

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“HOSPITAL CARLOS ROBERTO HUEMBES”**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL**

TÍTULO:

**PREVALENCIA DE MALESTAR PSÍQUICO EN RESIDENTES DEL HOSPITAL
CARLOS ROBERTO HUEMBES EN EL PERIODO DEL MES DE OCTUBRE DEL
AÑO 2015.**

AUTOR:

BR. GUSTAVO DANIEL SEQUEIRA GONZÁLEZ.

TUTOR CIENTÍFICO:

DR. RONALD LÓPEZ.

TUTOR METODOLÓGICO:

DR. JOSÉ ANTONIO AYERDIS ZAMORA.

Managua Noviembre 2015

DEDICATORIA

A Dios por darme la fuerza y la voluntad para obtener mis metas.

A mi madre que me enseñó el amor por la medicina, la responsabilidad del ser médico y que ninguna meta sin sacrificio es gratificante.

A mi hija Ericka Sofía, que es mi tesoro y motivación.

A mi esposa Ariadna Fariñas por todo su apoyo, comprensión, paciencia, y amor en estos años.

A mis maestros como humilde evidencia de germinación de semilla plantada.

Gustavo Daniel Sequeira González

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis es inevitable que te asalte un muy humano egocentrismo que te lleva a concentrar la mayor parte del mérito en el aporte que has hecho. Sin embargo, el análisis objetivo te muestra inmediatamente que la magnitud de ese aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas que han facilitado las cosas para que este trabajo llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles mis agradecimientos.

A todos mis maestros que me han tenido paciencia y que con su dedicación me han brindado conocimientos científicos y algunos hasta su amistad, la cual es uno de los tesoros más valiosos que se puede poseer.

Debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. José Zamora Ayerdis que me apoyó metodológicamente, a pesar de tener su tiempo muy comprometido, brindándome la oportunidad de crecer profesionalmente y formarme como una persona de bien.

Al Dr. Ronald López por su apoyo incondicional y desinteresado.

A María Concepción Ruiz, sencillamente por ser quien eres...

A todos los residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés protagonistas principales de este estudio.

OPINION DEL TUTOR

En la formación de nuestros médicos residentes existe un importante énfasis en mantener la calidad de su entrenamiento bajo un alto estándar. Investigamos, promovemos normas de atención, uso de guías clínicas y la formación continua, constante y actualizada del estudiante de la especialidad al mismo tiempo que debe cumplir con obligaciones de características laborales. Hasta el momento no se tiene mucha información como impacta en la salud mental de nuestros residentes en el país un enfoque tan demandante física, mental y emocionalmente.

El estudio del Doctor in fieri Br. Gustavo Daniel Sequeira González nos brinda esa visión faltante en relación al impacto emocional en los residentes de diferentes especialidades, permitiendo una visión integral de este impacto.

Estudios como estos son cada vez más importantes y necesarios porque nos permiten evaluar posibles mejoras en el sistema de enseñanza que incorporen medidas de protección de la salud mental de los residentes.

Es por lo anterior que me es grato presentar el estudio "PREVALENCIA DE MALESTAR PSÍQUICO EN RESIDENTES DEL HOSPITAL CARLOS ROBERTO HUEMBES EN EL PERIODO DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2015" del Br. Sequeira

Dr. José Ayerdis Zamora
Médico Psiquiatra
Centro de Salud "Pedro Altamirano"

OPINIÓN DEL TUTOR

Con agrado tengo a bien respaldar Tesis presentada para optar al Título de Médico y Cirujano por el investigador **Gustavo Daniel Sequeira González**. Tema "Prevalencia de malestar psíquico en residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés en el periodo del mes de octubre del año 2015."

El buen desempeño e interés mostrado en el desarrollo de la investigación, el rigor científico y metodológico con que ha sido elaborado constituye una importante herramienta de trabajo y reúne los requisitos académicos requeridos para su correspondiente defensa.

Doy fe de la confiabilidad y procedimientos realizados así como de resultados obtenidos.

A la vez me siento honrado que el autor me ha hecho participe en este proyecto valiosísimo para nuestra institución.

Sin más a que hacer referencia

Cordialmente

Dr. Ronald López

Psiquiatra Hospital Carlos Roberto Huembés

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la presencia de malestar psíquico en los Residentes de las diferentes especialidades del Hospital Carlos Roberto Huembés de Managua, en el periodo de Octubre del año 2015, a través de un trabajo de investigación de tipo: Transversal, de diseño retrospectivo y descriptivo.

El presente estudio busca establecer los elementos asociados a la aparición de malestar psíquico en una muestra representativa de médicos residentes, donde se estudiaron los factores sociodemográficos, salud, condiciones laborales, funcionalidad familiar asociados a la aparición de malestar psíquico, con la aplicación de una encuesta semiestructurada que incluyeron las distintas variables estudiadas además del Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ-12) y APGAR Familiar de Smilkstein, previa firma de un consentimiento informado y la aplicación de criterios de exclusión.

La muestra la constituyeron 40 médicos residentes, donde se hizo notorio la mayor participación de personas que constituían el grupo atareó entre 25 y 29 años, con predominio del sexo femenino, que cursan el primer año de residencia. Referente al aspecto familiar, podemos observar que la gran mayoría se clasifica en una familia.

Es innegable, que la aparición de factores asociados al desarrollo de psicopatología dependen de cada persona estudiada, sin embargo se inclinan claramente a los aspectos laborales y autopercepción de la salud con la alta prevalencia de malestar psíquico.

ÍNDICE	PAG.
i. DEDICATORIA	2
ii. AGRADECIMIENTOS	3
iii. OPINION DEL TUTOR	4
iv. RESUMEN	6
I. INTRODUCCIÓN.....	8
II. ANTECEDENTES	11
III. JUSTIFICACIÓN	16
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
V. OBJETIVOS	18
VI. MARCO TEÓRICO.....	19
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	64
VIII. RESULTADOS	78
IX. DISCUSIÓN	85
X. CONCLUSIONES.....	89
XI. RECOMENDACIONES.....	91
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	93
XIII. ANEXOS.....	98

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

La salud, entendida no sólo como ausencia de enfermedad, implica en su definición, una concepción global e integral de las personas, que contempla aspectos físicos, sociales y sobretodo psicológicos que se interrelacionan ⁽¹⁾.

Se entiende por malestar psíquico al nivel de stress percibido, desmoralización, disconfort y desasosiego; este concepto permite obtener información sobre autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían configurar un problema de salud mental (Páez, 1986 en Alderete 2004). Las situaciones críticas se expresan en los sujetos en la vulnerabilidad psíquica, que se manifiesta a través de diversas sintomatologías: alteraciones del sueño, afecciones psicosomáticas, sentimientos de miedo y temor, desesperación, adicciones (Alderete, 2004).

El malestar psíquico corresponde a un área de la salud mental que en la vida de las personas tiene repercusiones tanto en su desarrollo individual como social. Constituye un importante aspecto de la salud integral de los individuos y su prevención resulta fundamental para procurar una calidad de vida óptima. Es por esto que existe una gran necesidad de identificar y profundizar en los elementos que impiden el bienestar psicológico de las personas y que generan una carga significativa; lo que conlleva a la necesidad imperiosa de generar nuevas políticas y prácticas sanitarias en lo que respecta a la salud mental de la población, argumentando que éstos representan una parte significativa de la carga de las enfermedades en todas las sociedades hoy presentes, y por ende se deben crear nuevas herramientas de salud, especialmente las destinadas a la prevención en lo que a trastornos de la salud mental respecta, con foco en la población más propensa a padecerlos.

Uno de los grupos más afectados por trastornos o enfermedades psiquiátricas es la población médica que cuenta con diversos factores que contribuyen a la adquisición

de enfermedades de salud mental. El estar sometidos constantemente a altos niveles de estrés, considerando la alta exigencia sumada a los factores individuales propios y familiares, no es sorprendente que los médicos presenten diversas dificultades que afecten su bienestar y les impidan un afrontamiento y adaptación eficaz.

Los estudiantes de Medicina generalmente experimentan una alta carga de estrés durante su proceso formativo, el cual aumentara con el grado académico, es decir ira creciendo si es nivel licenciatura, especialidad o posgrado, subespecialidad, etc. Algunos estudiantes logran desarrollar estrategias adecuadas para afrontar las exigencias académicas, mientras que otros no lo hacen, y llegan a sentirse impedidos para modificar la situación problemática, lo cual trae como consecuencia el uso de comportamientos de escape o evitación como formas de afrontamiento que no son necesariamente las apropiadas en esta situación. Como se sabe, los problemas que no se resuelven, crecen y se acompañan de un proceso acumulativo de malestar prolongado, lo anterior puede contribuir a generar sensaciones de no poder dar más de sí mismo, tanto física como psíquicamente, una actitud negativa de crítica, desvalorización, pérdida del interés de la trascendencia, del valor frente al estudio y dudas crecientes acerca de la propia capacidad para realizarlo.

Se ha descrito una mayor incidencia de alteraciones psicológicas entre los residentes, atribuidas a un amplio número de factores ⁽²⁾. En cuanto a la propia formación, los residentes tienen que aprender a enfrentarse con la sobrecarga de trabajo, el volumen de conocimientos médicos a adquirir, la propia incertidumbre de la medicina, las responsabilidades y las dificultades de interacción con el paciente o familiares.

Los residentes de especialidades médicas se encuentran en una etapa profesional en la que deben consolidar sus competencias para llegar a ser unos buenos médicos especialistas. La incorporación al sistema sanitario como médico residente permite una formación relacionada con la práctica real e ir asumiendo poco a poco responsabilidades profesionales concreta hasta llegar al nivel necesario de experiencia.

Otros factores estresantes son los acontecimientos vitales que a menudo ocurren en esta época, tales como traslado de domicilio por realizar la residencia en otro lugar, formación de pareja, tener hijos, etc., con el consiguiente cambio en el estilo de vida tanto a nivel social como económico, que puede ser origen de otras situaciones estresantes.

Todo ello adquiere mucha importancia dado que el nivel de estrés de los residentes ha resultado superior al de otros grupos profesionales ⁽³⁻⁴⁾ y porque en definitiva de la salud del médico depende también la capacidad de éste para ejercer correctamente. Siendo la principal causa la «profesionalización» y necesidad de formación, que puede provocar una menor dedicación a sus relaciones familiares, sociales y a su desarrollo personal ⁽⁵⁻⁶⁾. Por ello no solo deberíamos referirnos a un problema específico de los profesionales de la medicina sino más bien y en cuanto pueda tener consecuencias sobre los ciudadanos a un problema de salud pública.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

La Residencia Médica es el periodo en el que se adquieren competencias para la práctica de una especialidad. Esta etapa requiere disponibilidad completa del médico además de que estará sometido constantemente a pruebas, a disminución de horas de sueño, cansancio físico, distanciamiento de seres queridos y salarios bajos. Como resultado, la residencia médica es una etapa de gran estrés y puede contribuir a la aparición de malestar psíquico ⁽⁷⁾.

Algunos estudios han apuntado la influencia favorable que tiene el estrés en la fortaleza e integridad para afrontar situaciones difíciles de la práctica diaria, pero esto no es consistente con la percepción que los médicos residentes tienen acerca del mismo. Adicionalmente, es posible que la prevalencia del malestar en este grupo de profesionales se asocie a la falta de esquemas motivacionales para mitigar los efectos acumulados de la carga laboral excesiva, ya que no perciben salarios extras por horas extras, incentivos de puntualidad por llegar de madrugada a los servicios, además de una mala alimentación a nivel hospitalario y becas insuficientes para la sustentación de una familia o bien individual.

