
	CAS	2	1	50.00	1	50.00
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>53.33</b>	<b>7</b>	<b>46.67</b>
IREN	Contratado	32	19	59.38	13	40.63
	CAS	8	4	50.00	4	50.00
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>23</b>	<b>57.50</b>	<b>17</b>	<b>42.50</b>
			Chi <sup>2</sup> =7.03	p <0.01	Chi <sup>2</sup> = 5.93	p=0.05

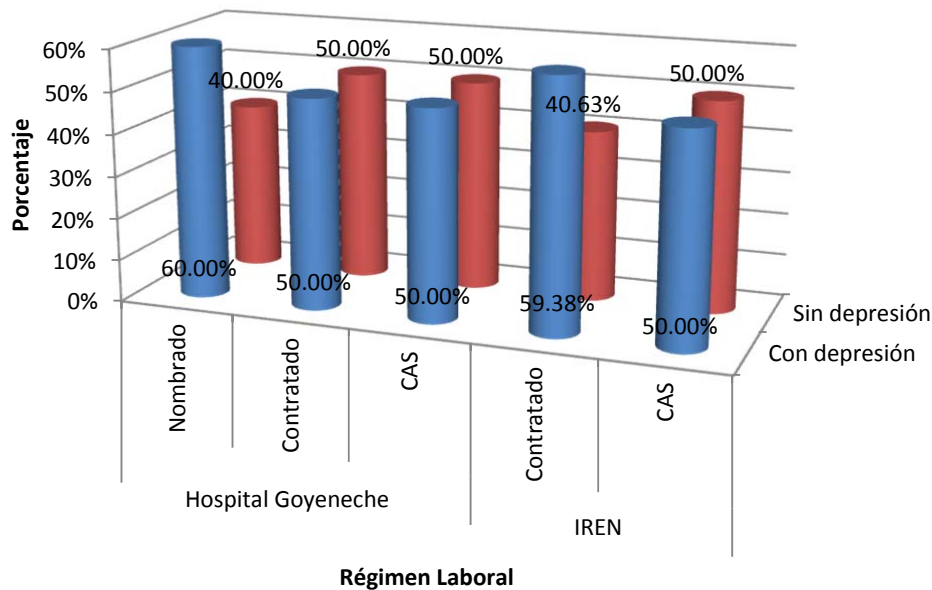
**Fuente: Propia**

En la **Tabla 16** se observa la influencia del régimen laboral; casi el 60% de los nombrados tienen depresión, y el 50% de trabajadores CAS del IREN y de Hospital Goyeneche la presentan; estas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ) debido a la falta de nombrados en el IREN.

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Gráfico 16**

**Factores relacionados a la presencia de depresión en los trabajadores  
de salud según hospital: régimen laboral**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 16** se observa la influencia del régimen laboral; casi el 60% de los nombrados tienen depresión, y el 50% de trabajadores CAS del IREN y de Hospital Goyeneche la presentan; estas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ) debido a la falta de nombrados en el IREN.

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 17**

**Factores asociados a ansiedad en los trabajadores de salud**

		Total	Con ansiedad		Sin ansiedad		Chi <sup>2</sup>	p	OR
			N°	%	N°	%			
Hospital	IREN	40	19	47.50	21	52.50	3.44	0.06	3.62
	Hospital Goyeneche	15	3	20.00	12	80.00			
Edad	40 a +	18	9	69.23	9	50.00	1.11	0.29	1.85
	< 39 a 11m	37	13	35.14	24	64.86			
Sexo	Varones	13	6	46.15	7	53.85	0.27	0.60	1.39
	Mujeres	42	16	38.10	26	61.90			
Estado civil	Con pareja	29	12	41.38	17	58.62	0.05	0.83	1.13
	Sin pareja	26	10	23.81	16	61.54			
Ocupación	Médico	20	6	30.00	14	70.00	1.49	0.48	-
	Enfermera	21	9	42.86	12	57.14			2.33
	Técnico enfermería	14	7	50.00	7	50.00			1.75
Tiempo trabajo hospital	4 a +	18	9	50.00	9	50.00	1.11	0.29	1.85
	< 3 a 11m	37	13	35.14	24	64.86			
Tiempo trabajo servicio	4 a +	13	7	53.85	6	46.15	1.36	0.24	2.10
	< 3 a 11m	42	15	35.71	27	64.29			
Régimen Laboral	Nombrado	5	2	40.00	3	60.00	2.08	0.35	-
	Contratado	40	14	35.00	26	65.00			0.81
	CAS	10	6	60.00	4	40.00			2.25
Total		55	22	40.00	33	60.00			

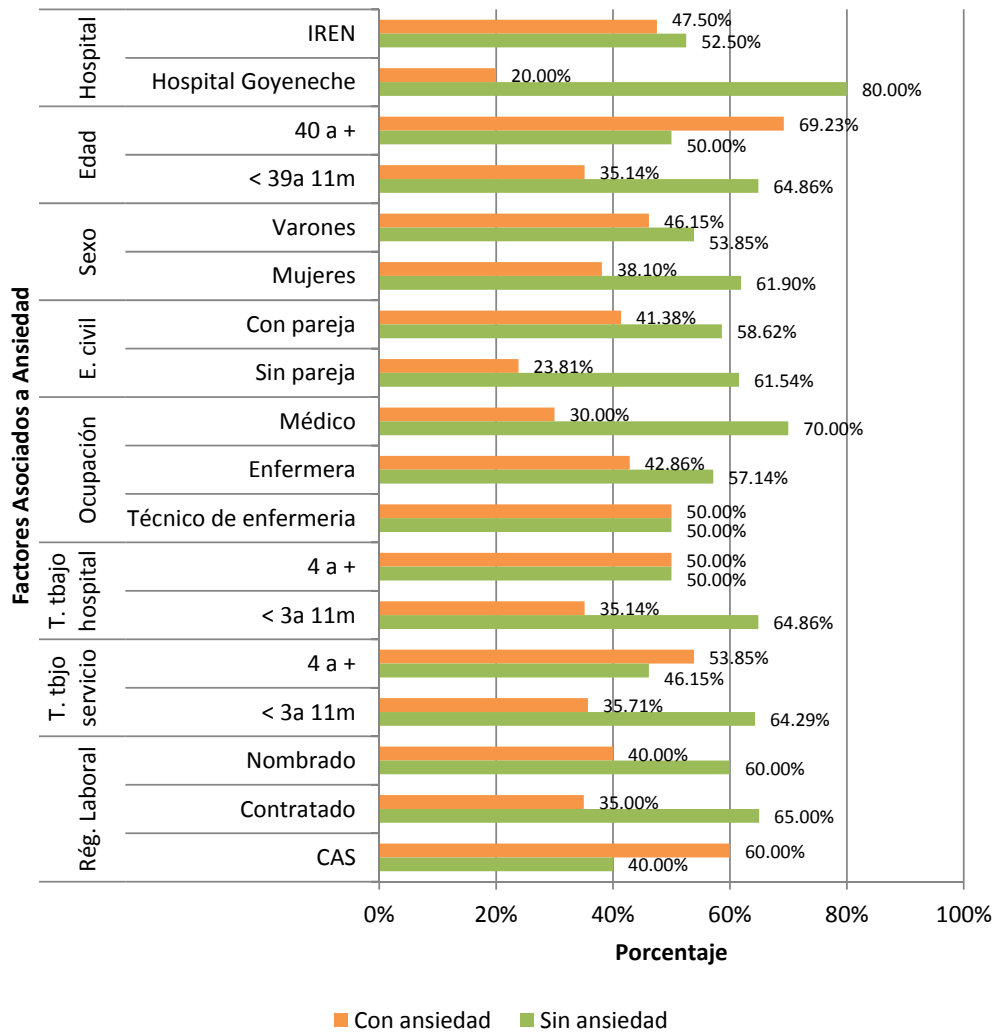
**Fuente: Propia**

En la **Tabla 17** se muestran los factores relacionados a ansiedad en todos los trabajadores de salud; resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayo a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 17**

**Factores asociados a ansiedad en los trabajadores de salud**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 17** se muestran los factores relacionados a ansiedad en todos los trabajadores de salud; resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayor a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 18**

**Análisis de regresión logística de factores predictores de ansiedad**

	<b>B</b>	<b>E.T.</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
IREN	-1.88	1.45	1.68	1	0.20	0.15	0.01	2.63
Edad	0.02	0.07	0.06	1	0.81	1.02	0.88	1.17
varones	22.21	14293.57	0.00	1	1.00	1.00	0.00	
Con pareja	0.95	0.85	1.25	1	0.26	2.58	0.49	13.55
Técnico	-20.94	14293.57	0.00	1	1.00	0.00	0.00	
Enfermera	-0.69	1.17	0.35	1	0.55	0.50	0.05	4.95
T tbjo Hos	0.01	0.02	0.07	1	0.79	1.01	0.97	1.05
T Tbo Serv	0.08	0.04	4.73	1	0.03	1.09	1.01	1.17
Contratado	-3.00	2.55	1.38	1	0.24	0.05	0.00	7.42
CAS	-2.60	1.32	3.85	1	0.05	0.07	0.01	1.00

**Fuente:** Propia

**Tabla 18:** Al realizar el análisis de regresión logística, se identificó como predictores de ansiedad a la mayor edad, y el tener pareja.

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 19**

**Factores asociados a depresión en los trabajadores de salud**

			Con depresión		Sin depresión		Chi <sup>2</sup>	p	OR
		Total	N°	%	N°	%			
Hospital	IREN	40	23	57.50	17	42.50	0.08	0.78	1.18
	Hospital Goyeneche	15	8	53.33	7	46.67			
Edad	40 a +	18	9	69.23	9	50.00	0.44	0.51	0.68
	< 39a 11m	37	22	59.46	15	40.54			
Sexo	Varones	13	6	46.15	7	53.85	0.72	0.40	0.58
	Mujeres	42	25	59.52	17	40.48			
Estado civil	Con pareja	29	17	58.62	12	41.38	0.13	0.72	1.21
	Sin pareja	26	14	33.33	12	46.15			
Ocupación	Médico	20	10	50.00	10	50.00	1.47	0.48	-
	Enfermera	21	14	66.67	7	33.33			
	Técnico enfermería	14	7	50.00	7	50.00			
Tiempo trabajo hospital	4 a +	18	14	77.78	4	22.22	4.99	0.03	4.12
	< 3a 11m	37	17	45.95	20	54.05			
Tiempo trabajo servicio	4 a +	13	11	84.62	2	15.38	5.52	0.02	6.05
	< 3a 11m	42	20	47.62	22	52.38			
Régimen Laboral	Nombrado	5	3	60.00	2	40.00	0.21	0.90	-
	Contratado	40	23	57.50	17	42.50			
	CAS	10	5	50.00	5	50.00			0.67
Total		55	22	40.00	33	60.00			

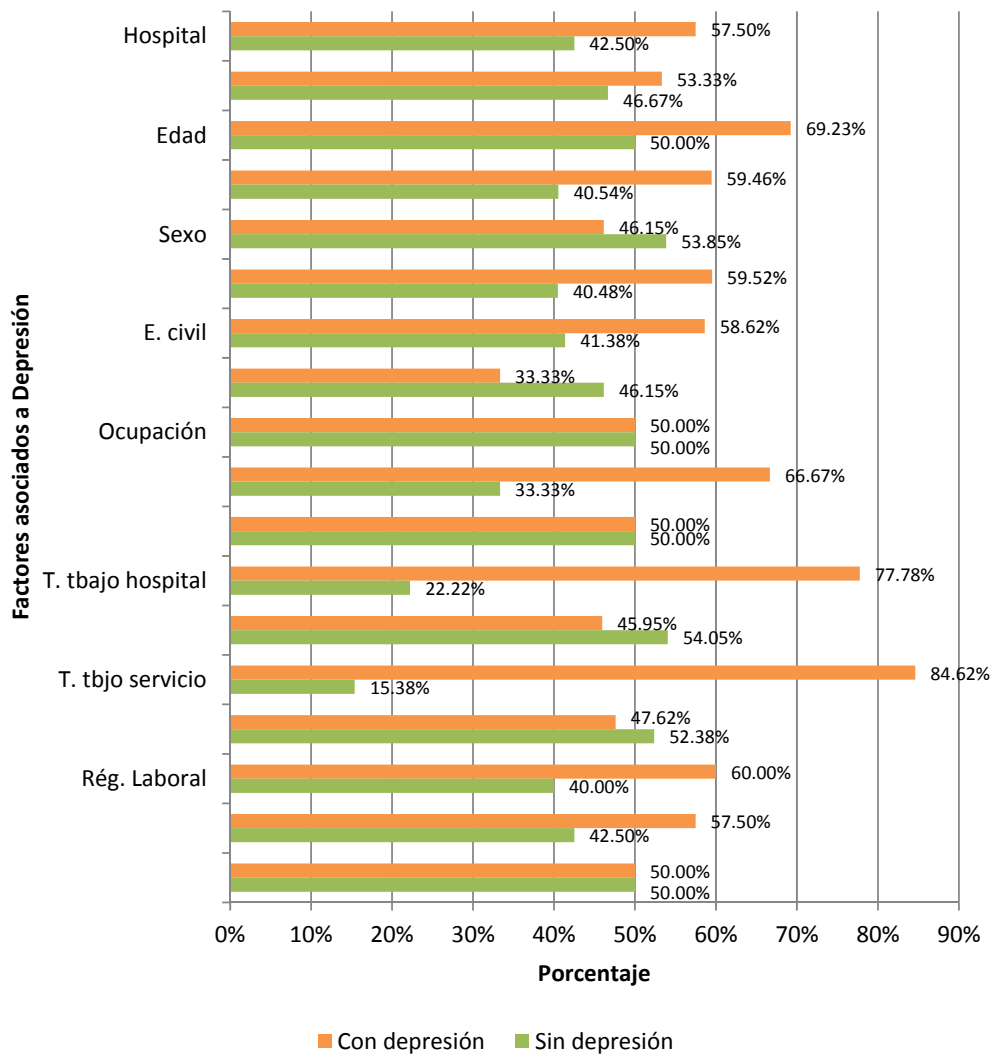
**Fuente: Propia**

En la **Tabla 19** se muestran los factores relacionados a depresión en los trabajadores de salud; resultaron relevantes el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECHE E IREN SUR, 2014**

**Gráfico 18**

**Factores asociados a depresión en los trabajadores de salud**



**Fuente: Propia**

En el **Gráfico 18** se muestran los factores relacionados a depresión en los trabajadores de salud; resultaron relevantes el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05).

