

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO**



**ESTRES Y SUS REPERCUSIONES EN EL  
PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRO EN ENFERMERIA CON  
ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRIA**

**PRESENTA:**

***María Luisa Chávez Aguilera***

**MONTERREY, N. L.**

**AGOSTO DE 1994**



TM  
Z6675  
.N6  
FEN  
1994  
Ch3



1020072193

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST - GRADO**



**ESTRES Y SUS REPERCUSIONES EN EL  
PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**MAESTRO EN ENFERMERIA CON  
ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRIA**

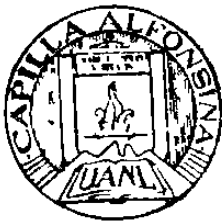
**PRESENTA:**

*María Luisa Chávez Aguilera*

**MONTERREY, N. L.**

**AGOSTO DE 1994**

TR  
Z 7  
.  
T  
1 11  
Ch3



FONDO TESIS

62789

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POSTGRADO**

**ESTRES Y SUS REPERCURSIONES  
EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**A L U M N A:  
MARIA LUISA CHAVEZ AGUILERA**

**A S E S O R:  
DRA. ADELINA ALCORTA GARZA**

**MONTERREY, N.L.,**

**AGOSTO DE 1994**

**NOTA DE APROBACION**

---

**COMISION DE TESIS**

---

**PRESIDENTE**

---

**SECRETARIO**

---

**VOCAL**

A mis entrañables maestros cuya luz  
ha dejado una huella inefable de su  
sabiduría como guía de mi pobre  
entendimiento

A mi amada familia fuente espléndida  
de bondad, paciencia y fortaleza que  
ha alentado el camino de mi aurora.

A mis queridos amigos aún a los no  
conocidos quienes desde lo más  
profundo de su corazón proveyeran  
mi alforja de sustento.



## A G R A D E C I M I E N T O

El presente trabajo se ha llevado a cabo con la supervisión académica de la DOCTORA ADELINA ALCORTA GARZA; su brillante trayectoria profesional en Psiquiatría como maestra, terapeuta y directora en programas de soporte ha constituido un cimiento inestimable en la intrincada senda recorrida.

La dedicación continua al campo de la investigación en la búsqueda del conocimiento al servicio humano le caracteriza como una persona con amplia experiencia y habilidad para guiar con precisión y método en estudios de ésta naturaleza.

Ella fué certidumbre en la duda, claridad en el pensamiento confuso, y, ante la sola idea del constante fracaso siempre tuvo indulgentes palabras que alentaron mi esfuerzo.

Con infinita gratitud reconozco su generoso apoyo sin el cual indudablemente no hubiese fructificado éste trabajo.

Agradezco al personal de enfermería la confianza incondicional y su amable colaboración para proporcionar la información que ha sido medular en el desarrollo del estudio.

## RESUMEN

El propósito de éste estudio fue determinar la expresión sintomática de trastornos emocionales en el personal de enfermería en un Hospital General de Monterrey, Nuevo León, México, a fin de establecer similitudes de ésta población con investigaciones desarrollados en población sajona.

Se consideró una muestra representativa del total de profesionales de enfermería que proporcionan atención directa a pacientes hospitalizados. Los sujetos seleccionados fueron 64 ubicados en los servicios de Pediatría, Ginecobstetricia, Medicina Interna, Cuidado Intensivo Adulto, Cirugía General, Terapéutica Quirúrgica, Oncología y Pensionistas.

La población de estudio respondió al cuestionario General de Salud (CGS28) autoaplicable, administrado directamente en el servicio. Los hallazgos demuestran por la aplicación del error estandar de la diferencia con alfa de 0.05, que el 20 porciento del personal manifiesta datos concordantes con morbilidad emocional, presentándose las cifras mas elevadas en los departamentos de Terapéutica Quirúrgica y Ginecobstetricia, y la mayor proporción de ideación suicida en el departamento de Ginecobstetricia.

Los resultados ratifican de manera importante la presencia de síndrome somático y ansiedad en similitud a otros

centros; además, se proporciona información substancial  
indicadora de estrés y su relación con algunas variables  
demográficas, mediante el empleo de la prueba Somers'D.

## INDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
CAPITULO I	
INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Hipótesis	7
1.3 Objetivos	8
1.4 Importancia del Estudio	9
1.5 Limitaciones del Estudio	9
1.6 Definición de Términos	10
CAPITULO II	
MARCO TEORICO CONCEPTUAL	14
2.1 Rol del Personal de Enfermería	
2.2 Concepto de Estrés	
2.3 Efectos dañinos del Estrés	
CAPITULO III	
METODOLOGIA	23
3.1 Sujetos	23
3.2 Material	23
3.3 Procedimiento	25



CAPITULO IV	
RESULTADOS	28
4.1 Variables Demográficas	
CAPITULO V	
DISCUSION	42
5.1 Conclusiones	51
5.2 Recomendaciones	53
REFERENCIAS	55
APENDICE A	62
Cuestionario General de Salud de Goldberg	

#### LISTA DE FIGURAS

Número		Página
1	Distribución de la población de estudio por área.	28
2	Distribución de la población por edad.	29
3	Distribución de la población por sexo.	29
4	Distribución de la población por estado civil.	30
5	Antigüedad laboral.	31
6	Escolaridad.	31
7	Características de salud mental.	32
8	Población con morbilidad emocional e ideación suicida.	33
9	Respuestas de mayor sensibilidad en la encuesta.	34
10	Manifestaciones de indicadores de morbilidad en la población de estudio distribuidas por	35

edad.

11	Manifestaciones de indicadores de morbilidad en la población de estudio distribuidas por sexo.	36
12	Manifestaciones de indicadores de morbilidad en la población de estudio distribuidas por estado civil.	36
13	Manifestaciones de indicadores de morbilidad en la población de estudio distribuidas por antigüedad.	37
14	Manifestaciones de indicadores de morbilidad en la población de estudio distribuidas por escolaridad.	38
15	Respuestas de mayor gravedad en la encuesta.	39

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

La realización de acciones hacia un fin común, el cuidado del paciente, ha requerido la integración de un equipo cuyos componentes tienen un papel trascendente en la medida eficaz de sus intervenciones. Enfermería, como elemento de éste grupo, reúne cualidades singulares como proveedor de cuidados que implican apoyo terapéutico e implementación de tareas medulares en el cuidado integral, ubicándole tradicionalmente como un personal determinante en la coordinación de los cuidados intra e interprofesionales (Cahill y Palmer, 1989).

El desempeño de enfermería en sus áreas de trabajo recibe como fuente potencial de estrés, la intensidad del impacto de la enfermedad, de factores humanos y organizacionales, de tal forma que su trabajo conlleva, además del esfuerzo físico, el emocional. El compromiso profesional inherente a su rol, le involucra con el paciente y su familia, con otros profesionales y con los propios; ésto, como señalan Beaton y Degner (1990), genera a su vez respuestas del personal de enfermería que van desde la relación empática hasta la reacción opuesta de aislamiento y distanciamiento del paciente.

El trabajo del personal está vinculado con una serie de eventos estresantes; Hingley (1984), comprobó la existencia de conflictos que afectan el sentimiento de realización personal, de satisfacción en el trabajo y/o en actividades directivas,

que generan respuestas de ansiedad, depresión y agresión hacia el propio equipo de enfermería, ventilados según las características personales de cada profesionista. McGrath, Reid y Boore (1989), lo ratifican y agregan a ello la comprobación de que el personal de enfermería usa la evasión como paliativo del estrés ante las demandas emocionales del paciente.

Coexisten a lo antes descrito, los estresores de la vida privada, en especial, la presencia de pobres procesos de apoyo familiar y social, que desestiman las acciones individuales tendientes a reducir el malestar emocional y el deterioro psicológico al no poderse contener la ansiedad ante, las amenazas reales o fantaseadas, presentes y/o futuras (Vinokur y Selzer, 1975).

Por otro lado el personal de enfermería sufre un clima de excepcional grado de estrés, debido en parte al sistema organizacional de niveles jerárquicos, que además, no pertenecen al grupo de cuidado directo. Las consecuencias han sido múltiples: 1) Hay una relación directa entre satisfacción laboral y depresión; 2) Hay una relación indirecta de la depresión con el incremento en el ausentismo del personal (Revicki y May, 1989); 3) Hay una fuerte influencia de la depresión relacionada con estrés y satisfacción profesional; y, 4) Una supervisión coercitiva, potencializa los efectos de la depresión en la satisfacción laboral (Packerd y Metowidlo, 1987).



Maslach (1976), en un estudio realizado con enfermeras y trabajadores sociales, advierte de la correlación que existe entre el agotamiento emocional con alcoholismo, apertura de otras psicopatologías, conflictos maritales y suicidio en relación al grado de estrés. Por otro lado, la somatización originada en el estrés constituye una importante vía de salida que afecta el bienestar total, siendo notoria la solicitud de consultas e incapacidades debido a enfermedades que tienen su fundamento en la tensión.

Hasta ahora, aunque se afirma que el personal de enfermería sufre de estrés laboral, no se ha documentado con propiedad la naturaleza del mismo y sus manifestaciones físicas. Por lo anterior es necesario definir y estudiar las características sintomáticas de estrés, de los profesionales de enfermería que laboran en México.

Para tal fin, en el presente estudio se utilizó el Cuestionario General de Salud de Goldberg, instrumento autoaplicable que contiene cuatro indicadores; para detectar trastornos emocionales en la población general, lo que permitiría discriminar la población con morbilidad emocional y los síntomas prevalentes en el grupo de estudio diferenciados en cada indicador.

### **1.1 Planteamiento del Problema.**

La atención del paciente hospitalizado ha constituido un reto para todos aquellos que de una u otra forma se han visto involucrados profesionalmente en su cuidado; en este sentido, el equipo médico y de enfermería integra el personal que por sus características profesionales adquiere el mayor compromiso en la asistencia del paciente.

El personal de enfermería históricamente ha desempeñado una responsabilidad terapéutica con el paciente; sus múltiples funciones y actividades frecuentemente le exponen a la confrontación del sufrimiento humano, por lo que a su vez utiliza conductas protectoras para sí mismo, ante la impotencia de evitar la muerte y la aflicción del enfermo agónico ó gravemente lesionado en su integridad (Beaton, 1990).

La conmoción ante el dolor de un semejante provoca tensión, en particular cuando la práctica es realizada dentro de un contexto de normas sociales y valores ambiguos cuyos resultados intensifican procesos emocionales que interfieren con el uso de la lógica y la eficacia del sistema perceptivo. También, éstas circunstancias evocan la compleja respuesta fisiológica que permite al individuo huir o luchar, para afrontar el estrés, independientemente de su rol y relación con los demás.

Revicki y May (1989), señalan la importancia del estrés laboral como un obstáculo de la satisfacción del trabajo, situación que se puede generalizar en las diferentes salas de hospitalización, como lo revelan estudios recientes de McGrath y Col (1989), Livingston (1984), y Packard y Motowidlo (1987); éste estado se caracteriza, por inhibición de sus relaciones afectivas, ansiedad, hostilidad y síndrome somático, con resultados perniciosos para el personal de enfermería y el mismo paciente.

Los estresores a que está expuesto el personal de enfermería se han identificado en su actividad profesional y en su vida privada, creando algunas veces energía aniquiladora; Morton y Cooper (1984), y Hingley (1984) afirman, que entre los profesionales, enfermería presenta altas cifras de suicidio; en 1972, el suicidio en enfermería ocupó el octavo lugar en mortalidad ocupacional, para 1982 se refirieron cifras mucho más elevadas, además de tener los mas altos índices de consultas como pacientes externos referidos a psiquiatría.

Las investigaciones de estrés y su respuesta emocional en profesionales de enfermería en otros países han sido abundantes, empero, sus resultados fueron contradictorios y/o pobres, debido al tipo de instrumento utiliza-

do, características y selección de la muestra, entre otros (Topf, Dillon, 1988). En México, desafortunadamente no se reporta ningún estudio que permita obtener elementos de juicio acerca del personal y los efectos del estrés en sí mismo y en sus relaciones con los demás.

