

DETERMINACIÓN DE INDICADORES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA
BELTRÁN III NIVEL, SOCORRO-SANTANDER

PRESENTADO POR:

DAYANA ESTEFANY CABAL CALA

KAREN ANDREA MOLINA PINTO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNAB

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA EXTENSIÓN UNISANGIL

SAN GIL

2019

Determinación de indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería de la
E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander

Presentado por:

Dayana Estefany Cabal Cala

Karen Andrea Molina Pinto

Bajo la dirección del Psicólogo:

Javier Antonio Mantilla Pulido



Universidad Autónoma de Bucaramanga-UNAB

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Psicología Extensión UNISANGIL

San Gil

2019

Tabla de Contenido

Determinación de indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander.....	6
1.Planteamiento del problema.....	7
1.1Formulación del problema.....	10
2.Justificación.....	10
3.Objetivos.....	12
3.1 Objetivo general.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4.Antecedentes de investigación.....	12
4.1 Internacionales.....	12
4.2 Nacionales.....	15
5.Marco de referencia.....	18
5.1 Marco teórico.....	18
5.2 Marco legal.....	23
6. Marco Metodológico.....	26
6.1 Enfoque y tipo de investigación.....	26
6.2 Población y muestra.....	27
6.3 Criterios de inclusión.....	27
6.4 Instrumentos.....	27
6.4.1Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	28
6.4.2Inventario de Depresión (BDI).....	28
6.5 Procedimiento.....	29
7.Resultados.....	30
8.Discusión.....	35
9.Conclusiones.....	37
10.Recomendaciones.....	39
11.Referencias bibliográficas.....	40
12.Apéndices.....	45

Lista de tablas

Tabla 1. Estadísticas de confiabilidad de inventario de ansiedad en jefes de enfermería. 30

Tabla 2. Estadísticas de confiabilidad de inventario de ansiedad en auxiliares de enfermería.
30

Tabla 3. Estadísticas de confiabilidad de inventario de depresión en jefes de enfermería. 31

Tabla 4. Estadísticas de confiabilidad de inventario de depresión en auxiliares de enfermería.
31

Lista de gráficas

- Gráfica 1. Niveles de ansiedad en jefes de enfermería. 32
- Gráfica 2. Niveles de ansiedad en auxiliares de enfermería. 32
- Gráfica 3. Niveles de ansiedad en jefes y auxiliares de enfermería. 33
- Gráfica 4. Grados de depresión en jefes de enfermería. 34
- Gráfica 5. Grados de depresión en auxiliares de enfermería. 34
- Gráfica 6. Grados de depresión en jefes y auxiliares de enfermería. 35

Determinación de indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander.

La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos mentales más presentados a nivel mundial. La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el individuo ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente.

(Virues,2005, p1)

Así mismo la depresión es aquella enfermedad caracterizada por generar en la persona tristeza persistente, pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo acciones cotidianas, durante al menos dos semanas padeciéndola cualquier persona.

(Organización Mundial de la Salud ,2017)

Según los datos otorgados por la OMS (2017):

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. (p.1)

En razón a este planteamiento, el presente proyecto se desarrolla en la Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel Socorro (HRMB), del departamento de Santander, con el personal de enfermería (jefes profesionales y auxiliares); con el propósito de determinar si se presentan indicadores de ansiedad y depresión en la población correspondiente. Los instrumentos empleados para la presente investigación, son: inventario de ansiedad de Beck e inventario de depresión de Beck.

Uno de los propósitos del presente proyecto de investigación, es brindar a la E.S.E HRMB, información valida y confiable sobre la influencia de la depresión y la ansiedad en la afectación de la salud mental, para generar concientización de la importancia de realizar intervenciones psicoeducativas que promuevan la salud integral y prevengan futuras enfermedades que afecten el desempeño laboral de los empleados.

1.Planteamiento del problema

Según la Organización Panamericana de la Salud los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe , representando una elevada carga de la enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad; dentro de este grupo de enfermedades, la depresión se ha convertido en un diagnóstico frecuente en los servicios de atención primaria en salud y de acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007), se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia. Considerada por muchos como la enfermedad del siglo XXI, la depresión se ha convertido en un problema de salud pública por el impacto que tiene en el individuo, su familia y la comunidad; es una

enfermedad que puede ser tratada y debe ser conocida por todos. (Ministerio de Salud, 2017, p.2)

Con respecto a lo anterior, el 4,4% de la población mundial sufre depresión y el 3,8% sufre ansiedad. Esta es una de las estimaciones expuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS-2007) en su nuevo informe titulado *Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la Salud Mundial 2007–2011*.

En el análisis de los informes presentados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-2017), se deduce que la depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Algunas investigaciones indican que el riesgo genético para la depresión es el resultado de la influencia de varios genes que actúan junto con factores ambientales y otros factores de riesgo. Algunos tipos de depresión tienden a darse en familias. Sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. No todas las personas con enfermedades depresivas experimentan los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona y su enfermedad en particular. (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2017)

De la misma forma, de acuerdo con investigaciones del Ministerio de Salud (Minsalud-2019), se calcula que en el mundo 350 millones de personas se encuentran afectadas por la depresión y el desenlace de esta enfermedad en muchos casos es el suicidio en el grupo etario de 15 a 29 años, porque alrededor de 800 mil de ellas se quitan la vida.

En el 30% de los casos la depresión se vuelve crónica, su presencia aumenta la probabilidad de que se desarrollen algunas enfermedades o empeora el desenlace de otras. El suicidio es la complicación más grave de la depresión mayor; por eso los profesionales de la salud deben evaluar el riesgo suicida a todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. En Colombia, de acuerdo con los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), las atenciones por depresión se han incrementado desde 2009; el diagnóstico de depresión moderada obtuvo 36.584 atenciones en 2015. (Minsalud, 2019)

Otro trastorno es la ansiedad, entendiéndose como una expresión emocional en la que la persona se encuentra afectada de una sensación excesiva de inquietud y preocupación o temor, sin que, en diversas situaciones, se puedan identificar los factores que la han generado. La ansiedad no siempre es patológica, y de hecho, casi todas las personas podemos manifestarla con unas características “normales”, como consecuencia de diversas circunstancias de la vida cotidiana (Gasull, s.f).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes (Can Psych Assoc, 2006), con base a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se identifica una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad (OMS, 2005), también se afirma que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, desde los 15 años y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, hallándose más en mujeres que en hombres (OMS, 2004). (Gobierno Federal, 2010).

En Colombia según el Estudio Nacional de Salud Mental, (2003), el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido, está sufriendo o sufrirá alguna vez en

la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) (1). (Posada, 2013, p.1)

Se puede reafirmar lo anterior mencionado, por La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, la cual declara “En adultos de 18 a 44 años, el 9,6%(IC95%:8,8%-10,5%) presenta síntomas sugestivos de algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad” (Ministerio de Salud, 2017, p. 21).

1.1 Formulación del problema.

- ¿Existen indicadores de ansiedad y depresión en el personal de enfermería (profesionales y auxiliares), de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro- Santander?