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SEGÚN LA ESCALA DE HAMILTON, EN EL PERSONAL  
MÉDICO Y NO MÉDICO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYENECH E  
IREN SUR, 2014**

**Tabla 20**

**Análisis de regresión logística de factores predictores de depresión**

	<b>B</b>	<b>E.T.</b>	<b>Wald</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
IREN	-0.33	0.88	0.15	1	0.70	0.72	0.13	4.01
Edad	-0.05	0.06	0.62	1	0.43	0.95	0.84	1.08
Mujeres	0.78	1.20	0.42	1	0.52	2.17	0.21	22.87
Con pareja	0.61	0.74	0.67	1	0.41	1.84	0.43	7.86
Técnico	-0.99	1.05	0.89	1	0.34	0.37	0.05	2.89
Enfermera	-0.66	1.09	0.36	1	0.55	0.52	0.06	4.37
T tbo Hos	0.03	0.02	2.16	1	0.14	1.03	0.99	1.07
T Tbo Serv	0.05	0.03	3.09	1	0.08	1.05	0.99	1.12
Contratado	-2.46	2.18	1.27	1	0.26	0.09	0.00	6.13
CAS	-0.32	1.11	0.09	1	0.77	0.72	0.08	6.42

**Fuente: Propia**

Al realizar el análisis de regresión logística (**Tabla 20**), se identificó como predictores de depresión al sexo femenino, la mayor edad, y el tener pareja.

### **CAPÍTULO III.**

## **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El presente estudio se realizó para describir la frecuencia de Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, del Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. Se realizó la presente investigación debido a que se buscaba conocer el impacto de la atención de pacientes terminales oncológicos en la salud mental del personal de salud; se estudio el impacto de factores laborales en la salud mental del personal de salud; permitió identificar las características del personal de salud que pueden predecir la sobrecarga emocional de los trabajadores para evitarlos. El estudio fue factible de realizar por tratarse de un analítico en un grupo cerrado de trabajadores. Además de satisfacer la motivación personal de realizar una investigación en el área de la salud mental, logramos una importante contribución académica al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las políticas de investigación de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

Para tal fin se aplicó una la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton así como una ficha de datos a los trabadores de los centros de estudio. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relaciona variables mediante cálculo de odds ratio y análisis de regresión logística.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra los resultados de la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton en los dos centros de estudio; en el hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada; las diferencias en los niveles de ansiedad entre los dos centros no fueron significativas ( $p > 0.05$ ). En cuanto a la depresión (**Tabla y Gráfico 2**), el 46.67% de trabajadores del Hospital Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa, también sin diferencias significativas ( $p > 0.05$ ).

Según el estudio realizado por García T. (25), se encontró un índice de ansiedad de 51% y depresión de 59.8%. Estas diferencias se deben a que en aquel estudio no se dividieron los índices en leve, moderado y severo, sino que solo se agruparon en ansiedad y depresión. Creemos que es necesario clasificar la ansiedad y depresión por nivel de gravedad. En el estudio realizado por Erdur B. (28) encuentra en su grupo de estudio una frecuencia de 29% de depresión y esto lo asocia a que el personal médico tiene mayor riesgo de sufrir de depresión si no se tiene ningún hobby y se tiene altos puntajes de ansiedad. La frecuencia de ansiedad fue del 28% y esto se asocia con tener un ingreso bajo y ser mujer.

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra la relación de la edad con la presencia de ansiedad en los trabajadores del Hospital Goyeneche y del IREN; considerando el 20% de ansiedad detectado, el 50% de trabajadores de 40 a 49 años mostraron ansiedad y el 33% de mayores de 50 años, y en el IREN el 55.56% de trabajadores de 30 a 39 años mostró ansiedad; las diferencias entre los dos hospitales fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

En el estudio realizado por Chambers R. (34) se encontró que había una pequeña correlación positiva entre la ansiedad y el aumento de la edad, que fue significativa debido al gran número de encuestados. Lo cual concuerda con los hallazgos encontrados en el presente estudio. Esto puede deberse a que los trabajadores de mayor edad han sido expuestos por más tiempo al estrés laboral lo cual puede haber generado que el nivel de ansiedad aumente progresivamente a medida que pasa el tiempo.

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra la influencia del sexo en la presencia de ansiedad en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 9.09% de mujeres, mientras que en el IREN el 48.39% de mujeres tuvieron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). En relación al estado civil (**Tabla y Gráfico 5**), los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron 37.50% de ansiedad, y en el IREN 50% de convivientes y 43.75% de casados ( $p > 0.05$ ).

En el estudio realizado por Chambers R. (34) no se encontraron diferencias de género significativas entre hombres y mujeres médicos para las puntuaciones de ansiedad o depresión (las puntuaciones de ansiedad fueron de 6.95 y 7.58 para los hombres y las mujeres respectivamente y la media de las puntuaciones de depresión fueron 5,23 y 4,90 para los hombres y mujeres, respectivamente. Esto puede deberse a que en el presente estudio se encuestó un mayor número de mujeres que hombres, influyendo al final en el resultado, dado que el personal de enfermería y técnico es en gran mayoría de sexo femenino. A diferencia del estudio realizado por Erdur B. (28) que asocia al género femenino con mayor frecuencia de ansiedad.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la influencia de la ocupación en la ansiedad según hospital; el 28% de médicos en hospital Goyeneche tuvieron ansiedad, y 30.77% en el IREN, pero en este último el 50% de enfermeras y 63.64% de técnicos mostraron ansiedad, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

Dado que en el IREN, en su categoría de instituto regional, maneja un mayor número de pacientes y algunos de mayor complejidad que el servicio de oncología del hospital Goyeneche, esto podría explicar que al tener mayor carga laboral están más expuestos al estrés y esto podría generarles un mayor nivel de ansiedad que el personal del hospital III Goyeneche.

La influencia del tiempo de trabajo en la ansiedad se observa en la **Tabla y Gráfico 7** para el tiempo en el hospital; en ambos hospitales se observa que la ansiedad crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 33.33% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían ansiedad, comparados con 70% en el IREN; las diferencias no obstante no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). Fenómeno similar se observó con el tiempo de trabajo en el servicio (**Tabla y Gráfico 8**).

Así como se evidencio en la tabla 3, se ve que la ansiedad se incrementa a medida que aumenta la edad, así mismo podemos ver que a mayor tiempo de trabajo en el servicio de oncología también se evidencia un creciente nivel de ansiedad, esto se vio en el IREN, pero no en el hospital Goyeneche, donde se evidencio mayores niveles de ansiedad en el personal con pocos años de servicio, esto puede deberse a que este personal está en un periodo de adaptación al servicio y la problemática del

paciente oncológico, a diferencia del personal con mayor tiempo laboral que ya está adaptado, por lo tanto presenta menor índice de ansiedad.

En la **Tabla y Gráfico 9** se observa la influencia del régimen laboral; aunque el 40% de los nombrados tienen ansiedad 75% de trabajadores CAS del IREN la presentan y no se produjo en el Hospital Goyeneche; estas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ).

Es probable que el índice de mayor ansiedad hallado en el personal CAS se deba a que dado su régimen laboral presentan una menor estabilidad laboral que el personal nombrado.

En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra la relación de la edad con la presencia de depresión en los trabajadores del Hospital Goyeneche y del IREN; considerando el 53.33% de depresión en Hospital Goyeneche y el 57.50% en el IREN, el 80% de trabajadores de 30 a 39 años mostraron depresión y también el 72.22% de trabajadores de 30 a 39 años en el IREN; las diferencias entre los dos hospitales no fueron significativas ( $p > 0.05$ ).

En el estudio realizado por Chambers R. (34) no se encontró asociación entre la edad y la depresión. Esta diferencia puede deberse a que el estudio de Chambers se realizó en Inglaterra, donde el personal de salud cuenta con una mayor calidad de vida, mejor acceso a un servicio de salud y mejores condiciones de trabajo.

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra la influencia del sexo en la presencia de depresión en los hospitales; el 50% de varones del Hospital Goyeneche presentaron ansiedad, y 54.55% de mujeres, mientras que en el IREN el 61.29% de mujeres tuvieron depresión, aunque las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). En

relación al estado civil (**Tabla y Gráfico 12**), 62.50% de los casados en el Hospital Goyeneche tuvieron depresión, y en el IREN todos los convivientes y 66.67% de separados ( $p > 0.05$ ).

En el estudio realizado por Chambers R. (34) no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres médicos para las puntuaciones de ansiedad o depresión (media las puntuaciones de ansiedad fueron de 6.95 y 7.58 para los hombres y las mujeres respectivamente,  $p = 0,11$ , y la media de las puntuaciones de depresión fueron 5,23 y 4,90 para los hombres y mujeres, respectivamente,  $P = 0,24$ , por las pruebas de Mann-Whitney). Esto coincide con los hallazgos de este estudio. También se vio en el estudio de Chambers R. que aquellos que viven solos tenían significativamente más altas las puntuaciones de ansiedad que los que viven con sus parejas, pero no se encontró asociación significativa con los niveles de depresión. En nuestro estudio se encontró que las personas con pareja tienen significativamente más ansiedad, esto podría deberse a que donde se realizó el estudio de Chambers R. (Inglaterra) existen mejores condiciones y estabilidad laborales, mejor remuneración económica, lo cual causa que tengan menos estrés.

La **Tabla y Gráfico 13** muestran la influencia de la ocupación en la depresión según hospital; el 57.14% de médicos y 60% de enfermeras en hospital Goyeneche tuvieron depresión, y 68.75% de enfermeras en el IREN, pero en este último el 46.15% de médicos y 54.55% de técnicos mostraron depresión, y las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ).

Podemos observar que el grupo de enfermeras del IREN tuvieron mayor porcentaje de depresión, esto se puede explicar porque ese grupo tiene mayor carga laboral.

La influencia del tiempo de trabajo en la ansiedad se observa en la **Tabla y Gráfico 14** para el tiempo en el hospital; en ambos hospitales se observa que la depresión crece conforme aumentan los años de trabajo pero fueron mayores en el IREN, ya que 66.67% de trabajadores con más de 6 años en Hospital Goyeneche tenían depresión, comparados con 90% en el IREN; las diferencias no resultaron significativas ( $p > 0.05$ ). Fenómeno similar se observó con el tiempo de trabajo en el servicio (**Tabla y Gráfico 15**).

Así como se evidenció en la tabla 3, se ve que la ansiedad se incrementa a medida que aumenta la edad, así mismo podemos ver que a mayor tiempo de trabajo en el servicio de oncología también se evidencia un creciente nivel de depresión, esto se evidenció en los dos centros de estudio, esto puede deberse a que el personal con menos años de servicio está en un periodo de adaptación al servicio y la problemática del paciente oncológico, a diferencia del personal con mayor tiempo laboral que se encuentra por mayor tiempo expuesto a la problemática ya mencionada y por lo tanto presenta un mayor índice de síntomas depresivos.

En la **Tabla y Gráfico 16** se observa la influencia del régimen laboral; casi el 60% de los nombrados tienen depresión, y el 50% de trabajadores CAS del IREN y de Hospital Goyeneche la presentan; estas diferencias fueron significativas ( $p < 0.05$ ) debido a la falta de nombrados en el IREN.

Es probable que el índice de mayor depresión hallado en el personal CAS se deba a que dado su régimen laboral presentan una menor estabilidad laboral que el personal nombrado.

En la **Tabla y Gráfico 17** se muestran los factores relacionados a ansiedad en todos los trabajadores de salud; resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayor a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25). Al realizar el análisis de regresión logística (**Tabla 18**), se identificó como predictores de ansiedad a la mayor edad, y el tener pareja.

En la **Tabla 19 y Gráfico 18** se muestran los factores relacionados a depresión en los trabajadores de salud; resultaron relevantes el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05). Al realizar el análisis de regresión logística (**Tabla 20**), se identificó como predictores de depresión al sexo femenino, la mayor edad, y el tener pareja.



## CONCLUSIONES

- Primera.** Se presentó Ansiedad en 20% de trabajadores del Hospital Goyeneche y en 47.50% en el IREN, y depresión en 53.33% de trabajadores del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y en 57.50% en el IREN Sur.
- Segunda.** Las características sociales que influyen en el desarrollo de ansiedad en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, fueron el laborar en el IREN, la edad mayor a 40 años, el sexo masculino y el tener pareja., y para depresión esta última característica.
- Tercera.-** Las características laborales relacionadas en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, fueron el mayor tiempo de trabajo en el servicio y la ocupación de enfermera.
- Cuarta.-** Existe mayor ansiedad conforme avanza la edad, en mujeres del IREN, en enfermeras de los dos hospitales, y conforme se trabaja más tiempo en el hospital o en el servicio del Hospital Goyeneche e IREN Sur.

## RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda al Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y al IREN Sur que se incluya una evaluación psicológica y psiquiátrica anual a todo su personal, además de fomentar que cada miembro del grupo laboral sea consciente de la importancia de la identificación y la ayuda a aquellos que puedan estar sufriendo de ansiedad o depresión, es también importante que se comprenda que esto significa una acción positiva que puede dar lugar a grandes beneficios individuales como para la institución en general.
- 2) Se recomienda al Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y al IREN Sur tratar en la medida de lo posible mejorar las condiciones laborales y la carga laboral de los grupos con mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión.
- 3) Se recomienda al Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y al IREN Sur que después de identificar y diagnosticar a su personal con ansiedad o depresión programar sesiones grupales de psicoterapia e instaurar programas de prevención y promoción de la salud física y mental de sus trabajadores.
- 4) A la Facultad de Medicina Humana de la UCSM, ampliar el estudio de los factores que intervienen en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal de los diferentes servicios y Hospitales de la ciudad de Arequipa.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Llaza G. Avances en Psiquiatría. Arequipa; UCSM; 2011: 147-322.
- 2) Rosas Barrientos V. Depresión y ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2011; 16 (3):157-162,
- 3) DSM-III-R and DSM-IV. Comprehensive Psychiatry, 36, 454-460.
- 4) Fabrega, H., Mezzich, J.E., y Mezzich, A.C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM. Archives of General Psychiatry, 44, 567-572.
- 5) Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. Madrid: Mc Graw Hill; 2008; 17va ed; Tomo I; p479-.
- 6) First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV, Versión Clínica. Barcelona: MASSON
- 7) Bottomley, A, Flechtner , Efficace F, Vanvoorden V, Coens C et al. Health related quality of life outcomes in cancer clinical trials. European Organization for research and Treatment of Cancer (EORTC). Eur J Cancer 2005; 41 (12): 1697-1709
- 8) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Cuidados del paciente oncológico. Disponible en:  
  
[http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto\\_n10.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n10.pdf)