Al explorar en diversas instituciones del área metropolitana de Monterrey acerca de investigaciones específicas de estrés o manifestaciones aisladas, no se encontró información oficial concreta.

Mientras tanto, en el Centro Médico de la UANL, donde se atiende el personal de enfermería que labora en el Hospital Universitario, del total de incapacidades expedidas, de enero a septiembre de 1991, el 10 por ciento correspondieron a la población de enfermería, todos con el 100 por ciento aquejando manifestaciones de enfermedad psicosomática; a su vez, en los departamentos de Medicina Interna y Cirugía General del mismo Hospital, a la par se detectaron altos índices de ausentismo (hasta de un 50 % en Cirugía), e inasistencias, datos que sugieren la presencia de problemas emocionales derivados del estrés.

Efectos potencialmente dañinos se dan en las relaciones paciente-enfermera, mayormente cuando el personal es joven y menos experimentado (Livingston, 1984), por lo que el desgaste emocional implícito puede incrementar el



estrés, al favorecer el desarrollo de actividades opuestas a las normas profesionales, y en consecuencia, producir sentimientos de frustración, ansiedad y culpa (Hingley, 1984), a pesar de no tener el personal recursos emocionales y de apoyo que le permitan una apertura más saludable (Revicki, 1989).

Por tanto, es deseable y necesario revisar tres aspectos básicos: 1) Características del personal y, respuestas somatopsíquicas por estrés 2) Apoyo familiar y social; imprescindible es, por la amplitud del estudio, distribuir el trabajo en dos etapas. En el presente trabajo se definen las características demográficas del personal y sus manifestaciones del estrés; dadas las circunstancias potencialmente adversas prevalentes en torno al personal de enfermería, la cuestión a responder fué: ¿Existen manifestaciones sintomáticas de estrés en el profesional de enfermería que amenacen su salud mental?

## 1.2 Hipótesis

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

### Hipótesis Nula

Ho: No hay diferencia entre la morbilidad emocional que muestra el personal de enfermería de población

sajona con el de un Hospital General de Monterrey, Nuevo León, México, en las proporciones obtenidas en el Cuestionario General de Salud de Goldberg.

### Hipótesis Alternativa

Hi: Hay diferencia en las proporciones de morbilidad emocional obtenidas en el Cuestionario General de Salud de Goldberg, entre el personal de enfermería de población sajona y el de un Hospital General de Monterrey, Nuevo León, México.

### **1.3 Objetivos**

#### **Objetivo General:**

Determinar la presencia de morbilidad emocional en el personal de enfermería, y, sus relaciones con factores laborales y personales.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Distinguir la población con alteraciones en su salud mental.
2. Definir los síntomas de estrés en sus manifestaciones somáticas, de ansiedad, síndrome evasivo y depresión grave.
3. Clasificar el comportamiento de los indicadores de

estrés en el personal de enfermería atendiendo a su edad, sexo, estado civil, antigüedad y escolaridad.

#### **1.4 Importancia del Estudio**

El estudio en México de las reacciones emocionales - del personal de enfermería frente al estrés ha sido un campo en el que no se ha investigado, ó bien, no se conocen publicaciones cuyas bases permitan complementar el trabajo y ampliarlo.

La respuesta a esta duda proporcionará el fundamento para la realización de un estudio longitudinal que clarifique la potencial relación de las expresiones somáticas emocionales con la expectativa de establecer estrategias de apoyo del especialista en salud mental, que optimicen su potencial profesional dentro del equipo para la salud.

#### **1.5 Limitaciones del Estudio.**

En virtud, de que la particularidad de las Instituciones de Salud, pueden diferir en su administración y recursos los resultados de ésta investigación, sólo podrán generalizarse en el Centro donde se llevó a cabo el

estudio.

#### 1.6 Definición de Términos.

Agotamiento Emocional. Sensación de estar exahusto, sin energía y malestar debido a estrés excesivo (Mattingly, 1977).

Ansiedad. Afecto desagradable que se caracteriza por una sensación de miedo y amenaza que no puede precisarse y que se expresa por manifestaciones psicofísicas a componentes biopsicosociales (DSM III).

Cambios de la Vida. Autorreporte de estrés ante estímulos de la vida tales como enfermedad física, entre otros (Sarason, Johnson y Siegal, 1978).

Cuidado Directo de Pacientes. Estar a cargo asistencial en un servicio de hospitalización con asignación de funciones y tareas al cuidado del enfermo.

Depresión. Trastorno del afecto o humor caracterizado por sentimientos de abatimiento, tristeza o pérdida de interés en la vida. (Fontaine, 1990).

Estrés. Interacción de ciertas fuerzas ó estímulos externos y otros del organismo, que producen, influidos por experiencias pasadas, reacciones inespecíficas del cuerpo a las demandas hechas sobre él (Selye, 1950).

Fobia. Temor aceptadamente irracional a un objeto ó una situación particular, de modo que la vida de la persona se ve dominada por conducta de evitación (DSM III).

Orientación de Locus de Control. Variable individual moderadora entre cambios negativos de la vida, depresión y ansiedad. (Johnson y Sarason, 1978).

Patrón de Conducta Tipo "A". Personas que se caracterizan por hablar explosiva y rápidamente, se mueven rápidamente intentando hacer muchas cosas en un sólo tiempo, se enfadan con exceso por tardanzas, son adictos al trabajo, y sienten culpa por el descanso (Friedman y Rosenman, 1974).

Percepción. Sistema personal de tratar con las situaciones, con el matiz que cada persona le da, de acuerdo a su significado particular, en relación con sus experiencias tempranas y actuales de su entorno; la recepción de

estímulos está en íntima relación de los sentidos (Cook, 1990).

Personal de Enfermería. Profesional que posee el título de enfermería general o de licenciatura en enfermería.

Morbilidad Emocional. Número de casos con manifestaciones francamente somáticas, de ansiedad, fóbicas y/o depresivas. (Fuente de la, 1960).

Punto de Corte. Punto de mayor sensibilidad y especificidad del Cuestionario General de Salud para detectar casos de morbilidad emocional.

Síndrome Somático. Condiciones físicas alteradas en las que los hechos con significado psicológico tienen relación íntima con síntomas físicos en un sistema orgánico del cuerpo. (Cook, 1990).

Suicidio. Daño violento más importante que las personas pueden hacerse a sí mismas (Fontaine, 1990).

Suicidio relacionado con el campo cognitivo. Fuertes deseos de morir, con planteamiento ideacional para quitarse la vida. (Cutler, 1983).

Suicidio relacionado con el campo de creencias. Comportamiento real que daña o mata a la persona sujeta a su entorno sociocultural. (Cutler, 1983).

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Al personal de enfermería le caracteriza el ser responsable de los cuidados directos a pacientes y familiares, el atender sus necesidades las 24 horas del día, estar sujeto a rotaciones y diferentes horarios de trabajo (Richman, 1989), con objetividad, precisión y efectividad en sus intervenciones.

Los cambios y ajustes que el Sistema Educativo de Salud establece para solventar las crecientes exigencias de la población (Cahill y Palmer, 1989), a fin de satisfacer las demandas de su compromiso social, lo lleva a preparar profesionales que respondan a los requerimientos tradicionales de seguridad, entrega, empatía y tolerancia (Morrison, 1989).

Con frecuencia esto obliga a ejecutar nuevas y complejas responsabilidades que pueden hacer sentir al personal que compromete su autonomía personal, por lo que resienten los cambios en sus nuevas tareas con sentimientos de impotencia, despersonalización, sensación de abandono ó desamparo de sus supervisores, lo que se refleja posteriormente en su calidad de trabajo (McGrath y Col., 1989).

La perspectiva de enfermería en sus diversos roles integra múltiples fuerzas vectoriales, muchas de ellas con tendencias antagónicas que influyen en sus expectativas de



trabajo y hacen eco en conflictos internos que pueden afectar su realización personal y profesional.

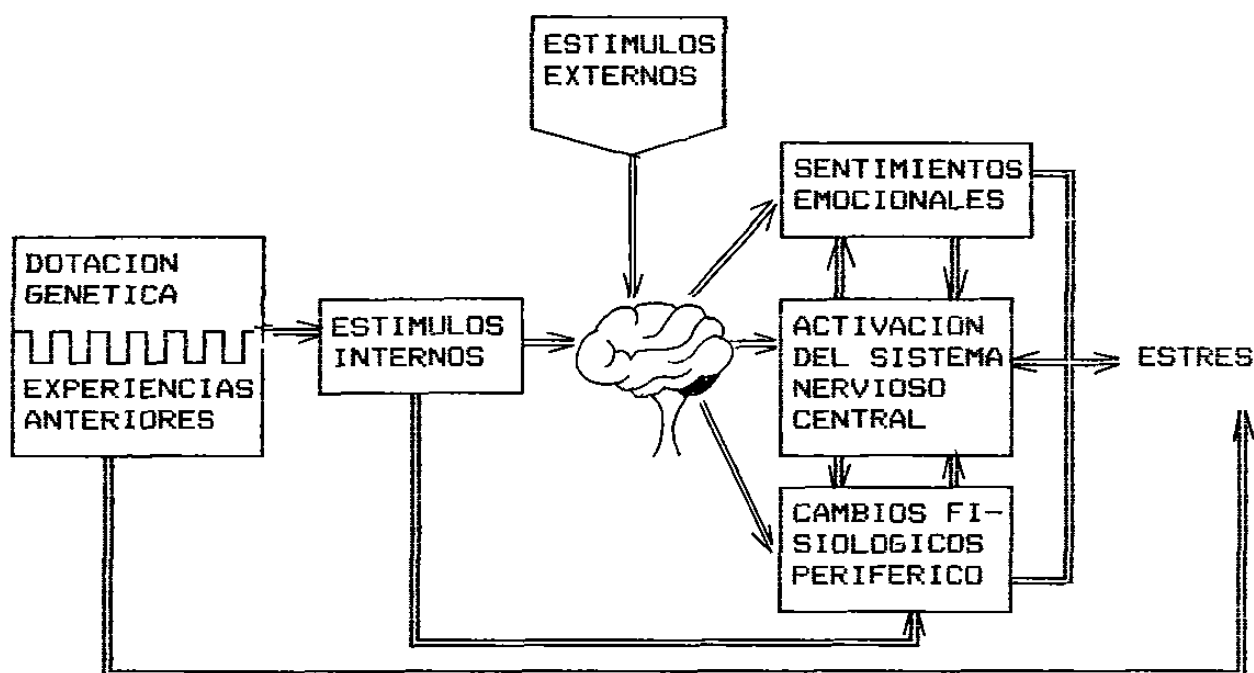
Se estima que el personal de enfermería está expuesto a dos grandes fuentes de estrés: 1) el externo (ocupacional, familiar, social), y, 2) el interno que tiene su origen en la propia personalidad del profesional y su historia personal (aspectos psicológicos, emocionales, etc.) (McGrath y Col., 1989, Topf y Dillon, 1988); éstos elementos, influyen en la conducta y sentimientos individuales, al activar respuestas de evitación ó lucha con reacciones emocionales o somáticas, Esquema 1.

Ambas formas, pueden también tener relaciones recíprocas, que algunas veces llevan al personal a fallas en la utilización de recursos defensivos adaptativos sanos para mantener su homeostasia, subordinándose a estrategias socialmente inaceptables tales como el alcoholismo, drogadicción y tabaquismo.

Como ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica se reportaron en 1978 40,000 enfermeras alcohólicas, cifras que aumentaron a 75,000 aproximadamente en 1981 ó cinco por ciento de millón y medio de mujeres alcohólicas en todo el país (Zahourek, 1981). Por lo anterior se considera la profesión de enfermería como un factor de alto riesgo para desarrollar estos problemas e incluso, en extremos, llegar a

conductas suicidas por declinamiento de su salud física y/o emocional (Hingley, 1984), dadas las características fisiológicas estimulante-depresoras provenientes de drogas y alcohol.