En este contexto algunas organizaciones internacionales de Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda, en la década de los setenta iniciaron una serie de programas asistenciales dedicados de forma específica a los trastornos mentales que podrían afectar la praxis de estos profesionales. Todo ello fruto de la preocupación ciudadana por la mejora de los servicios sanitarios.

En Estados Unidos se promulgaron leyes y reglamentos que establecieron controles de calidad tanto para el ejercicio como para los propios procedimientos clínicos, concretamente en el 1969 y 1971 respectivamente los comités médicos de los estados de Texas y Florida promulgaron iniciativas con finalidad de definir un marco definido de actuaciones para la profesión que regulase las misma en caso de médicos que padecían enfermedades mentales.

En 1972 la American Medical Association (AMA), publicó el informe -el Médico Enfermo- (The syck physician), que contenía citas bibliográficas de artículos que se referían a este problema.

En Europa las iniciativas llegaron más tarde, en algunos países como Noruega, Suecia o Reino Unido se empezaron a desarrollar en la década de los ochentas algunos programas aislados que fundamentalmente tenían un perfil de autoayuda y que eran de carácter voluntario, al mismo tiempo que se desarrollaron líneas de investigación y estudios sobre poblaciones de profesionales sanitarios, así como guías de actuación específicas.

No fue hasta 1998 cuando se creó en Europa desde una organización profesional y con el apoyo de la administración sanitaria pública el primer programa de abordaje integral de los problemas de salud de los médicos, especialmente mentales y/o de adicciones. Se trataba de PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) –el original, PAIMM en Catalán, que creó e impulsó el Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) y al que posteriormente se sumaron los otros Colegios Catalanes. En los últimos años en el Reino Unido se han puesto en marcha algunas iniciativas de distinto cariz pero con similares objetivos como el programa -Doctor For Doctor- de la British Medical Association, las unidades de asesoramiento del General Medical Council y el National Clinical Assesment service (NCAS) y el Practitioner`s Health Programme.

La asistencia del PAIME ha conseguido consolidar una oferta de alto nivel para los profesionales sanitarios de España. En el 2002 su propuesta se amplió al colectivo de enfermería con el programa RETORN.

Fruto de toda esa exitosa experiencia y también como resultado de reflexiones alrededor de los factores que puedan condicionar el stress, el malestar y la enfermedad del médico se creó la Fundación Galatea que no solo se encarga de la gestión de los programas asistenciales PAIME Y RETORN, sino que debía ser un instrumento para el conocimiento y el análisis del estado de salud de los

profesionales sanitarios y al mismo tiempo de los factores de riesgo para poder diseñar estrategias de prevención y mejoras.

Por lo cual, analizando todos esos años de funcionamiento del PAIME se ha evidenciado la necesidad de profundizar aún más en el estudio de los factores de riesgo y de los grupos profesionales sometidos a mayor riesgo y poder prevenir así la aparición de los malestares psicológicos.

Se iniciaron estudios para determinar la salud de los médicos residentes de España, este consto con una muestra de 206 residentes (población total 3,100) en la cual se determinó la prevalencia de malestar psíquico empleando una encuesta de 83 ítems dividida en 5 bloques: datos sociodemográficos, salud y estilos de vida, consumo de sustancias, malestar psicológico (GHQ – 12) y situación laboral. Encontrandose una prevalencia de malestar psíquico del 30% en los médicos residentes (Xavier Blancafort, Eulalia Masachs, 2009).

Por otro lado en el ámbito latinoamericano se han realizado estudios que dejan en evidencia la magnitud de esta problemática, (García, Méndez y Ryan) encontraron que el 57.9% de los médicos residentes se encuentran sumamente agotados después de realizar las guardias ⁽⁸⁾.

Se ha demostrado que los médicos hombres que están solteros tienden a tener mayor cantidad de síntomas psicológicos y mayor distanciamiento emocional que los casados, así mismo resultó que las personas solteras hacen mayor uso del afrontamiento dirigido a la emoción, es decir, estas personas evitan afrontar la situación a un problema, con lo cual se alejan a través de la negación, mientras que los médicos casados mostraron mayor control dirigido a la solución en vez de negarlo o evadirlo emocionalmente (Bethelmy L, Guarino L.) ⁽⁹⁾.

Respecto a las emociones de los médicos, se encontró que estas están relacionadas con el estrés laboral, de tal manera que a mayor presencia de claridad emocional y reparación en emociones, menos agotamiento emocional y más realización personal se presenta ⁽¹⁰⁾.

En su estudio con personal de enfermería, (González, Moreno, Garrosa & López) encontraron que el nivel profesional, el tipo de atención que brindan, el turno, la jornada laboral y el número de pacientes que atienden en un día son factores que influyen en el nivel de carga mental y de fatiga laboral; de tal manera, que aquellos que presentaron un grado superior de estudios, los que atienden los servicios de urgencias generales, pediátricas y hospitalarias, quienes trabajan entre 8 y 10 horas en un turno rotatorio y los que atienden a más de 15 pacientes al día resultaron tener mayor carga mental ⁽¹¹⁾.

Breilh (2001), efectuó un estudio en los cinco principales hospitales públicos de Quito, en el cual se comparan índices de morbilidad asociados al stress, antes y durante el internado. Además midió la presencia de estresores y la magnitud del sufrimiento mental del estudiante, la investigación corroboró la alta prevalencia e incidencia del sufrimiento mental en la población referida.

En Venezuela Folres y Rassy (1991), señalan la inconformidad expresadas hacia las jornadas mayores de 24 horas como revelador del alcance de malestar entre residentes e internos. Estos autores citan que un estudio de corte transversal realizado por Frese y Semmer, se demuestra la diferencia e salud de los trabajadores con y sin turnos rotativos, reconociendo como factores de riesgo los turnos rotativos por generar stress.

Días y col (1996), realizaron un estudio explicativo de corte transversal, con una muestra conformada por 80 médicos, tanto de las especialidades médicas como quirúrgicas, del Hospital Universitario Antonio María Pineda, comprobando la asociación de la extensión de las jornadas laborales y la falta de sueño como causa de stress entre los médicos residentes. Corredón (1998) realizó un estudio descriptivo transversal sobre stress en residentes y adjuntos de anestesiología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, el cual concluye que los estresores de la categoría laboral ocupan el primer lugar, destacándose como el factor más resaltante el nivel institucional, mientras que la fuente de estrés tipo extra laboral ocupó un segundo lugar, siendo relevantes los estresores relacionados con las finanzas y la familia.

Los estudios revisados hasta el momento fueron realizados desde una perspectiva que no es integral, por lo que estudian el fenómeno por sus componentes, esto brinda una idea de cómo es la salud mental de los profesionales de otros países en quienes la comunidad deposita su confianza; sin embargo, se aprecia la necesidad de un abordaje holístico, en donde se revise el perfil de los médicos. Es de suma necesidad realizar estudios de una muestra nicaragüense, ya que estos son el ejemplo de salud a seguir. Como la técnica de observación en las investigaciones hechas en otros países no siempre es la mejor, es necesario llevar a cabo una investigación que describa cómo se presenta la salud mental en los profesionales de la salud nicaragüenses, que permita hacer modificaciones que favorezcan al personal del área de salud de nuestro país.

CAPITULO III JUSTIFICACIÓN

El malestar psíquico es un problema que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los médicos residentes sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico. Estudios ponen de manifiesto la alta prevalencia de este problema en los médicos en formación, lo cual tiene consecuencias negativas, no sólo para el trabajador sino también para la institución en la que estos desempeñan sus labores.

En nuestro país no existen trabajos que hayan estudiado este problema en el personal médico, a pesar de que presentan una serie de características laborales, académicas y familiares que los hace más vulnerables. Teniendo en cuenta, que el personal de salud ha estado sometido en los últimos años a una serie de cambios organizativos importantes, lo que ha podido contribuir a su desgaste profesional. Dado que este problema es prevenible, es muy importante disponer de datos sobre su prevalencia en este colectivo para poder elaborar planes de prevención e intervención. Es fundamental que estos profesionales se encuentren en plenas facultades psicológicas y físicas por las importantes labores que desempeñan.

El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia del malestar psíquicos y qué variables se asocian con este problema, considerando los distintos años de formación en la residencia de especialidades médicas. He aquí la necesidad de plantearse este estudio para obtener información más exhaustiva de la evolución en los distintos períodos de la residencia, etapa fundamental en la formación de los profesionales médicos por su vulnerabilidad en cuanto a la propia formación, los residentes tienen que aprender a enfrentarse con la sobrecarga de trabajo, el volumen de conocimientos médicos a adquirir, la propia incertidumbre de la medicina, las responsabilidades y las dificultades de interacción con el paciente o familiares. Es por esto que se desarrolla esta investigación, con el fin de describir la salud mental de los profesionales de la salud, así como encontrar las diferencias en salud entre los médicos residentes.

CAPITULO IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el médico, la convivencia diaria con el dolor, la enfermedad y la muerte genera una gran carga de estrés.

La presión por la toma de decisiones importantes e inmediatas de las cuales depende la vida de una persona, la afluencia de pacientes en las consultas externas, el corto tiempo establecido para cada uno, la falta de recursos diagnósticos y terapéuticos, las grandes listas de espera para cirugías y las prolongadas jornadas de trabajo, hacen que el personal de salud sea susceptible al desarrollo de malestar psíquico.

En los últimos años, el ministerio de salud y el instituto nicaragüense de seguridad social han realizado cambios grandes y significativos, lo que se ha traducido en aumento de la demanda en la atención médica, la extensión de cobertura para los hijos y para los cónyuges de afiliados. Esto ha llevado a un incremento importante en el número de pacientes, sin la consecuente ampliación de la infraestructura del hospital ni el contrato de nuevos médicos residentes y especialistas, lo que ha llevado a una sobrecarga del espacio físico y un aumento en la carga laboral para el personal de salud.

Además, el incremento de las jornadas laborales para los médicos tratantes de la Institución sin el correspondiente aumento de salario, tendría relación con la aparición de estrés y malestar, por lo que en el presente trabajo investigativo se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la prevalencia del malestar psíquico en los médicos residentes que laboran en el hospital Carlos Roberto Huembés en el mes de octubre del año 2015?

CAPITULO V

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

1. Determinar la prevalencia de malestar psíquico entre los médicos residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés en el mes de octubre del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las principales características sociodemográficas que presentan los médicos residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés.
2. Conocer los factores potencialmente causantes de alteraciones en el estado de salud de los médicos residentes, en términos de hábitos poco saludables, funcionalidad familiar, entorno laboral.
3. Identificar la frecuencia de malestar psíquico en la población a estudio y los principales factores relacionados.

CAPITULO VI MARCO TEÓRICO

SALUD MENTAL

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva bio-psicosocial. La filosofía que “apadrina” su nacimiento pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, auspiciar la vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción.

Las organizaciones oficiales, como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de Salud Mental y las legislaciones de los diferentes países, que regulan las políticas y normativas en materia de salud, recogen la “ideología” positiva de: “prevención y promoción para todos en el año 2000”. Sin embargo, la realidad práctica, en el campo de la salud mental, se ajusta más a: “tratamiento, rehabilitación y algo de prevención, en los países occidentales, para todos en el año 2000”.