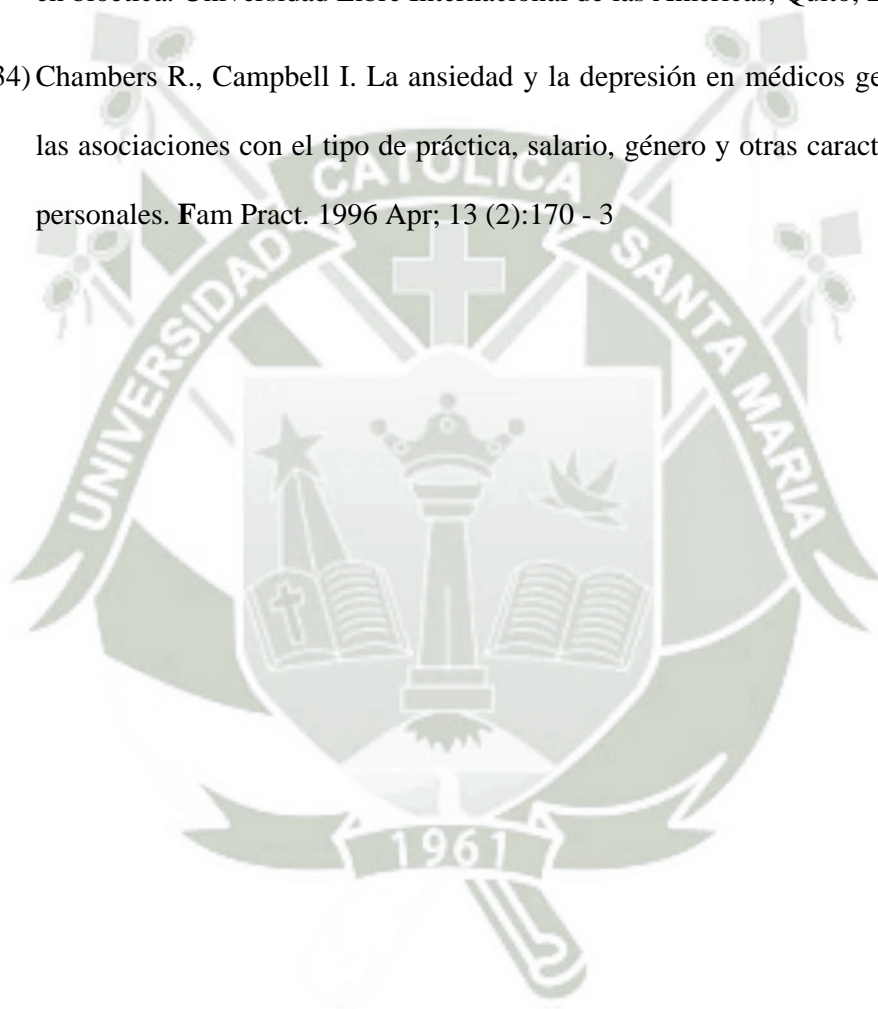
- 9) Paciente Terminal y Bioética. CTO, 6ta edición. Disponible en:  
[www.sisman.utm.edu.ec/libros/facultad%20de%20ciencias%20de%20la%20salud/carrera%20de%20medicina/07/bioetica/manual%20cto%206ed%20-%20Paciente%20terminal%20y%20bio%20%C3%A9tica.pdf](http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/facultad%20de%20ciencias%20de%20la%20salud/carrera%20de%20medicina/07/bioetica/manual%20cto%206ed%20-%20Paciente%20terminal%20y%20bio%20%C3%A9tica.pdf)
- 10) Lara A, Tamayo S, CarrilloLara G. Manejo del paciente terminal. *Cancerología*, 2006; 1: 283-295
- 11) Temborry Ruiz F, Mons Checa E. Manejo del paciente oncologico en situacion terminal. Editorial Medynet, Málaga, España. Disponible en:  
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/terminal.pdf>
- 12) Rodríguez Camero ML, Rodríguez Camero N, Azañón Hernández R, Torres López A, Rodríguez Salvador MM, Muñoz Ronda F. Mujeres, Salud y Cuidados familiares: Instituciones económicas desde la perspectiva antropológica. *Rev. Índex Enferm* 2007 Nov.; 16 (58): 45-49
- 13) Zabalegui Yarnoz A, Juandó Prats C, Sáenz de Ormijana Hernández A, et al. Los cuidadores informales en España: perfil y cuidados prestados. *Revista Rol de Enfermería* 2007; 30(7-8): 513-518
- 14) Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona, España. Estudio Burnout. INTRAMED.  
<http://www.intramed.net/encuestas/todos/encuestafigueres>
- 15) Bobes García J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. *Ars Médica*. 2002. 5.1. Escala de Hamilton para la Depresión; pp: 43

- 16) Bobes J, Luque A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700.
- 17) Nemeroff CB: The neurobiology of depression. *Sci Am* 278:42, 1998.
- 18) Ressler KJ, Nemeroff CB: Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 12(suppl 1):2, 2000.
- 19) Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, et al: The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *J Endocrinol* 160:1, 1999.
- 20) Holsboer F: The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacol.* 23:477, 2000.
- 21) Nemeroff CB: The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. *Mol Psychiatry* 1:336, 1996.
- 22) Austin MC, Janosky JE, Murphy HA: Increased corticotropin-releasing hormone immunoreactivity in monoamine-containing pontine nuclei of depressed suicidal men. *Mol Psychiatry* 8:324, 2003.
- 23) Mayberg HS: Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimized treatment. *Br Med Bull* 65:193, 2003.
- 24) Kupfer DJ: REM latency: a psychobiologic marker for primary depressive disease. *Biol Psychiatry* 11:159, 1976.

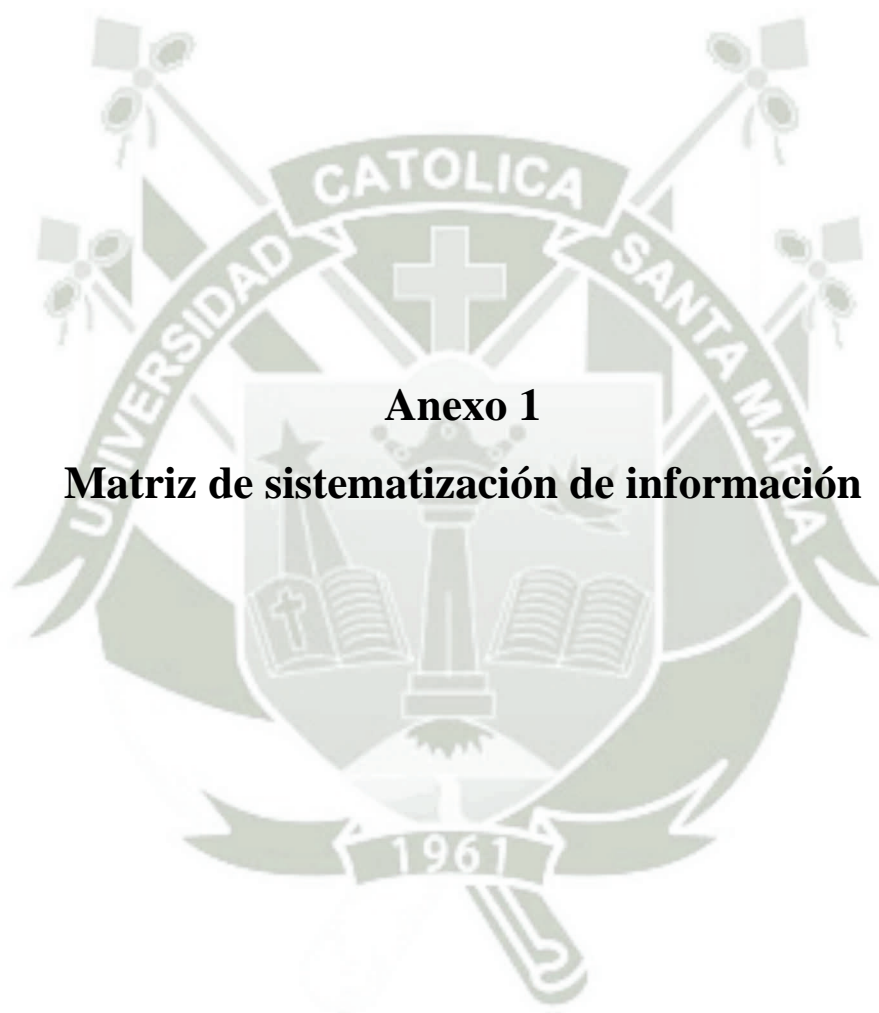
- 25) Garcia T. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos y en sus cuidadores. Hospital Goyeneche, Arequipa – 2009.
- 26) Quispe J. Rasgos de Personalidad de los Profesionales de Salud del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2010
- 27) Villarraga Z. Estrés o Síndrome de Agotamiento en el Equipo de Oncología. Boletín de Psicología 2000; 2 (4): Disponible en: <http://www.humanas.unal.edu.co/psicooncologia/documentos/articulos-en-linea/estres-o-sindrome-de-agotamiento-en-el-equipo-de-oncologia/>
- 28) Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. Un estudio de la depresión y la ansiedad entre los médicos que trabajan en las unidades de emergencia en Denizli, Turquía; 2006: Emerg Med J. Oct;23(10):759-63.
- 29) De Moraes Lopes S, Bezerra de Araujo P, Carmo Bezerra J, Cruz Dantas M, Barbosa de Oliveira L, Chavez Maia E. Oncología pediátrica y su impacto en la vida del cuidador; 2013: Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6120>
- 30) Dominguez J, Ruiz M, Gomez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes; 2012; (02); Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/ansiedad-depresion-cuidadores-pacientes-dependientes-90095695-originales-2012>
- 31) Pérez Vega M. Cibanal L. Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. Cultura de los Cuidados, 2011; 15 (30): 52-59
- 32) Moreira de Souza R, Turrini R. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del

cuidador. *Enfermería Global*; 2011; 10 (2): Disponible en:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122771>

- 33) Bonilla Merizalde J. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito Enero – Diciembre 2011. Tesis para optar el grado de magister en bioética. Universidad Libre Internacional de las Americas, Quito, 2011
- 34) Chambers R., Campbell I. La ansiedad y la depresión en médicos generales: las asociaciones con el tipo de práctica, salario, género y otras características personales. *Fam Pract.* 1996 Apr; 13 (2):170 - 3







N° de Ficha	Hospital	Edad	Cat edad	Sexo	Estado Civil	Ocupación	Trabajo en	Cat T Hos	o de Trabajo en el S	CatT Serv	men La	Depresió	Depresió
1	H. Goyeneche	29	20-29	0	0	0	8	< 1 a	8	< 1 a	1	0	0
2	H. Goyeneche	38	30-39	0	2	0	24	1-3 a	24	1-3 a	1	0	0
3	H. Goyeneche	30	30-39	0	2	0	36	1-3 a	36	1-3 a	1	1	0
4	H. Goyeneche	45	40-49	0	2	0	64	4-6 a	64	4-6 a	0	1	0
5	H. Goyeneche	32	30-39	1	0	0	24	1-3 a	24	1-3 a	1	1	0
6	H. Goyeneche	34	30-39	1	0	0	48	4-6 a	48	4-6 a	1	0	0
7	H. Goyeneche	20	20-29	1	0	0	36	1-3 a	36	1-3 a	1	1	0
8	H. Goyeneche	43	40-49	1	2	1	60	4-6 a	60	4-6 a	0	0	0
9	H. Goyeneche	52	≥ 50	1	2	1	144	> 6 a	36	1-3 a	0	1	0
10	H. Goyeneche	25	20-29	1	0	1	12	1-3 a	7	< 1 a	1	0	0
11	H. Goyeneche	27	20-29	1	0	1	12	1-3 a	9	< 1 a	1	1	0
12	H. Goyeneche	62	≥ 50	1	2	1	192	> 6 a	60	4-6 a	0	1	0
13	H. Goyeneche	34	30-39	1	2	2	72	4-6 a	36	1-3 a	2	1	0
14	H. Goyeneche	27	20-29	1	1	2	60	4-6 a	12	1-3 a	2	1	0
15	H. Goyeneche	52	≥ 50	1	2	2	144	> 6 a	24	1-3 a	0	1	0
1	IREN	30	30-39	1	0	0	36	1-3 a	36	1-3 a	1	1	0
2	IREN	42	40-49	1	2	0	48	4-6 a	48	4-6 a	1	1	0
3	IREN	28	20-29	1	0	0	24	1-3 a	24	1-3 a	1	0	0
4	IREN	38	30-39	1	2	0	36	1-3 a	36	1-3 a	1	1	0
5	IREN	38	30-39	0	2	0	24	1-3 a	24	1-3 a	1	0	0
6	IREN	40	40-49	0	3	0	24	1-3 a	24	1-3 a	1	1	0
7	IREN	42	40-49	0	2	0	24	1-3 a	24	1-3 a	1	1	0
8	IREN	29	20-29	0	1	0	24	1-3 a	24	1-3 a	1	2	2
9	IREN	36	30-39	0	2	0	60	4-6 a	60	4-6 a	1	2	0
10	IREN	37	30-39	0	2	0	36	1-3 a	36	1-3 a	1	0	0
11	IREN	32	30-39	0	2	0	18	1-3 a	18	1-3 a	1	0	0
12	IREN	31	30-39	0	0	0	10	< 1 a	10	< 1 a	1	2	3
13	IREN	29	20-29	0	0	0	12	1-3 a	12	1-3 a	1	0	0
14	IREN	28	20-29	1	0	1	24	1-3 a	24	1-3 a	1	1	0
15	IREN	25	20-29	1	0	1	12	1-3 a	12	1-3 a	1	0	0
16	IREN	46	40-49	1	3	1	48	4-6 a	48	4-6 a	1	1	0
17	IREN	29	20-29	1	2	1	24	1-3 a	24	1-3 a	1	1	0
18	IREN	34	30-39	1	1	1	36	1-3 a	36	1-3 a	1	1	1
19	IREN	26	20-29	1	1	1	24	1-3 a	24	1-3 a	1	1	0
20	IREN	37	30-39	1	0	1	36	1-3 a	36	1-3 a	1	1	0
21	IREN	28	20-29	1	0	1	12	1-3 a	12	1-3 a	1	0	0
22	IREN	45	40-49	1	2	1	48	4-6 a	48	4-6 a	1	1	1
23	IREN	32	30-39	1	2	1	24	1-3 a	24	1-3 a	1	0	0
24	IREN	42	40-49	1	2	1	36	1-3 a	36	1-3 a	1	1	0
25	IREN	36	30-39	1	2	1	48	4-6 a	48	4-6 a	1	1	0
26	IREN	45	40-49	1	2	1	48	4-6 a	48	4-6 a	1	1	0
27	IREN	33	30-39	1	0	1	46	4-6 a	39	4-6 a	1	1	0
28	IREN	30	30-39	1	0	1	46	4-6 a	39	4-6 a	1	2	0
29	IREN	30	30-39	1	0	1	20	1-3 a	20	1-3 a	2	0	0
30	IREN	38	30-39	1	3	2	8	< 1 a	8	< 1 a	2	2	1
31	IREN	32	30-39	1	0	2	18	1-3 a	18	1-3 a	2	3	1
32	IREN	40	40-49	1	2	2	36	1-3 a	36	1-3 a	2	0	0
33	IREN	40	40-49	1	2	2	30	1-3 a	30	1-3 a	2	0	0
34	IREN	42	40-49	1	0	2	48	4-6 a	12	1-3 a	2	0	2
35	IREN	23	20-29	1	0	2	6	< 1 a	6	< 1 a	2	0	0
36	IREN	45	40-49	1	0	2	36	1-3 a	36	1-3 a	1	0	0
37	IREN	49	40-49	1	4	2	36	1-3 a	36	1-3 a	1	0	0
38	IREN	35	30-39	1	0	2	26	1-3 a	26	1-3 a	2	1	1
39	IREN	45	40-49	1	2	2	36	1-3 a	36	1-3 a	1	4	2
40	IREN	34	30-39	1	1	2	48	4-6 a	48	4-6 a	1	0	0