ESQUEMA 1



El estrés puede derivar del medio interno o externo, está mediado por dotación genética, experiencias anteriores y percepción, produciendo respuestas emocionales, fisiológicas y sociales en el individuo. (Haber, 1984, p. 400).

Diferentes autores describen el estrés que afecta al personal de enfermería, así como diversas estrategias que utiliza el propio personal para contrarrestar sus efectos (Dewe, 1987; Rosenthal, 1989).

En un estudio aplicado a 171 enfermeras, McGrath y Col., (1989), confirmaron con la aplicación del Cuestionario General de Salud (CGS28), que el 27 por ciento de los entrevistados presentaron morbilidad psiquiátrica, y señalaron como factores que produjeron los más altos niveles de estrés: 1) Falta de tiempo para el desempeño de sus deberes a satisfacción (67%); 2) Racionamiento de escasos recursos o servicios (54%); y 3) Limitaciones impuestas por otros profesionales (46%). En respuesta se observó que un 33 por ciento del personal utilizó conductas de evasión en la atención emocional y contacto con el paciente.

Dewe (1989), Revicki y May (1989), y, Richman (1989), corroboran que el personal de enfermería se desempeña con sobrecarga de trabajo, continua confrontación de sus valores, frecuentes conflictos interpersonales del staff y en sus relaciones interprofesionales. Entre otras, sus respuestas adaptativas se caracterizaron por agotamiento, bajo rendimiento y vulnerabilidad emocional (Maslach, 1976), estado que ocasiona pobre efectividad profesional y satisfacción perso-

nal, con incremento en la morbilidad físicoemocional (Mattingly, 1977).

McGrath y Col. (1989), reportaron que un 18 por ciento de personal estudiado se hospitalizó en el curso del último año y 38 por ciento consultó por lo menos una vez a algún terapeuta, en los seis meses previos al estudio.

Personal con características de patrones de conducta tipo "A", percibe con mayor frecuencia estresores en el ambiente, lo que se traduce emocionalmente en estados afectivos negativos, hostilidad, ansiedad y depresión (Packard y Motowidlo, 1987).

Al examinar el estrés que proviene de las relaciones familiares, sociales y de eventos significativos del profesional de enfermería, se observa que el personal experimenta con frecuencia sucesos vitales tensionantes que según su magnitud y consistencia se resuelven en dos sentidos: hacia el restablecimiento de la homeostasia, o bien, desencadenan estados de ansiedad grave con deterioro psicológico importante (Myers, Lindenthal y Paper, 1971; Vinokur y Selzer, 1975), que pudiera llegar a la ruptura irreversible del equilibrio y muerte (Fuente de la, 1975), especialmente, como señala Wilcox (1981), cuando el soporte social ha sido deficiente o nulo.

El daño psicológico que enfermería como miembro de la

sociedad sufre por eventos de la vida ha sido motivo de investigación desde hace varias décadas; Myers y Col. (1971), en un estudio longitudinal aplicado a una muestra comunitaria demostró que los eventos de la vida que más generaban deterioro mental fueron: 1) Eventos indeseables (69 %), relacionados con la salud (47 %), trabajo (40 %) y financieros (35 %); en estos casos el deterioro psiquiátrico dependía de circunstancias socioculturales por expectativas de rol y valores, calidad y cantidad de eventos ambientales y grado de control individual.

Vinokur y Selzer (1975), reiteran sobre eventos indeseables experimentados en la vida, que su acumulación se correlaciona con estrés, el que finalmente al producir ansiedad, tensión, angustia, agresión, paranoia, depresión y alcoholismo, favorecen morbilidad mental y física; en contraste, personas que laboran con altos niveles de ánimo y recursos sociales de apoyo, reducen la cantidad de eventos estresantes de la vida, el fenómeno inverso provoca alienación y descontrol personal (Kobasa y Puccetti, 1983).

A su vez, es típico en éstos individuos, altos niveles de cambios externos negativos, por lo que se perciben a sí mismos con menor capacidad de generar control sobre las contingencias ambientales. En conclusión, los sujetos que perciben estrés extremo en la vida, son susceptibles a desa-

rollar problemas psicosomáticos y tienen mayor propensión a experimentar cambios de la vida (Sarason, Johnson, Siegel, 1978).

Para Johnson y Sarason (1978), los cambios negativos de la vida pueden tener efectos adversos en los individuos, y lo relacionan más fuertemente con depresión y ansiedad.

La relación de eventos estresantes de la vida con agotamiento emocional en el profesional de enfermería ha sido verificado, considerando que el origen interno y externo del estrés corresponden en su respuesta a un fenómeno unitario de acuerdo a la vulnerabilidad personal (Packard, 1987), con actitudes inclinadas a mantener y proteger su autoimagen.

El soporte familiar, cuando existe, opera de diferente manera según el género. Holahan y Moss (1985), aseveran que en las mujeres actúa como un factor de resistencia al estrés afectando a los demás por el fenómeno de resonancia, en cambio los varones niegan la importancia del apoyo familiar conduciéndose frente al estrés con aislamiento social y autoconfidencia; en parte esta reacción se explica por la función de patrones preestablecidos a conveniencia en la conducta del rol social según el sexo, capitalizándose de diferente manera los recursos personales y ambientales.

El personal de enfermería en su gran mayoría formado por mujeres, adopta el estereotipo de socialización femenino en

el que no se le enseña la habilidad de enfrentamiento al conceptualizarla pasiva, no agresiva y no competitiva, ocasionando un alto nivel de dependencia eslabonado en todas sus dimensiones activas.

Un rol de dependencia robustece el concepto de impotencia, el cual es integrado al estilo de vida diaria, de manera que la exclusión de un rol social activo constituye un déficit incapacitante ante la amenaza de su identidad y amor propio, tornando al personal vulnerable a síntomas somáticos, depresión y ansiedad fóbica (Cook, 1990), a la que se suman la minoría masculina dentro de la profesión.

Atendiendo al reconocimiento de estrés en un marco sociocultural diferente al de México, es esencial corroborar si los eventos indeseables que aquejan al personal de enfermería tienen consecuencias emocionales en su bienestar y salud mental.

Paradójicamente, el personal de enfermería que se reserva una gran responsabilidad para proporcionar a los pacientes las habilidades y conocimientos que requiere la promoción del autocuidado, no ha formado la identidad del cuidado que para sí mismo amerita (Loreno y Drick, 1990), exponiéndose a graves trastornos somáticos, depresivos y de ansiedad, condición que por ser mantenida en sí mismo contiene un claro sufrimiento interno que le conduce potencialmente hacia

peligrosas resoluciones (Morton, 1984; Oskins, 1979) que menguan su capacidad de apoyo a los pacientes conforme a las expectativas sociales y profesionales de su rol.



### CAPITULO III

#### METODOLOGIA

El diseño del estudio es de tipo descriptivo, transversal. Se seleccionó el Hospital Universitario de la U.A.N.L. institución de tercer nivel el cual tiene características desables tales como: accesibilidad con el personal y distribución de profesionales de enfermería en siete grandes áreas de especialidad.

#### SUJETOS

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante muestreo probabilístico utilizando el método aleatorio simple, de acuerdo a la Tabla de Miller, Códigos Maestros XIII y XIV para tamaño de muestra Claves FHJ; la cantidad de sujetos osciló entre 50 como mínimo y 80 como máximo conforme al universo de trabajo existente.

#### MATERIAL

La información se obtuvo mediante la aplicación del "Cuestionario General de Salud" de Goldberg (CGS28), formulario autoaplicable diseñado para detectar personas con y sin morbilidad emocional; consta de 28 items, y su ordenamiento está estructurado de la siguiente forma: 1-7 Síndrome somático, 8-14 Ansiedad, 15-21 Síndrome evasivo, y, 22-28 Depresión grave. Con objeto de ampliar la información, se agregó al CGS28 un formato que consigna datos de variables

demográficos tales como edad, sexo, estado civil, antigüedad laboral y escolaridad.

Los requerimientos esenciales que antecedieron a la administración del cuestionario fueron: 1) Orientación directa e individual acerca de la trascendencia del estudio y confiabilidad de anonimato, 2) aceptación verbal voluntaria del personal, 3) lectura cuidadosa de las instrucciones explícitas en el cuestionario, y, 4) agradecimiento en el mismo formato y verbal al término de su llenado.

El tiempo utilizado por el personal en la contestación del cuestionario fluctuó entre 10 a 20 minutos. La alternativa de respuesta está numerada sistemáticamente con cuatro dígitos (1-4) en cada una de las preguntas, considerándose sin problema las selecciones hechas en los dígitos uno ó dos; y, con problema, el señalamiento en tres ó cuatro.

Uno de los factores intervinientes en la decisión de utilizar el CGS28 fue el amplio uso que investigaciones reconocidas han hecho en población general, así como también en profesionales entre los que se encuentra enfermería, su confiabilidad es de 84 por ciento, especificidad 85 por ciento, falsos positivos 15 por ciento, falsos negativos 16 por ciento, valor predictivo positivo 0.91 y 0.27, y, valor predictivo negativo 0.9 y 0.75; su punto de corte es 4.

El Cuestionario General de Salud de Goldberg ha sido validado en población mexicana en el primer nivel por Campillo y Col. (1978), validado y estandarizado en diagnóstico de casos de segundo nivel por el Dr. Treviño Mora y Col. en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1980), validado en el tercer nivel por la Dra. Alcorta Garza (1981) y en aplicaciones realizadas por la Dra. Padilla G. en la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra de consulta privada (1981).

#### PROCEDIMIENTO

El procedimiento para la selección de la muestra se realizó observando lo siguiente:

Posterior a la autorización de las autoridades correspondientes para efectuar la investigación se llevo a cabo lo siguiente:

- 1o. Obtención en la Coordinación de Enfermería del Hospital de un listado del personal profesional de enfermería correspondiente a las áreas incluidas en el estudio.
- 2o. Designación con números progresivos a cada uno de los elementos del personal.
- 3o. Determinación cuantitativa de los sujetos para el estudio.
- 4o. Elección de los elementos, utilizando la tabla de

números aleatorios.

Posterior al proceso de selección de la muestra se elaboró un listado de personal discriminándolo por servicio y turno, solicitando a la Coordinación de Enfermería su apoyo para facilitar al personal el llenado de la encuesta, datos que para efectos de confidencialidad se han mantenido anónimos a fin de cumplir con el fundamento ético implícito a un estudio de tal naturaleza, conforme al Cap. I, Art. 13 y 14 Fracc. I y II; Art. 21, Fracc. I, IV, VI, VII y VIII, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

El siguiente paso consistió en instruir al personal colaborador en la recolección de la información acerca de la técnica, reconsiderando instrucciones sobre actitudes deseables para sensibilizar a los participantes de manera que conceptualizaran la importancia de la información para el estudio, así mismo, la libertad para rechazar la respuesta al cuestionario si así lo deseaban.

La administración del cuestionario se realizó posteriormente a la orientación y anuencia del personal, aplicándose individualmente en el servicio, durante el turno ó al término del mismo; de los 80 elementos seleccionados en la muestra, 16 (20%) rehusaron responder el cuestionario, por lo que solo se contestaron 64 cuestionarios, lo que

constituye un 28 por ciento más de la cantidad de encuestas mínimas deseables, conforme al tamaño de la muestra predeterminada.