El primer problema relacionado con el término salud mental es el de definir su contenido. La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc.). Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental. Por otra parte, el objeto de estudio: la psicología del ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices. Esta intrincada miscelánea ha generado múltiples intentos de definición de la salud mental pero, por el momento, las divergencias superan a los acuerdos.

Iniciaremos por comentar los orígenes recientes del término salud mental y los cambios legislativos que genera su consolidación. En este sentido, explicamos los

objetivos de la reforma psiquiátrica, las aportaciones que, por el momento, ha generado en el campo asistencial y los retos que todavía debe afrontar. A continuación, se describen los diferentes intentos de definir el concepto de salud mental y se agrupan en tres grandes perspectivas: positiva/negativa, normalidad y múltiples criterios. Finalmente, se plantean los objetivos de la epidemiología en el campo de la salud mental, las dificultades específicas que conlleva el propio ámbito de estudio y algunas de las principales líneas de investigación como: los estudios dirigidos a planificar los servicios asistenciales y a la identificación de factores de riesgo.

ORIGENES Y EVOLUCION DEL TERMINO SALUD MENTAL

La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental.

El término profilaxis mental acaba diluyéndose y se consolida el de higiene mental que surge en EE.UU. con la publicación que hace en 1908 C. Wittingham Beers (ex-enfermo mental). Este explica sus propias experiencias en la asistencia psiquiátrica y, sobre todo, y lo que es más importante, sobre posibles soluciones, estableciendo así la base para un nuevo enfoque de la enfermedad mental: el de la prevención. En Nueva York, se crea, auspiciado por Adolfo Meyer, psiquiatra de gran prestigio, el primer Comité de Higiene Mental. Progresivamente fueron creándose diferentes Comités en distintas ciudades americanas y finalmente en 1917 se funda la Junta Nacional de Higiene Mental.

En 1922 se celebró un Congreso Internacional en París, que despertó el interés de muchos países y generó un movimiento de Ligas de Higiene Mental y de encuentros científicos. La Liga Española de Higiene Mental se fundó en 1927 en Madrid y, entre otras actividades importantes, consiguió que en 1932 se creara la Sección de

Higiene mental en el Departamento de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. De ello se derivó un avance sustancial del movimiento de higiene mental que fue la creación de los Dispensarios Higiene Mental, donde se empezó a aplicar la intervención de tipo ambulatorio.

Este movimiento fue configurando una tendencia progresista hacia la comprensión de la salud mental desde una perspectiva que enfatizaba la prevención. Esta tendencia se fue ampliando progresivamente y catalizó un nuevo movimiento, que pretendía ir más allá de la simple prevención, centrando su objetivo en la promoción y el fomento de la salud mental. En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó el término de Higiene Mental por el de Salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental, que será la encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial.

Los avances científicos, unidos a un cambio de actitud social, fueron definiendo un nuevo enfoque de la salud mental, basado en un abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta concepción empiezan a surgir los principios de prevención y rehabilitación, donde el medio social de la persona adquiere una importancia relevante (Abella, 1963, 1981; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Linares, 1981; Rigol, 1991) ⁽¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁾.

En este contexto, surgió, a partir de los años 50-60, la etapa de la salud mental comunitaria, que condujo a la implantación de servicios comunitarios. El objetivo central era abordar el trastorno mental dentro del propio entorno de la persona, haciendo hincapié en la prevención y rehabilitación con una participación amplia de la comunidad. Cabe señalar que, además de los EE.UU., en el movimiento comunitario tuvo un papel relevante Inglaterra, que sirvió como modelo para varios países europeos. (Linares, 1981) ⁽¹⁴⁾.

En España, la concepción comunitaria se instauró con el decreto del 24 de octubre de 1983, que derogó el antiguo decreto de 1931, y con la aparición, en abril de 1985,

del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). En este informe se elaboraron las recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma psiquiátrica, haciendo énfasis en la psiquiatría comunitaria y en la creación de servicios de agudos en los hospitales generales. También se estableció un calendario para la progresiva supresión de los viejos manicomios (Gracia-Guillen, 1990). Estas recomendaciones quedaron reconocidas en la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, capítulo III, artículo veinte.

Desde la perspectiva actual, se pueden hacer ya algunas valoraciones de los avances de la Reforma Psiquiátrica (ver, García, Espino y Lara, 1998; Hernández, 1997; Villabí y Farrés, 1998) ⁽¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁾. Es evidente que se han dado pasos agigantados en el abordaje del enfermo mental, sobre todo en el ámbito del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, que eran, de hecho, los objetivos básicos de la reforma. Sin embargo, no se han desplegado todos los recursos necesarios y -aunque la salud mental ha sido un capítulo económico "bien tratado" en los diferentes presupuestos sanitarios- todavía quedan asignaturas pendientes por resolver. Proyectar el cierre de las instituciones "manicomiales" implica crear recursos alternativos que suponen una gran inversión socioeconómica. Por ello, algunas autonomías han preferido aplicar la Reforma Psiquiátrica bajo un modelo mixto, o cuando menos, con prudencia y manteniendo algunas instituciones hospitalarias abiertas. Una alternativa interesante ha sido la reconversión de los hospitales psiquiátricos en comunidades de servicios de salud mental, aprovechando así unos espacios ya existentes y adaptándolos a los nuevos requerimientos.

Pichot (1997) ⁽¹⁹⁾ señala que en los últimos años se ha reducido considerablemente la duración media de la hospitalización de los enfermos mentales, tanto por los avances en los tratamientos farmacológicos como por los recursos comunitarios alternativos. Sin embargo, ha aparecido un fenómeno nuevo, denominado "puerta giratoria". Es decir, los enfermos tienen una estancia hospitalaria menor pero sufren un mayor número de ingresos. En un estudio reciente, sobre hospitalizaciones

repetidas, realizado en los países nórdicos, encontraron que en el periodo de un año el 33% de una muestra de 2.454 pacientes, tratados a nivel comunitario, tuvieron que ser ingresados en el hospital al menos una vez y de éstos, el 23% ingresaron en repetidas ocasiones (entre 2 y 7 veces) (Saarento, Christiansen, Göstas, Hakko, Lönnerberg, Muus, Sandlund, Öiesvold, y Hansson, 1999) ⁽²⁰⁾. Sin embargo, la incidencia de la Reforma Psiquiátrica en las vertientes positivas de la salud mental, prevención y promoción, es bastante más precaria. Actualmente se está trabajando para intentar implementar la prevención en diversas poblaciones de riesgo. En este sentido, las políticas de salud mental que se derivan de los objetivos generales del Pla de Salut de Catalunya (Generalitat de Catalunya, 1994), reconocen la necesidad y efectividad de invertir en prevención y, en las líneas centrales de actuación, se recomienda definir y elaborar programas preventivos para determinados grupos de problemas o de personas en riesgo. Sin embargo, queda mucho por recorrer y, en bastantes casos, los proyectos todavía no son una realidad. Asimismo, Fernández-Ríos y Buela-Casal (1997) ⁽²¹⁾ señalan la conveniencia de diseñar programas de prevención focalizados en las consecuencias de adoptar conductas de salud, en lugar de centrarse en los riesgos asociados que conllevan los comportamientos patológicos.

El aspecto que, por el momento, es más un deseo que una realidad es la promoción y el fomento de la salud mental en la población sana. Por ejemplo, en la presentación del Pla de Salut de Catalunya, para el trienio 1996-1998 (Generalitat de Catalunya, 1997) el Conseller de Sanitat i Seguretat Social, Sr. Eduard Rius i Pey , menciona explícitamente que es un plan basado en un concepto de salud positivo. En este sentido, uno de los tres objetivos generales es favorecer el mantenimiento y el desarrollo óptimo de la salud mental de la población. Sin embargo, posteriormente no se vuelve a encontrar ninguna mención (ni conceptual ni operativa) a la promoción de la salud mental en población sana. En la revisión del Pla de Salut de Catalunya que se presentó para el trienio 1996-1998 (Generalitat de Catalunya, 1997) existen algunos programas que, aunque son de carácter preventivo, se aplican en población sana (mujeres embarazadas, niños y

adolescentes). Pero, en todos los casos, el objetivo es prevenir y la promoción de la salud mental queda, por tanto, como un capítulo pendiente de resolver.

En definitiva, la Reforma Psiquiátrica ha propiciado un importante avance en el tratamiento y la rehabilitación de las personas que sufren trastornos mentales y ha iniciado el camino de la prevención primaria. Sin embargo, la promoción de la salud mental en la población sana, al menos desde la sanidad pública, permanece todavía en la dimensión filosófica y no se ha traducido en programas de intervención concretos.

DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

DIFICULTADES PARA SU DEFINICIÓN

La definición de un término tan complejo y polifacético como el de salud mental conlleva muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto. A continuación, se comentan algunos de los principales problemas.

La salud mental puede considerarse como un constructo que no tiene una definición directa. Desde esta óptica, para darle contenido, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas pero genera otros de nuevos; para intentar definir la salud mental se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico" "felicidad" o "satisfacción", que son, igualmente, abstractos o difíciles de operativizar. Además, el constructo salud mental tiene múltiples componentes pero, ¿cuáles son esos componentes? y ¿cuántos hay?

¿Salud o salud mental? Este interrogante refleja la idea de si debe existir una concepción única de la salud o bien hay que diferenciar entre salud física y salud mental. Muchos autores (Font, 1983; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Tizón, 1996; Ugalde y Lluch, 1991; Vázquez, 1990) ⁽²²⁻¹³⁻²³⁻²⁴⁻²⁵⁾ defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada.

Tizón (1996) ⁽²³⁾ señala algunas razones que desaconsejan la dicotomía entre salud física y salud mental: cuando hay una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven alteradas. Muchos problemas psicológicos se manifiestan, con frecuencia, a través de síntomas somáticos (insomnio, cefalea, taquicardia, etc.). Además, los estados emocionales y afectivos conllevan reacciones fisiológicas que pueden generar problemas psicosomáticos. Desde esta perspectiva, debe considerarse la salud como un concepto global y, por tanto, la salud mental se concibe como un componente de la salud general (Ugalde y Lluch, 1991) ⁽²⁴⁾.

Sin embargo, también existen detractores de esta postura. Por ejemplo, Sánchez (1991) ⁽²⁶⁾ piensa que sería mucho más estratégico tratar la salud mental como una entidad independiente. Esto permitiría trabajar de forma más diferenciada y específica y reducir la preponderancia del modelo médico sobre el psicológico.

Es difícil establecer límites claros entre la salud y la enfermedad mental y generalmente se definen como polos opuestos de un continuo, en el que no existe una línea divisoria tajante. Bajo esta perspectiva, la enfermedad mental es el extremo opuesto de la salud mental. Sin embargo, la mayoría de personas se sitúan entre ambos polos; espacio en el que existen múltiples combinaciones de carácter cualitativo y cuantitativo (más o menos salud o más o menos enfermedad). Mesa (1986) ⁽²⁷⁾ enfatiza la idea del continuo entre conducta normal y anormal:

"Las principales diferencias entre las reacciones normales al estrés y las conductas anormales, residen en que estas últimas son más persistentes, menos adecuadas en relación con las experiencias conocidas recientes de las personas, menos controladas, más severas y más incapacitantes para el propio individuo" (Mesa, 1986, pág. 69) ⁽²⁷⁾.