Sexo		Ocupación
Varon	Publicación autorizada con fines académicos e investigativos	1
Mujer	En su investigación no olvide referenciar esta tesis	1
		Técnico
		2

Estado civil		Regimen laboral
Soltero	0	Nombra
Conviviente	1	0
Casado	2	Contrata
Separado	3	1
Viudo	4	CAS
		2

Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión	Depresión - Pu	Nivel Depre
0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	3	No deprimido
0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	No deprimido
0	2	2	2	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	2	14	Dep. moderad
1	1	0	0	1	1	1	2	1	0	0	1	1	0	2	13	Dep. leve
0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	2	12	Dep. leve
0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	8	Dep. leve
0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	7	No deprimido
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	No deprimido
0	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	2	11	Dep. leve
0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	4	No deprimido
0	1	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	8	Dep. leve
0	0	0	2	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	2	12	Dep. leve
0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	2	9	Dep. leve
0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	7	No deprimido
0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	7	No deprimido
0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	0	2	11	Dep. leve
0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	2	0	2	10	Dep. leve
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2	7	No deprimido
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	6	No deprimido
0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	4	No deprimido
0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	6	No deprimido
0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	6	No deprimido
0	1	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	2	14	Dep. moderad
0	2	1	0	0	0	0	2	2	0	2	0	2	0	2	15	Dep. moderad
0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	5	No deprimido
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	No deprimido
2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	10	Dep. leve
0	1	0	0	2	0	1	2	1	1	1	0	0	1	2	12	Dep. leve
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	6	No deprimido
0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	7	No deprimido
0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	1	0	2	0	2	10	Dep. leve
0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	2	8	Dep. leve
0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	2	9	Dep. leve
0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	2	8	Dep. leve
0	0	2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	2	10	Dep. leve
0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	7	No deprimido
0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	2	13	Dep. leve
0	1	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	2	0	2	11	Dep. leve
0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	9	Dep. leve
0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	2	11	Dep. leve
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	No deprimido
0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	2	9	Dep. leve
0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	2	10	Dep. leve
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	No deprimido
0	0	0	1	0	1	0	2	0	1	1	0	1	0	2	12	Dep. leve
1	1	2	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	1	2	22	Dep. severa
0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	No deprimido
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	No deprimido
0	1	2	0	0	0	0	2	1	1	1	1	2	0	2	15	Dep. moderad
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	4	No deprimido
0	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	7	No deprimido
0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	5	No deprimido
0	0	2	2	0	0	0	2	1	0	1	0	1	0	2	13	Dep. leve
0	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1	0	1	0	2	20	Dep. severa
0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	0	2	8	Dep. leve

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos  
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis

Cat Depr	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda	Ansieda
Sin depresión	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
Sin depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Con depresión	1	1	0	3	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	10
Con depresión	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	10
Con depresión	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Con depresión	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Sin depresión	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Sin depresión	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Con depresión	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	7
Sin depresión	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Con depresión	0	REPOSITORIO DE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Con depresión	1	TESIS UCSM	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	5
Con depresión	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Sin depresión	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Sin depresión	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Con depresión	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Con depresión	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Sin depresión	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Sin depresión	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Sin depresión	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Sin depresión	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Sin depresión	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Con depresión	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	9
Con depresión	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	6
Sin depresión	1	2	0	1	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	9
Sin depresión	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Con depresión	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Con depresión	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	7
Sin depresión	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Sin depresión	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Con depresión	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	7
Con depresión	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Con depresión	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6
Con depresión	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Con depresión	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Sin depresión	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Con depresión	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Con depresión	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Con depresión	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6
Con depresión	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	6
Sin depresión	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	8
Con depresión	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	12
Con depresión	2	2	0	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1	0	0	20
Sin depresión	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	7
Con depresión	1	1	0	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	1	14
Con depresión	3	2	2	2	1	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	18
Sin depresión	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	6
Sin depresión	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	4
Con depresión	1	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
Sin depresión	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	5
Sin depresión	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Sin depresión	1	0	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Con depresión	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
Con depresión	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	8
Con depresión	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	5

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos  
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis

**Nivel Ansied** **Cat ansiedad**

No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad may Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad may Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad may Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
Ansiedad may Con ansiedad  
Ansiedad mer Con ansiedad  
No ansiedad Sin ansiedad

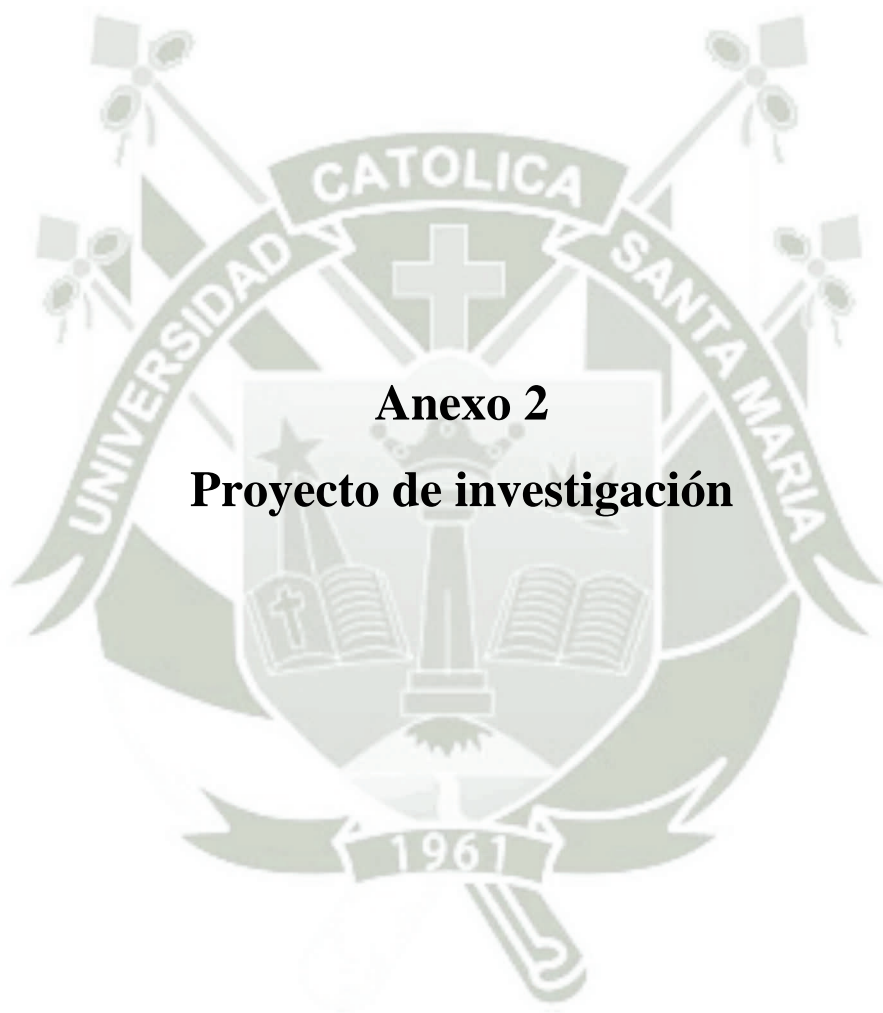
REPOSITORIO DE  
TESIS UCSM



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE SANTA MARÍA



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos  
En su investigación no olvide referenciar esta tesis



**Anexo 2**  
**Proyecto de investigación**

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



## Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014

**Autora:**

**KARLA ANAÍ ESPINOZA GUTIÉRREZ**

Proyecto de Tesis para Obtener el Título de  
Médico-Cirujano.

**Arequipa – Perú**

**2014**

## I. PREÁMBULO

El aumento de la expectativa de vida se ha incrementado y con ella la probabilidad que una persona sufra de enfermedades degenerativas, por mayor exposición a factores ambientales, por la activación de factores genéticos, o por disminución de las defensas naturales con el envejecimiento. La patología oncológica en nuestro medio se halla en aumento, por lo que es cada vez más frecuente tener servicios de oncología con alta rotación y demanda de pacientes.

El personal de salud que labora en estas áreas entonces se enfrenta no sólo a un arduo trabajo físico, sino que ve afectada su salud mental, presenciando, apoyando y absorbiendo el sufrimiento humano de los enfermos con cáncer, sobre todo en su etapa terminal. En muchos casos, el personal de salud se transforma en un cuidador crítico, ya que el paciente requiere hospitalización por periodos prolongados, siendo parcial el apoyo de la familia.

Se busca entonces conocer el impacto que tiene sobre la salud mental el cuidado del paciente oncológico terminal en el personal de salud, lo que permitirá identificar la magnitud del problema y diseñar estrategias a futuro para cuidar la salud del personal que labora en estas áreas.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión, según la Escala de Hamilton, en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014?

#### 1.2. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Oncología - Psiquiatría
- Línea: Salud Ocupacional Mental

**b) Análisis de Variables**

Variable		Indicador	Unidad / Categoría	Escala
<b>Variable dependiente</b>				
Personal Médico	Ansiedad	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton	- 0-5: no ansiedad. - 6-14: ansiedad leve. - $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave	Ordinal
	Depresión	Puntaje en escala de depresión de Hamilton	- 0-7: no depresión. - 8-14: distimia. - $\geq 15$ : depresión moderada-grave	Ordinal
Personal No Médico	Ansiedad en Personal de Enfermería	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton	- 0-5: no ansiedad. - 6-14: ansiedad leve. - $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave	Ordinal
	Depresión en Personal de Enfermería	Puntaje en escala de depresión de Hamilton	- 0-7: no depresión. - 8-14: distimia. - $\geq 15$ : depresión moderada-grave	Ordinal
	Ansiedad en Personal Técnico de Enfermería	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton	- 0-5: no ansiedad. - 6-14: ansiedad leve. - $\geq 15$ : ansiedad moderada/grave	Ordinal
	Depresión en Personal Técnico de Enfermería	Puntaje en escala de depresión de Hamilton	- 0-7: no depresión. - 8-14: distimia. - $\geq 15$ : depresión moderada-grave	Ordinal
<b>Variables independientes</b>				
Edad	Fecha de nacimiento	Años		De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Varón / Mujer		Nominal
Estado civil	Unión civil	Soltero, casado, conviviente, separado, viudo.		Nominal
Ocupación	Grupo profesional Grupo técnico	Médicos, Enfermeras, Técnicos de enfermería		Nominal
Tiempo de trabajo	Fecha de ingreso al servicio	Años		De razón
Régimen laboral	Nexo institucional	Nombrado, contratado, CAS		Nominal

c) **Interrogantes básicas**

1. ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión, según la Escala de Hamilton, en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014?
2. ¿Cuáles son las características sociales que influyen en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014?
3. ¿Cuáles son las características laborales relacionadas en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014?
4. ¿Cuáles son las diferentes frecuencias, características sociales y laborales relacionadas al desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** Comparativo y Analítico.

### Justificación del problema

El presente estudio; “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2013” busca conocer el impacto de la atención de pacientes terminales oncológicos en la salud mental del personal de salud; no hemos encontrado estudios previos similares en nuestro medio, lo que lo hace **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que se estudia el impacto de factores laborales en la salud mental del personal de salud; tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar las características de los pacientes o del personal de salud que pueden predecir la sobrecarga emocional de los trabajadores para evitarlos. Tiene **relevancia social**, puesto que beneficiará a los trabajadores de salud que vivirán una gran parte de su vida atendiendo pacientes terminales.

El estudio es **contemporáneo** ya que la sobrecarga emocional laboral es un componente importante de la salud mental de los trabajadores de salud.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un prospectivo en un grupo cerrado de trabajadores.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la salud mental, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. Ansiedad

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas antes el peligro. Estas respuestas, antes situaciones que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas para la especie humana. Esto significa que ejercen una función protectora de los seres humanos. (1)

La ansiedad es la respuesta del organismo antes la percepción de peligro o riesgo para la vida. Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenemos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante (2).

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno. En nuestro contexto, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20% (3).

Además la ansiedad puede ocasionar síntomas fisiológicos, como trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, gastritis y úlcera), trastornos dermatológicos (psoriasis,

acné, eczema), y otros trastornos psicosomáticos (cefaleas tensionales, dolor cervical crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.). La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide (4).

Se cree que varias manifestaciones de ansiedad no son resultado de conflictos inconscientes pero si de “hábitos” o patrones persistentes de comportamiento desadaptativo, adquiridas por aprendizaje. Estos hábitos son maneras inapropiadas de lidiar con los problemas de la vida, por consiguiente producen ansiedad. Por lo general, la ayuda se busca solo cuando la ansiedad es demasiado dolorosa. Factores exógenos tales como estimulantes (cafeína, cocaína) deben ser consideradas como factores contribuyentes. (1)

## 2.2. Depresión

El humor o el estado de ánimo se refieren a aquellos estados afectivos que se presentan durante días o semanas (y hasta meses), que influyen en la personalidad, en la actitud hacia el mundo, en las relaciones interpersonales y en el funcionamiento general de la persona. El ser humano experimenta una amplia gama de emociones y de estados de ánimo o de humor. Las emociones son expresiones afectivas que aparecen bruscamente, son pasajeras y son cambiantes. Los trastornos del estado de ánimo continúan siendo de interés en salud pública. Las formas depresivas son las comunes y afectan al 12% de las mujeres y al 8% de los varones, produciendo incapacidad y discapacidad. A pesar de que la depresión es uno de los trastornos

psiquiátricos mas comunes, con frecuencia no se diagnostica porque puede adquirir formas muy variadas que enmascaran u ocultan su presencia. (1)

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por síntomas de tristeza, falta de ánimo, desinterés y pena, de carácter duradero, que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal (2).

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas. Los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas. Se acompaña de un grupo de síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico (3).

Durante un episodio depresivo típico, el paciente sufre una bajada del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. La capacidad para disfrutar, el interés y la concentración también disminuyen. Tras realizar el mínimo esfuerzo, la persona se siente cansada, padece insomnio y pérdida de apetito. Las personas con depresión ven afectadas su autoestima y su autoconfianza y, generalmente, tienen sentimientos de culpabilidad (4).