2.Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS-2017) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-2017), los trastornos mentales comunes se refieren a dos categorías principales de diagnóstico: los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad. Estos trastornos son altamente prevalentes en la población (de ahí que se consideren “comunes”) y repercuten en el estado de ánimo o los sentimientos de las personas afectadas. Los síntomas varían en cuanto a su intensidad (de leves a severos) y duración (de meses a años). Estos trastornos son condiciones de salud diagnosticables y se diferencian de los sentimientos de tristeza, estrés o temor que cualquiera puede experimentar ocasionalmente en su vida. (OMS y OPS, 2017, p.5)

Estos dos trastornos psicológicos han tenido un gran impacto en los problemas de salud mental que padecen los seres humanos, por esta razón, la OMS ha clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y en la sexta posición se encuentran los trastornos de ansiedad (3,4%). (OMS, OPS, 2017, p5).

Otro aporte importante que se destaca en recientes investigaciones, lo realiza Lerma, Rosales y Gallegos (2009), quienes afirman que:

La depresión y la ansiedad constituyen los trastornos del estado de ánimo más frecuentes en la población. Enfermería es considerada una profesión con prevalencias altas de trastornos psicológicos, los cuáles influyen de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo, afectando en el ausentismo laboral y la calidad del trabajo realizado entre otros (p.5).

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, la depresión y la ansiedad son trastornos mentales que afectan el funcionamiento del ser humano en sus diversas áreas, además los profesionales de la salud no están exentos de presentarlos en sus contextos laborales, razón por lo cual, la presente investigación pretende indagar sobre los indicadores de esta problemática de salud pública, con el fin de dar a conocer a la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán los resultados obtenidos para que se lleven a cabo la implementación de programas de promoción de la salud mental y de la misma forma mejorar la calidad de vida de las personas que integran la empresa.

3.Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar los indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería (profesionales y auxiliares) de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Establecer los niveles de ansiedad en personal de enfermería (profesionales y auxiliares) de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander.

3.2.2 Identificar los grados de depresión en personal de enfermería (profesionales y auxiliares) de la Empresa Social del Estado Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander.

4.Antecedentes de investigación

A continuación, se exponen los principales antecedentes nacionales e internacionales que han servido de sustento para la presente investigación.:

4.1 Internacionales

4.1.1 Autor. Violeta Lucia Lerma Martínez, Gloria Victoria Rosales Arellano, Mónica Gallegos Alvarado.

Año: 2019

Título: Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado.

Resumen: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, efectuado en 118 enfermeras seleccionadas por muestreo probabilístico, trabajadoras de un Hospital Regional en Durango, Dgo. Se utilizaron instrumentos ex profeso, que toman como referencia la escala de Beck, para medir depresión y escala de Hamilton, para medir ansiedad, ambos ya validados y para su confiabilidad después del piloteo nos da un alpha de 0.72. La prevalencia de depresión fue de 20.3%, respecto a la población, 16.1% resultó con depresión leve y el 4.2% con depresión moderada. En lo referente a prevalencia en ansiedad, hubo un total de 40.7%, en donde la ansiedad menor se manifestó en el 30.5% el otro 10.2% presentó ansiedad mayor. (Lerma, Rosales y Gallegos, 2009, p.1)

4.1.2 Autor. Divane de Vargas, Ana Paula Vieira Dias.

Año:2011.

Título: Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo.

Resumen: Este estudio fue realizado con el objetivo de estimar la prevalencia de depresión, en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de hospitales de una ciudad del Noroeste del estado de Sao Paulo, analizando su asociación con las características sociodemográficas de los participantes. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck a una muestra de 67 trabajadores de enfermería de tres hospitales generales; se observó una prevalencia de 28,4% de depresión. El análisis por el modelo múltiple demostró asociación significativa entre depresión y estado civil (OR=1,52), trabajo nocturno (OR=1,46) y doble jornada (OR=2,11), fueron significativos también los porcentajes de trabajadores que relataron desanimo, tristeza y desesperanza. Se concluye

que es significativa la prevalencia de depresión y que se debe dar mayor atención a ese problema enfrentado por los trabajadores de esas unidades. Se sugiere la realización de otros estudios buscando ampliar el conocimiento sobre la temática, los cuales pueden respaldar estrategias que objetiven asegurar, al trabajador de enfermería de las UTIs, atención a sus necesidades de salud física y psíquica. (Vargas y Vieira, 2011, p.1)

4.1.3 Autor. Shayra Louise Clemente Doroteo.

Año: 2016.

Título: Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huanuco 2015.

Resumen: El objetivo es determinar el nivel de estrés, ansiedad y depresión que presentan los profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud. El estudio es de diseño descriptivo, tipo observacional, prospectivo y transversal. La población muestral estuvo conformada por 36 profesionales de enfermería de Los Centros y Puestos de salud que pertenecen a la Micro Red Amarilis durante el periodo 2015. En la recolección de datos se empleó un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Depresión de Beck y el Cuestionario de Estrés de Karasek. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado apoyándose en el SPSS V15. Los resultados que se obtuvieron: el 83,3% (30 enfermeros) ($X^2=16,0$; $P\leq 0,00$) presentaron estrés moderado, el 66% (24 enfermeros) ($X^2=19,5$; $P\leq 0,00$) manifestaron ansiedad mínima y 33,3% (12 enfermeros) ($X^2=20,2$; $P\leq 0,00$) revelaron depresión leve. Los resultados son significativos estadísticamente. (Clemente , 2016, p.11)

4.1.4 Autor. Eva Diana Anticono Escobar, Marisol Mazzini Maldonado Melgar.

Año:2017

Título: Ansiedad y depresión en el personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017.

Resumen: El objetivo del siguiente trabajo es identificar los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. Se establece bajo las bases conceptuales de Beck. La investigación es observacional descriptiva-transversal y prospectiva. En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 241 sujetos (médicos, enfermeros y técnicos en enfermería) entre varones y mujeres miembros del personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo; seleccionadas por muestreo no probabilístico. El instrumento de evaluación fue el Inventario Beck para ansiedad y depresión, ambos ya validados; para su confiabilidad se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,87. Se realizó recolección de datos, previo consentimiento informado. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS V. 23 y Microsoft Excel 2013; donde se presentan las frecuencias y porcentajes. Se presentó un 69% de depresión en comparación con un 75% de ansiedad en los trabajadores de salud. Los niveles de depresión presentados fueron: Mínima (30,29%), leve (37,34%), moderada (24,90%) y grave (7,47%); en tanto los niveles de ansiedad fueron: Mínima (24,06%), leve (31,53%), moderada (34,02%) y grave (10,38%). (Anticona y Maldonado, 2017,p.6)

4.2 Nacionales

4.2.1 Autor. Robert F. Ferrel Ortega, Adela Celis Barros, Olga Hernández Cantero

Año:2011

Título: Depresión y factores sociodemográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia).

Resumen: Se trata de una investigación descriptiva, con diseño transversal, realizada con el objetivo identificar los niveles de depresión y factores sociodemográficos asociados, en 190 estudiantes de Psicología, Medicina, Odontología y Enfermería, de una Universidad Pública del Magdalena (35,8% hombres y 64,2% mujeres, media de 20,4 años y D.T. de 2,7). Se aplicó el “Inventario de Depresión de Beck” (BDI, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y se registraron datos sociodemográficos. Se halló que el 52% sufre de algún grado de depresión: 8% depresión grave, 19% depresión moderada y 25% depresión leve. El mayor porcentaje lo presentó Medicina (5,7%), seguido de Odontología (1,5%), Enfermería (0,5%) y Psicología (0%). Las mujeres tuvieron mayor presencia de la enfermedad (30,4%) que los hombres (21,4%), pero los hombres tuvieron mayor depresión grave que las mujeres. La depresión grave se concentró más en estratos 1 y 2, y prevalece más edades de 18 a 24 años. Se concluye que existe una tendencia a presentar trastornos depresivos en esta población, lo cual puede llevar al ausentismo, deserción ó suicidio, confirmado por otros estudios. Se recomienda diseñar e implementar programas de prevención en la Universidad, y continuar con nuevos estudios. (Ferrel, Celis y Hernandez, 2011,p. 41)

4.2.2 Autor: Vilma Rosa Guzmán Petro, Paula Andrea Hernández Argumedo.

Año: 2015

Título: Trastornos emocionales frecuentes en el personal de enfermería que realiza turnos nocturnos en el servicio de urgencias de una IPS Montería, 2015.