El hecho de que no existan unos límites establecidos entre salud y enfermedad mental es, según Rojo (1997) ⁽²⁸⁾, comprensible si se tienen en cuenta las lagunas e incógnitas que todavía quedan por resolver para tener una comprensión clara del trastorno mental y de la normalidad/anormalidad conductual. Pero, aunque no se

puedan establecer límites, hay comportamientos que están más próximos al lado negativo o de anormalidad y otros están más cercanos al de la salud (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Costa, 1994; Mesa, 1986; Ruiz, 1982; Tizón, 1996) ⁽²⁷⁻²³⁾.

Sin embargo, dentro de la psiquiatría clásica, predomina la idea de diferenciar entre salud y enfermedad mental. Es decir, se aplican los criterios de la medicina general y se considera que las verdaderas enfermedades mentales son las que tienen una base fundamentalmente biológica y requieren tratamientos farmacológicos. El resto de problemas mentales tienen una etiología más psicosocial, precisan, en general, tratamientos psicológicos y pueden entenderse como variaciones del modo de ser psíquico (Vallejo, 1998; Vallejo-Nagera, 1981) ⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Por otra parte, autores como Font (1983) ⁽²²⁾, conciben la salud-enfermedad mental como dos entidades con carácter propio y señalan que la salud es un concepto global mientras que la enfermedad es un concepto parcial y, por tanto, puede existir la salud a pesar de la enfermedad. Es más: "si la salud es buena, las enfermedades serán más fácilmente vencidas" (Font, 1983, pág. 94) ⁽²²⁾. A pesar de las diferentes perspectivas que se acaban de señalar, el término salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental.

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante. La salud nunca es permanente sino que tiene que ir "reciclandose" continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Es un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal (Seva, 1983; Ugalde y Lluch, 1991) ⁽³¹⁻²⁴⁾. En este sentido, algunos autores como Jahoda (1958) y Tizón (1996) ⁽²³⁾, describen la salud como una utopía o meta a alcanzar. Es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable pero deseable y direccionalmente orientador.

Otra dificultad importante que complica la definición del término salud mental es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental.

Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por anormal o patológico. Es evidente que este problema es menor cuando se habla de trastornos mentales severos o con una mayor base orgánica, pero se agudiza cuando se intentan establecer los límites de los trastornos psíquicos que tienen una fuerte influencia psicosocial (Gracia y Lázaro, 1992) ⁽³²⁾.

La relación entre individuo y sociedad y la incidencia de esta interacción en la salud/enfermedad es un tema muy debatido por los diversos autores que trabajan en el ámbito de la salud mental. Ciertas escuelas sociológicas, algunas orientaciones dinámicas y un buen número de tendencias anti psiquiátricas fusionan el individuo y la sociedad de forma que no se diferencia cualitativamente la enfermedad individual de la enfermedad como fenómeno social. Sin embargo, la mayoría de autores piensan que es necesario diferenciar entre enfermedad individual y enfermedad o alienación social ya que la naturaleza de ambos no es la misma (Vallejo, 1998) ⁽²⁹⁾.

Belloch, Sandin y Ramos (1995) reconocen la influencia sociocultural en los conceptos de normalidad y patología, pero señalan que dar un énfasis excesivo al contexto va en detrimento de la consideración individual y de la capacidad de autodeterminación de la persona. Page (1982) ⁽³³⁾ comenta que el concepto de sociedad enferma es más periodístico que científico y que no existen pruebas concluyentes de que la incidencia total de psicopatología varíe significativamente de una sociedad a otra. Sin embargo, como indica Seva (1983) ⁽³¹⁾, el medio cultural puede generar sufrimientos psíquicos a partir de determinadas circunstancias sociales. Barcia (1997) ⁽³⁴⁾ enfatiza que las connotaciones sociales de la enfermedad van más allá del concepto teórico del término que tiene cada cultura y quedan reflejadas, por ejemplo, en el rol de enfermo, en los derechos y deberes del enfermo o en las responsabilidades del Estado para organizar la sanidad.

DIFERENTES INTENTOS DE DEFINIR LA SALUD MENTAL

Las diferentes dificultades comentadas nos llevan a plantearnos la siguiente pregunta: ¿podemos definir la salud mental? En estos momentos parece prácticamente imposible encontrar una definición universal y totalmente aceptada del término. Sin embargo, la bibliografía ofrece múltiples intentos de concretar el concepto, que proceden de diferentes ámbitos de trabajo y estudio (psiquiatría, psicología, enfermería, sociología, antropología, economía, etc.). Hemos agrupado los múltiples enfoques en tres grandes perspectivas que reflejan las diversas concepciones de la salud mental: - La Salud Mental desde una perspectiva Positiva/negativa - La Salud Mental desde una perspectiva de Normalidad - La Salud Mental desde una perspectiva de Múltiples Criterios

Cabe señalar que ninguna de estas perspectivas tiene "la exclusiva". Como indica Abella (1981) ⁽¹²⁾ todas las concepciones tienen su parte de razón y es necesario recurrir a definiciones aproximativas y pluralistas que, en muchos casos, pueden ser complementarias.

LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA POSITIVA/NEGATIVA

La perspectiva negativa define la salud mental tomando como referencia la enfermedad. Su postulado básico es: "salud igual a ausencia de enfermedad" y su objetivo fundamental es la curación.

Esta perspectiva se corresponde fundamentalmente con el modelo clínico tradicional, responde a la necesidad de tratar los trastornos mentales y refleja la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental.

La perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su postulado básico es: "salud igual a algo más que ausencia de enfermedad" y, al menos sobre el papel, permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. En esta línea se definió la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) cuando

señaló que "la salud es el estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía". De forma similar, la Federación Mundial para la Salud Mental, en 1962, la definió como "el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes".

La perspectiva positiva concibe la salud mental como el estado de funcionamiento óptimo de la persona y, por tanto, defiende que hay que promover las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo potencial (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Jahoda, 1958; Lluch, 1997a; Martí Tusquets y Murcia Grau, 1987).

LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE NORMALIDAD

La definición del término salud mental desde esta perspectiva implica aceptar un paralelismo entre normal y sano y, lógicamente, establecer criterios que den contenido a la palabra normalidad. Las principales concepciones de normalidad son:

A) NORMALIDAD COMO PROMEDIO.

Esta concepción engloba fundamentalmente dos criterios, íntimamente relacionados: el criterio estadístico y el criterio sociocultural. El criterio estadístico presupone que lo normal (lo sano) es lo más frecuente; la salud mental es aquella forma de ser, estar y sentir de la mayoría de las personas. La normalidad como promedio implica la existencia de unas normas o estándares que la mayoría acepta y, por tanto, son las medidas de tendencia central (media, mediana y moda) las que definen la salud/enfermedad (Mesa, 1986; Ramshorn, 1983; Rigol y Garriga, 1991; Seva, 1983; Scharfetter, 1977; Vallejo, 1998) ⁽¹⁵⁻²⁷⁻²⁹⁾.

El criterio sociocultural implica que lo normal viene determinado por las pautas sociales; el comportamiento sano es el que se ajuste a los cánones establecidos en el contexto sociocultural y depende, por tanto, del momento y del lugar. Es lo que Vallejo (1998) ⁽²⁹⁾ denomina "normalidad adaptativa" y, en este sentido, como señala Schafetter (1977): "sano equivale a socialmente adaptado y enfermo a socialmente inadaptado". Una definición quizás más operativa de la normalidad adaptativa es la que propone Costa (1994) quién la considera como el resultado de un proceso

exitoso entre las demandas ambientales y los recursos personales. En la misma línea, Belloch, Sandin y Ramos (1995) enfatizan la importancia de adaptarse al rol social que se nos adscribe. Sin embargo, todos estos autores están de acuerdo en que el significado de adaptación no siempre está claro y, además, alertan de los errores que podrían cometerse al presuponer que adaptación equivale a salud mental.

Ambos criterios tienen un papel importante en la consideración /valoración de la salud mental. Evidentemente, el comportamiento de la mayoría es un referente que no podemos obviar y, como señala Vallejo (1998) ⁽²⁹⁾ es difícil interpretar los síntomas clínicos sin conocer la sociedad donde estos aparecen. Sin embargo, estos criterios conllevan un cierto riesgo si se utilizan como criterios definitorios exclusivos, ya que ni todo lo normal es sano ni todo lo anormal es patológico.

B) NORMALIDAD CLÍNICA

La salud se define como la ausencia de sintomatología clínica. Esta concepción se corresponde con la perspectiva negativa y se basa en el modelo médico tradicional. La mayoría de autores (Belloch, Sandin y Ramos, 1995; Font, 1983; Mesa, 1986; Tizón, 1996; Vallejo, 1998) ⁽²³⁻²⁷⁻²⁹⁾ critican este tipo de definiciones por dos razones básicas: a) omiten algunos trastornos que cursan sin sintomatología aparente y b) invalidan o, al menos, dificultan la posibilidad de prestar servicios de tipo preventivo o profiláctico.

Algunos autores citan el concepto de normalidad subjetiva: valoración que el propio sujeto hace de su estado de salud, prescindiendo de la opinión de los demás, incluidos los expertos (Mesa, 1986; Vallejo, 1998) ⁽²⁷⁻²⁹⁾. Es evidente que este criterio tiene importantes limitaciones en el campo de la salud mental, puesto que algunos trastornos (p.e. psicosis o demencias) se caracterizan, precisamente, por la falta de conciencia de trastorno. Sin embargo, la percepción subjetiva es un dato importante para evaluar el estado de salud. Como señalan Belloch, Sandin y Ramos (1995) muchas veces es el propio paciente quien detecta el problema y la

información que aporta sobre sí mismo es una fuente de datos necesaria e imprescindible.

C) NORMALIDAD UTÓPICA

Esta concepción de la normalidad está fundamentada, según algunos autores como por ejemplo Vallejo (1998) ⁽²⁹⁾, en el modelo psicodinámico. Considera la salud como un estado de equilibrio armónico entre las diferentes instancias del aparato psíquico y enfatiza el manejo adecuado de los procesos inconscientes. Es utópica por cuanto tiende a algo difícilmente alcanzable pero estimula el estudio de los procesos psicológicos que subyacen a la conducta meramente observable.

Otros autores, como por ejemplo Sánchez (1991) ⁽²⁶⁾, indican que está basada en las corrientes psicológicas humanistas y la vinculan a los conceptos de potencial de crecimiento (Rogers), actualización (Maslow), o personalidad madura (Allport), como metas del desarrollo personal.

Costa (1994) ⁽³⁵⁾ la define como una tendencia hacia una situación deseable u óptima y Sánchez (1991) en la página 93 considera que es "ideal como tal, pero perseguible como objetivo". Seva (1983) ⁽³¹⁾ piensa que es una forma de integrar la salud dentro del movimiento general de perfeccionamiento que persigue la humanidad a través de los siglos. Sin embargo, comenta que esta perspectiva puede implicar el peligro de "hipocondrización de la sociedad en una búsqueda angustiada de la salud" (Seva, 1983, pag.24) ⁽³¹⁾.

Este criterio incluye también el concepto de normalidad funcional que, según Costa (1994), "considera normal a totes aquellas persones que están razonablemente llenas de dolor injustificado, malestar o dificultades personales" (Costa, 1994, pág. 44) ⁽³⁵⁾.

En realidad, la normalidad utópica está reflejada en la propia definición de salud de la OMS y tiene una estrecha relación con el concepto de salud mental positiva de Jahoda (1958).