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida

diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (2).

Los trastornos depresivos son los trastornos psíquicos más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

Se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión.

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos eco-nómicos, ni con el estado civil. (3)

Según el CIE 10, la persona depresiva sufre un humor aplanado, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La forma de presentarse puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En la adolescencia suele presentarse de forma atípica. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como:

- Irritabilidad,
- Consumo excesivo de alcohol
- Comportamiento histriónico (emocionabilidad excesiva)
- Agravamiento de fobias
- Síntomas obsesivos que ya existían o preocupaciones hipocondríacas (preocupación constante y angustiosa por la salud)

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad (Leve, Moderado y Grave) habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

### **2.2.1. Patogenia**

No se ha identificado un mecanismo fisiológico único para los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, evidencias considerables

sugieren la afección de varios sistemas de neurotransmisores, en especial monoaminas (vías noradrenérgicas, serotoninérgicas y quizá dopaminérgicas), así como alteraciones en los ejes hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) e hipotálamo-hipófisis-tiroides (HHT). Los sistemas noradrenérgicos tienen relación con el ánimo, el despertar, el apetito, la recompensa y los estímulos; los sistemas serotoninérgicos participan en el ánimo, el sueño y la impulsividad, y los sistemas dopaminérgicos son importantes para el placer y la recompensa, así como para la actividad psicomotora. Estos sistemas de monoaminas se originan en grupos de células en el tallo cerebral y están muy dispersos en todo el cerebro anterior. La hiperactividad crónica del eje HHS es sin duda el dato biológico que se reporta con más frecuencia en la depresión severa y psicótica, y se normaliza con la recuperación clínica. La patogenia de la depresión en relación con las aminas biogénicas y el eje HHS es un área de intensa investigación actual. (18).

#### **a) Hipótesis de aminas biogénicas**

Se ha propuesto que los trastornos del ánimo son causados por deficiencias relativas en la disponibilidad de la catecolamina norepinefrina (NE) o la indolamina serotonina (5-hidroxitriptamina [5-HT]) dentro del sistema nervioso central, quizá incluyendo alteraciones en la función de los receptores, la transducción de señales o ambas. (19)

Datos relacionados con el sistema adrenérgico incluyen alteraciones en las concentraciones de líquido cefalorraquídeo de

3-metoxi-4-hidroxi-fenilglicol (MHPG), que es el principal metabolito de la NE del SNC y alteraciones en la disponibilidad de la NE. Se han estudiado también varios subtipos de receptores adrenérgicos, encontrándose alteraciones diversas. Estas incluyen aumento en la unión de los receptores alfa2-adrenérgicos en las plaquetas, bloqueo de la respuesta de hormona del crecimiento a la clonidina (un agonista del receptor alfa2) y aumento en la densidad de los receptores adrenérgicos beta en estudios post mortem de cerebros de víctimas de suicidio. Además, múltiples estudios han demostrado regulación inhibitoria de los receptores adrenérgicos beta después del tratamiento a largo plazo con antidepresivos, en especial inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) y antidepresivos tricíclicos (ATC), y de tratamiento electroconvulsivo (TEC). Durante las décadas recientes, el escrutinio cuidadoso del sistema serotoninérgico en el cerebro ha revelado alteraciones en varias medidas de la actividad e integridad serotoninérgica neural, así como alteraciones del receptor de 5-HT, en los pacientes con depresión. La concentración en LCR del metabolito de serotonina ácido 5-hidroxiindolacético (5- HIAA) está disminuido en forma constante en los pacientes deprimidos, en especial en los que sufren suicidio. También se han estudiado alteraciones en los transportadores y receptores de la 5-HT, estas alteraciones incluyen aumento en la densidad de receptores 5-HT2 posinápticos y disminución en la

densidad de los sitios transportadores de 5-HT. La respuesta a fenfluramina, un agente que libera 5-HT de la terminal presináptica, está disminuida en los pacientes con depresión.

#### **b) Hipótesis neuroendocrina y de neuropéptidos**

Otras hipótesis se han enfocado a las múltiples alteraciones endócrinas presentes en los pacientes con trastornos del ánimo, principalmente en los ejes HHS e HHT. (20)

Varios de los componentes de los ejes neuroendocrinos pueden participar en la fisiopatología de los trastornos del ánimo. En el eje HHS, el factor liberador de corticotropina (CRF) del hipotálamo estimula la liberación de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) de la hipófisis anterior, que a su vez regula la secreción de glucocorticoides de la corteza suprarrenal (el cortisol es la hormona más importante liberada de la glándula suprarrenal).

La señalización en el receptor de corticoides está alterada en los pacientes con depresión mayor, (21) y algunos estudios han demostrado hiperactividad en el CRF neuronal en los pacientes deprimidos. (22,23) En los pacientes deprimidos se han reportado varias medidas de hiperactividad del eje HHS.

Estas incluyen:

a) Aumento en las concentraciones de CRF en el LCR.

- b) Respuesta bloqueada de ACTH a la administración exógena de CRF.
- c) Disminución en la densidad de receptores de CRF en la corteza frontal de víctimas de suicidio.
- d) Crecimiento de la hipófisis y de la glándula suprarrenal.
- e) Aumento en la producción de ACTH y cortisol.
- f) No supresión de los niveles de cortisol en plasma después de la administración de dexametasona (la prueba de supresión de dexametasona).

Desde hace mucho se sabe que el hipotiroidismo se asocia con frecuencia con ánimo muy deprimido. El eje HHT consiste en la secreción de hormona liberadora de tirotrópina (TRH) por el hipotálamo, que estimula a la hipófisis para liberar hormona estimulante del tiroides (TSH). Esta a su vez estimula la secreción de tiroxina y triyodotironina en la glándula tiroides. Se han observado gran cantidad de alteraciones en la actividad del eje HHS en los pacientes con depresión. Estas incluyen aumento en las concentraciones de TRH en el LCR, respuesta bloqueada o exagerada de TSH a la estimulación con TRH, menor concentración nocturna en plasma de TSH y la presencia de anticuerpos tiroideos antimicrosoma o antitiroglobulina. También se han reportado trastornos del ánimo asociados con alteraciones en la actividad del eje de la hormona del crecimiento y en el eje hipotalámico-hipofisario-gonadal (HHG). El creciente campo de la psiconeuroinmunología ha proporcionado

evidencia de alteraciones en la función inmune en los pacientes deprimidos, incluyendo alteraciones en la secreción de citocinas.

Las técnicas de imagen cerebral, incluyendo imágenes de resonancia magnética tanto estructura como funcional y tomografía de emisión de positrones (TEO), se usan cada vez más para estudiar la fisiopatología del SNC en los pacientes con trastornos afectivos. Estos estudios de neuroimagen muestran alteraciones claras en la actividad de varios circuitos en los pacientes deprimidos, incluyendo menor metabolismo en la corteza frontal y mayor metabolismo en ciertas áreas límbicas.(24) Las alteraciones del sueño en la depresión incluyen aumento en el tiempo para dormirse (insomnio inicial), inicio temprano de sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) (menor latencia MOR) (25) reducción en las fases 3 y 4 del sueño, cambios en la actividad fásica MOR, alteraciones en la continuidad del sueño y despertar temprano por la mañana.

### 2.3. Tratamiento de los trastornos afectivos

El tratamiento biológico está indicado en todos los pacientes que tengan depresión mayor, y la elección del antidepresivo se debe basar en la condición médica del paciente, el perfil de efectos secundarios de la droga y la historia personal y familiar de respuesta previa a agentes terapéuticos. Es conveniente señalar que cerca del 70% de los pacientes responde favorablemente a cualquier antidepresivo y el efecto terapéutico se suele notar de 10 a 14 días después de

iniciado el tratamiento y generalmente los signos objetivos mejoran antes que los subjetivos. Los tricíclicos fueron las drogas de elección hasta que aparecieron los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Las drogas más usadas en el momento son: Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Fluvoxamina, Reboxetina, Venlafaxina, Mirtazapina. Para depresiones severas con ansiedad y psicosis se cuenta con nuevos antidepresivos serotoninérgicos como Ritanserin y nefazadone. (1)

Se debe evaluar el riesgo suicida y desarrollar una alianza terapéutica sólida, convirtiendo al paciente en parte activa del tratamiento, se debe evaluar los sistemas de apoyo, los acontecimientos vitales y la personalidad del paciente cuando está eutímico. Cuando se usa tratamiento farmacológico y psicoterapia, la respuesta terapéutica es mejor. Es importante señalar que la psicoterapia mejora las relaciones interpersonales y la función social pero no revierte las recaídas. (1)

#### 2.4. Ansiedad y Depresión en personal médico

Se estima que entre el 10 y el 12% del personal sanitario tiene algún problema de salud durante su carrera profesional, especialmente de ansiedad, depresión o alcoholismo. En ocasiones esta situación termina con el suicidio, por una mayor sobrecarga en la atención a los pacientes, y por la responsabilidad y la complejidad del trabajo. Los elevados porcentajes de desgaste de las médicas son similares a los de otras profesiones sanitarias: enfermeras, biólogas y psicólogas (6).

## 2.5. Trastornos Adaptativos

Todas las personas en algún momento de sus vidas han sufrido acontecimientos estresantes o negativos que les han resultado difíciles de afrontar. La mayoría de las personas resuelven estas situaciones de manera satisfactoria. Sin embargo, en algunos casos, dicho afrontamiento se produce de forma inadecuada provocando un malestar e interferencia significativa en actividades tanto sociales como laborales. Esta reacción desadaptada, con más intensidad y de duración mayor de lo esperable constituye la base de los Trastornos Adaptativos (TA). (3)

Los TA se definen como una reacción de desajuste (inadaptación) ante uno o más acontecimientos estresantes. Este trastorno es recogido tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR. (American Psychiatric Association, APA, 2002) (11) como en la Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1992), con algunas diferencias.

Según criterios DSM-IV-TR (APA 2000) los TA consisten en: “una respuesta psicológica a uno o varios estresantes identificables que comportan la aparición de síntomas emocionales o de comportamiento clínicamente significativos”. El criterio temporal que se establece es el siguiente: “los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresor” y “deben resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del mismo (o de sus consecuencias)”, pudiendo persistir más tiempo si los síntomas “aparecen en respuesta a un estresor crónico (p.ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresor con repercusiones importantes (p.ej., dificultades

económicas y emocionales a partir de un divorcio)”. Por lo que se refiere al tipo de estresor, esta clasificación indica que pueden ser muy variados (una ruptura sentimental, problemas económicos, independización del hogar, catástrofes naturales, etc.). En referencia al criterio de significación clínica, los síntomas deben provocar “un malestar superior al esperable, dada la naturaleza del estresor” o “un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica)”. Además, el DSM-IV-TR aclara entre sus criterios que: “esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I”, si “es una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II” o si “los síntomas representan una reacción de duelo”, por lo que relega este trastorno tras otros posibles diagnósticos. Por otra parte, este sistema de clasificación establece que la codificación del trastorno debe realizarse por medio de subtipos determinados en función de los síntomas predominantes, aunque no existe una especificación clara de cuales deberían ser: con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento y no especificado. Por último, la duración debe especificarse como aguda, si los síntomas persisten menos de 6 meses, o crónica si se presentan durante 6 meses o más.

Por su parte, la CIE-10 (OMS, 1992) define los TA como: “Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante” (12). A excepción de la clasificación diagnóstica propuesta por el DSM-IV-TR, esta

clasificación establece algunas pautas diagnósticas como son tener en cuenta la forma, el contenido y la gravedad de los síntomas, los antecedentes y la personalidad, y por último el acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica. Respecto a los criterios de exclusión la CIE-10, impide el diagnóstico de TA si alguno de los síntomas es “por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico”, aunque si incluye el shock cultural, reacciones de duelo y hospitalismo en niños. En cuanto a las especificaciones ofrece, al igual que el DSM-IV-TR, un listado de subtipos relacionados con las manifestaciones clínicas, con la diferencia de, la no inclusión del subtipo con ansiedad y la división en dos del subtipo con estado de ánimo depresivo, en función de la duración de la reacción: la reacción depresiva breve (menos de un mes) y la prolongada (menos de dos años). El intervalo temporal que la CIE-10 establece como más frecuente es de un mes, aunque puede ser mayor siempre que no supere los tres meses y “rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada, que puede llegar a los dos años”. Respecto a los acontecimientos estresantes, estos pueden ser muy diversos, al igual que las manifestaciones clínicas.

Además, junto a estos criterios, ambas clasificaciones añaden algunas especificaciones y aclaraciones que ayudan a visualizar el cuadro completo de este trastorno, aunque como veremos, no hay un consenso al respecto. Por un lado, la forma de conceptualizar este trastorno en el DSM-IV-TR es la de concebirlo como “una categoría residual” que se utiliza para describir las alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I, a diferencia de la

CIE-10 que entendería los TA y los clasificaría no como una categoría residual y aislada, sino como una entidad diagnóstica equiparable a las demás. Además, quedaría incluido junto a la Reacción de estrés agudo (REA), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Otras reacciones a estrés grave, en una supracategoría diagnóstica que recibe el nombre de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”. Por otra parte, en relación al diagnóstico de las reacciones de duelo, el DSM-IV-TR en sus aclaraciones especifica que el diagnóstico de TA puede ser apropiado cuando la reacción ante la muerte de un ser querido excede o es más prolongada de lo que cabría esperar, aunque incomprensiblemente en uno de sus criterios explicita claramente que los síntomas correspondientes a esta reacción no constituye un TA. En contrapartida, la CIE-10 sí considera el duelo como una patología mental y lo introduce dentro de la categoría del Trastorno de Adaptación, pero sin aportar especificaciones ni criterios diferenciales. Por lo tanto, teniendo en cuenta los actuales sistemas diagnósticos existentes, no queda claro cuál debería ser la etiqueta diagnóstica que deberíamos aplicarle a una persona que está atravesando un periodo de duelo que pudiera ser complicado. Finalmente, la situación que se prevé para el futuro DSM-V en relación a este trastorno, sigue la línea planteada por la CIE-10. Por un lado, los investigadores proponen incluir los TA dentro del apartado más amplio de los trastornos relacionados con el trauma y el estrés. Por último, además de los subtipos actuales, se propone añadir dos subtipos más: 1) el TA con síntomas similares al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o al Trastorno de Estrés Agudo (TEA); y 2) el TA relacionado con el duelo. Sin embargo, en relación a este último subtipo, existe también la propuesta de

incluirlo en un Apéndice con el objetivo de llevar a cabo una mayor investigación.