Resumen: Esta investigación es de tipo descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, en la cual se identifican los trastornos emocionales frecuentes del equipo de enfermería que labora en el servicio de urgencias de una IPS de Montería. Dentro de los trastornos emocionales frecuentes se tuvo en cuenta la depresión, ansiedad y estrés. Se trabajó con una muestra por conveniencia de 34 trabajadores, la cual la integra enfermero/as y auxiliares de enfermería del servicio de urgencia; en la recolección de los datos se utilizó la escala DASS- 21 y una encuesta sociodemográfica. Los resultados mostraron que el personal de enfermería en su mayoría es de sexo femenino con un 85% de la población seguido con un 15% del género masculino; el rango de edad más predominante está entre los 30–39 años de edad con un porcentaje del 50%; seguido por los que tienen 20-29 años con un 47% y por último los que tiene 40–49 años con un 3% de la población; El estado civil se encuentran un alto porcentaje de solteros, siendo un 41% de la población; seguido de los que están en unión libre con un 38%; un 15% se encuentran casados y un 6% de estos están separados.(Guzmán y Hernández, 2015, p.8)

4.2.3 Autor. Verónica M Cuartas Castro, Andrea M Cano Velásquez, Liliana López Carvajal, Jorge I Quintero Vélez.

Año: 2018.

Título: Trastornos del Estado de Ánimo en Trabajadores de la Salud de un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016.

Resumen: El objetivo del estudio es caracterizar los trastornos del estado de ánimo en cuidadores de la salud pertenecientes a una institución de salud de tercer nivel de Colombia. Métodos: estudio descriptivo. Cuidadores de salud que desempeñaban su labor

en la institución y que presentaron algún trastorno del estado de ánimo, fueron remitidos a consulta psiquiátrica. Algunos de los participantes realizaron una evaluación de pertinencia y efecto de esta iniciativa. Resultados: 48 cuidadores de salud hicieron parte del estudio, dentro de los cuales se encontraban enfermeras profesionales (8.3%), auxiliares de enfermería (81.3%) y camilleros (10.4%). Derivado de la consulta psiquiátrica el 70.1% de la población fue diagnosticada con algún trastorno depresivo, siendo la depresión grave sin síntomas psicóticos el diagnóstico más frecuente. (Cuartas, Cano, López, Quintero, 2018, p.1)

5.Marco de referencia

5.1 Marco teórico.

La psicología es la disciplina que investiga sobre los procesos mentales de personas y animales. La palabra proviene del griego: psico- (actividad mental o alma) y –logía (estudio). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual. (Porto J y Gardey A, 2008)

Esta ciencia se enfoca en promover la salud mental en la sociedad, siendo para la Organización Mundial de la Salud (2013)

Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Por consiguiente, en el presente proyecto se selecciona dos de los trastornos psicológicos de gran impacto en la sociedad como lo es la ansiedad, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008) la define como:

Una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (p.31).

Según Tortella (2014), los trastornos de ansiedad se clasifican en el DSM-V de la siguiente forma:

1. Trastorno de ansiedad por separación: Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.
2. Mutismo selectivo: Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).
3. Fobia específica: Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.
4. Trastorno de ansiedad social: Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la

persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

5. Trastorno de pánico: Presencia de crisis de angustia, inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.
6. Agorafobia: Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.
7. Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.
8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.

9. Trastorno de ansiedad especificado: Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especifica la razón concreta por la cual no se cumplen todos los criterios diagnósticos.
10. Trastorno de ansiedad no especificado: Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información.

Del mismo modo el segundo y último trastorno ligado a la ansiedad es llamado depresión, según la OMS (2019) la expone como:

Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (p.1).

De la misma manera Dahab, Rivadeneira y Minici (2002), afirman:

Desde la perspectiva cognitiva (Aaron Beck, 1967) el paciente con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se lo conoce como la tríada cognitiva. El paciente se ve a

sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Dado que la persona con depresión se siente desesperanzada, cree que las situaciones venideras serán incontrolables; responde entonces con pasividad, resignada a no poder modificarlas (p.2).

El DSM-V (2013), clasifica los trastornos depresivos de la siguiente forma:

1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo: Es aquel estado de ánimo entre los accesos de cólera persistentemente la persona manifiesta irritabilidad o irascible la mayor parte del día.
2. Trastorno de depresión mayor: Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Trastorno depresivo persistente (distimia): Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días de los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
4. Trastorno disfórico premenstrual: El estado de ánimo depresivo se presenta en la última semana antes del inicio de la menstruación.
5. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento: Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.

6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica: El trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección clínica.

Es importante resaltar, que la depresión en su forma más crónica puede llevar a que la persona que presenta el trastorno cometa el acto suicida, según como afirma García, Contreras, Orozco y Chantal (2006):

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica.

De acuerdo con los análisis relacionados con la temática tratada, se puede decir que la mayor consecuencia por lo cual una persona con indicadores de ansiedad o depresión genera un acto suicida, es expuesta por la OMS (2014) en la que declara:

Los suicidios se cobran un costo alto. Más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse (p.9).

5.2 Marco legal.

Ley 1616 del 2013 el Artículo 5°. Definiciones: Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Promoción de la salud mental. La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

2. Prevención Primaria del trastorno mental. La Prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

3. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

4. Atención integral e integrada en salud mental. La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad,

complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas.

5. Trastorno mental. Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

6. Discapacidad mental. Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples 2 ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

7. Problema psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

8. Rehabilitación psicosocial. Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la

comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

La Resolución 2404 del 22 de julio de 2019, adopta la batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, la guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora, así como los protocolos específicos de intervención por sector (ministerio del trabajo, 2019).

6. Marco Metodológico

6.1 Enfoque y tipo de investigación. Para la presente investigación se elige el enfoque cuantitativo; de acuerdo con Hernández (2014):

La investigación cuantitativa ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista basado en conteos y magnitudes. También, brinda una gran posibilidad de repetición y se centra en puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares. (p.15)

El tipo de investigación del presente estudio es descriptivo, teniendo en cuenta que según Hernández (2014):

Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (p.92)

6.2 Población y muestra.

En la presente investigación se trabajó con la población del personal de enfermería, 100 sujetos (profesionales y auxiliares) de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro.

El tipo de muestreo es probabilístico aleatorio simple que de acuerdo con Otzen – Manterola (2.017), “Garantiza que todos los individuos que componen la población blanco tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra”. En el estudio se tomó como muestra el 51%, es decir, 51 sujetos integrados por 11 jefes y 40 auxiliares de enfermería.

6.3 Criterios de inclusión.

Se plantean características que deben tenerse en cuenta para la conformación de la muestra.