D) NORMALIDAD COMO PROCESO

Es una perspectiva basada en la capacidad de adaptación de la persona y la madurez de sus sistemas de respuesta a lo largo del desarrollo. La normalidad (o salud) se entiende como el resultado positivo de un proceso continuo de interacción persona-entorno, en el que se valora el estado actual pero contemplando todo el proceso evolutivo. Es decir, el ser humano está siempre en un proceso de desarrollo continuo, cuyo objetivo va orientado hacia la autorrealización y, por tanto, para evaluar la salud es necesario considerar no solo el momento actual sino también los acontecimientos y cambios que se han ido produciendo a lo largo de su vida (Ramshorn, 1983; Rigol y Garriga, 1991; Vallejo-Nagera, 1981) ⁽³⁰⁻³⁶⁻³⁷⁾.

Mesa (1986) ⁽²⁷⁾ indica que las experiencias significativas de cualquier etapa de la vida pueden modificar o alterar el funcionamiento de la persona (tanto en sentido positivo como negativo) y refleja, muy acertadamente, la filosofía de este acercamiento a la definición de la salud mental:

"El desarrollo de la personalidad es un proceso continuo, siempre sensible a las influencias pasadas, actuales y futuras. En cualquier momento, durante la adolescencia y la edad adulta, las experiencias significativas pueden modificar, incluso alterar drásticamente la organización y buen funcionamiento de la personalidad, para bien o para mal. Cabe afirmar, por tanto, que nadie está destinado a convertirse en un paciente mental por su herencia o por sus experiencias infantiles: Por el contrario, una buena dotación genética o una niñez favorables pueden incrementar la resistencia de una persona a las influencias adversas en las últimas etapas de la vida, pero no garantizan la inmunidad contra un trastorno de la conducta" (Mesa, 1986,) ⁽²⁷⁾.

E) NORMALIDAD JURÍDICO-LEGAL

El criterio forense valora la conducta en función del nivel de imputabilidad del acto y de su responsabilidad jurídica (Mesa, 1986; Schafetter, 1977; Vallejo, 1998) ⁽²⁷⁻²⁹⁾. El objetivo fundamental es el de determinar: -cuando una persona será considerada mentalmente incompetente - cuando una persona es o no responsable de sus actos

(por ejemplo ante casos de criminalidad) - cuando una persona puede o debe ser hospitalizada debido a un trastorno mental

Según Tizón (1996) ⁽²³⁾, la perspectiva jurídica es la más fácil de objetivar y estudiar ya que todas las sociedades tienen establecidos unos criterios jurídico-legales sobre el trastorno mental y sus consecuencias ante la ley.

LA SALUD MENTAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE MÚLTIPLES CRITERIOS

El objetivo central de esta perspectiva es el de intentar definir la salud mental a partir de múltiples criterios operativos y, a ser posible, para grupos de poblaciones concretas en contextos definidos. Tal y como señalan Belloch, Sandin y Ramos (1995), "no hay ningún criterio que, por sí mismo o aisladamente, sea suficiente para definir un comportamiento, un sentimiento o una actividad mental como desviada, anormal y/o psicopatológica". En este sentido, los sistemas clasificatorios que se utilizan en la clínica habitual podrían considerarse definiciones de múltiples criterios. Según Vallejo-Nagera (1981) ⁽³⁰⁾, el abordaje de la salud mental a partir de múltiples criterios surge ante el fracaso para localizar una definición "universal" o "teóricamente irreprochable" de normalidad psíquica. Sin embargo, las definiciones multicriteriales resultan menos operativas y concretas de lo que sus presupuestos teóricos pretenden. Es decir, continuamos encontrando términos abstractos y difíciles de operativizar y medir, como por ejemplo, adaptación, autonomía, independencia o relaciones satisfactorias. Asimismo, la mayoría de criterios son "universales" y no están planteados para poblaciones concretas ni contextos definidos. Por otra parte, es posible que, en un sentido estricto, no haya ninguna persona completamente sana, pues quien más quien menos, puede presentar déficits en algún indicador. Por ello, el hecho de no cumplir todos los criterios no significa que no haya salud mental.

En definitiva, la filosofía implícita en la perspectiva de múltiples criterios resulta, a priori, posiblemente el mejor acercamiento a la definición de la salud mental. Sin embargo, el principal problema es que no hay un acuerdo unánime sobre cuáles son los criterios que describen a la persona sana y, por tanto, siguen existiendo

diferentes definiciones y concepciones de salud mental. La mayoría de ellas hacen referencia a aspectos subjetivos, adaptativos y/o funcionales.

El problema de encontrar una definición válida de salud mental se refleja y se amplifica cuando entramos en los diferentes modelos que sirven de brújula para la intervención psicológica. Las principales orientaciones (psicodinámica, fenomenológica, cognitivo-conductual y sistémica) tienen posiciones muy diferentes, y muchas veces contradictorias, sobre los mecanismos psicológicos del ser humano y sobre el abordaje de los trastornos mentales. En este sentido, como indican García-Grau, Bados y Saldaña (1998):

“Los principios teóricos que confieren identidad y regulan la práctica clínica de los modelos psicodinámico y fenomenológico tienen poco aval empírico. Los únicos enfoques comportamentales que han “comprobado” sus premisas demuestran que la teoría es válida en las condiciones artificiales del laboratorio. Pero, por desgracia, no permiten explicar el origen, el mantenimiento y las sutilezas de los problemas clínicos, ni tan siquiera en el caso de las fobias simples” (García-Grau, Bados y Saldaña, 1998) ⁽³⁸⁾.

LA EPIDEMIOLOGIA EN SALUD MENTAL

DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

La mayoría de autores consultados (Bernardo, 1998; Chorot, Perez-Llantada y Sandín, 1995; Muñoz, 1980; Seva, 1982 y 1983; Seva y Fernández, 1992) adoptan o, al menos, hacen referencia a la definición de Lilienfeld y Lilienfeld (1980) según la cual, la epidemiología es la disciplina encargada de estudiar los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en diversas poblaciones.

Posteriormente, y en la medida en que la epidemiología se afianza, autores como Galvez (1993) ⁽³⁹⁾ y Ahlboom y Norell (1987, citado en Bernardo, 1998) amplían la definición añadiendo como objetivo la investigación de los factores implicados en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad.

La epidemiología originariamente se centró en el estudio de las enfermedades transmisibles de tipo epidémico (cólera, tifus, etc.). Luego amplió su campo de estudio, interesándose por los aspectos somáticos y psíquicos de las enfermedades (Häfner y Weyerer, 1994). En la última etapa avanza de forma paralela al movimiento de salud comunitaria y aporta los datos necesarios para estructurar y planificar los diferentes servicios asistenciales. Dada la complejidad que supone estudiar poblaciones generales, la epidemiología trabaja con diseños de investigación de doble fase. En la primera aplica un procedimiento de screening para seleccionar, de entre la población, los probables sanos y los probables enfermos (Baca, 1992; del Rey Calero, 1980). Generalmente se emplean entrevistas estructuradas y cuestionarios de fácil pasación; el instrumento más utilizado es el Cuestionario de Salud General de Goldberg (Baca, 1992; Goldberg, 1972; Goldberg y Huxley, 1990; Goldberg y Williams, 1996; Vázquez-Barquero, 1993) ⁽⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴²⁾. En la segunda fase de la investigación se trabaja con el grupo de probables enfermos, intentando establecer un diagnóstico clínico-nosológico y utilizando instrumentos más precisos para identificar las tasas de morbilidad de la población. Algunos autores sugieren que el tiempo juega un papel significativo en los diseños de doble fase. Vázquez-Barquero (1993) indica que: "un alto porcentaje de la psicopatología presente en la población general es de naturaleza transitoria". Este autor, para apoyar su afirmación, cita el proyecto Camberwell en el que se comprobó que el 49% de los casos identificados como psicopatológicos en la primera entrevista psiquiátrica dejaban de serlo un mes más tarde. Sin embargo, Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert (1990) ⁽⁴³⁾ encontraron que un periodo interfase de 6 meses no modificó los datos de prevalencia. Los autores partían de una concepción del trastorno mental "ligado a una estructura emocional y, por lo tanto, con una estabilidad y una escasa variabilidad sintomática en el tiempo" (Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert, 1990) ⁽⁴³⁾. Estos datos nos pueden llevar a reflexionar sobre algunas de las dificultades propias de la epidemiología.

En definitiva, según algunos autores (Bernardo, 1998), Del Rey Calero (1980) y Häfner y Weyerer (1994) ⁽⁴⁴⁾, la investigación epidemiológica en materia de salud mental, puede ser de gran utilidad para: - Generar nuevos conocimientos sobre

etiología y patogénesis, identificando los factores de riesgo y los factores causales de los trastornos psíquicos. - Desarrollar métodos de prevención, tratamiento o rehabilitación y evaluar su eficacia y sus riesgos. - Mejorar la práctica clínica y la planificación asistencial, evaluando la eficacia y el coste de los sistemas de atención sanitaria.

DIFICULTADES DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL

En primer lugar, la epidemiología en el campo de la salud mental tiene que afrontar las dificultades que conlleva la multicausalidad de la mayoría de los trastornos. Como señalan González de Rivera, Rodríguez y Sierra (1993) ⁽⁴⁵⁾ en el prefacio: "el concepto de causalidad multifactorial ha sido plenamente asumido por el pensamiento epidemiológico". Sin embargo, los métodos tradicionales de análisis deben sustituirse por técnicas más complejas de recogida y análisis de la información. Además, la multicausalidad dificulta la predicción, complica la generalización de los resultados y requiere de un equipo interdisciplinario y, por tanto, de un plus de recursos humanos y materiales (Baca, 1992) ⁽⁴⁶⁾.

En segundo lugar, tropieza con los múltiples problemas que supone definir un "caso" (o trastorno). No existe una definición única del concepto salud mental. Las diversas disciplinas (biología, psicología, sociología, etc.) abordan el concepto de "caso" desde distintas perspectivas. Los diferentes modelos psicológicos de intervención tienen concepciones a veces divergentes de los trastornos y, por tanto, según la orientación que se adopte, la prevalencia aumenta o disminuye (Bulbena, 1992). Asimismo, el nivel de atención (primaria, secundaria o terciaria), desde el cual se establece el criterio de "caso", puede incidir en los resultados (Herrera, Antonell y Spagnolo, 1988; Muñoz, 1980). El servicio asistencial que atiende al paciente (centro de salud mental o centro de salud general) tiene profesionales con diferentes niveles de entrenamiento para detectar los casos clínicos. Finalmente, las características de los "casos" varían notablemente entre el ámbito asistencial (que trabaja con pacientes "reales") y el ámbito de la investigación (que trabaja con casos "puros").

Para resolver algunas de estas dificultades, Herrera, Antonell y Spagnolo (1988) proponen diferenciar entre el concepto epidemiológico, y más amplio, de caso y un concepto más reducido que denominan "caso psiquiátrico necesitado de atención". Para éste último establecen una serie de características, de marcada influencia biomédica, que lo delimitan como, por ejemplo, que esté catalogado dentro de algún sistema nosológico. Para la prevención, indican que deben considerarse "las situaciones, personales o sociales, estables o transitorias, que se encuentren sometidas a factores de riesgo" (Herrera, Antonell y Spagnolo, 1988, pág. 140). En realidad, como indica Baca (1992), si se utilizan las taxonomías oficiales la definición de caso se simplifica.