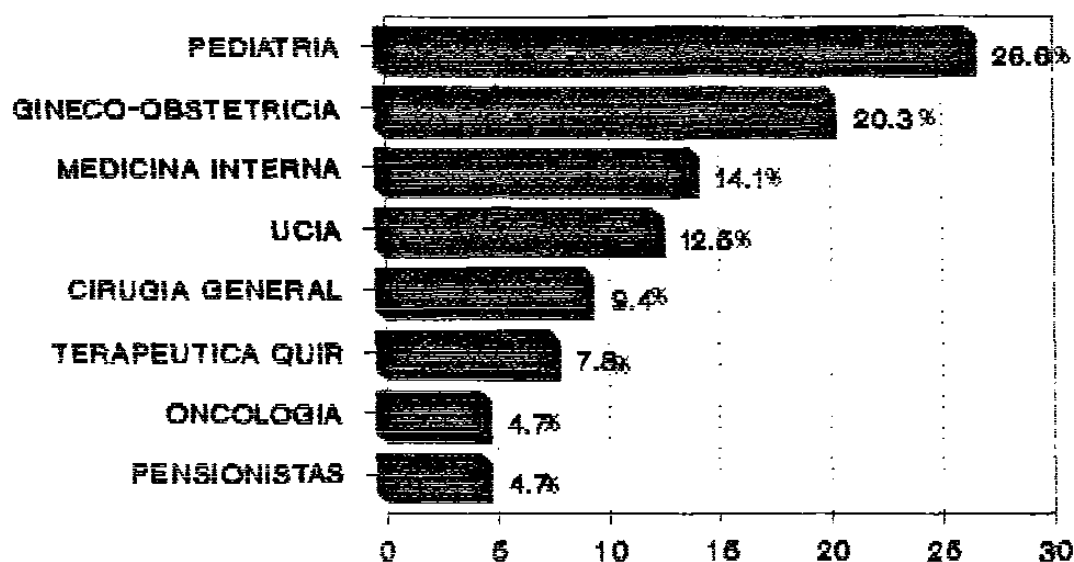
El análisis de los datos se sometió a la prueba del coeficiente de correlación Somers'D, computarizando la información con apoyo del paquete estadístico SPSS. Con el uso del coeficiente de correlación fue posible determinar la proporción de elementos con morbilidad mental y su relación entre indicadores de morbilidad y variables demográficas preestablecidas, a través de la expresión numérica de la fuerza y dirección de la correlación lineal en línea recta.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS

El personal participante labora en las áreas de Pediatría (26.6%), Ginecobstetricia (20.3%), Medicina Interna (14.1%), Unidad de Cuidado Intensivo Adulto (12.5%), Cirugía General (9.4%), Terapéutica Quirúrgica (7.8%), Oncología (4.7%) y Pensionistas (4.7%) (Figura 1). El 27 por ciento son adultos jóvenes (20-30 años), 53 por ciento lo forma personal entre 31-40 años, y, 20 por ciento de edad avanzada (41-51 años), (Figura 2). 89 por ciento son del sexo femenino y 11 por ciento del sexo masculino (Figura 3).

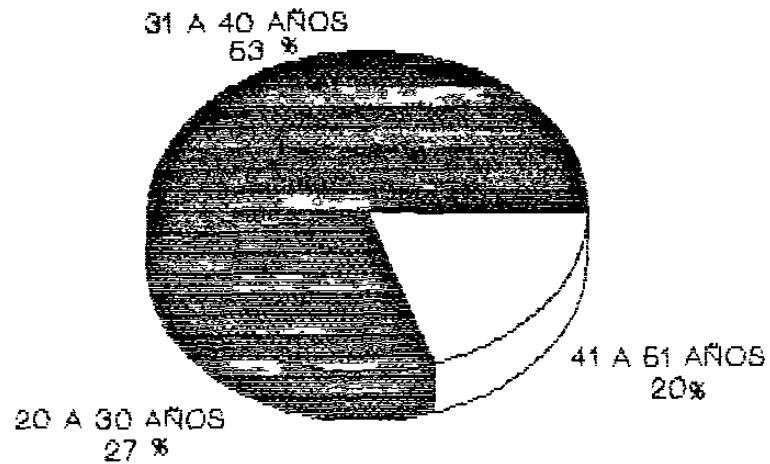
**FIGURA 1**  
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO**  
**POR AREA**



UCIA= UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS  
QUIR= QUIRURGIA FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

## FIGURA 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD

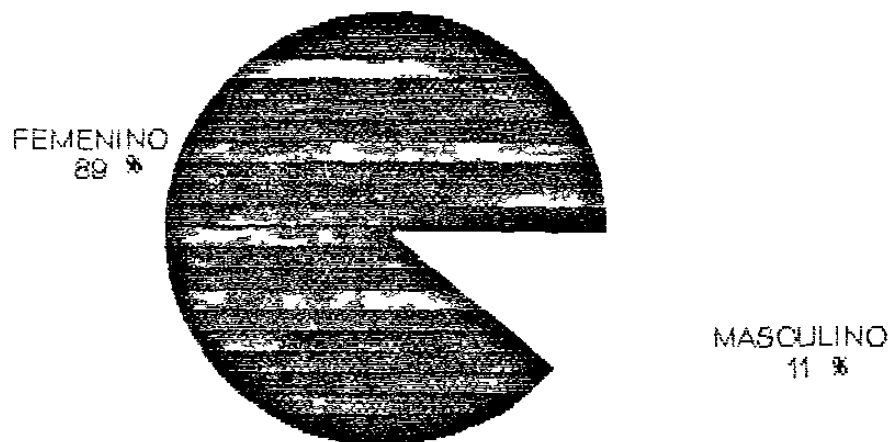
29



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 64

## FIGURA 3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXO

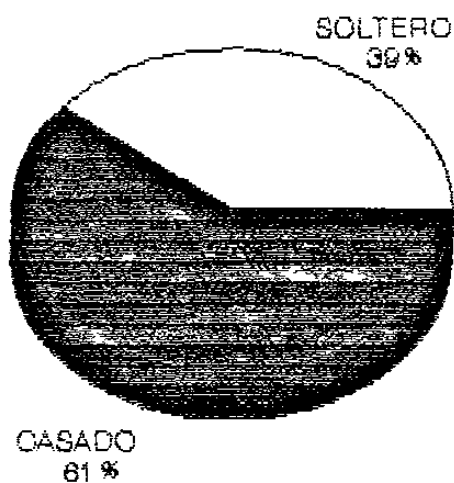


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 64

Sesenta y uno por ciento de los elementos de la muestra son casados y 39 por ciento solteros (Fig. 4). Su antigüedad laboral osciló entre 1 a 5 años (17.2%), 6 a 15 años (57.8%), y, 16 a 30 años (25%). (Fig. 5). El grado de escolaridad cursada es de 77 por ciento enfermería y, 23 por ciento licenciatura (Fig. 6).

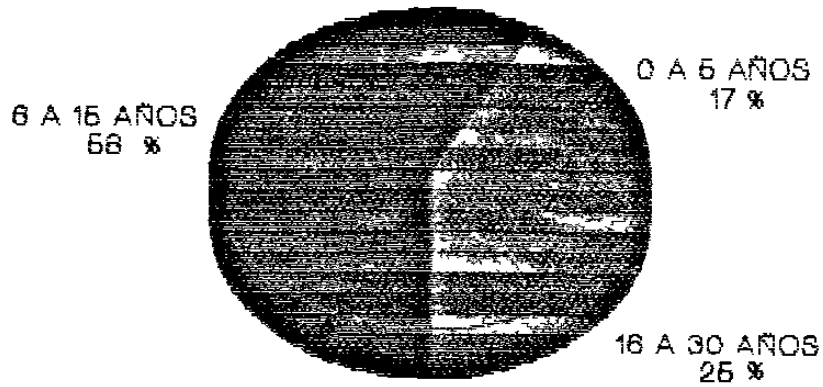
**FIGURA 4**  
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR ESTADO CIVIL**





## FIGURA 5 ANTIGUEDAD LABORAL

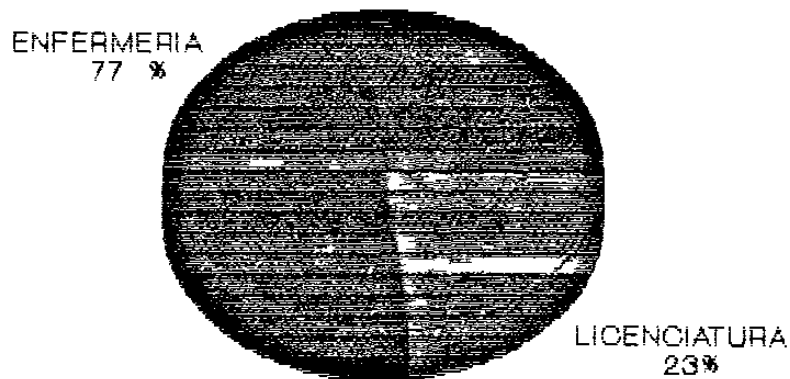
31



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 64

## FIGURA 6 ESCOLARIDAD

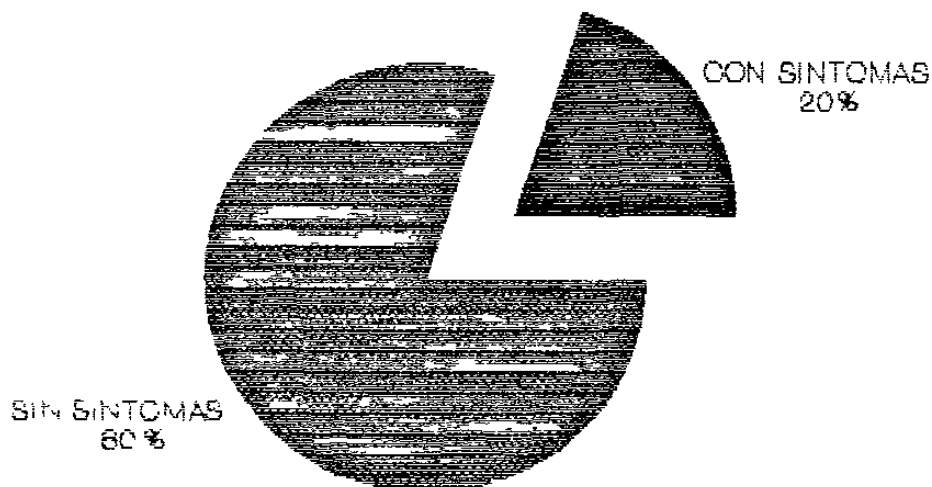


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 64

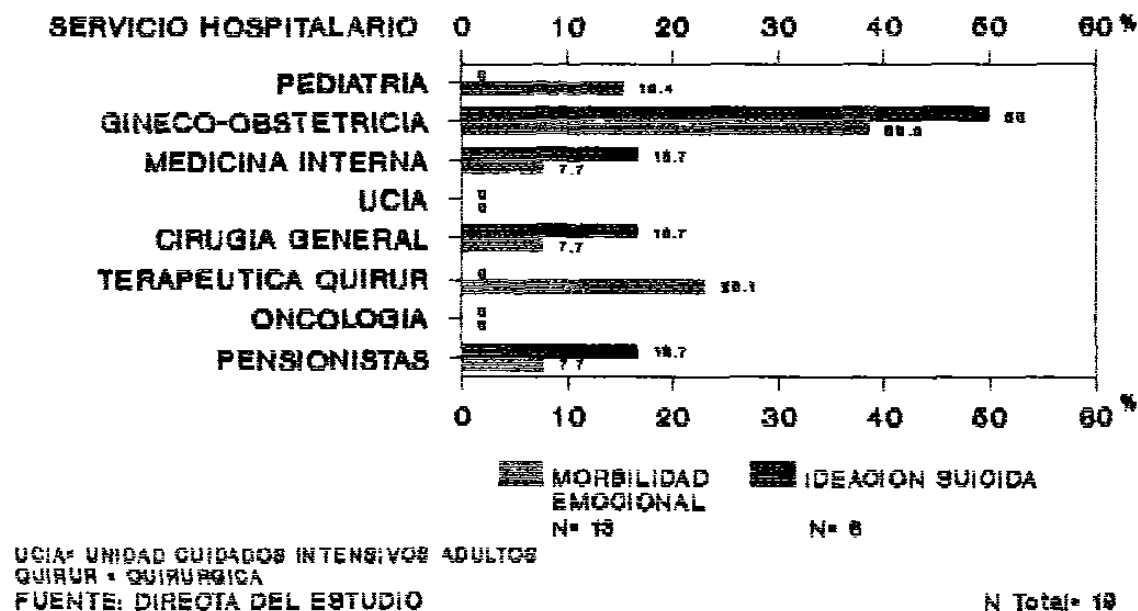
Las manifestaciones del estrés en el personal se estimaron en cuatro diferentes aspectos: 1) síntomas somáticos, 2) de ansiedad, 3) evasión, y, 4) depresión severa. El punto de corte fué de 4 considerándose sin morbilidad el personal que seleccionó en el CGS las alternativas uno y dos, y, aquellas que tuvieron cuatro o menos respuestas en la alternativa tres ó cuatro; los que contestaron cinco ó más en éstas últimas opciones se estimaron con morbilidad emocional. En ésta medida el 20 por ciento se identifica con morbilidad (Fig. 7), de los cuales el 19 por ciento de la proporción real, son del sexo femenino y el 14 por ciento del sexo masculino.