- 1) Personas mayores de 18 años.
- 2) Personal de enfermería (profesionales y auxiliares) que se encuentre actualmente laborando en la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel.

6.4 Instrumentos.

Los inventarios que se utilizaron para la recolección de datos en la presente investigación tienen las siguientes peculiaridades:

6.4.1 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Autor: Aaron T. Beck (1988), citado por González (2007). (Ver Apéndice 2)

Descripción: El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

6.4.2 Inventario de Depresión (BDI)

Autor: Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbauhg J. (1.961). citado por González (2007). (Ver Apéndice 2)

Descripción: El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma.

Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas. De acuerdo a esta perspectiva teórica, las manifestaciones afectivas y conductuales son el resultado de cogniciones de carácter depresivo que se basan, a su vez, en creencias irracionales, de ahí la fuerte carga en síntomas cognitivos del inventario.

Aplicación: Se utiliza en adultos, preferentemente de forma auto-administrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos.

Corrección e Interpretación: Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto.

De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

Depresión ausente o mínima: 0-12

Depresión leve: 13-20

Depresión moderada: 21-25

Depresión grave: a partir de 26

6.5 Procedimiento

Fase uno. En esta fase se realizó contacto con la institución y presentación de carta dirigida a psicóloga y entes encargados del personal de enfermería del HMB Socorro.

Fase dos. En esta fase se llevó a cabo la aplicación del consentimiento informado (Ver apéndice 1) y aplicación de los instrumentos de evaluación (Ver apéndice 2)

Fase tres. Se realizó el respectivo análisis e interpretación de los datos obtenidos a través de la aplicación de los inventarios.

7. Resultados

Como primer elemento de análisis, se ha realizado el estudio estadístico de la consistencia interna o fiabilidad de los dos instrumentos aplicados a la población, como son los inventarios de ansiedad y depresión de Beck, donde se obtuvo una interpretación psicométrica a través del programa estadístico SPSS, como se evidencia en las tablas 1, 2, 3 y 4.

Según Celina y Campo (2005), citado en Bojórquez, López, Hernández, y Jiménez (2013), “el valor mínimo aceptable para el coeficiente de Alfa de Cronbach es 0.7; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja” (p.4).

Tabla1. *Estadísticas de confiabilidad de inventario de ansiedad en jefes de enfermería.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,885	21

Nota. Alfa de Cronbach de la escala de ansiedad en jefes de enfermería.

Tabla 2. *Estadísticas de confiabilidad de inventario de ansiedad en auxiliares de enfermería.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,803	21

Nota. Alfa de Cronbach de la escala ansiedad en auxiliares de enfermería.

Tabla 3. *Estadísticas de confiabilidad de inventario de depresión en jefes de enfermería.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,905	21

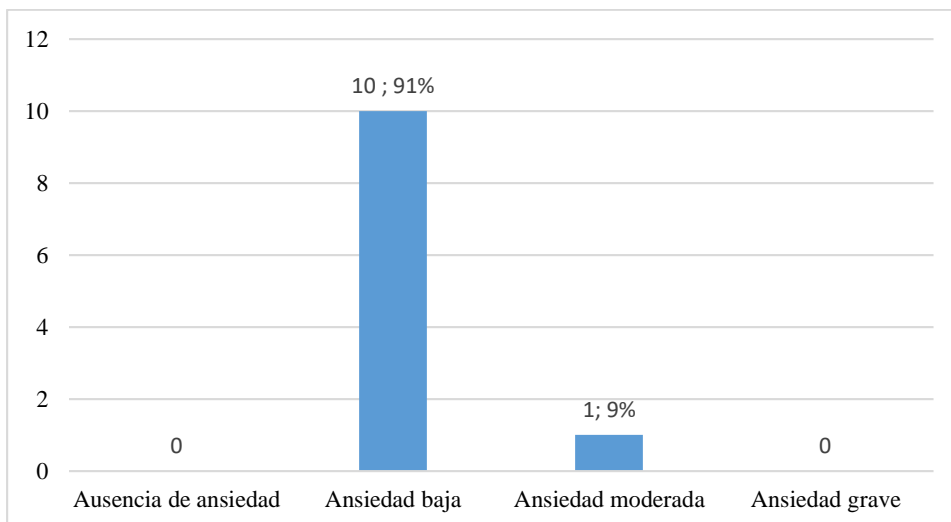
Nota. Alfa de Cronbach de la escala depresión en jefes de enfermería.

Tabla 4. *Estadísticas de confiabilidad de inventario de depresión en auxiliares de enfermería.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,724	21

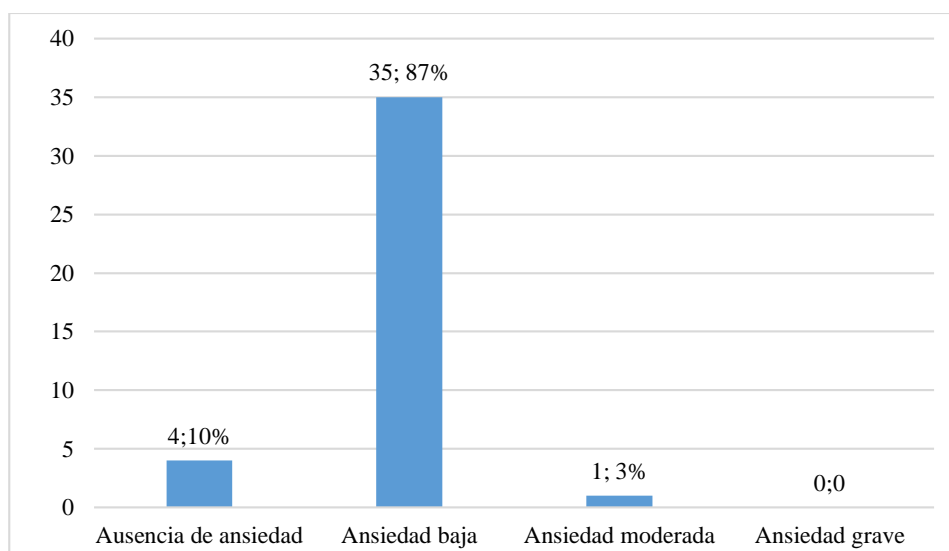
Nota. Alfa de Cronbach de la escala depresión en auxiliares de enfermería.