Una tercera dificultad está relacionada con la utilización de los sistemas nosológicos que permiten acotar y delimitar los casos a estudiar. Las clasificaciones de los trastornos mentales tienen diversas limitaciones. Por ejemplo, existen diferentes taxonomías que, además, se revisan con frecuencia y, por tanto, los criterios diagnósticos se modifican periódicamente. Esto dificulta la comparación entre los estudios y la generalización de los resultados. Sin embargo, los avances en las clasificaciones han permitido mejorar el nivel de la investigación epidemiológica y, a su vez, las nuevas taxonomías evolucionan, al menos en parte, gracias a los hallazgos epidemiológicos. Una cuarta dificultad hace referencia a la necesidad de disponer de instrumentos adecuados para identificar (valorar) los casos. Algunos autores, como Bernardo (1998) o Vázquez (1990), indican que gracias a la aparición y el perfeccionamiento de cuestionarios y entrevistas estructuradas esta dificultad se minimiza y la epidemiología psiquiátrica ha hecho avances de gran relevancia. Sin embargo, otros autores más críticos, como Galvez (1993), manifiestan que todos los instrumentos utilizados aportan una información superficial; un listado de síntomas sin integrar que no permiten conocer la estructura global del trastorno.

Una quinta dificultad está relacionada con el método (dimensional o categorial) que se utilice. En este sentido, el enfoque dimensional investiga presuponiendo que las características o los síntomas presentan diferencias de grado, mientras que el enfoque categorial establece una delimitación entre "casos" y "no casos", es decir,

presencia o ausencia de síntomas. (Häfner y Weyerer, 1994) ⁽⁴⁴⁾. Rodríguez-Pulido y Montes de Oca (1983) señalan que la dicotomía caso/no caso es bastante artificial puesto que la mayoría de trastornos psíquicos se sitúan dentro de un continuum. Las ventajas e inconvenientes de cada método se comentan en el capítulo tres.

Las dificultades comentadas explican, al menos en parte, que existan estudios con resultados diferentes y que el nivel de conocimientos evolucione con cierta lentitud.

ALGUNOS RESULTADOS APORTADOS POR LA EPIDEMIOLOGÍA A LA SALUD MENTAL

A continuación, se realiza una breve descripción de algunas de las principales líneas de investigación en las que trabaja la epidemiología de la salud mental en la actualidad. Asimismo, se presentan, a modo de ejemplo, algunos datos, pero sin pretender en ningún momento hacer una revisión exhaustiva del tema.

A) ESTUDIOS QUE SE CENTRAN EN LA IDENTIFICACIÓN DEL TRASTORNO, UTILIZANDO LOS SISTEMAS NOSOLÓGICOS OFICIALES Y ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS ESTANDARIZADAS.

Estas investigaciones se realizan en población general y en centros de atención primaria; contribuyen a la validación de las taxonomías e incrementan la posibilidad de comparar y generalizar resultados entre estudios realizados en diferentes países o en diferentes zonas.

La mayoría de estudios utilizan los sistemas nosológicos oficiales CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) y DSM-V (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994) y los instrumentos estandarizados elaborados para la evaluación diagnóstica. Los más utilizados son el Diagnostic Interview Schedule-CIS (Robin, Hetzer, Croughan y Ratcliff, 1981), el Composite International Diagnostic Interview-CIDI (Organización Mundial de la Salud, 1990 y 1997) y el Present State Examination-PSE (Wing, Cooper y Sartorius, 1974), estos dos últimos tienen programas computarizados. Como se ha indicado anteriormente, en los diseños de

doble fase, el cuestionario más utilizado para el screening es el General Health Questionnaire-GHQ (Goldberg, 1972).

En esta línea de investigación, destaca el proyecto que desarrolló el Instituto Nacional de Salud Mental Americano (NIMH), en 5 universidades de Estados Unidos durante el periodo de 1980 a 1984, diseñado para establecer las tasas de prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en la población general americana. Este proyecto, denominado Programa de Áreas de Captación Epidemiológica (National Institut Mental Health-Epidemiologic Catchment Area, NIMH-ECA) se basó en el sistema clasificatorio DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) y para la recogida de datos utilizó la entrevista diagnóstica DIS (Diagnostic Interview Schedule) (Bernardo, 1998; Bulbena, 1992; Chorot, Perez-Llantada y Sandín, 1995; Generalitat de Catalunya, 1997).

Según Bernardo (1998), la prevalencia global de trastorno fue del 19,1% y en el Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998 (Generalitat de Catalunya, 1997) se indica que el 2,8% presentaban trastornos mentales graves. Los datos obtenidos sugieren que uno de cada cinco norteamericanos ha sufrido un trastorno psiquiátrico en los 6 meses previos al estudio y que una de cada tres personas ha tenido un trastorno a lo largo de su vida. Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) comentan un estudio desarrollado por la OMS sobre prevalencia e incidencia de trastornos psíquicos en centros de atención primaria de 14 países (Psychological Problems in General Health Care). En todos los casos aplican los mismos criterios e instrumentos, con un diseño de doble fase: la primera con el General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg y la segunda con el Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Los resultados promedio de todos los centros indican que la prevalencia de trastorno (cualquier tipo de diagnóstico) es del 22,8% en los hombres y del 24,7% en las mujeres, aunque se detectan diferencias importantes en función del país.

El grupo de trabajo en epidemiología psiquiátrica de la OMS (International Consortium in Psychiatric Epidemiology ICPE-WHO) ha puesto en marcha estudios epidemiológicos comparativos en diferentes países, utilizando en todos los casos el mismo instrumento (la WHO Composite International Diagnostic Interview- CIDI).

Sin embargo, en estos momentos, los datos se están analizando y, por tanto, todavía no han sido publicados (Kessler, 1999) ⁽⁴⁷⁾.

Existen dos investigaciones, especialmente citadas, llevadas a cabo en España para estudiar la morbilidad psíquica en la población general. El estudio Epidemiológico en Salud Mental del Baix Llobregat (Herrera, Autonell, Spagnolo, Domènech y Marín, 1987; Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert, 1990) y el estudio de Salud Mental Comunitaria de Cantabria (Vázquez-Barquero, Diez, Peña, Aldama, Samaniego, Menéndez y Mirapeix, 1987). Los resultados pueden compararse ya que ambos utilizaron el mismo tipo de diseño (de doble fase) y los mismos instrumentos de evaluación (el General Health Questionnaire de 60 ítems en la fase de screening y el Present Status Examination para la fase de entrevista).

En el estudio Epidemiológico en Salud Mental del Baix Llobregat se encontró una prevalencia general de trastorno del 23,92% (el 30,8% de las mujeres y el 15,9% de los varones). En el estudio de Salud Mental Comunitaria de Cantabria la prevalencia general fue del 14,7% (el 20,6% de las mujeres y el 8,1% de los varones). Recientemente se ha realizado el mismo tipo de investigación en la población general de Cataluña obteniéndose resultados similares (Rajmil, Gispert, Roset, Muñoz y Segura, 1998).

Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) ⁽⁴⁸⁾ citan un grupo de trabajos, de fase única, realizados en España, sobre la prevalencia de patología psiquiátrica en la atención primaria. Los resultados indican que el porcentaje de trastornos mentales oscila entre el 23,4% (en un estudio realizado en Cantabria por Iglesias, 1992) y el 59,7% (en un estudio realizado en Uribe-Costa por Pinilla y Salcedo, 1987). En investigaciones europeas de doble fase, la prevalencia psiquiátrica ajustada oscila entre el 11% y el 38,8%.

La Generalitat de Catalunya (1997), Herrera, Autonell, Spagnolo y Gispert (1990) y Regier y Burke (1997), presentan cuadros-resumen de diversos estudios nacionales e internacionales sobre la prevalencia de los trastornos mentales en la población general, que son comparables entre sí por utilizar la misma metodología.

B) ESTUDIOS QUE EVALÚAN LA EFICACIA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD MENTAL

Los estudios de la población que acude a los consultorios de medicina general, han proliferado en los últimos años. Un porcentaje importante de los pacientes que van a estos centros presentan problemas de carácter psicológico. Jenicek y Cléroux (1987) señalan que los trastornos psíquicos son el segundo motivo de consulta en atención primaria (después de las enfermedades infecciosas). Asimismo, Regier y Burke (1997) indican que del 15 al 30% de personas que solicitan visita en los servicios de medicina general presentan alteraciones mentales. Bulbena (1992), en la página 7, plantea que: "de las cifras de todos los estudios de morbilidad se deduce que el mayor volumen de morbilidad psiquiátrica aparece en atención primaria". Igualmente, estudios epidemiológicos realizados en diversos países indican que al menos una cuarta parte de la población que llega al médico de familia tiene algún problema psíquico (Generalitat de Catalunya, 1997).

La mayoría de estos pacientes presentan sintomatología somática o malestar emocional general (ansiedad, preocupación excesiva, tristeza o fatiga). Bridges y Goldberg (1985, citados en Bulbena, 1992) encontraron que el 50% de los pacientes con trastornos psíquicos presentaban síntomas de somatización, mientras que solo alrededor de una cuarta parte manifestaba tener sintomatología psíquica. Alvarez (1998) indica que la patología afectiva es uno de los motivos de consulta más habituales en atención primaria. Igualmente, Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) señalan que, según diversos estudios, los cuadros con mayor prevalencia en las consultas de medicina general son ansiedad, depresión y trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Todos estos problemas cursan con abundante sintomatología somática y camuflan la problemática psíquica; esto dificulta la identificación de los trastornos mentales en los servicios generales de atención primaria.

Todos estos datos explican que el objetivo de la mayoría de modelos asistenciales sea el de consolidar la atención primaria como la puerta de entrada a los servicios

sanitarios. En este sentido, debería ser el médico de cabecera el encargado de detectar y canalizar los problemas de salud mental.

Existen diversos estudios sobre la capacidad del médico de atención primaria para detectar patología mental. Bridges y Goldberg (1985, citados en Bulbena, 1992) observaron que cuando el paciente manifiesta tener síntomas psíquicos, el médico de familia diagnostica correctamente el 90% de los casos. Sin embargo, cuando el usuario dice que tiene problemas somáticos los profesionales identifican menos de la mitad de las disfunciones. Según Borus, Howe y Devins (1988, citados en Bulbena, 1992) los médicos generalistas reconocen con cierta precisión los casos de patología mayor pero están poco entrenados para identificar los cuadros de mayor prevalencia en la atención primaria. En este sentido detectan correctamente sólo: una de cada siete depresiones, tres de cada 18 cuadros de ansiedad y uno de cada cuatro pacientes con abuso de alcohol y otras drogas. Por otra parte, Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996), en una revisión de diferentes trabajos, señalan que el porcentaje de diagnósticos correctos oscila entre el 14,3% y el 42% de los casos. En definitiva, la habilidad del médico de atención primaria para detectar trastornos psiquiátricos es variable pero, desafortunadamente, en la mayoría de investigaciones, se sitúa por debajo del 50% y desciende al 20% en los estudios en los que se requiere un diagnóstico específico.