Como podemos observar, los criterios y especificaciones diagnósticas carecen de precisión y exactitud y no nos proporcionan una idea clara sobre cual debería ser el diagnóstico adecuado del TA (5). Esta ambigüedad ha originado algunas cuestiones polémicas en relación a este tema (Baumeister y Kufner, 2009; Botella, Baños y Guillen, 2008; Gur, Hermesh, Laufer, Gogol y Gross-Isseroff, 2005, Laugharne, van der Watt y Janca, 2008), poniendo en evidencia la todavía situación de indefinición de este trastorno en el ámbito medico-psiquiátrico.

## 2.6. El paciente oncológico

La aplicación de técnicas actuales de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapéutica biológica) consigue la curación de más de 50% de los pacientes con cáncer. Sin embargo, los pacientes experimentan el diagnóstico de cáncer como uno de los acontecimientos más traumáticos y perturbadores de sus vidas. (6)

Una de las complicaciones de la enfermedad y del tratamiento del paciente oncológico es la depresión, que tiene una frecuencia de aproximadamente 25% y puede ser superior en pacientes con mayor debilidad. Este diagnóstico es probable en el paciente que presenta un ánimo deprimido (disforia) o una pérdida de interés por el placer (anhedonia) durante por lo menos dos semanas. Suelen estar presentes además tres o más de los siguientes síntomas: alteraciones del apetito, problemas de sueño,

retraso o agitación psicomotores, fatiga, sentimientos de culpa o inutilidad, incapacidad para concentrarse e idea suicidas. (7)

En la actualidad es mejor hablar de situaciones clínicas al final de la vida, donde la enfermedad terminal se encuentra entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía. (8)

La enfermedad incurable avanzada es una enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo (9).

Enfermedad terminal es una enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva (10).

En la situación de enfermo terminal concurren una serie de características que son importantes, no solo para definir las, sino también para establecer adecuadamente la terapéutica. Los elementos fundamentales son (11):

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en pacientes, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

### 2.6.1. Fases Del Enfermo Terminal

La Doctora Kubler Ross describe cinco fases, por las que generalmente pasan la mayoría de los enfermos terminales (7).

- a) **Negación y aislamiento.** El rechazo sirve de tapón tras un choque inesperado, como es un diagnóstico terminal y proporciona tiempo para recogerse y movilizarse de nuevo. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial del hecho. La mayoría de los pacientes pueden hablar brevemente de la realidad de su situación y de repente, manifestar su incapacidad para seguir viéndola de un modo realista. La conducta mas adecuada es la de no confrontar, ni reforzar la negación, la comunicación se la debe realizar por medio de preguntas abiertas. Se le puede decir que cuando esté dispuesto para hablar de ello, lo comunique al profesional de salud.
- b) **Ira y furor.** Cuando no se puede seguir manteniendo la primera fase de negación, es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. Se expresa proyectando estos sentimientos a los amigos, familiares y personal hospitalario. Durante este periodo se convierte en un paciente difícil, quejumbroso y exigente, que descarga su cólera sobre los que le rodean. Las demás personas pueden tomar estos insultos como ofensas personales y tender a evitar aún más a tales enfermos. El paciente se pregunta. ¿Porqué a mí? No solo él también sus familiares. Es importante la tolerancia ante la indignación racional o irracional del paciente y es determinante la capacidad de escucha. Dejando que estos enfermos

desahoguen su ira, poco a poco se vuelven más exigentes, más amables y con frecuencia requieren menos medicación.

- c) **Negociación o pacto.** Es una etapa pasajera durante la cual el paciente parece estar en paz, pero en realidad está desarrollando toda una serie de contactos que se dirigen hacia lo sobrehumano, curanderos, promesas, milagros, etc. El significado psicológico de la negociación consiste en que el paciente tiene el valor de mirar de frente a lo que le acontece y pide que se le alargue la vida para poner sus cosas en orden, para concluir asuntos pendientes. Moviliza recursos internos para tener fuerzas en el final del viaje.
- d) **Depresión.** Indica la lucha con el sentido de una gran pérdida. Es una parte esencial y beneficiosa de la preparación para aceptar la muerte inevitable. Depende de la discrepancia entre los deseos del paciente, la preparación para la muerte y las expectativas de quienes están en el entorno del enfermo. La depresión primero es activa: lamenta pérdidas pasadas (Pérdida de un pecho, incapacidad para los quehaceres cotidianos, etc.) una persona comprensiva no tendrá ninguna dificultad para descubrir la causa de la depresión y aliviar algo el sentimiento de culpabilidad o vergüenza excesivas que a menudo acompaña a la depresión. El segundo tipo de depresión no tiene lugar como resultado de la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inminentes. Se caracteriza por un pesar silencioso y preparatorio del duelo, ya no intenta ser sociable en absoluto, y llora las pérdidas futuras. Es una etapa difícil para los profesionales y los familiares; no se debe estimular al paciente a que mire el lado alegre de las cosas porque eso significaría que no debería pensar en su muerte inminente, será absurdo decirle que no esté

triste, ya que todos los demás estarán tremendamente tristes. Una forma de ayudar a estos pacientes es diciéndoles implícitamente o explícitamente que pueden llorar por la pérdida. Solo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de morir en una fase de aceptación y de paz.

- e) **Aceptación.** Se produce una vez que se ha pasado por los anteriores estadios. El paciente, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará. La aceptación se describe como la capacidad para contemplar la llegada de la muerte con un cierto grado de expectativa. Debido a la fatiga y a la debilidad el paciente, tiene periodos progresivos de sueño, comienza a comunicarse más de forma no verbal que verbal, puede entrar en coma, hay pocas emociones y quiere descansar. Siente paz y que su vida se ha acabado.

## 2.7. Enfermo Terminal Oncológico

El cáncer en fase terminal ocupa el primer lugar en la lista de los casos en los que se hace necesario el acompañamiento a los moribundos. Además del sufrimiento físico, hay que tener muy en cuenta el dolor moral de este tipo de pacientes (8).

El carácter agresivo de las quimioterapias modernas descubre al paciente la naturaleza de su enfermedad y le compromete a luchar contra ella de una forma activa. Durante un tiempo el enfermo acepta la situación, sostenido por la esperanza de la curación. Pero llega un momento en que las recaídas son cada vez más frecuentes y dolorosas y en su mente se instala la duda y la desesperanza. Entonces,

entra en un círculo vicioso en el que el sufrimiento moral viene a añadirse al sufrimiento físico (9).

El paciente se plantea: “¿por qué tengo que morir yo cuando los otros siguen viviendo?”, sentimientos de injusticia, rebelión, cólera, amargura, incluso contra el equipo sanitario o sus familiares. A veces, el paciente intenta provocar lo irreparable en una fuga hacia adelante que puede desembocar en una pulsión suicida o en actos delictivos (10).

A esta fase de lucha y de agresividad, que es un intento de liquidación de la angustia y una reacción de defensa y adaptación, puede sucederle otra de abatimiento, de desesperación, o bien de aceptación y resignación. Algunos enfermos, dotados de una gran fuerza de carácter, dan ejemplo de serenidad, se preocupan todavía más de sus familiares y de su futuro material que de ellos mismos, y encuentran incluso fuerzas para bromear o consolar a sus allegados. También puede suceder que el paciente caiga en un estado de pasividad y regresión infantil, abdique de la lucha y se abandone totalmente en manos de los demás (6).

En cualquier caso, los comportamientos pueden variar en cada paciente. A unos les reconfortan las visitas; otros se repliegan férreamente sobre sí mismos, sufriendo por el hecho de presentar ante los demás una imagen degradada, al tiempo que no aguantan las sonrisas forzadas y las palabras de compasión de los visitantes. En esos momentos les gustaría desaparecer lo más pronto posible. A la aprensión ante los últimos instantes se añade el temor a lo desconocido, en función de la representación que cada cual se haga de la muerte y de la situación de después de la muerte, cuando ambas dejan de ser una eventualidad teórica para convertirse en una perspectiva concreta y cercana. Esta representación varía según las distintas épocas y lugares,

dependiendo de diversos factores, como la educación, la cultura, las creencias religiosas o las concepciones filosóficas. El agonizante teme el paso de la vida a la muerte, imaginándose no se sabe qué prueba suprema, terrible e indecible, una ruptura dolorosísima de la que nadie ha vuelto para poder contarla. Y, sin embargo, ya veremos como los salvados in extremis no guardan, en general, un mal recuerdo de ese “paso” (7).

Las concepciones personales sobre la situación de después de la muerte son diversas. Entre los seres humanos, la esperanza en una vida eterna es la expresión sublimada del instinto de conservación (8).

Por otro lado tradicionalmente, se creía que la muerte debía sobrevenir precedida de dolores, consecuencia de una enfermedad fatal. En los últimos años, un afortunado interés en torno al control del dolor físico ha modificada esta noción y el uso de opioides para el manejo eficiente de los rebeldes dolores de una enfermedad en fase terminal, lentamente va abriéndose dentro de una sociedad y una medicina absurdamente preocupada por la narcodependencia en las últimas horas de vida (9).

### **2.7.1. Criterios de terminalidad**

El enfermo presentará las características típicas que definen la situación de terminalidad de los últimos 4 y 5 días, es decir (10):

- Deterioro del estado psicofísico, con debilidad intensa, encamamiento, disminución del nivel de conciencia, síndrome confusional frecuentemente asociado y dificultades en la comunicación.
- Dificultades en la ingesta tanto de alimentos como de la medicación en

relación a esa disminución del nivel de conciencia.

- Síntomas físicos, psíquicos y emocionales de diversos tipos en relación a las características concretas de la enfermedad crónica y sus síntomas.
- Índice de Karnofsky menor de 40, menor supervivencia
- ECOG menor a 2, menor supervivencia

Tras reconocer estas situaciones y sus circunstancias, todos los profesionales deberían tomar conciencia de su significado y en consecuencia informar a las familias de dicha situación de terminalidad a corto plazo, pero por desgracia en muchas ocasiones sin saber muy bien cuales son los motivos, no se procede a los ajustes terapéuticos medicamentosos y no medicamentosos encaminados al control de síntomas y cuidados paliativos terminales (11).

### **2.7.2. El personal de salud y el sufrimiento ante la muerte**

La atención médica debe volver a ser personal, íntima, informada e individualizada, como primera medida antisufrimiento de los pacientes terminales. La labor del clínico debería incluir detectar el sufrimiento, ponerle un nombre y validar la necesidad de actuar para mitigarlo siempre que sea posible, mucho más si la práctica profesional nos pone en contacto con la muerte de los pacientes. Sin embargo, día tras día vemos que los estudiantes de Medicina desarrollan rápidamente destrezas tecnológicas para enfrentar virtualmente cualquier crisis que el paciente pueda presentar; pero para su propia supervivencia emocional, aprenden a ignorar o a minimizar las señales de sufrimiento personal de sus pacientes. ¿Por qué? Porque

enfrentar el dolor emocional de un paciente, las implicaciones que su próxima muerte tiene dentro de su ámbito familiar, explorar el significado o la carencia que para ese paciente en particular tiene la vida que está llevando y el futuro que le espera, le expone al profesional a tener que admitir sus propios temores, vulnerabilidad y limitaciones, a veces no reconocidos. Sentimos muchas veces que para defender nuestro rol omnipotente, debemos ocultar cualquier manifestación de compasión, de sensibilidad, de tristeza por la situación de ese ser humano, el enfermo. La bata blanca puede representar un símbolo de distancia y a la vez una armadura emocional que delimita el contacto con el paciente a la mera atención sintomática (12).

Pero la labor en pro de una muerte digna, de procurarles a los pacientes una buena calidad de muerte, se ve entorpecida por tales actitudes que expresan una distancia y una anestesia emocional hacia el sufrimiento que la mayoría de las veces no es real. Es tan solo un mecanismo de defensa (13).

Para reconocer el sufrimiento del otro no se requieren grandes habilidades ni esfuerzos intelectuales. Se requiere que la empatía, o sea la capacidad de ponerse en el lugar del otro, no esté empañada por temores. Porque afrontar con el otro su sufrimiento, exige de parte del profesional de la salud entender nuestra propia condición de humanos susceptibles de sufrir (6).

Así, es posible que la intolerancia ante el llanto, la tristeza o el desasosiego de los pacientes o de sus familiares provenga de la propia intolerancia e inaceptación de las limitaciones que podemos tener los profesionales de la salud. Esa intolerancia puede conducir a medicar al paciente con antidepresivos o sedantes en lugar de generar una respuesta emocional de cercanía e interés por conocer y compartir su mal momento (7).

Resulta preocupante para muchos que al haber más vidas prolongadas, haya más sufrimiento que nunca antes en un contexto de atención médica deshumanizada, en el cual ni médicos ni enfermeras disponen de tiempo para escuchar y tampoco poseen espacios de soporte emocional para validar las reacciones que como humanos suscita la muerte (8).

### **2.7.3. El equipo de cuidados y la pérdida**

Hoy la salud es una tarea cooperativa que agrupa a personas de distintas profesiones, cada uno con su acervo cultural, su mirada de la vida y la muerte, su orientación religiosa, incluso de idiomas distintos (6).

Si bien los cuidados del paciente moribundo entroncan, como bien recuerda Mons. Sgreccia con las raíces que de la vida y del hombre mueven en lo principal a quien trabaje en salud, puede este personal encontrarse con distintas barreras que le dificulten el entregar tales cuidados en la forma apropiada (7). Algunos de ellos son:

- I. Bien se recuerda en los estudios que hay sobre la materia que, para poder enfrentar la muerte de un paciente, quien lo cuida debe haber podido resolver antes su situación con la muerte propia.
- II. Si el sufrimiento y la muerte plantean fuertes interrogantes existenciales en quienes son sus testigos y auxiliadores, cuando quien sufre, cuando el muriente es un niño, puede ser mucho más difícil ya no el comprender si no el aceptar.

III. Puede entonces ser muy necesario el soporte de una formación sólida y de la existencia de redes de apoyo para no caer en el abandono de pacientes cuya sola presencia cuestionan al cuidador.

La vida e incluso alegría que el personal que atiende a los pacientes terminales irradia tiene su base de la compasión humana práctica que se realiza en los cuidados de enfermería, el manejo de los síntomas, el apoyo psicológico. Y esto, producto de una actitud de respeto por el paciente y de una actividad corporativa en que el individualismo es balanceado por el trabajo en equipo: en los cuidados paliativos los roles profesionales muchas veces se difuminan y esto, que puede llevar a roces importantes, cuando se aprende a manejar - con comunicación expedita y claridad en las normas éticas que los dirigen-, da paso a un trabajo fluido (8).

El trabajo en equipo en cuanto a ser efectivamente la práctica integrada de las distintas disciplinas, es una característica esencial de la medicina paliativa. El núcleo del equipo está dado generalmente por el médico, la enfermera, una asistente social y un sacerdote (9); a este núcleo se agregan distintos integrantes de acuerdo a la forma de enfrentar las necesidades que el grupo tenga y a sus posibilidades económicas (10).