Un segundo elemento de análisis de los resultados abordado en la presente investigación, está relacionado con la interpretación de la calificación propuesta por Beck (1.988) autor del inventario de ansiedad, que estipula que las puntuaciones de 0 a 21 indican ansiedad baja, de 22 a 35 ansiedad moderada y puntuaciones mayores a 36 ansiedad severa. En el presente estudio se obtiene que del 100% (11 sujetos) de jefes de enfermería, el 91% (10 sujetos) presentan ansiedad baja y el 9% (1 sujeto) ansiedad moderada. (ver gráfica 1)



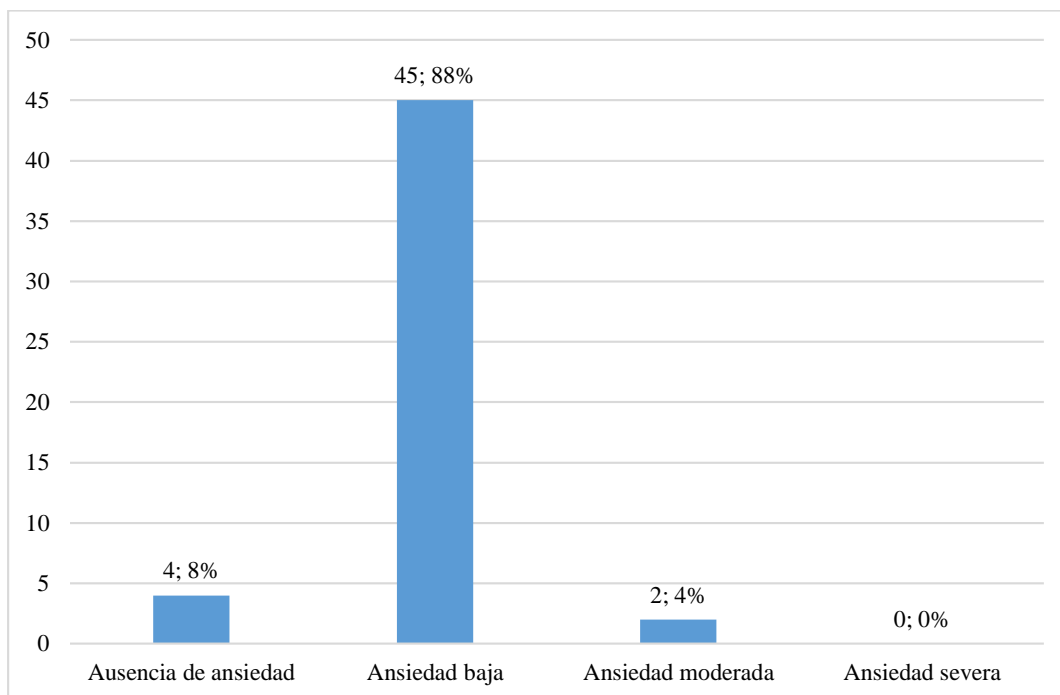
Gráfica 1. Niveles de ansiedad en jefes de enfermería. En la gráfica se evidencia el resultado de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck a jefes de enfermería.

El resultado de la escala de ansiedad aplicado a los auxiliares de enfermería, evidenció que del 100% (40 sujetos), el 10% (4 sujetos) no presenta indicadores de ansiedad, el 87% (35 sujetos) puntúa ansiedad baja, y el 3% (1 sujeto) ansiedad moderada. (ver gráfica 2)



Gráfica 2. Niveles de ansiedad en auxiliares de enfermería. En la gráfica se evidencia el resultado de la aplicación del instrumento de ansiedad de Beck a auxiliares de enfermería.

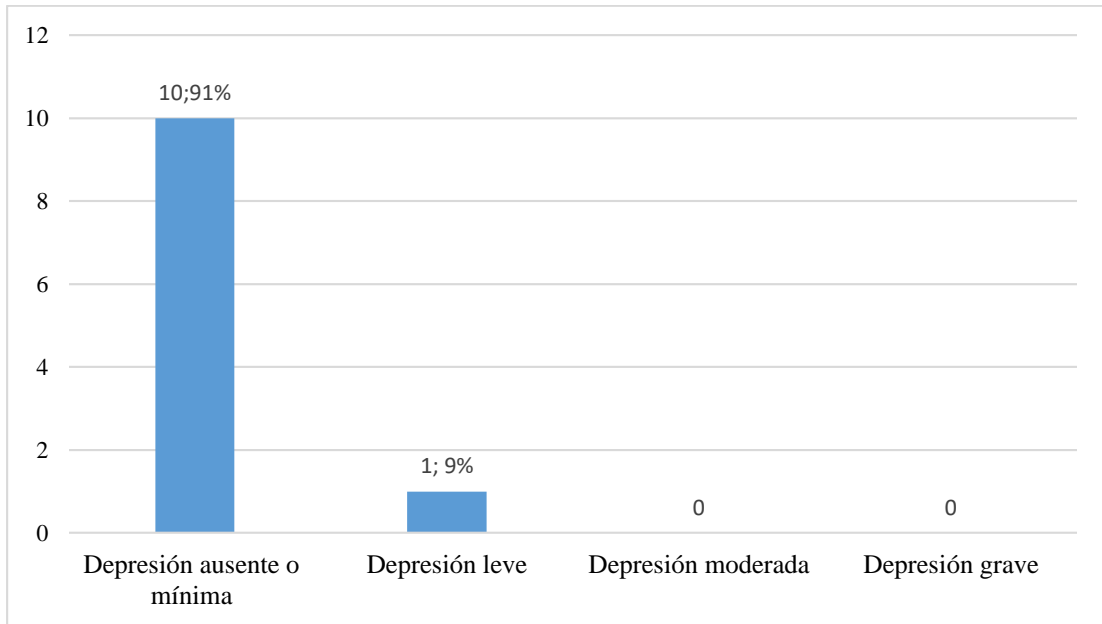
Al realizar el análisis integrado de las dos poblaciones, se determinó que en el personal de enfermería (jefes y auxiliares) se encontró en la variable ansiedad, que el 8% (4 sujetos) indica ausencia de ansiedad, el 88% (45 sujetos) ansiedad baja, y el 4% (2 sujetos) ansiedad moderada. (ver gráfica 3)



Gráfica 3. Niveles de ansiedad en jefes y auxiliares de enfermería. En la gráfica se evidencia los resultados de la aplicación del inventario de ansiedad de Beck en las dos poblaciones seleccionadas.

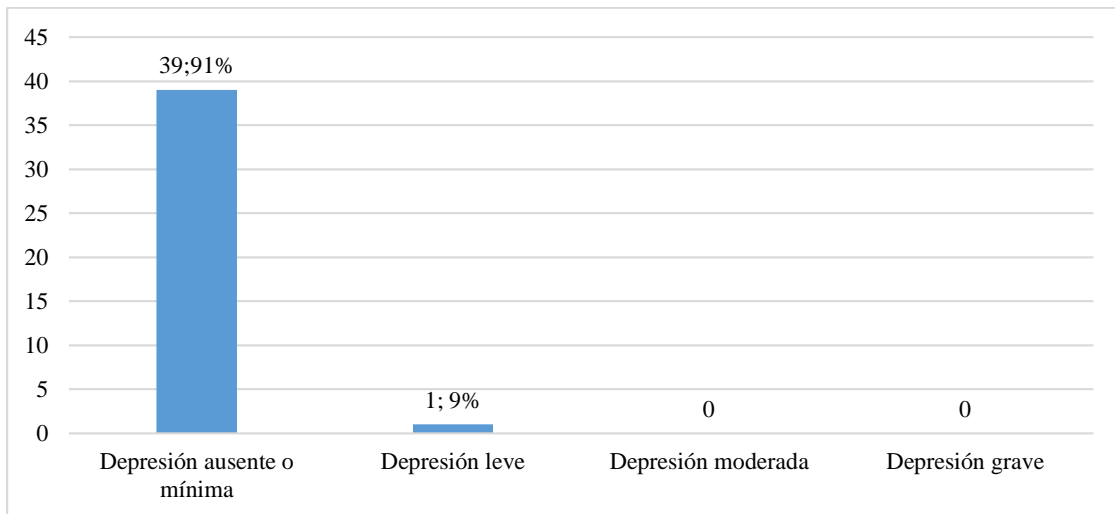
El segundo instrumento aplicado en el presente estudio, fue el inventario de depresión de Beck et al (1.961), el autor establece, que las puntuaciones de 0 a 12 indican depresión ausente o mínima, de 13 a 20 depresión leve, de 21 a 25 depresión moderada y de 26 en adelante depresión grave.