Para intentar solucionar, en la medida de lo posible, este problema la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han elaborado manuales de sus taxonomías adaptados a la atención primaria para que puedan ser manejados por profesionales no especializados en materia de salud mental. Asimismo, en algunos países se han puesto en marcha programas de formación dirigidos y adaptados a clínicos generalistas. En este sentido, Artal, Herran y Vázquez-Barquero (1996) y Tylee (1998) citan una campaña de formación sobre la depresión (Defeat Depression Campaign) que se puso en marcha, en el Reino Unido, para potenciar la eficacia diagnóstica de los profesionales de la atención primaria. En la misma línea, el Instituto Nacional de Salud Mental

americano (NIMH) ha elaborado el proyecto D/ART (Depression/Apreciation, Recognition, Treatment) (Regier y Burke, 1997; Tylee, 1998).

C) ESTUDIOS DIRIGIDOS A PLANIFICAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES Y DISTRIBUIR LOS RECURSOS DISPONIBLES

Los estudios de las poblaciones tratadas en los servicios de salud permiten valorar las necesidades y los recursos asistenciales (hospitalarios y comunitarios). Estos datos sirven para articular la planificación sanitaria y optimizar la distribución de los recursos. Sin embargo, el control de las personas que utilizan los servicios comunitarios es compleja puesto que las redes asistenciales no siempre están bien conectadas y, por tanto, los datos de algunos pacientes pueden llegar a perderse. Para controlar este hecho, se ha creado lo que se denomina "registro de casos acumulativos" que recogen todos los casos que entran en contacto con los diversos servicios de salud. (Häfner y Weyerer, 1994; Vázquez-Barquero, 1993).

Existen numerosos estudios diseñados para evaluar las necesidades de cuidados y el tipo de intervenciones que se realizan. Torres, Moreno, Salvador, Romero y de Jong (1997) comentan dos investigaciones que se están desarrollando actualmente (en el momento de la publicación están en la fase de análisis de datos). En primer lugar, un estudio europeo multicentrico, que evalúa las necesidades y déficits asistenciales de los enfermos mentales tratados en la comunidad. En segundo lugar, un estudio que valora los costes de la esquizofrenia en España (PSICOST) en el que participan la Universidad de Cádiz, la Universidad Pública de Navarra, la Fundación Argibide, los Servicios de Salud Mental de Gavà (Barcelona) y la Universidad de Cantabria. Salize y Rösler (1996) realizaron un estudio similar, en Mannheim, sobre el coste total que supone la atención comunitaria prestada a los pacientes esquizofrénicos. Johnson y Salvador (1999) enfatizan la necesidad de trabajar en la creación y validación de sistemas clasificatorios estandarizados para poder comparar los datos de diferentes servicios de salud mental y valorar su efectividad. El interés por el estudio de las necesidades asistenciales ha generado la creación de varios instrumentos de evaluación. Los más utilizados son:

- La Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental de la OMS (WHO International Clasificación en Mental Health Care, ICMHC) elaborada por De Jong, Gael y Ten Horn (1988).
- La Ficha Mannheim de Contacto con los Servicios Comunitarios de Salud Mental (Mannheim Service Recording Sheet, MSRS) de Salize y Rössler (1989, citados en Salize y Rössler, 1996).
- El Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (Camberwell Assessment of Need, CAN) elaborado por un equipo de investigación del Instituto de Psiquiatría de Londres y del Maudsley Hospital (PRISM). La adaptación española la ha realizado el equipo de investigación Granada-Sur, en coordinación con el PRISM (Jiménez, Moreno, Torres, Luna y Phelan, 1997).
- La Valoración de Necesidades de Cuidados (MRC-Needs for Care Assessment) de Brewin, Wing, Mangen, Brugha y McCarthy (1987). - Inventario de Servicios Recibidos por el Cliente (Client Service Receipt Interview CSRI) de Vázquez-Barquero, Gaité, Cuesta, García, Knapp y Beechman (1997, versión española).

D) ESTUDIOS QUE ANALIZAN LOS FACTORES DE RIESGO

En este apartado se presentan únicamente algunos datos generales sobre los factores de riesgo. Sin embargo, existe información específica sobre los diferentes trastornos mentales que puede consultarse en los sistemas nosológicos oficiales (DSM y CIE) y en la bibliografía especializada que aborda problemas concretos.

La complejidad del ser humano y la multicausalidad de la psicopatología dificulta el estudio y la identificación de los factores de riesgo. Sin embargo, hay una serie de variables que parecen incidir en las posibilidades de sufrir un trastorno mental. Como señala Muñoz (1980):

"Las investigaciones realizadas hasta el momento demuestran que las enfermedades mentales tienen una distribución en la población que no puede interpretarse como debida al azar. Dentro de ella se dan asociaciones que resultan significativas... aun cuando dichas asociaciones no permitan, sin embargo,

establecer una relación de causalidad en el sentido científico tradicional" (Muñoz, 1980, pág.1169).

Fernández y Nicemboim (1998) identifican algunos "macro factores" de riesgo para la etiología de los trastornos mentales como, por ejemplo: la modificación de los patrones sociales a un ritmo más rápido del que sería idóneo para el ajuste humano o la disolución progresiva de la familia extensa como un sistema de referencia para consolidar la identidad personal.

Algunas investigaciones epidemiológicas encuentran una mayor prevalencia de trastornos mentales en la mujer. Por ejemplo, los estudios de Herrera, Autonell, Spagnolo, Domènech y Marín (1987) y Vázquez-Barquero, Diez, Peña, Aldama, Samaniego, Menéndez y Mirapeix (1987) (citados anteriormente), indican que las mujeres tienen más trastornos mentales que los hombres. Igualmente Regier y Burker (1997) citan un estudio, apoyado por la OMS, realizado en varios países europeos, en el que se obtuvieron resultados similares. Sin embargo, es posible que los instrumentos de evaluación diagnóstica empleados en estos estudios sesgen los resultados. Por ejemplo, el Present State Examination (PSE), utilizado por Regier y Burker (1997), explora poco los trastornos adictivos, como el alcoholismo, lo cual puede modificar considerablemente los datos. Lemperière y Féline (1997), utilizando instrumentos más sensibles, encuentran que las mujeres presentan una mayor frecuencia de neurosis y depresiones; mientras en los hombres predominan las conductas sociopáticas, el alcoholismo y el suicidio.

Lemperière y Féline (1997) indican que la frecuencia de enfermedades mentales y, fundamentalmente de hospitalizaciones, es menor entre las personas casadas que no entre las personas divorciadas, separadas o solteras.

Hurrelmann (1997), en un estudio sobre adolescentes, llevado a cabo en Bielefeld, encuentra que los principales factores de riesgo asociados a síntomas de estrés son: a) padres muy exigentes en las expectativas de rendimiento escolar, b) estrés subjetivo generado por las demandas de la escuela, c) fracaso escolar, d) dificultades para integrarse en el grupo de iguales y e) menor nivel económico que

los amigos e iguales. La presencia de uno o más de estos factores de riesgo correlaciona con una alta probabilidad de que surjan síntomas de estrés.

Del Rey Calero (1980) comenta que las vivencias infantiles negativas pueden favorecer el desarrollo de problemas psicológicos. Por ejemplo, encuentra una correlación entre la calidad del medio familiar y la delincuencia juvenil y el riesgo de suicidio. Asimismo, Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Offord (1997) indican que las prácticas disciplinarias inadecuadas de los padres favorecen la conducta agresiva y antisocial. Asimismo, las relaciones, en la primera adolescencia, con compañeros que presentan una conducta desviada son un factor de riesgo para la delincuencia y el consumo de drogas. Martí Tusquets y Murcia Grau (1988) señalan la relación entre problemas en el desarrollo evolutivo y la aparición de trastornos en la edad adulta.

Por otra parte, Muñoz (1980) cita un estudio longitudinal, realizado en Lundby (Suecia), cuyos resultados indican que el riesgo acumulativo individual de padecer trastornos psiquiátricos, en personas mayores de 60 años, era del 43,4% para los hombres y del 73% para las mujeres. Albaigès y Ramos (1992) señalan que los ancianos están en una situación de riesgo, en especial si sufren alguna enfermedad orgánica, viven solos o están en instituciones. En la misma línea, Muñoz-Tortosa (1997) matiza que la viudez es uno de los factores que provoca mayor conciencia de envejecimiento e inutilidad en las personas mayores. La soledad acelera no sólo el deterioro mental y emocional del anciano sino también el físico. Cervilla, Prince y Mann (1997) encuentran que, en la tercera edad, existe una asociación entre niveles decrecientes de ingresos mensuales y declive cognitivo. Finalmente, Bravo y Serrano-García (1997) indican que existe una relación positiva entre el apoyo social y la salud. En este sentido, Rubio y Aleixandre (1997) matizan que el contacto social incrementa el nivel de satisfacción subjetiva en las personas mayores.

Uno de los factores de riesgo que ha recibido mayor atención es la clase social. Numerosos autores (Martí Tusquets y Murcia Grau, 1988; Nathan y Harris, 1983; Regier y Burke, 1997; Vázquez, 1990) citan la investigación realizada por Hollingshead y Redlich (1958), con pacientes tratados en servicios de salud mental.

Estos especialistas estudiaron fundamentalmente la relación entre clase social, tipo de enfermedad y utilización de servicios (públicos o privados). Los resultados indican que en las clases sociales altas hay una menor prevalencia de enfermedades graves y una mayor utilización de los servicios privados. Por contraste, en los estamentos sociales más bajos existe un mayor porcentaje de cuadros severos y una mayor utilización de los hospitales públicos. En este sentido, encontraron que la prevalencia de la esquizofrenia era once veces superior en la clase social más baja.

Del Rey Calero (1980) señala que algunas clases sociales más bajas están sometidas a tensiones socioeconómicas que pueden dar lugar a la "producción social" de ciertas enfermedades mentales. Buendía y Riquelme (1993) plantean que existe una mayor prevalencia de sintomatología psíquica en los grupos más desfavorecidos económicamente y que las condiciones económicas constituyen el factor que mejor explica los trastornos mentales. Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer y Offord (1997) matizan que la clase social, medida por diversos índices como ocupación, educación o ingresos familiares, es un factor de riesgo para el inicio de problemas psiquiátricos en los niños. Martí Tusquets y Murcia Grau (1988) señalan que las áreas geográficas pueden suponer factores de riesgo para diversas patologías: "la existencia de zonas urbanas patógenas coincide con áreas de mayor problemática social, de más alta densidad migratoria, de menor estatus socioeconómico y cultural" (Martí Tusquets y Murcia Grau, 1988, pág. 88). En las zonas urbanas hay áreas donde se produce una mayor densidad de determinados trastornos como la esquizofrenia (Lemperière y Féline, 1997). Por otra parte, Noronha (1998) indica que algunos trastornos mentales ocurren en culturas específicas, como por ejemplo la histeria del Artico, típicas entre los pueblos del polo norte, o la neurosis obsesiva de Putzwut, prevalente en las amas de casa de Suiza.

Martí Tusquets y Murcia Grau (1988) comentan que existe relación entre migración y alcoholismo y suicidio. Por ejemplo, en un estudio que estos autores realizaron en Barcelona, hallaron que el 77% de los hombres y el 64% de las mujeres, de una

muestra de personas alcohólicas, eran inmigrantes. Asimismo, encuentran relación entre los índices de desempleo y determinados tipos de trastorno, como: neurosis, alcoholismo, drogodependencias o trastornos de la conducta. Crepet (1993) presenta datos de algunas de las principales investigaciones epidemiológicas sobre desempleo. En definitiva, los factores socio-económico-culturales juegan un papel importante en la aparición y evolución de la enfermedad.