**FIGURA 7**  
**CARACTERISTICAS DE SALUD MENTAL**



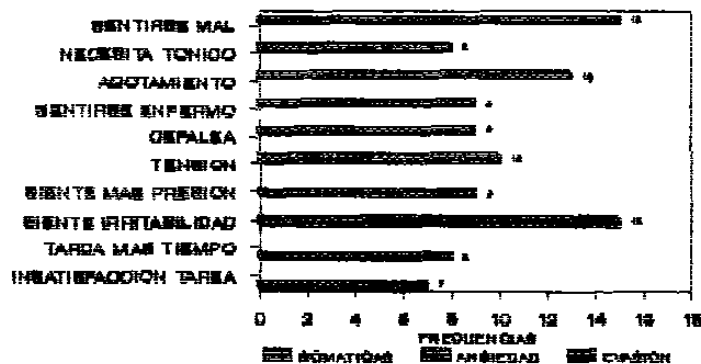
La ideación suicida se muestra en un nueve por ciento de la población, y tiene la mayor proporción en el área de Ginec Obstetricia (50%). Los casos de mayor severidad con morbilidad emocional se presentan en Ginec Obstetricia (38.5%) y en Terapéutica Quirúrgica (23.1%); a su vez en las áreas de Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Oncología se cuantifican cero casos de daño emocional e ideación suicida (Fig. 8).

**FIGURA 8**  
**POBLACION CON MORBILIDAD EMOCIONAL**  
**E IDEACION SUICIDA**



Las respuestas del cuestionario que muestran mayor sensibilidad se representan como síntomas somáticos, ansiedad y evasión; destacándose "sentirse mal", "agotamiento" e "irritabilidad". (Fig. 9).

**FIGURA 9**  
**RESPUESTAS DE MAYOR SENSIBILIDAD**  
**EN LA ENCUESTA**



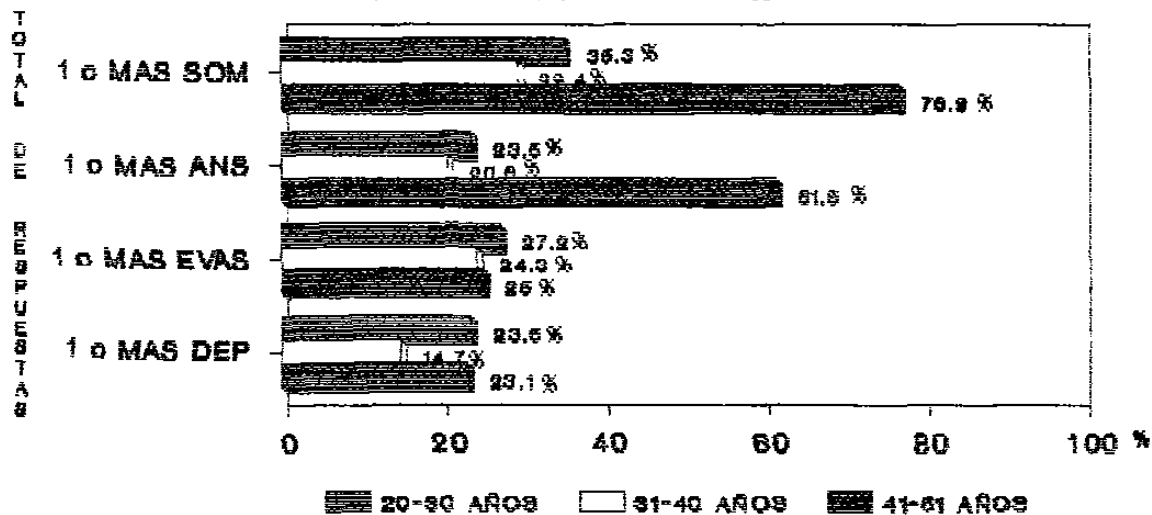
FUENTE: DIRECCIÓN DEL ESTUDIO

Nº37

La presencia de los diversos indicadores del cuestionario revelan en el grupo de 41-51 años un elevado porcentaje de somatización (76.9%) y ansiedad (61.5%); por el contrario el grupo joven (20-30 años) presenta ligeramente más altos los síntomas de evasión (27.2%) y depresión (23.5%) (Fig. 10). El grupo femenino presenta mayores indicadores en el apartado de síntomas somáticos (42.1%), ansiedad (31.6%) y depresión (21.1%); mientras que en el grupo masculino

sobresalen los síntomas evasión (42.9%) y ausencia total de depresión (Fig. 11). A su vez, el personal casado indica, proporciones elevadas de síntomas somáticos (48.7%) y de evasión (33.3%); sobresaliendo en el personal soltero depresión (28%) (Fig. 12); la somatización (56.2%) y evasión (53.9%) se reportan con los índices más altos en el personal con mayor antigüedad laboral, y la depresión (35.4%) en aquellos de menor antigüedad (Fig. 13).

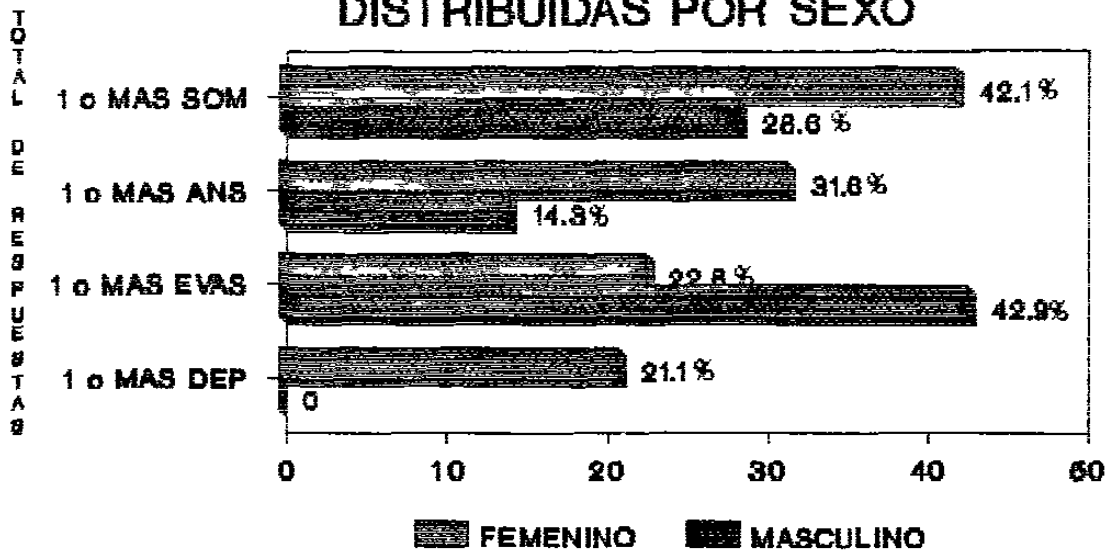
**FIGURA 10**  
**MANIFESTACIONES DE INDICADORES DE**  
**MORBILIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO**  
**DISTRIBUIDAS POR EDAD**



SOM= SOMATICAS ANS= ANSIEDAD  
 EVAS= EVASIVAS DEP= DEPRESIVAS  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

FIGURA 11

MANIFESTACIONES DE INDICADORES DE MORBILIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO DISTRIBUIDAS POR SEXO

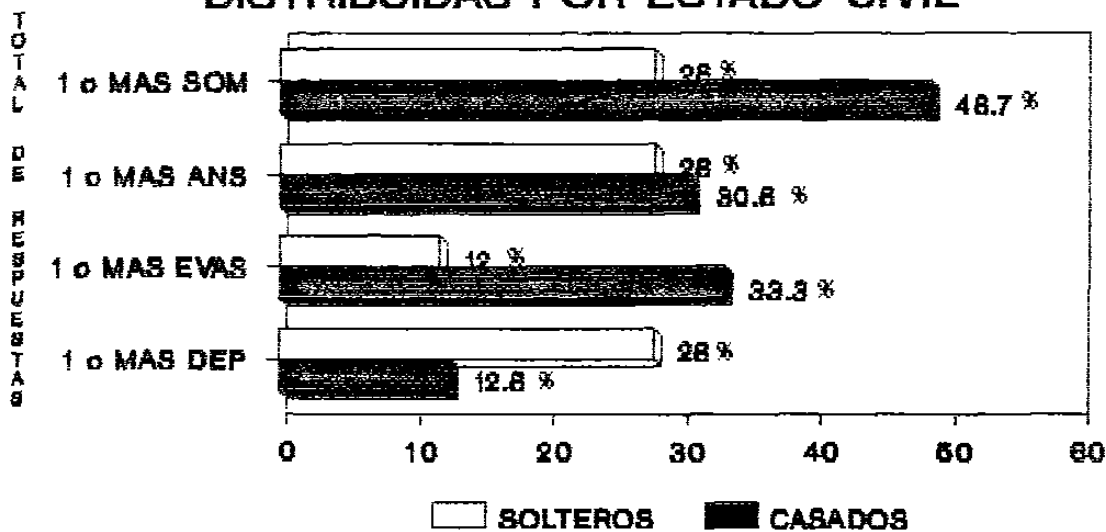


SOM= SOMATICAS ANS= ANSIEDAD  
 EVAS= EVASIVAS DEP= DEPRESIVAS  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 36

FIGURA 12

MANIFESTACIONES DE INDICADORES DE MORBILIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO DISTRIBUIDAS POR ESTADO CIVIL

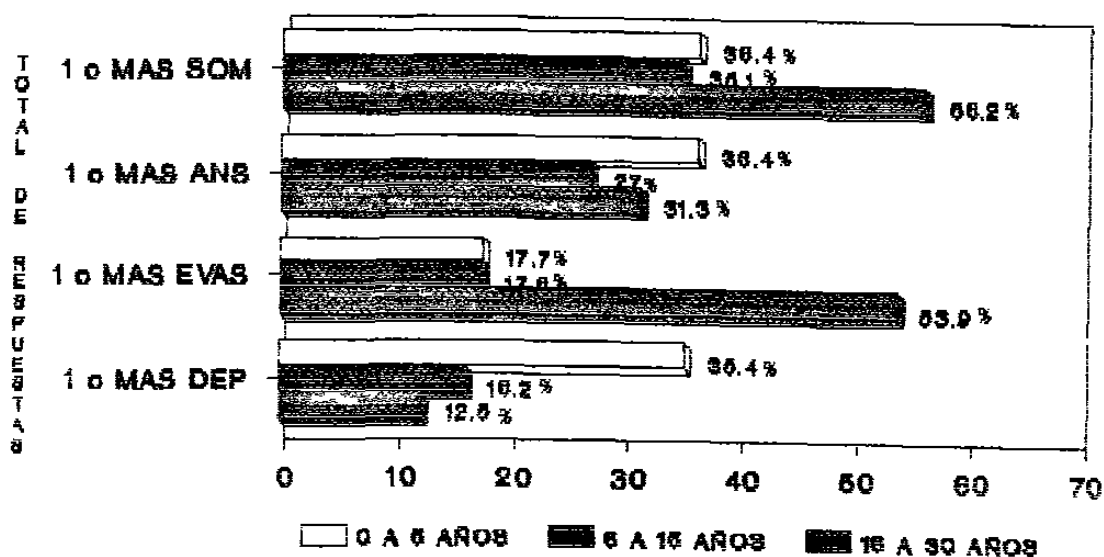


SOM= SOMATICAS ANS= ANSIEDAD  
 EVAS= EVASIVAS DEP= DEPRESIVAS  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 35

**FIGURA 13**

**MANIFESTACIONES DE INDICADORES DE MORBILIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO DISTRIBUIDAS POR ANTIGUEDAD**