Del 100% (11 sujetos) de jefes de enfermería se encontró que el 91% (10 sujetos) presenta depresión ausente o mínima y el 9% (1 sujeto) depresión leve. (ver gráfica 4)



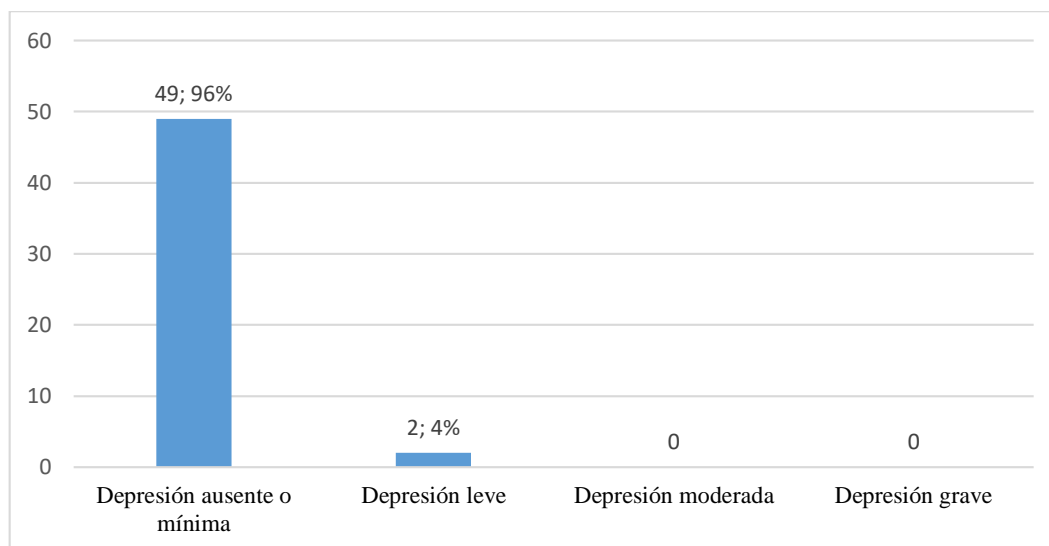
Gráfica 4. Grados de depresión en jefes de enfermería. En la gráfica se evidencia el resultado de la aplicación del inventario de depresión de Beck a jefes de enfermería.

En los auxiliares de enfermería, del 100% (40 sujetos), el 91% (39 sujetos) presenta ausencia o depresión mínima y el 9% (1 sujeto) puntúa depresión leve. (ver gráfica 5)



Gráfica 5. Grados de depresión en auxiliares de enfermería. En la gráfica se evidencia el resultado de la aplicación del inventario de depresión de Beck a auxiliares de enfermería.

Al realizar el análisis integrado de las dos poblaciones, se determinó que en el personal de enfermería (jefes y auxiliares) se encontró en la variable depresión que del 100% de la población, el 96% (49 sujetos) indica depresión ausente o mínima y el 4% (2 sujetos) puntúa depresión leve. (ver gráfica 6)



Gráfica 6. Grados de depresión en jefes y auxiliares de enfermería. En la gráfica se evidencia los resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en las dos poblaciones seleccionadas.

8. Discusión

Los datos de confiabilidad del inventario de ansiedad y depresión de Beck fueron obtenidos a partir de una muestra de 51 sujetos, conformada por 11 jefes y 40 auxiliares de enfermería del Hospital Regional Manuela Beltrán, esta muestra reportó para la escala de ansiedad, un Alfa de Cronbach de 0,885 en jefes de enfermería y 0,803 en auxiliares de enfermería, respecto a la escala de depresión, el alfa reportado fue de 0,905 en jefes de enfermería y 0,724 en auxiliares de enfermería. Estos datos tienen similitud con la investigación “Ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017”, elaborada por Anticona y Maldonado (2017), donde se

encontró un Alfa Cronbach para ansiedad de 0.898 y para depresión de 0.877, valores que coinciden con la consistencia interna de los instrumentos aplicados en el presente estudio.

De igual manera en la investigación se encontró que el 92% de los sujetos presentan algún nivel de ansiedad y el 4% de la población indica algún grado de depresión, por tanto, predomina la ansiedad en el personal de salud del Hospital Regional Manuela Beltrán, datos que concuerdan con la investigación “Ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017” de Anticona y Maldonado (2017), que en su estudio concluyen que hay un 69% de personas con depresión y un 75% con ansiedad, es decir, hay mayores niveles de ansiedad respecto a los grados de depresión.

Otro estudio que evidencia la prevalencia de la ansiedad, fue elaborado por Lerma, Rosales y Gallegos (2009), el cual se titula “Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado”, demostró en el análisis de resultados que el 40.7% de las enfermeras tienen ansiedad y el 20.3% presentan depresión, también en el estudio “trastornos emocionales frecuentes en el personal de enfermería que realiza turnos nocturnos en el servicio de urgencias de una IPS montería, 2015” el personal presentó trastornos psicológicos observándose que la ansiedad fue el trastorno más frecuente con un 50% del total de la población; seguido del estrés con un 30% y la depresión en un 24% de todos los encuestados, evidencias que han demostrado que prevalece la ansiedad sobre la depresión en este tipo de poblaciones y de contextos hospitalarios.

En relación a los niveles de ansiedad, en esta investigación predomina la ansiedad baja con el 88%, resultado que se relaciona con el estudio “Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del Distrito de Amarilis

- Huanuco 2015” elaborado por Shayra Louise Clemente Doroteo, donde se encontró que el 66,7% (24 enfermeros) presentaron ansiedad mínima.

En el presente análisis, se determina que las jefes y auxiliares de enfermería del hospital Regional Manuela Beltrán III nivel del municipio del Socorro, presentan un porcentaje del 96% en el grado de depresión ausente o mínima, y en el estudio “Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo” se evidenció que del total de la muestra, el 71,6% de los participantes se encuentran sin depresión o con depresión mínima; el 20% con disforia o depresión leve/moderada; corroborando que predominan los niveles de depresión ausente o mínima.

9. Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos de los indicadores de ansiedad y depresión en el personal de enfermería de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel, Socorro-Santander, se evidencia la importancia de haber incluido esta población hospitalaria en el presente estudio, porque debido a sus funciones y la dinámica laboral de atención de pacientes, se genera una mayor tensión emocional, cognitiva y física, propia de dicha profesión, como se ha evidenciado en diferentes estudios y se ha podido identificar en esta investigación a través de la aplicación de los instrumentos de Beck y la interpretación de éstos, destacando que la variable ansiedad, prevalece en el personal de enfermería tanto en jefes como en auxiliares.

Esta conclusión se confirma con los resultados obtenidos a través de la escala de ansiedad de Beck, en la que se pudo determinar que en el Hospital del Socorro hay

presencia de ansiedad en jefes de Enfermería de un 100% (11 jefes) y un 90% (36 auxiliares) en los niveles bajo y moderado.

Una segunda conclusión, está relacionada con la variable depresión, que reporta niveles bajos en el personal de enfermería incluyendo jefes y auxiliares, en este caso, al aplicar la escala de depresión de Beck, se evidencia que el 9% de las enfermeras jefes (1 caso) y el 9% de las auxiliares (1 caso) presentan grado de depresión leve, y en la mayoría de la muestra, tanto jefes de enfermería como auxiliares se evidencia ausencia o depresión mínima relacionada con la variable estudiada.