Sin embargo, el equipo de salud se enfrenta muchas veces al sufrimiento de sus pacientes y a la muerte de aquellos, sin un bagaje educacional suficiente, sólo con lo que su experiencia empírica le ha permitido acumular y sin recursos reales de apoyo institucional, por lo que su capacidad de apoyo hacia el paciente y la familia podría verse medrada por las limitaciones que el mismo profesional tenga en forma individual. De igual modo, el cómo se vea afectado por cada evento de estas

características con que se enfrente será relativizado por esas pautas de formación y apoyo (11).

El profesional de salud que se encuentre en situación constante de afrontar la muerte de sus pacientes debe poseer, además de tales conocimientos, un gran discernimiento del ser humano y un profundo amor por él, a la par de una gran esperanza. Es muy importante entonces la formación del equipo de cuidados paliativos además en técnicas de comunicación, que se transforman en instrumento básico para la toma ética de decisiones de cuidado (12).

Históricamente, los hospicios modernos tuvieron su raíz en grupos de distintas religiones (judeocristianas desde un principio, y algunas asociaciones budistas). Y es que el trabajo con los moribundos exige fe en la vida. La vida tiene un sentido y un propósito aún en el paciente terminal. Y esto debe quedar plasmado en el cuidado de los pacientes (13).

El equipo necesita que el paciente mantenga la esperanza. Esto no significa que se den expectativas de curación, pero sí el logro de un luz que ayude a mantener la comunicación. Es necesario acercarse aquí al punto de vista del paciente y respetar sus necesidades, el cómo afronta la situación (10).

### **3. Escala de Depresión Hamilton**

La escala de Depresión de Hamilton (14) consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista excepto para algunos ítems, como los de sueño en que se exploran los 2 días previos. Para cada ítem la escala

proporciona criterios operativos de puntuación. Es la escala más utilizada en la actualidad. Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices.

#### **4. Escala de Ansiedad de Hamilton**

La escala de Ansiedad de Hamilton (15) consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista. Es una escala heteroaplicada. Ballenger y Lewis han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada paciente, con

el objeto de aumentar la fiabilidad interevaluadores. A continuación se describen brevemente (son válidas para los 13 primeros ítems):

1. Identifique de entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más problemático en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
2. Determine para ese síntoma estos 3 aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
  - a. Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
  - b. Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos períodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
  - c. Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

3. Haga la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia y redondee la media en función de la puntuación de incapacidad.
  
4. Las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton han sido validadas tanto para el idioma español (33-34) y se han usado en múltiples estudios a nivel de latinoamérica.



## 5. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

### *A nivel local y nacional*

#### 5.1. **Autor:** Garcia Tejada B.

**Título:** Síntomas de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos y en sus cuidadores, Hospital Goyeneche, Arequipa – 2009.

**Fuente:** Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Católica de Santa María, 2009

**Resumen:** El objetivo principal de este estudio, fue determinar dicha sintomatología en los pacientes y sus cuidadores del consultorio externo de Oncología del Hospital Goyeneche durante Octubre a Diciembre del 2009. El instrumento utilizado fue la escala de Hamilton. Se encontró que el mayor número de pacientes y cuidadores fueron del sexo femenino, el mayor grupo etareo estuvo conformado entre los 65 – 74 años, los síntomas de ansiedad de mayor incidencia en pacientes, según la escala de Hamilton fueron la tensión, insomnio, humor depresivo, miedo, síntomas somáticos generales; y los de depresión fueron tristeza, suicidio, insomnio, ansiedad síquica, sentimiento de culpa y la inhibición motora. Los síntomas de ansiedad de mayor incidencia en cuidadores fueron la tensión, el humor depresivo, el miedo, insomnio; y los de depresión fueron tristeza, ansiedad psíquica, insomnio y sentimiento de culpa. Concluyendo que la ansiedad y la depresión son cuadros frecuentes tanto en pacientes como en cuidadores, lo que puede influir en la evolución de la patología oncológica por obvias razones.

5.2. **Autor:** Quispe Velásquez, J.

**Título:** “Rasgos de Personalidad de los Profesionales de Salud del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2010”

**Fuente:** Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Católica de Santa María, 2009

**Resumen:** Algunos rasgos de personalidad pueden influir en el éxito o en el impacto de algunos profesionales en sus propios campos. Se aplicaron instrumentos: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Previsado (EPQ - R) forma B para adultos, y el Cuestionario trifásico de Personalidad de Minnesota (Mini - Mult). Se realizó la valoración con apoyo de un psicólogo que desconocía la procedencia de los tests. Se encontró que el 61.54% de trabajadores profesionales fueron mujeres y 38.46% varones. Predomina la profesión de médicos (44.23%) y enfermeras (32.69%), con 11.54% de obstetras y otros profesionales. Luego de la aplicación del Test de Eysenck, encontraron perfiles extrovertidos – estables (sanguíneos; 59,62%); extrovertidos inestables (coléricos; 25%) y perfiles introvertidos inestables (melancólicos; 15,38%). No se encontraron diferencias ( $p > 0.05$ ) con el sexo.

### *A nivel internacional*

5.3. **Autor:** Villarraga Z.

**Título:** Estrés o Síndrome de Agotamiento en el Equipo de Oncología.

**Fuente:** Boletín de Psicología 2000; 2 (4):

**Resumen:** Se ha observado que el personal de salud en general y el de oncología en particular esta sometido a situaciones potencialmente estresantes que cuando se prolongan en el tiempo y no se resuelven pueden generar un tipo particular de estrés laboral que ha sido denominado “Burnout” o “Síndrome de Agotamiento”. El síndrome de agotamiento tiene varias causas y su desarrollo se considera un proceso y no un evento puntual. La relación con el resto del personal médico, los pacientes y sus familiares pueden originar tensiones emocionales y problemas interpersonales. Así mismo, las expectativas que sobre el médico se depositan, y decisiones que debe tomar y que pueden tener implicaciones morales o legales pueden contribuir a desarrollar síndrome de agotamiento. Las intervenciones que busquen disminuir el estrés laboral deben implicar trabajo a nivel organizacional, grupal e individual.

5.4. **Autor:** Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B.

**Título:** Un estudio de la depresión y la ansiedad entre los médicos que trabajan en las unidades de emergencia en Denizli, Turquía.

**Fuente:** Emerg Med J. 2006 Oct; 23(10):759-63.

**Resumen:** Mayor trabajo se ha llevado a cabo en el bienestar psicológico de los médicos de urgencias en los EE.UU., Canadá y en otros países desarrollados, pero poco se ha publicado en relación con el mismo en los países en transición económica. Este estudio transversal se llevó a cabo en mayo de 2004, utilizando una muestra de 192 médicos que trabajan en las unidades de emergencia en el Hospital de la Universidad de Pamukkale, el hospital de la ciudad, el Hospital del Seguro Social, los hospitales privados, centros de atención primaria de toda la ciudad y 112 servicios de emergencia en Denizli, Turquía. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario auto-administrado, incluyendo preguntas sobre características sociodemográficas y los dos instrumentos que determinan el nivel de síntomas depresivos y de ansiedad. La regresión logística fue el método elegido para el análisis estadístico multivariado. La media (desviación estándar (SD)) la puntuación de depresión fue de 10,6 (6,5) y la frecuencia (%) de la depresión fue de 29 (15,1). El número de años pasados en las unidades de urgencias ( $p = 0,03$ ) y con puntuaciones altas de depresión ( $p < 0,001$ ) fueron los factores que contribuyeron significativamente a la ansiedad de los médicos en el análisis de regresión multivariante.

5.5. **Autor:** De Morais Lopes S., Bezerra de Araujo P., Carmo Bezerra J., Cruz Dantas M., Barbosa de Oliveira L.,

**Título:** Oncología pediátrica y su impacto en la vida del cuidador.

**Fuente:** Psiquiatria.com 2013

**Resumen:** El cáncer se ha destacado entre las enfermedades crónicas infantil por su elevada incidencia, sino también por el efecto rápido e intenso en la vida del niño. El tratamiento requiere disciplina y determinación, pues implica varios cambios en la rutina del niño. Por lo tanto, es el cuidador que promovió no sólo la atención necesaria a los enfermos, también es el promotor de la reorganización del cotidiano para tornar posible la rehabilitación. Este es un estudio teórico. Como resultado, se encontró que la diversidad de cambios que afectan a la rutina del cuidador surge como consecuencia de largos períodos de tiempo dedicados a lo niño, lo que hace imposible la participación en otras actividades no relacionadas con ese cuidado. Muchas veces el cuidador es la madre del niño, que a veces no se puede mantener un trabajo por no tener suficiente tiempo para cumplir con una carga de trabajo. La reducción en el cuidado personal, la pérdida de ocio, así como la reducción de las relaciones sociales corresponden al impacto en la vida cotidiana experimentada por el cuidador. Por lo tanto, se percibe la necesidad de ver el cuidador no sólo como el que naturalmente asume el papel de cuidar, más especialmente como alguien que también sufre delante del diagnóstico de cáncer en la infancia y necesita de apoyo.

5.6. **Autor:** J.A. Domínguez, M. Ruíz<sup>b</sup>, I. Gómez<sup>c</sup>, E. Gallego<sup>d</sup>, J. Valero<sup>e</sup>.

**Título:** Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes

**Fuente:** Elsevier Vol. 38. Núm. 01. Enero 2012 - Febrero 2012

**Resumen:** Seleccionamos 294 cuidadores principales de pacientes dependientes.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Seleccionados durante el primer semestre de 2009 en 8 centros urbanos y 2 rurales de las comunidades de Andalucía y Murcia. Medimos niveles de ansiedad y depresión a través de la escala Hamilton, el apoyo social percibido mediante la escala Duke-UNK, variables sociodemográficas, médicas y asociadas al cuidado del dependiente. Presentaban ansiedad 254 cuidadores (86%) (IC 95%: 82,47-90,31%) y depresión 191 (65%) (IC 95%: 59,51-70,41%). La presencia de ansiedad se relacionó de manera estadísticamente significativa ( $p = 0,043$ ) con: cuidador no remunerado, apoyo social bajo, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, toma de psicofármacos y diagnóstico de depresión mediante escala Hamilton para depresión. La presencia de depresión se relaciona con: cuidador no remunerado, parentesco, diagnóstico previo de ansiedad y depresión, consumir psicofármacos y con diagnóstico de ansiedad según la escala Hamilton. La prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes dependientes es significativamente mayor que en la población general. A mayor apoyo social menor prevalencia de dichos trastornos.

5.7. **Autor:** Pérez Vega M. Cibanal L.

**Título:** Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México.

**Fuente:** Cultura de los Cuidados, 2011; 15 (30): 52-59

**Resumen:** En este trabajo se muestran los resultados de una investigación cualitativa que se realizó en tres hospitales de Tampico, Tamaulipas, en tres hospitales de Tampico, Tamaulipas, en México. En ella se detalla una perspectiva distinta respecto a la última etapa de la vida humana. Específicamente, la labor de la enfermera en el cuidado del paciente oncológico terminal y su relación con él y su familia cuando se acerca el momento de la muerte. Dentro de la práctica de enfermería existe un asunto al que se le debe dar un énfasis especial: el cuidado de pacientes con enfermedades terminales. Durante esta fase, el enfermo experimenta diversos síntomas, que son complejos y cambiantes, por ello necesita tener una atención integral y ética para mejorar su calidad de vida dentro de lo posible.

5.8. **Autor:** Moreira de Souza R, Turrini R.

**Título:** Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador.

**Fuente:** Enfermería Global; 2011; 10 (2):

**Resumen:** Se realizó un estudio de abordaje cualitativo para identificar los sentimientos vivenciados por el cuidador del paciente oncológico terminal. Se realizó entrevistas a siete familiares cuidadores de pacientes oncológicos terminales atendidos en el ambulatorio de un hospital referencia en oncología con análisis de contenido de las entrevistas. Se identificaron tres categorías de sobrecarga: la física enfocó el agotamiento físico y el cuidar en el domicilio; en la mental se identificaron sentimientos de pérdida de autoestima, desesperanza, desánimo, tristeza y soledad; en la social, aspectos del papel femenino, alteración de la dinámica y renta familiar y acceso al servicio de salud. Se concluye que las transformaciones en el cotidiano familiar y profesional del cuidador pueden llevarlo al agotamiento físico y emocional, con comprometimiento social. Los profesionales de salud deben prever soporte a los cuidadores en su domicilio, incluyendo educación dirigida al cuidado.

5.9. **Autor:** Rosas Barrientos V.

**Título:** Depresión y ansiedad en la residencia médica.

**Fuente:** Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2011; 16 (3):157-162

**Resumen:** Cuando se integran al ámbito laboral, los médicos se enfrentan a procesos de adaptación y aprendizaje constantes, cuyas implicaciones personales, educativas y sociales pueden generar en determinados momentos periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, que pueden desencadenar trastornos de depresión o ansiedad. A los médicos residentes se les invitó a participar en este estudio descriptivo y transversal, realizado del 1 de mayo al 31 de octubre de 2010; sólo aceptaron la invitación los médicos residentes de las especialidades de Medicina Interna, Urgencias, Terapia Intensiva y Anestesiología. Los criterios de selección fueron: participar en forma voluntaria y ser médicos residentes vigentes durante el periodo de estudio, para lo cual no fue importante el grado académico de los residentes. Los instrumentos que se aplicaron fueron: las escalas de depresión y de ansiedad de Hamilton. Los residentes con ansiedad o depresión se canalizaron al servicio de Psicología o Psiquiatría para que recibieran el tratamiento correspondiente. En el servicio de Anestesiología cinco residentes (50%) padecieron depresión y ansiedad; le siguió Terapia Intensiva, donde dos (33%) manifestaron ambos trastornos. La mayor estabilidad se identificó en los residentes de Medicina Interna, donde sólo dos (17%) padecieron depresión y ansiedad.

5.10. **Autor:** Chambers R., Campbell I.

**Título:** La ansiedad y la depresión en médicos generales: las asociaciones con el tipo de práctica, salario, género y otras características personales.

**Fuente:** Fam Pract. 1996 Apr; 13 (2):170 - 3

**Resumen:** Hay evidencia de que tanto el propio bienestar de un médico está estrechamente asociado con la eficiencia y actitud positiva para los pacientes, y que los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los médicos están aumentando. Esta encuesta postal estuvo dirigida a medir los niveles de ansiedad y depresión en los médicos generales en 1994 e identificar las asociaciones con las características personales y de la práctica. Se invitó a todos los médicos generales con los pacientes en Staffordshire para completar la Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). Seiscientos veinte de 896 médicos generales respondieron (tasa de respuesta del 69%). No se encontraron diferencias de género en las tasas de ansiedad y depresión; en general, el 19% de los encuestados eran " casos " de la ansiedad y el 22 % otros tenían puntuaciones dudosos ansiedad, el 10% eran " casos " de la depresión y el 16 % otros tenían puntuaciones de depresión borderline. Ansiedad ' casuidad ' se asoció con anciana, la cantidad de las guardias realizadas, y siendo cuarto / quinto el salario. Depresión ' casuidad ' se asoció con tener poco tiempo libre del trabajo la práctica, el tiempo de atención, siendo una sola mano, y el trabajo en una práctica sin entrenamiento. Los autores llegaron a la conclusión de que el nivel de la mala salud mental en los médicos generales es un motivo de preocupación y se asocia con la carga de trabajo.