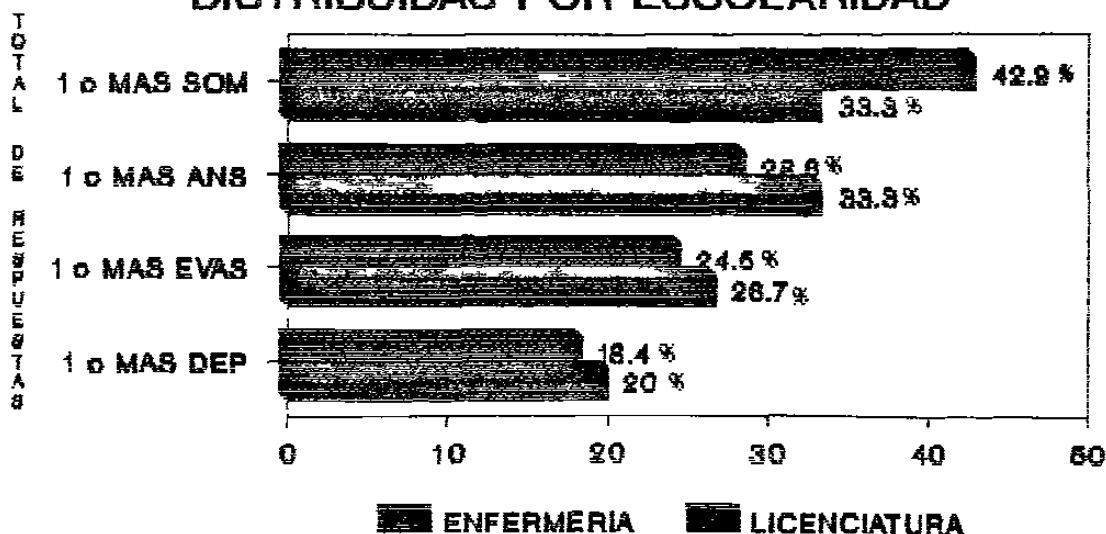


SOM= SOMATICAS ANS= ANSIEDAD  
 EVAS= EVASIVAS DEP= DEPRESIVAS  
 FUENTE: DIRECTA DE ESTUDIO

N= 36

En el personal con enfermería general se reporta como indicador ligeramente más elevado los síntomas somáticos (42.9); a su vez, el personal con licenciatura los manifiesta en ansiedad (33.3%), evasión (26.7%) y depresión (20%) (Fig. 14).

**FIGURA 14**  
**MANIFESTACIONES DE INDICADORES DE**  
**MORBILIDAD EN LA POBLACION DE ESTUDIO**  
**DISTRIBUIDAS POR ESCOLARIDAD**

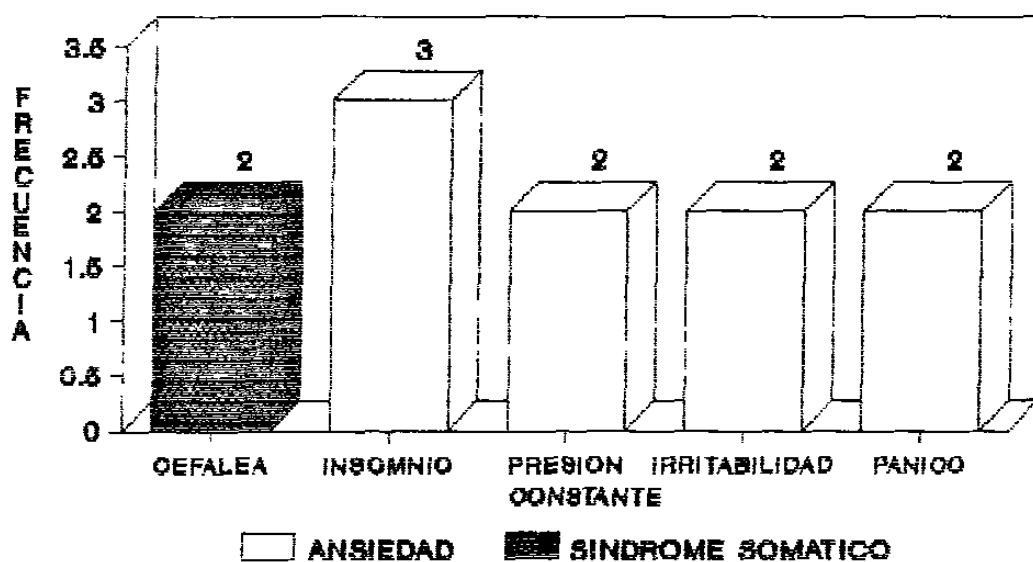


SOM= SOMATICAS ANS= ANSIEDAD  
 EVAS= EVASIVAS DEP= DEPRESIVAS  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO



La mayor gravedad de las respuestas en la encuesta se refieren a síntomas de ansiedad (50%) y somatización (11.1%), correspondiendo a insomnio, tensión, pánico, irritabilidad; y, cefalea; respectivamente (Fig. 15).

**FIGURA 15**  
**RESPUESTAS DE MAYOR GRAVEDAD EN LA**  
**ENCUESTA**



**CUADRO 1**  
**CORRELACION DE INDICADORES DE ESTRES EN EL CUESTIONARIO GENERAL**  
**DE SALUD DE GOLDBERG (28) EN PERSONAL CON MORBILIDAD EMOCIONAL**

PREGUNTA	CORRELACION SOMER'S D	A MAYOR MANIFESTACION DEL DAÑO EMOCIONAL
S	- .36	Se siente menos mal.
O	- .27	Sienten menos necesidad de tónico.
M	- .61	Se siente menos agotado.
A	- .13	Se siente menos enfermo.
T	- .46	Siente menos cefalea.
I	- .52	Siente menos tensión.
C	- .22	Siente menos bochornos.
A	- .60	Siente menos insomnio.
N	- .36	Ha tenido menos dificultad para permanecer dormido.
S	- .68	Ha sentido menos estar bajo presión.
I	- .45	Se siente menos irritable.
E	- .26	Se siente menos asustado.
D	- .31	Disminuye la sensación de que no puede manejar las situaciones.
A	- .17	Disminuye la sensación de sentirse nervioso y tenso.
E	- .36	Se mantiene menos ocupado.
V	- .15	Se tarda menos tiempo en hacer las cosas.
A	- .61	Siente menos que ha hecho mal las cosas.
S	- .55	Ha sentido menos la insatisfacción por la manera que ha llevado a cabo sus tareas.
I	- .25	Ha sentido menos la poca utilidad e importancia de lo que lo rodea.
D	- .36	Ha sentido menos la incapacidad para tomar decisiones.
N	- .53	Ha sentido menos la incapacidad para disfrutar de sus actividades cotidianas.
D	- .31	Ha sentido menos la poca valía.
E	- .16	Ha sentido menos que la vida no vale.
P	- .21	Ha sentido menos que no vale la pena vivir.
R	- .26	Le ha venido menos la idea repetitiva de quitarse la vida.

**CUADRO 2**  
**ANÁLISIS DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA EN LA POBLACION DE**  
**ESTUDIO DE ACUERDO AL COEFICIENTE DE CORRELACION SOMERS'D**

PREGUNTA	COEFICIENTE SOMERS'D	INTERPRETACION
S	- 0.13	A menor escolaridad se siente más mal.
O	- 0.20	A menor edad requiere menos tónico.
M	- 0.14	A mayor edad más agotamiento y menos motivaciones.
A	- 0.22	A mayor escolaridad se sienten menos enfermos.
T	0.20	A mayor escolaridad hay más cefalea.
I	0.17	A mayor escolaridad sienten más presión.
A	0.19	A mayor edad se siente más irritable.
N	0.14	A mayor antigüedad aumenta incapacidad para manejar las situaciones.
S	0.13	A mayor edad aumenta la incapacidad para manejar las situaciones.
E	0.15	A mayor edad es más lento en las actividades.
V	- 0.22	A mayor antigüedad percibe menos que ha hecho bien las cosas.
A	0.16	A mayor escolaridad percibe menos satisfacción por manera de realizar actividades.
S	- 0.16	A mayor antigüedad disfruta menos actividades cotidianas.
D	0.15	A mayor edad se sienten más como personas de poca valía.
E	- 0.16	A menor antigüedad siente más que la vida no vale.
P	- 0.12	A menor escolaridad siente más que la vida no vale.
R	- 0.16	A menor antigüedad piensa más en quitarse la vida.

Somáti=Somáticas    Ans=Ansiedad    Evas=Evasión    Depr=Depresión

## CAPITULO V

### DISCUSION

Los datos presentados en éste estudio permiten establecer una similitud cuantitativa de la morbilidad emocional encontrada por McGrath y Col (1989), y, Cairns y Wilson (1984) en un estudio con personal de enfermería de Irlanda del Norte; la aplicación del error estandar de la diferencia con  $\alpha$  de 0.05 en las tres muestras de investigación, determina en los resultados obtenidos que se acepta la hipótesis nula, al no diferir las conclusiones en éste estudio con los datos valorados en investigaciones previas específicas, al aplicar la prueba Somers'D se observa una correlación positiva débil (Coef de corr. 0.11) en el personal que tiene menor tiempo de laborar en la institución.

Valorando la correlación que presenta el grupo con morbilidad emocional en correspondencia con cada una de las preguntas del CGS28 se establece una correlación negativa moderada, interpretándose en éste caso que a mayor intensidad de deterioro emocional se tiene una menor capacidad de percibir el malestar, destacándose por la mayor fuerza de relación negativa el sentir agotamiento, tensión, insomnio, presión, realizar mal las actividades, insatisfacción en realización de tareas e incapacidad para disfrutar de actividades cotidianas (Cuadro 1).

A diferencia de lo que señaló Oskins (1979), y,

Rosenthal, Kathleen y Black (1989), en relación a que el personal de enfermería está más expuesto a situaciones estresantes en áreas de cuidado intensivo, el profesional en éste estudio muestra las mayores proporciones de estrés en Ginecobstetricia; a su vez la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto y Oncología, servicios en los que se enfrenta constantemente el personal a dolor crónico y muerte, en oposición a las expectativas, no evidencía ningún caso con síntomas de estrés.

Dubovsky, Getto y Gross (1977), sugieren que enfermeras de una Unidad de Cuidados Coronarios en la que se les proporcionó apoyo por seis meses disminuyó la mortalidad de los pacientes, al proveerles una atmósfera de interés de tal forma que éstos profesionales se motivaron para detectar cambios sutiles en los pacientes, tomar decisiones y utilizar tiempo extraordinario en el paciente.

La atención podría aclarar parcialmente que en los servicios de atención a pacientes críticos en los cuales el personal debe asumir grandes responsabilidades, la inexistencia de un adecuado sustento emocional y métodos de apoyo, desencadenaría en éste grupo de profesionales (Oskins, 1979), un elevado riesgo de morbilidad psicósomática originada en la movilización fisiológica y resultantes cambios tisulares, cuyos efectos se relacionan con notable

disminución en el rendimiento laboral e intelectual (Busquets y Arqués, 1991).

Por lo anterior se considera como una probabilidad explicativa de indicadores negativos de estrés en Cuidado Intensivo Adulto y Oncología, el que se desarrolle un Programa de apoyo de Psiquiatría de enlace en dichas áreas.

El síndrome de depresión grave se presenta exclusivamente en el grupo femenino con una 21.1 por ciento, éstos datos se asemejan a los obtenidos por Skinner y Scott (1993); así mismo, se expresa coincidencia con lo señalado por Livingston (1984), al aparecer la depresión con una correlación negativa de  $-0.16$  conforme a la antigüedad en el trabajo, y con Reviki y May (1989), al concordar en que el personal soltero tiene una proporción predominantemente mayor que el casado con 28 y 13 por ciento respectivamente y un coeficiente de correlación de  $0.18$ .