Al realizar la comparación de las dos escalas aplicadas en la presente investigación, se evidencian porcentajes mayores en la escala de ansiedad en relación con la escala de depresión; y sobre este análisis, la Organización médica colegial (2008), expone que la variable ansiedad se considera como buen predictor de riesgo de episodios depresivos, es decir, las diferentes formas de ansiedad son frecuentemente asociadas a depresión y a trastornos psiquiátricos y orgánicos, razón por lo cual se considera importante tener en cuenta estos resultados para futuras intervenciones psicoeducativas de prevención, así como futuras investigaciones en personal vinculado a los centros de salud.

Asimismo, se considera pertinente hacer mención a que dicha investigación arroja un aporte significativo al Hospital del Socorro y la población de estudio, en pro de la salud mental y el bienestar físico de todos los pacientes y funcionarios; brindando información válida y confiable para que sea tenida en cuenta por la institución hospitalaria y por la universidad en el marco de los convenios interinstitucionales para los programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Finalmente se resalta que los instrumentos seleccionados para llevar a cabo esta investigación, cumplen con los requisitos psicométricos establecidos, ya que poseen la validez, confiabilidad y consistencia interna estipulada en la teoría, lo cual permitió medir de manera acertada la presencia de indicadores de ansiedad y depresión del personal de estudio.

10. Recomendaciones

Teniendo presente el convenio de la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB extensión UNISANGIL con la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán III nivel Socorro, en el campo disciplinar de la Psicología, se recomienda para las futuras prácticas, que los estudiantes puedan promover programas de intervención y prevención de riesgos psicosociales, con el fin de fortalecer habilidades sociales y técnicas de afrontamiento en situaciones de estrés.

De igual manera, a través de intervenciones psicoeducativas, brindar herramientas para enfrentar los eventos laborales que provoquen episodios de ansiedad y depresión, que puedan estar afectando la salud mental y física de los funcionarios, como las técnicas de relajación, las pausas activas y actividades lúdicas y recreativas que equilibren las jornadas laborales con espacios y tiempos de recreación y esparcimiento.

11. Referencias bibliográficas

- Anticona, E y Maldonado, M. (2017). “*Ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017*”. Recuperado de:
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1546/ANSIEDAD%20Y%20DEPRESION%20EN%20EL%20PERSONAL%20DE%20SALUD%20DEL%20HOSPITAL%20DANIEL%20ALCIDES%20CARRI%20HUANCAYO%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). “*Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*”. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/DSM%20V.pdf>
- Bojórquez, J., López, L., Hernández ,M y Jiménez, E. (2013). “*Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab*”. Recuperado de :
<http://lacei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>
- Clemente, S. (2016). “*Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huanuco 2015*”. Recuperado de:
http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/107/CLEMENTE_DOROTE_O_Shayra_Louise_Tesis_t%20Titulo_profesional_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cuartas, V., Cano, A., López, L y Quintero, J. (2018). “*Trastornos del Estado de Ánimo en Trabajadores de la Salud de un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016*”. Recuperado de:<http://www.archivosdemedicina.com/medicina->

de-familia/trastornos-del-estado-de-aacutenimo-en-trabajadores-de-la-salud-de-un-hospital-de-tercer-nivel-de-complejidad-medelliacuten-colomb.pdf

Dahab, J., Rivadeneira, C y Minici ,A .(2002). “*Revista de Terapia Cognitivo Conductual n° 3*”. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Ferrel, R., Celis, A y Hernández, O. (2011). “*Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública (Colombia)*”. Recuperado de:<http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a03.pdf>

Gasull,, V. (S.f). “*Educación sanitaria e interrogantes en patologías para la oficina de farmacia*”. Recuperado de:
http://www.institutotomas Pascualsanz.com/descargas/formacion/publi/Modulo_1_CURSO_RANF_2EDICION.pdf

Gobierno Federal. (2010). “*Guía de práctica clínica GPS diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*”. Recuperado de:
file:///D:/Users/Usuario/Desktop/EyR_IMSS_392_10.pdf

González, F. (2007). “*Instrumento de evaluación psicológica*”. Recuperado de:
http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

Guzmán, V y Hernández, P. (2015). “*Trastornos emocionales frecuentes en el personal de enfermería que realiza turnos nocturnos en el servicio de urgencias de una IPS Montería, 2015*”. Recuperado de:
<http://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/123456789/825/TRASTORNO>

S%20EMOCIONALES%20FRECUENTES%20EN%20EL%20PERSONAL%20.pdf?sequence=1

Hernández, R. (2014). “*Metodología de la investigación*”. Recuperado de:

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Lerma, V., Rosales, G y Gallegos, M. (2009). “*Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado*”. Recuperado de

[file:///C:/Users/USUARIO.DESKTOP-HKRH5TM/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeAnsiedadYDepresionEnEnfermeriaACargoD-3632361%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO.DESKTOP-HKRH5TM/Downloads/Dialnet-PrevalenciaDeAnsiedadYDepresionEnEnfermeriaACargoD-3632361%20(2).pdf)

Ministerio de salud. (2013). “*Ley No.1616 21 de enero 2013*”. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ministerio de Salud. (2017). “*Observatorio nacional de salud mental, ONSM Colombia*”.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). “*Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*”. Recuperado de

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf

Ministerio del trabajo. (2019). “*Resolución número 2404 de 2019*”. Recuperado de:

<http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59995826/Resolucion+2404+de+2019-+Adopcion+bateria+riesgo+psicosocial%2C+guia+y+protocolos.pdf>

Minsalud (2017). “*Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*”. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Minsalud (2019). “*Depresión: hablemos*”. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Depresi%C3%B3n-hablemos.aspx>

Organización Médica colegial de España (2008). “*Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*”. Recuperado de:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion_ansiedad_2_edicion.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). “*Salud mental: un estado de bienestar*”.

Recuperado de: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2017). “*Depresión: qué debe saber*”. Recuperado de:

<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). “*Día Mundial de la Salud Mental 2017-La Salud Mental en el lugar del trabajo*”. Recuperado de:

https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/

Organización Mundial de la Salud. (2019). “*Depresión*”. Recuperado de:

<https://www.who.int/topics/depression/es/>


Organización Mundial de la Salud. (2019). “*Prevención del suicidio: un imperativo global*”.

Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es

- Organización Panamericana de la Salud (2017). “*Depresión*”. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=212&Itemid=40872&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud.(2017). “*Depresión y otros trastornos mentales comunes*” . Recuperado de :
- Otzen – Manterola (2.017). Técnicas de Muestreo sobre una Población de Estudio.
Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Porto, J y Gardey, A. (2008). “*Definición de Psicología*”. Recuperado de:
<https://definicion.de/psicologia/>
- Posada, J. (2013). “*La salud mental en Colombia*”. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572013000400001
- Tortella, M. (2014). “*Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5*”. Recuperado de:
[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetLosTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DialnetLosTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018%20(2).pdf)
- Vargas ,D y Viera ,A. (2011). “*Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de Sao Paulo*”. Recuperado de:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_08.pdf
- Virues, R. (2005). “*Estudio sobre ansiedad*”. Recuperado de:
<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

12.Apéndices

Apéndice 1. Consentimiento informado.