## 6. **Objetivos.**

### 6.1. **General**

Describir la frecuencia de Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, del Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2013.

### 6.2. **Específicos**

- 1) Conocer la frecuencia de Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2013.
- 2) Establecer las características sociales que influyen en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2013.
- 3) Establecer las características laborales relacionadas en el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2013.
- 4) Comparar los hallazgos encontrados, relacionados con el desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico y no médico del servicio de oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2013.

## 7. **Hipótesis**

Es probable que algunas de las características sociales y laborales de los trabajadores de salud se relacionen al desarrollo de ansiedad y depresión en el personal de salud responsable del cuidado de pacientes oncológicos terminales.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en la escala de depresión de Hamilton (MBI) (Anexo 2).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y en el IREN Sur.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de Febrero 2014.

2.3. **Unidades de estudio:** Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y del IREN Sur.

2.4. **Población:** Todos los trabajadores de salud del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y del IREN Sur en el periodo de estudio, distribuidos de la siguiente manera:

### **Hospital Goyeneche**

Médicos : 11

Enfermeras : 07

Técnicos de enfermería : 05

**Total : 25**

### **IREN Sur**

Médicos : 16

Enfermeras : 68

Técnicos de enfermería : 68

**Total : 152**

### **Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**

- Personal Médico, de Enfermería y Técnico de Enfermería del Servicio de Oncología
- Con tiempo de trabajo mínimo de 1 año
- Participación voluntaria en el estudio

- **Exclusión**

- De licencia o vacaciones durante la realización del estudio
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

### **3. Estrategia de Recolección de datos**

#### **3.1. Organización**

Se solicitará autorización a la Dirección del Hospital Goyeneche y a la Jefatura del Servicio de Oncología para la realización de la investigación.

Se solicitará autorización a la Dirección del IREN Sur para la realización de la investigación.

Se contactará a los trabajadores de salud del servicio para aplicar los instrumentos de investigación. Las variables de interés se registrarán en la ficha de recolección de datos (Anexo 1)

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

#### **3.2. Recursos**

a) Humanos

- Investigador, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

### 3.3. Validación de los instrumentos

#### **Escala de Ansiedad de Hamilton**

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19 ( $r = 0,63 - 0,75$ ) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ( $r = 0,56$ ). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos11 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton21, 22 ( $r = 0,62 - 0,73$ ).

#### **Escala de Depresión de Hamilton**

Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, o el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Es muy sensible al cambio terapéutico.

### 3.4. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

#### c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

#### d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará con la prueba chi cuadrado; la asociación bivariada se realizará con el cálculo del odds ratio, y la asociación multivariada se evaluará mediante regresión logística.

Para el análisis de datos se empleará el paquete estadístico SPSSv.20.0 para Windows.

#### IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 13				Enero 14				Febrero 14				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema	■	■											
2. Revisión bibliográfica			■	■									
3. Aprobación del proyecto					■	■	■						
4. Ejecución								■	■				
5. Análisis e interpretación										■	■		
6. Informe final													■

**Fecha de inicio:** 10 de Diciembre 2013

**Fecha probable de término:** 30 de Marzo 2013

## V. Bibliografía Básica

- 1) Llaza G. Avances en Psiquiatría. Arequipa; UCSM; 2011: 147-322.
- 2) Rosas Barrientos V. Depresión y ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2011; 16 (3):157-162,
- 3) DSM-III-R and DSM-IV. Comprehensive Psychiatry, 36, 454-460.
- 4) Fabrega, H., Mezzich, J.E., y Mezzich, A.C. (1987). Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM. Archives of General Psychiatry, 44, 567-572.
- 5) Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, et al. Harrison Principios de Medicina Interna. Madrid: Mc Graw Hill; 2008; 17va ed; Tomo I; p479-.
- 6) First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV, Versión Clínica. Barcelona: MASSON
- 7) Bottomley, A, Flechtner , Efficace F, Vanvoorden V, Coens C et al. Health related quality of life outcomes in cancer clinical trials. European Organization for research and Treatment of Cancer (EORTC). Eur J Cancer 2005; 41 (12): 1697-1709
- 8) Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Cuidados del paciente oncológico. Disponible en:  
  
[http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto\\_n10.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n10.pdf)

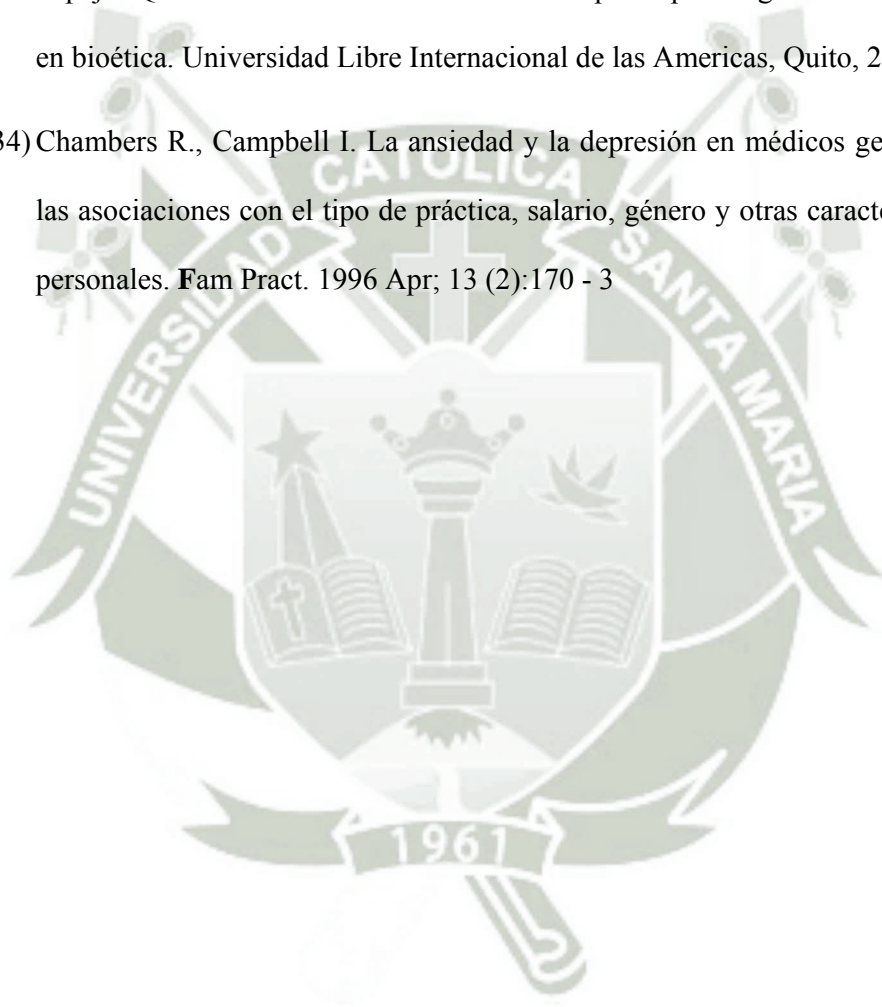
- 9) Paciente Terminal y Bioética. CTO, 6ta edición. Disponible en:  
[www.sisman.utm.edu.ec/libros/facultad%20de%20ciencias%20de%20la%20salud/carrera%20de%20medicina/07/bioetica/manual%20cto%206ed%20-%20Paciente%20terminal%20y%20bio%20%C3%A9tica.pdf](http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/facultad%20de%20ciencias%20de%20la%20salud/carrera%20de%20medicina/07/bioetica/manual%20cto%206ed%20-%20Paciente%20terminal%20y%20bio%20%C3%A9tica.pdf)
- 10) Lara A, Tamayo S, Carrillo Lara G. Manejo del paciente terminal. *Cancerología*, 2006; 1: 283-295
- 11) Temboury Ruiz F, Mons Checa E. Manejo del paciente oncológico en situación terminal. Editorial Medynet, Málaga, España. Disponible en:  
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/terminal.pdf>
- 12) Rodríguez Camero ML, Rodríguez Camero N, Azañón Hernández R, Torres López A, Rodríguez Salvador MM, Muñoz Ronda F. Mujeres, Salud y Cuidados familiares: Instituciones económicas desde la perspectiva antropológica. *Rev. Índex Enferm* 2007 Nov.; 16 (58): 45-49
- 13) Zabalegui Yarnoz A, Juandó Prats C, Sáenz de Ormijana Hernández A, et al. Los cuidadores informales en España: perfil y cuidados prestados. *Revista Rol de Enfermería* 2007; 30(7-8): 513-518
- 14) Grupo de Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional en los Hospitales de Girona, España. Estudio Burnout. INTRAMED.  
<http://www.intramed.net/encuestas/todos/encuestafigueres>
- 15) Bobes García J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Médica. 2002. 5.1. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton

Depression Rating Scale, HDRS); pp: 43

- 16) Bobes J, Luque A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700.
- 17) Nemeroff CB: The neurobiology of depression. *Sci Am* 278:42, 1998.
- 18) Ressler KJ, Nemeroff CB: Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 12(suppl 1):2,2000.
- 19) Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, et al: The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *J Endocrinol* 160:1,1999.
- 20) Holsboer F: The corticosteroid receptor hypothesis of depression. *Neuropsychopharmacol.* 23:477, 2000.
- 21) Nemeroff CB: The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. *Mol Psychiatry* 1:336, 1996.
- 22) Austin MC, Janosky JE, Murphy HA: Increased corticotropin-releasing hormone immunoreactivity in monoamine-containing pontine nuclei of depressed suicidal men. *Mol Psychiatry* 8:324, 2003.
- 23) Mayberg HS: Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimized treatment. *Br Med Bull* 65:193, 2003.
- 24) Kupfer DJ: REM latency: a psychobiologic marker for primary depressive

- disease. *Biol Psychiatry* 11:159, 1976.
- 25) García T. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos y en sus cuidadores. Hospital Goyeneche, Arequipa – 2009.
- 26) Quispe J. Rasgos de Personalidad de los Profesionales de Salud del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2010
- 27) Villarraga Z. Estrés o Síndrome de Agotamiento en el Equipo de Oncología. *Boletín de Psicología* 2000; 2 (4): Disponible en: <http://www.humanas.unal.edu.co/psicooncologia/documentos/articulos-en-linea/estres-o-sindrome-de-agotamiento-en-el-equipo-de-oncologia/>
- 28) Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. Un estudio de la depresión y la ansiedad entre los médicos que trabajan en las unidades de emergencia en Denizli, Turquía; 2006: *Emerg Med J.* Oct;23(10):759-63.
- 29) De Moraes Lopes S, Bezerra de Araujo P, Carmo Bezerra J, Cruz Dantas M, Barbosa de Oliveira L, Chavez Maia E. Oncología pediátrica y su impacto en la vida del cuidador; 2013: Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6120>
- 30) Domínguez J, Ruiz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo M. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes; 2012; (02); Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen---medicina-familia-40/ansiedad-depresion-cuidadores-pacientes-dependientes-90095695-originales-2012>
- 31) Pérez Vega M. Cibanal L. Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. *Cultura de los Cuidados*, 2011; 15 (30): 52-59

- 32) Moreira de Souza R, Turrini R. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global*; 2011; 10 (2): Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122771>
- 33) Bonilla Merizalde J. El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito Enero – Diciembre 2011. Tesis para optar el grado de magister en bioética. Universidad Libre Internacional de las Americas, Quito, 2011
- 34) Chambers R., Campbell I. La ansiedad y la depresión en médicos generales: las asociaciones con el tipo de práctica, salario, género y otras características personales. *Fam Pract.* 1996 Apr; 13 (2):170 - 3



## VI. Anexos

### Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

#### Datos del trabajador

Edad: \_\_\_\_ años

Sexo: Varón

Mujer

#### Estado civil:

Soltera

Conviviente

Casada

Separada

Viudo

#### Ocupación

Médico

enfermera

técnico de enfermería

Tiempo de trabajo en el Hospital: \_\_\_\_\_ Año (s)

Tiempo de trabajo en el Servicio: \_\_\_\_\_ Año (s)

Régimen laboral: Nombrado

contratado

CAS

## Anexo 2. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems)

(El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro)

Ítem	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas o amenazas de suicidio. 4. Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).
6. Insomnio tardío	0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Problemas en el trabajo y actividades	0. Ausentes. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración)	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10. Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay dificultad.</li> <li>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</li> <li>2. Preocupación por pequeñas cosas.</li> <li>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</li> <li>4. Terrores expresados sin preguntarle.</li> </ol>
11. Ansiedad somática	<p>Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.</li> <li>• Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.</li> <li>• Respiratorios: hiperventilación, suspiros.</li> <li>• Frecuencia urinaria.</li> <li>• Sudoración.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente.</li> <li>1. Ligera.</li> <li>2. Moderada.</li> <li>3. Grave.</li> <li>4. Incapacitante.</li> </ol>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno.</li> <li>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</li> <li>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.</li> </ol>
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno.</li> <li>1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.</li> <li>2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.</li> </ol>
14. Síntomas genitales	<p>Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausentes.</li> <li>1. Débiles.</li> <li>2. Graves.</li> <li>3. Incapacitantes.</li> </ol>
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No la hay.</li> <li>1. Preocupado de sí mismo (corporalmente).</li> <li>2. Preocupado por su salud.</li> <li>3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.</li> <li>4. Ideas delirantes hipocondriacas.</li> </ol>
16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)	<p>A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay pérdida de peso.</li> <li>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</li> <li>2. Pérdida de peso definida según el enfermo.</li> </ol> <p>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).</li> <li>1. Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).</li> <li>2. Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).</li> </ol>
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.</li> <li>1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.</li> <li>2. Niega estar enfermo.</li> </ol>

### Anexo 3. Escala de Ansiedad de Hamilton (14 ítems)

**INSTRUCCIONES:** Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 14 ítem. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todos los ítem acorde a los siguientes criterios: **0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante).**

#### Escala de Ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
1. <i>Estado de ánimo ansioso.</i> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión.</i> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. <i>Temores.</i> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio.</i> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. <i>Intelectual (cognitivo)</i> Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. <i>Estado de ánimo deprimido.</i> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares.</i> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios.</i> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales.</i> Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios.</i> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas autónomos.</i> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</i> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4