Ideación suicida indicador de depresión grave se manifiesta en el personal con nueve por ciento, lo que constituye un factor de alto riesgo; la mayor frecuencia se presenta en el área de Ginecobstetricia. Su correlación es positiva débil, afectando con mayor magnitud al personal soltero (16%), sexo femenino (10.5%) y con menor antigüedad en el trabajo (18%). La elevada incidencia de suicidio como riesgo vital es corroborada por Katz (1983), al revelar en un

estudio sobre patrones de mortalidad en personal de enfermería una fuerte asociación entre suicidio y causa de muerte, siendo 50 por ciento mayor en éste grupo de profesionales que en otros.

Al aplicar la prueba Somers'D a variables demográficas del personal con indicadores de depresión se denota una correlación débil obteniéndose los siguientes hallazgos: los profesionales de mayor edad se sienten como personas de poca valía (Coef de corr 0.15), personal con menor antigüedad de trabajo en la institución y de menor escolaridad percibe que la vida no vale nada (Coef de corr. -0.16 y -0.12 respectivamente), y, el personal soltero manifiesta pensamientos repetitivos de quitarse la vida (Coef. de corr. -0.16).

Estos datos coinciden con los encontrados por Skinner y Scott (1993), los que confirman entre otros síntomas frecuentes "pensamientos acerca de muerte" y "ánimo deprimido", del mismo modo el profesional deprimido muestra resultados bajos de autoestima y asertividad en un 63 por ciento.

La presencia de depresión en el personal se relaciona fuertemente con estrés ocupacional (Reviki y May, 1989), estado que disminuye su desempeño y compromete la salud mental del profesional (Myers y Col., 1971; Maslach, 1976;

Wilbury Dan, 1989), fundamentalmente cuando se percibe a sí mismo con poco o ningún control sobre eventos que suceden en su entorno debido a un locus de orientación que actúa pobremente como moderador o bien debido a que dichos sucesos externos estresantes sobrepasan los recursos personales de equilibrio (Johnson y Sarason, 1977).

El síndrome somático, como expresión de estrés representa el 56.3 por ciento de los signos en la población de muestra, lo que constituye el mayor impacto cuantitativo de daño en el profesional coincidiendo con los reportes de Livingston (1984); sin embargo, difiere en que la mayor proporción se manifiesta en personal con mayor antigüedad en el trabajo y en los de mayor edad con un coeficiente de correlación positivo de 0.32 y 0.12 respectivamente; cefalea como señalan Wilbur y Dan (1989) y Cole (1991), es el síntoma más grave.

El personal que resulta más afectado en cuanto a escolaridad tiene relación directa con percepción de cefalea y presión, e inversa con malestar y enfermedad; en cuanto a la edad se observa relación directa con agotamiento, e inversa con necesidad de tónicos y motivaciones (cuadro 2). Percepción de malestar y agotamiento a su vez se revelan como síntomas somáticos de mayor sensibilidad.

El agotamiento como describe Maslach (1976), deteriora



el bienestar físico, asimismo, se relaciona poderosamente con depresión en el profesional de enfermería y simultáneamente con decremento de realización personal y contacto profesional como un resultado de estrés ocupacional (McAbee, 1991).

El estrés interfiere con resistencia a la enfermedad disminuyendo la respuesta inmunitaria (Locke, 1982), esto expone al profesional a riesgos ocupacionales múltiples de morbilidad somática, superando de tres a seis veces más en la población general la posibilidad de desarrollar procesos psicósomáticos (Cheng, 1991) incapacitantes.

Por otro lado, ansiedad presenta coeficientes de correlación positiva débil, manifestándose su mayor nivel en personal de más edad (61.5%) y en el sexo femenino (31.5%); las respuestas de mayor gravedad en el Cuestionario General de Salud constituyen el 50 por ciento refiriéndose específicamente a insomnio, presión constante, pánico e irritabilidad; es notable cómo el personal de mayor edad y antigüedad perciben más deterioro en la capacidad para manejar las situaciones de trabajo (cuadro No 2).

La irritabilidad exacerbada es uno de los primeros indicadores de estrés (Cole, 1991), simultáneamente se manifiesta con insomnio, pensamientos acerca de muerte y graves trastornos de concentración, observándose que ansiedad y depresión están altamente correlacionados (Skinner y Scott,

1993). La depresión asociada con ansiedad generalmente produce reacciones de desesperación e impotencia, descenso de la autoestima y restricciones intensas al estilo de vida; en consecuencia, situaciones prácticas del profesional de enfermería en las que se requiere gran disposición, la actitud en un estado ansioso-depresivo es de rechazo activo defensivo de empatía particularmente ante los usuarios demandantes, moribundos y con graves trastornos (Williams, 1989).

El síndrome evasivo revela la mayor proporción en personal de mayor antigüedad con una correlación de 0.19 (53.9%); en casados, cuya correlación es de 0.20 (33.3%); y, a pesar de que el grupo tuvo pobre correlación con su género, sin embargo la cantidad de evasión en el sexo masculino duplica al presentado en el sexo femenino; concomitantemente al revisar las preguntas que revelaron una correlación positiva débil, se establece que mientras mayor es la antigüedad laboral tiene menor percepción sobre la calidad de sus intervenciones, disfrutando en menor grado de sus actividades cotidianas; a mayor edad es más lento en sus tareas, y, el personal con mayor escolaridad se siente menos satisfecho en su trabajo (Cuadro No. 2).

Una probable explicación de que el personal masculino manifieste mayor evasión que el personal femenino para

manejar el estrés laboral, reside en la tradicional creencia, reforzada culturalmente, de que el hombre, es más fuerte y reservado en la expresión de sus afectos, no así en la mujer, quien es mejor calificada si su conducta es afectiva y condescendiente; Holahan y Moss (1985), señalan esto mismo como un hecho que las instituciones asumen como expectativas del rol profesional de acuerdo al género (Myers y Col., 1971).

Por otro lado Williams (1989), reporta que las mujeres tienden a desarrollar mayor empatía que los hombres acrecentando la vulnerabilidad al desgaste emocional y a la despersonalización, se observa además que el grupo masculino tiene mayor empatía que la normada para la colectividad de éste género.

Considerando la magnitud del estrés en el sentido de ser un fenómeno que perjudica las dimensiones totales del personal de enfermería es imprescindible su entendimiento (Rosenthal y Col., 1989) dado que constituye un riesgo de alto costo para la salud del profesional y de los usuarios (Cheng, 1991).

El panorama es aún más abrumador al observar como la vieja certidumbre del desempeño de enfermería se derrumba ante el drama de la exigencia de calidad clínica y "la cultura de la super-profesional" aunada a la histórica

tradición integrada a enfermería de "ayudar a cualquier costo" (Cole, 1991).

La contraposición entre expectativas de servicio del personal de enfermería y sus empleadores, ha agudizado la intención de éste profesional de abandonar el empleo (Yoo, 1993), sobre todo en circunstancias en las que enfermería ha identificado modelos de cuidado para "otros" no así conductas y actitudes de cuidado para sí mismo (Loreno y Drick, 1990).

## 5.1 Conclusiones

La valoración de morbilidad emocional en el personal de enfermería, fué, de acuerdo a las expectativas del estudio un dato confirmado, su frecuencia en 20 por ciento de los profesionales concuerda con investigaciones previas, circunstancia que permite generalizar la presencia de ésta proporción en el personal que labora en la Institución de estudio; así mismo se ratifica la similitud de las manifestaciones del estrés en una población latina en comparación con profesionales de población sajona.

Los síntomas más graves que presenta el personal con daños emocionales son cefalea, agotamiento, insomnio, disminución del rendimiento laboral e insatisfacción en el trabajo; a su vez, los profesionales que se observan con mayor daño, disminuyen su capacidad para percibir con objetividad los efectos del estrés tanto personales como en su desempeño.

El análisis de los datos en la población encuestada deja entrever que aunque el personal no presente morbilidad emocional, puede manifestar daños aislados, observándose como riesgo significativo una elevada cantidad de personal con depresión grave (21%) e ideación suicida (9); ésto sucede en personal de sexo femenino y predominante-

mente en solteras, con menor antigüedad y las más jóvenes, en las cuales predomina el pensamiento repetitivo de quitarse la vida.

El síndrome somático y la ansiedad son dos indicadores de mayor impacto en el personal más antiguo, en edad avanzada y de sexo femenino, factor que disminuye su capacidad para manejar adecuadamente situaciones de trabajo.

Por otro lado, el síndrome evasivo se presenta en 53.9 por ciento del personal, siendo notoria su presencia en el sexo masculino, en casados y con mayor antigüedad; el efecto en su desempeño se traduce en mayor utilización de tiempo en tareas y disminución de su interés por valorar la cantidad de trabajo desarrollado.

La escolaridad del personal en relación a los indicadores de estrés al parecer no es determinante ya que se observa que el personal con licenciatura a diferencia de la enfermera general tiene una ligera mayor proporción de ansiedad, evasión y depresión; mientras tanto, el personal con enfermería general presenta una marcada diferencia en el síndrome somático al presentarlo en una proporción más elevada que aquel con mayor preparación. Vale la pena señalar que es mayor la insatisfacción por la modalidad del desempeño de su trabajo en el personal con

mayor preparación, teniendo el de menor escolaridad un concepto, de poca valía respecto a la vida.

## 5.2 Recomendaciones

Es deseable que se desarrolle un estudio longitudinal que provea información de los factores de personalidad y situacionales que condicionan la morbilidad mental e ideación suicida en este profesional.

La evaluación con entrevista estructurada para el personal que manifestó morbilidad es otra alternativa a corto plazo, ya que la intervención de terapeutas especializados es valiosa en el sentido de que el diagnóstico y tratamiento temprano sean el mejor auxilio para éste personal.

La enfermera especialista en salud mental será recurso idóneo de apoyo y consultoría para aquel personal que lo requiera, a fin de facilitarle entender los procesos emocionales que la obstruyen en su desempeño, en la relación con sus pacientes, colegas e Institución.

Revisar en la unidad de cuidados intensivos mediante un estudio formal, la influencia del programa de psiquiatría de enlace como factor influyente en el personal de

enfermería respecto a manejo del estrés.

Dada la circunstancia de que gran parte de los conceptos de identidad profesional y modalidades de manejo de estrés se adquieren en el período escolar mediante el fenómeno de imitación, se sugiere que todo aquel personal que participa en el proceso de aprendizaje de estudiantes de enfermería se integre a un programa de sensibilización a través del cual se intente reconceptualizar estrategias de enfrentamiento al estrés a fin de implementar medidas que fortalezcan los recursos intrapersonales de apoyo.



## REFERENCIAS

- Albrecht T. 1982. Whath Job Stress Means For The Staff Nurse. Nurs. Adm. Q.; 7:1-11.
- Arsenault, A. Dolan, S. 1983. Understanding the relationship beteen job stress, performance, and absenteeism. J. of Occupational Psicologia; 56:227-240.
- Beaton, J. Degner, L. 1990. Life and Death, Decisions: The Impact on Nurses. Can Nurse; 86 (3):18-22.
- Berger, D.M. 1987. Clinical empathy. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Busquets, S.M. y Arqués, S.M.A. 1991. Estudio de Indicadores de Estrés del Trabajo de la Enfermera/o en el Hospital. Enfermería Clínica. 1 (5): 134-138.
- Cahill, Ch.A.; Palmer, M.H. 1989. Individual Professionalism: Part of the solution to the nursing shortage crisis. Nursing Forum, 24 (1): 27-31.
- Cairns, E. y Wilson, R. 1984. The Impact of Political Violence on Psychiatric Morbidity in Northern Ireland. British Jornal of Psychiatry; 145: 631-635.
- Cheng, C.T. 1991. Occupational Health Problems Among Nurses. Scand J Work Environ Healt; 17: 221-230.
- Cole, A. 1991. Stress Pressure Point. Nursing Times. 87 (46): 24-27.