 <p>UNISANGIL Acuerdo Estratégico</p> <p>unab</p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Facultad de Psicología</p> <p>Universidad Autónoma de Bucaramanga Ext. UNISANGIL</p>
--	--

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto a ustedes mi aceptación para la aplicación del *Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck*, por parte de las estudiantes pertenecientes a la carrera de Psicología; que ha sido explicado y entendido por mí, cuyas condiciones generales de la actividad se encuentran en el documento que describe el proceso que se desarrollará, del cual he recibido un ejemplar por parte de los estudiantes:

CABAL CALA DAYANA ESTEFANY

ID U00099310

MOLINA PINTO KAREN ANDREA

ID U00099573

Tengo pleno conocimiento y acepto que esta investigación sea realizada por estudiantes de Psicología que han sido asesorados por un docente quien es profesional en investigación, perteneciente a la Fundación Universitaria de San Gil (UNISANGIL), con el fin de llevar a cabo el proyecto de grado denominado “Determinación de indicadores de Ansiedad y Depresión en personal de Enfermería (profesionales y auxiliares) de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro”, indispensable en la formación académica de los estudiantes y el fortalecimiento del conocimiento investigativo que hasta el momento tienen.

Entiendo que la actividad a realizar tiene como propósito la aplicación de los conocimientos adquiridos durante la formación profesional, además obtener información sobre un tema de interés para la sociedad, sabiendo que los datos que se recolectarán serán usados para determinar los indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería.

Entiendo que toda la información concerniente a la evaluación es confidencial y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin mi consentimiento escrito. (Título II Art 2 Numeral 5 Confidencialidad, Título VII Capítulo 1 Artículo 23, 24, 25, 26) además tengo derecho a retirarme del proceso en el momento que considere sin que esto acarree ningún tipo de consecuencias que afecten contra mi integridad.

En forma expresa manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y los resultados que de él se deriven.

He leído, comprendido y accedido a lo anteriormente mencionado.

Apéndice 2. Inventario de ansiedad y depresión de Beck.

Proyecto de Grado:

“DETERMINACIÓN DE INDICADORES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE ENFERMERÍA (PROFESIONALES Y AUXILIARES) DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO”

Institución: PROGRAMA DE PSICOLOGÍA UNAB EXTENSIÓN UNISANGIL

Objetivo: Determinar los indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería (profesionales y auxiliares) de la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán Socorro.

Respetado participante, los presentes inventarios, tienen como propósito determinar los indicadores de ansiedad y depresión en personal de enfermería, información que apoyará y servirá de aporte al proyecto de grado: “DETERMINACIÓN DE INDICADORES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE ENFERMERÍA (PROFESIONALES Y AUXILIARES) DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN SOCORRO”. En las presentes escalas, NO hay respuestas correctas o incorrectas y la información suministrada por usted, será útil en la medida que sea sincera en sus respuestas.

Inventario de ansiedad de Beck

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

1. Hormigueo o entumecimiento ____

2. Sensación de calor ____

3. Temblor de piernas ____

4. Incapacidad de relajarse ____

5. Miedo a que suceda lo peor ____

6. Mareo o aturdimiento ____
7. Palpitaciones o taquicardia ____
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física ____
9. Terrores ____
10. Nerviosismo ____
11. Sensación de ahogo ____
12. Temblores de manos ____
13. Temblor generalizado o estremecimiento ____
14. Miedo a perder el control ____
15. Dificultad para respirar ____
16. Miedo a morirse ____
17. Sobresaltos ____
18. Molestias digestivas o abdominales ____
19. Palidez ____
20. Rubor facial ____
21. Sudoración (no debida al calor) ____

Inventario de depresión de Beck

A continuación, aparece un grupo de alternativas con una letra delante de cada una. Estas alternativas están agrupadas por números. Usted debe escoger una de ellas, es decir, solo una letra, por cada número.

1

- A. No estoy triste.
- B. Siento desgano de vivir, o bien; estoy triste.
- C. Siento siempre desgano de vivir, o bien; estoy siempre triste y no lo puedo remediar.
- D. Estoy triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.
- E. Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

2

- A. No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.
- B. Creo que no debo esperar ya nada.
- C. Creo que jamás me liberaré de mis penas y sufrimientos.
- D. Tengo la impresión que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

3

- A. No tengo la sensación de haber fracasado.
- B. Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.
- C. Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.
- D. Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- E. Creo que he fracasado por completo.

4

- A. No estoy particularmente descontento.
- B. Casi siempre me siento aburrido.
- C. No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- D. No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.
- E. Estoy descontento de todo.

5

- A. No me siento particularmente culpable.
- B. Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- C. Me siento culpable.
- D. Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- E. Considero que soy malo, que hago todo mal y que no valgo nada absolutamente.

6

- A. No tengo la impresión de merecer un castigo.
- B. Creo que me podría pasar algo malo.
- C. Tengo la impresión que ahora o muy pronto voy a ser castigado.
- D. Creo que merezco ser castigado.
- E. Quiero ser castigado.

7

- A. No estoy descontento de mí mismo.
- B. Estoy descontento de mí mismo.
- C. No me gusto a mí mismo.
- D. No me puedo soportar a mí mismo.
- E. Me odio.

8

- A. No tengo la impresión de ser peor que los demás.
- B. Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.
- C. Me hago reproches por todo lo que no sale bien.
- D. Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

9

- A. No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.
- B. A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré.
- C. Pienso que sería preferible que me muriese.
- D. He planeado cómo podría suicidarme.
- E. Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.
- F. Si pudiera me suicidara.

10

- A. No lloro más de lo corriente.
- B. Lloro con mucha frecuencia, más de lo corriente.
- C. Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.

D. Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera como lo hacía antes.

11

A. No me siento más irritado que de costumbre.

B. Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.

C. Estoy constantemente irritado.

D. Ahora no me irritan las cosas que antes me enfadaban.

12

A. No he perdido el interés por los demás.

B. Me intereso por los demás menos que antes.

C. He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.

D. Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13

A. Tengo la misma facilidad de antes para tomar decisiones.

B. Ahora me siento seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.

C. Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.

D. Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea la que sea.

14

A. No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.

B. Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado(a).

C. Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.

D. Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

15

A. Trabajo con la misma facilidad que siempre.

B. Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.

C. Ya no trabajo tan bien como antes.

D. Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.

E. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.

16

A. Duermo bien como de costumbre.

B. Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.

C. Me despierto una o dos veces más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

D. Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

17

A. No me canso antes que de costumbre.

B. Me canso más pronto que antes.

C. Me canso de hacer cualquier cosa.

D. Me agoto mucho de hacer cualquier cosa.

18

A. Mi apetito no es peor que de costumbre.

B. No tengo apetito como antes.

C. Tengo mucho menos apetito que antes.

D. No tengo en absoluto ningún apetito.

19

A. No he perdido peso, y si lo he perdido es desde hace muy poco.

- B. He perdido más de 2 Kg. de peso.
- C. He perdido más de 4 Kg. de peso.
- D. He perdido más de 7 Kg. de peso.

20

- A. Mi salud no me preocupa más que de costumbre.
- B. Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.
- C. Mis molestias físicas me preocupan tanto que resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- D. No hago nada más en absoluto, que pensar en mis molestias físicas.

21

- A. No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.
- B. Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.
- C. Me intereso ahora mucho menos que antes por lo referente al sexo.
- D. He perdido todo interés por las cosas del sexo.