- Cook J.S., Fontaine K.L. Enfermería Psiquiátrica. 1990. Ed. Interamericana. México, Cap. 6. p.p. 181-182; Cap. 7; p.p. 243, 252; Cap. 10, p.p. 340-352.
- Claus K., E, Bailey, J.T 1980. Living with stress and promoting well-being. St. Louis: Mosby. Committee on Nursing (Briggs Report), HMSO.
- Cronin-Stubbs D., Rooks C. 1985. The stress, Social Support and Burnout of Critical Care Nurses. Heart Lung, 14:31-39.
- De la Fuente M.R. 1959. Psicología Médica. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. Cap. 1, p.p. 20-24.
- Dewe, P.J. 1989. Stressor frequency, tensión, tiredness: Some Measurement issues and a comparasion across nursing groups. Journal of Advanced Nursing; 14:308-320.
- DSM-III, 1981. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 3a. American Psychiatric Association. Washington, D.C.
- Dubousky, S.L.; Getto, C.J.; Gross, S.A. 1977. Impact on Nursing Care and mortality; Psychiatrist on the Coronary Care Unit. Psychosomatics; 18 (3): 18-27.
- Firth H. and Britton P. 1987. "Professional Depression, Burnout and Personality in longstay nursing". Int. J. Nurs. Stud 24:227-237.
- Goldman H.H. 1989. Psiquiatria General. Ed. El Manual Moder

- no. México. Cap. 5, p.p. 40-42; Cap. 60 p.p. 687-688.
- Hagemaster J. (1993). Job stress Vs nurs burnout. Occup Health Nurs; 31: 38-40.
- Hingley, P. 1984. The humane face of nursing. Nursing Mirror; 159 (21): 19-22.
- Hyde A. The phenomenon of caring. Nursing Research Report 11, 3, 2 and 19.
- Holahan, CH, J. y Moss, R.H. 1985. Life Stress and Health; Personality, Coping, and Family Support in Stress Resistance. J. Of Personality and Social Psychology; 4 (3): 739-747.
- Johnson, J.H.; Sarason, I.G. 1977. Life Stress, Depression and Anxyety: Internal-External Control as a Moderator Variable. Journal of Psychosomatic Research. 22: 205-208.
- Katz, D., 1960. The functional approach to the study of attitudes, Public Opinion Quarterly, 24: 163-204.
- Katz, R.M. 1983. Causes of Death Among Registered Nurses. Journal Occupational Medical; 251: 760-762.
- Kobasa, S.O., y Puccetti, M.C. 1983. Personality Processes and Individual Differences. Journal of Personality and Social Psychology; 45 (4): 839-850.
- Livingston and Livingston, 1984. Emotional Distress in Nurses at Work. British Journal of Medical Psychology;

57: 291-294.

Locke, S.E. 1982. Stress, Adaptation, and Immunity. General Hospital Psychiatry; 4: 49-58

Loreno P., Drick C.A., 1990. Self-care identity formation: A nursing education perspective. Holistic Nurs Pract; 4 (2): 79-86.

Llewelyn, S.P. 1984. The cost of giving: emotional growth and emotional stress. In Understanding Nurses (Skevington S. ed.), John Wiley, Chichester: 49-65.

McAbee, R. 1991. Occupational Stress and Burnout in the Nursing Profession. AAOHN Journal; 39 (12): 568-575.

McGrath B., Reid N., Boore, 1989. Occupational stress in nursing. J. Nurs Stud; 26, (4): 343-358.

Maslach, C.; Jackson, S.; 1976. Burned-Out. Human Behavior. 16-22.

Mattingly, M.A.; 1977. Sources of Stress and Burn-Out in Professional Child Care Work. Child Care Quarterly; 6 (2): 127-137.

Morrison, P., 1989. Nursing and Caring: a personal construct theory study of some nurses' self-perception. Journal of Advanced Nursing; 14: 421-426.

Morton H., Cooper, 1984. The end the Rope. Nurs Mirror; 159 (21): 16-19.

Myers, J.K., Lindonthal, J.J., y, Pepper, M.P. 1971. Life

Events and Psychiatric Impairment. The Journal of Nervous and Mental Disease; 152 (3): 149-157.

Nursing Standard, 1980. Pressure Puts on the spot. Nursing Standard. Oct.18. Occupational Mortality, 1979-1983. HMSO.

Oskins S.L., 1979. Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurses. Heart Lung. HMSO; (5): 953-960.

Packard, J.S. and Motowidlo S.J., 1984. Subjective stress, job satisfaction, and job performance of hospital nurses. Research in Nursing and Health; 10: 253-261.

Revicki, D.A. and May, J.H. 1989. Organizational characteristics, occupational stress, and mental health in nurses. Behav. Med; 15 (1): 30-36.

Richman Ch., Brodish J., Haas F., 1989. Interventions for Nursing Practice Problems. Nurs Staff Dev; 5 (4): 166-90.

Rosenthal, S.L., Kathleen, D.S. y Black, M.M. 1989. Stress and Coping in a NICU. Research in Nursing and Health; 12: 257-265.

Skinner, K.; Scott, R.D. 1993. Depression Among Female Registered Nurses. Nursing Management; 24(8); 42-45.

Spoth R., Konenko P., 1987. Intensive care staff stressors and life events changes across multiple settings and work

- units. Heart Lung, 16: 278-83.
- Topf M., Dillon E., 1988. Noise induced stress as a predictor of burn out in critical care nurses. Heart Lung; 17: 567-573.
- Vinokur A., Selzer M., 1975. Desirable Vs Undesirable Life Events: Their Relationship to Stress and Mental Distress. J. Pers. Soc. Psychol; 32: 329-37.
- Wharton McCabe Barbara, 1989. Ego Defensiveness and its Relationship to Attitudes of Registered Nurses Toward Older People. Research in Nursing and Health. 12: 85-91.
- Wilbur, J.E. Dan, A.J. 1989. The Impact of Work Patterns on Psychological Well-Being of Midlife Nurses. Western Journal of Nursing Research. 11 (6), 607-716.
- Williams C.A. 1989. Empathy and Burnout in Male and Females Helping Professionals. Research in Nursing and Health, 12: 169-178.
- Williams C.A., 1987. Personality and situational influences on empathic communication; Unpublished Paper, University of South Carolina, Columbia.
- Yoo, K.-H., Ashworth, P.M., and, Boore, J.R.P. 1992 Expectation and Evaluation of Occupational Health Nursing Services, as Perceived by Occupational Health Nurses. Employers and Employers in the United Kingdom. Journal

of Advanced Nursing. 18: 826-837.

Zahourek R., 1981. Even people helpers need help-stress and addictive behaviors in nurses. Imprint; 28 (3): 30-33, 69-71.

APENDICE A.

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG.  
(CGS 28)

Por favor lea ésto cuidadosamente:

Nos interesa saber como ha sido su salud en general en las últimas cinco semanas y si ha tenido quejas en cuanto a síntomas médicos. Le suplicamos que conteste TODAS las preguntas de las siguientes páginas simplemente subrayando la respuesta que piensa más se aplica a Usted. Recuerde que deseamos saber de su situación presente y quejas recientes, no las que haya tenido en el pasado.

Es importante que intente contestar todas las preguntas.

Muchísimas gracias por su cooperación.

No. Id.:		Edad:		Sexo:		Estado Civil:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	F	M	S	C	D	V	U.L.
				5	6	7	8	9	10	11

Años de Servicio en esta Institución:			Sec.		Prep.		Escolaridad: Enf. Lic.Enf.		Otros:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	13		14	15	16	17	18		

RECIENTEMENTE:

A1.	¿Se ha sentido perfectamente bien y con buena salud?	Mejor que antes	Como de costumbre.	Peor que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
A2.	¿Ha sentido la necesidad de un buen tónico?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
A3.	¿Se ha sentido agotado y sin motivaciones?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.



A4.	¿Se ha sentido enfermo?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
A5.	¿Ha tenido dolores de cabeza?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
A6.	¿Ha sentido tensión ó presión en la cabeza?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
A7.	¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
B1.	¿Ha tenido dificultad para dormir por estar preocupado?	Para nada.	No más que de costumbre.	Peor que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
B2.	¿Ha tenido dificultades para permanecer dormido una vez que ha empezado?	Para nada.	No más que de costumbre.	Peor que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
B3.	¿Se ha sentido constantemente bajo presión?	Para nada.	No más que de costumbre.	Peor que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.
B4.	¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de costumbre.	Mucho peor que de costumbre.

B5.	¿Se ha sentido asustado o con pánico sin ninguna razón?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de <u>costum</u> bre.	Mucho peor que de <u>cos-</u> tumbre.
B6.	¿Ha tenido la sensación de que no puede manejar las situaciones?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de <u>costum</u> bre.	Mucho peor que de <u>cos-</u> tumbre.
B7.	¿Se ha sentido nervioso y tenso todo el tiempo?	Para nada.	No más que de costumbre.	Más que de <u>costum</u> bre.	Mucho peor que de <u>cos-</u> tumbre.
C1.	¿Se las ha ingeniado para mantenerse "muy ocupado"?	Más que de <u>cos-</u> tumbre.	Igual que siempre.	Menos que de <u>cos-</u> tumbre.	Mucho menos que de <u>cos-</u> tumbre.
C2.	¿Se tarda más tiempo en hacer las cosas?	Más que de <u>cos-</u> tumbre.	Igual que siempre.	Menos que de <u>cos-</u> tumbre.	Mucho menos que de <u>cos-</u> tumbre.
C3.	¿En general siente que ha hecho las cosas bien?	Mejor que de <u>costum-</u> bre.	Igual que siempre.	Menor bien de <u>cos-</u> tumbre.	Mucho menos bien que de <u>costum-</u> bre.
C4.	¿Se ha sentido satisfecho por la manera en que ha llevado a cabo sus tareas?	Más <u>satis-</u> fecho.	Igual que siempre.	Menos <u>satis-</u> fecho.	Mucho menos <u>satis-</u> fecho.

C5.	¿Se ha sentido útil y parte importante de lo que le rodea?	Más útil.	Igual que siempre.	Menos útil.	Mucho menos útil.
C6.	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Mejor que de costumbre.	Igual que siempre.	Menos que de costumbre.	Mucho menos que de costumbre.
C7.	¿Se ha sentido capaz de disfrutar de sus actividades cotidianas?	Mejor que de costumbre.	Igual que siempre.	Menos que de costumbre.	Mucho menos que de costumbre.
D1.	¿Se ha sentido como una persona de poca valía?	Para nada.	Igual que siempre.	Más que de costumbre.	Mucho más que de costumbre.
D2.	¿Ha sentido que la vida no vale la pena?	Para nada.	Igual que siempre.	Más que de costumbre.	Mucho más que de costumbre.
D3.	¿Ha sentido que no vale la pena vivir?	Para nada.	Igual que siempre.	Más que de costumbre.	Mucho más que de costumbre.
D4.	¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	Definitivamente no.	No creo.	Alguna vez.	Definitivamente sí.
D5.	¿Se ha sentido incapaz de hacer alguna actividad porque tiene nervios?	Para nada.	Igual que siempre.	Más que de costumbre.	Mucho más que de costumbre.

- |     |  |                                  |                       |                               |                                     |
|-----|--|----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| D6. | ¿Ha sentido<br>ganas de<br>estar muerto<br>y acabar<br>con todo?                 | Para<br>nada.                    | Igual que<br>siempre. | Más que<br>de cos-<br>tumbre. | Mucho más<br>que de cos-<br>tumbre. |
| D7. | ¿Le ha<br>venido a<br>la mente<br>la idea<br>repetiva<br>de quitarse<br>la vida? | Defini-<br>tiva-<br>mente<br>no. | No creo.              | Alguna<br>vez.                | Definitiva-<br>mente sí.            |

A

B

C

D

TOTAL: \_\_\_\_\_