Para terminar, cabe señalar que la epidemiología intenta detectar los factores de riesgo para potenciar la prevención de la enfermedad. Sin embargo, como hemos apuntado, los trastornos son multicausales y los factores detectados son insuficientes. Por ejemplo, en el campo de las adicciones, Amunátegui (1997) indica que existe poca evidencia sobre el peso específico de los diferentes factores de riesgo implicados en la etiología del abuso de drogas, y sobre las posibles interacciones entre estos factores. Por otra parte pensamos, como apuntan Sher y Trull (1996), que la epidemiología sigue, en cierta medida, centrada en la vertiente negativa buscando más “la etiología” del trastorno que “la etiología” de la salud; es decir las variables que potencian, protegen y mantienen el bienestar psicológico.

MALESTAR PSÍQUICO

CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO MALESTAR PSÍQUICO Y EVIDENCIAS DE SU MAGNITUD

El concepto malestar psicológico responde a la necesidad de nombrar una serie de manifestaciones clínicas no patológicas y arraigadas en el carácter de la persona, las cuales requieren de atención psicológica específica, bajo el desarrollo de esquemas de tratamiento propios. Esto reclama, en primera instancia, una visión distinta del clínico hacia la psicopatología.

El malestar psicológico como concepto, se desprende de diversos análisis estadísticos y observaciones clínicas derivadas de la aplicación del Cuestionario General de Salud y de la utilización de otros instrumentos de tamizaje ⁽⁴⁹⁾. Estos estudios nos han orientado al análisis de una gama de manifestaciones clínicas

propias de la salud mental que se manifiestan como alteraciones psicológicas, clínicamente significativas y que responden a un evento disruptivo específico, pero que no cumplen con los criterios para ser consideradas como un trastorno mental. El concepto de malestar psicológico da cuenta, por lo tanto, a un intento de ampliar el espectro de salud mental con el que el individuo responde.

El concepto de malestar psicológico en la literatura internacional es, hasta el momento, un híbrido capaz de nombrar cualquier manifestación relacionada con una queja emocional de un paciente dado, producto de un tamizaje. Alude a un instrumento de salud autopercebida, que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. ⁽⁵⁰⁾

El malestar psicológico, como construcción psicológica y no sólo como producto de un tamizaje, es parte de un desarrollo teórico y clínico que ha recibido influencia de diversas propuestas psicológicas.

Es común encontrar la determinación de cuadros psicopatológicos, en pacientes que no necesariamente padecen de un trastorno mental. El malestar psicológico no puede ser entendido en éstos términos. El malestar psicológico consiste en una alteración secundaria a un evento estresor, pero que tiene características adaptativas y funcionales.

INFLUENCIAS TEÓRICAS SOBRE EL CONCEPTO DE MALESTAR PSIQUICO

Freud, Sigmund ⁽⁵¹⁾; Inhibición Síntoma y Angustia (1926). Establece una distinción clara entre la reactividad de los procesos inhibitorios y el anclaje simbólico del síntoma.

Teoría general de las neurosis en psicoanálisis. Siglo (XIX-XX). Plantea la existencia de diversas alteraciones, producto de conflictos internos estructurales o bien externos que conforman situaciones que condicionan la aparición de cuadros clínicos caracterizados por la angustia y su relación al desarrollo psicosexual.

Teoría del carácter en psicoanálisis. Siglo XX, establece la existencia de una estructura relativamente estable que permite la distribución de fuerzas internas y externas, para la adaptación y defensa del medio ambiente y la realidad interna.

Páez, D (1986) entiende al malestar psicológico, como el nivel de stress percibido, desmoralización, inconformidad y desasosiego. Lo cual puede configurar un problema de salud mental que se manifiesta través de diversas sintomatologías.

Goldberg, Daniel (1972) ⁽⁵²⁾ elaboración del cuestionario general de salud, como un instrumento que permite evaluar el nivel general de la salud e identificar la severidad de los disturbios psiquiátricos menores. Se enfoca, particularmente, en pacientes atendidos medicamente.

En psiquiatría, trastornos adaptativos (1996) ⁽⁵³⁾. Propuesta diagnóstica DSM IV de estructuras nosológicas, caracterizada por su reactividad, rápida evolución y cuya etiología es producto de un conflicto específico con la realidad. Sus manifestaciones son depresivas, ansiosas y mixtas. Si bien en su etiología se asemejan al malestar psicológico, su diferencia radica en la concepción de “trastornos” mientras que, el “malestar psicológico” se propone como un periodo de ajuste, no como una psicopatología.

Morales – Carmona y Cols (2005) ⁽⁵⁴⁾. Proponen al malestar psicológico como un conjunto de cambios emocionales, estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, el cual no puede ser agrupado en una condición sintomática.

PROPIEDADES DEL CONCEPTO MALESTAR PSÍQUICO

Como construcción psicológica el concepto de malestar psicológico se arraiga en torno a sus propiedades etiológicas, fenomenológicas y psicodinámicas.

REACTIVIDAD

Se trata de un fenómeno de inicio secundario a un estresor identificable, en primer lugar por el paciente, y en segundo lugar, por el clínico que hace la entrevista. Las

características del estresor y la susceptibilidad de éste para desencadenar el malestar, se entienden por: el momento vital del paciente, la fuerza de su aparato psíquico, la integración del sí mismo, la historia del paciente y las características simbólicas de estructura que conforma su carácter. Dicho estresor, desencadenará una serie de movimientos representacionales, simbólicos, afectivos y comportamentales. Estos movimientos se dan durante un periodo de ajuste, en donde el sujeto los utiliza en pro de la adaptación al medio ambiente y de las necesidades de su mundo interno. Entonces, se trata de un fenómeno reactivo, en tanto que dicho proceso no persiste en el tiempo y tiene fines adaptativos, funcionales y egodistónicos.

ES UNA ALTERACIÓN EMOCIONAL

Las manifestaciones más claras del malestar psicológico se entienden en la tonalidad afectiva del paciente, en donde suelen presentarse datos clínicos de depresión, tales como: llanto fácil, pérdida de interés, alteraciones en el patrón de sueño e irritabilidad; así como, datos de tipo ansioso: sensación de opresión torácica, sensaciones claustro o agorafóbicas palmar, inquietud, desesperación, miedo, pérdida del control, inconformidad, irritabilidad y agitación, entre otros. Si bien se trata de una alteración emocional de manifestaciones afectivas, no se caracteriza por una entidad particular. En realidad el malestar es susceptible de presentarse en cualquiera de las gamas y tonalidades, su tendencia puede dirigirse hacia el estado de ánimo deprimido, así como hacia el polo de la manía.

Puede presentarse también una línea afectiva de poca reactividad, similar al embotamiento. En realidad la dificultad es que su manifestación puede ser similar a cualquier trastorno emocional, su etiología, psicodinámica, evolución y pronóstico, son enteramente distintos.

No se hace referencia a síntomas, sino a datos clínicos. Cuando un paciente cursa exclusivamente con malestar psicológico, se debe entender que no se trata de una patología, en consecuencia, los datos clínicos observados obedecen a un periodo

de ajuste, no a una sintomatología, no a un trastorno; pero sí, a una alteración que se compara con el estado emocional previo al agente estresor desencadenante.

ES UN EVENTO EGODISTÓNICO

A raíz de la detección de un estresor desencadenante y sus manifestaciones afectivas de tipo adaptativo y reactivo (el paciente refiere incomodidad y deseo de cambio). Si bien se trata de un proceso de adaptación, es innegable el dolor psíquico que esta respuesta desencadena. Así, las manifestaciones en la tonalidad afectiva, el estado de ánimo, la percepción y el pensamiento, son experimentados por el paciente como un fenómeno molesto, incómodo, desconcertante y que altera la funcionalidad de algunas áreas de desempeño de la vida cotidiana. Esto lleva a los pacientes al deseo de cambio por recuperar su estado previo de funcionalidad y emotividad; haciendo de éste, un fenómeno egodistónico.

EN CUANTO A LO SIMBÓLICO

Cuando es reconocido el evento estresor desencadenante, puede suscitarse un desajuste de las representaciones y símbolos que conforman el mundo interno, así como sus respectivos afectos ligados en la conciencia. La presencia de un evento inesperado y de alto impacto, implica una reestructuración de las identificaciones, representaciones e introyecciones. Cuando este evento nuevo es asimilado, se incorpora el Sí mismo, donde la segunda tarea por realizar, es la de ser significado. Luego de lo cual, se instala como un evento simbolizado y simbolizante, lo que disminuye la carga emocional libre que genera incertidumbre y angustia. A partir de ese momento del proceso, el evento puede ser nombrado como experiencia y no requiere del olvido.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL MALESTAR PSÍQUICO

La clínica de este tipo de alteración psíquica es muy fina. Los elementos que la diferencian de una entidad patológica, requieren de una técnica especial en la entrevista diagnóstica. La sutileza de la escucha del clínico es fundamental, debe

prestarse atención a detalles como: “yo antes..., y ahora...”, “yo no era así”, “este problema”, “a partir de esta situación”. Estos detalles, una vez que han sido escuchados, deben ser indagados en la anamnesis, deben contextualizarse y transformarse en determinantes del entendimiento, de uno u otro dato clínico.

Dentro de la contextualización de las manifestaciones clínicas. El adecuado entendimiento del fenómeno psíquico permite el diagnóstico diferencial y evita el sobrediagnóstico. Los datos clínicos observados comúnmente en los pacientes que presentan malestar psicológico, pueden clasificarse en varias esferas. La primera corresponde a lo observable en el examen mental; la segunda esfera, responde a los ajustes sociales y familiares; y la tercera, en el caso de pacientes hospitalizados, responderá al proceso de hospitalización y vivencia personal del padecimiento médico.

MEDICIÓN DEL MALESTAR PSÍQUICO

El malestar psíquico se propone como una entidad clínica que hace referencia a un conjunto de reacciones psíquicas, manifestaciones emocionales y conductuales que se caracterizan por su curso breve, rápida evolución y buen pronóstico. Si bien el concepto de malestar psíquico se desprende de observaciones derivadas de la aplicación y análisis de un instrumento como el cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ) el más utilizado y validado para determinar malestar psicológico, no se trata de una construcción propia del instrumento o de una categoría que se desprenda de sus resultados, sino de una construcción conceptual

Este cuadro clínico debe entenderse como distinto a los trastornos adaptativos, los trastornos de personalidad y a los diagnósticos de psicosis breve y a las denominadas caracteropatías. Si bien sus diferencias pueden ser sutiles y fundamentales para el pronóstico, la intervención y la indicación o abstención de tratamiento. El malestar psíquico no es un diagnóstico, sino una descripción que evidencia alteraciones. Presupone la existencia de una etiología reactiva que su suma a su estructura de carácter, a la interpretación que la persona hace del mundo

y a su particular forma de resolver conflictos externos que repercute en su psiquismo.

Malestar psíquico o emocional como tal, se trata de un concepto el cual no estigmatiza ni carga de contenido psicopatológico a las dificultades psicológicas de los evaluados. Pero es impreciso, tanto respecto a los instrumentos utilizados para su evaluación operativa, como en su definición: “experiencia emocional desagradable que afecta al funcionamiento cognitivo, conductual, social, emocional y espiritual”. Se propone la palabra “*distress*”, para reflejar los distintos niveles de problemas psicológicos, que lógicamente no todos son trastornos psicopatológicos.

La imprecisión es más clara al considerar los instrumentos que usan distintos estudios para evaluar dicho malestar: por ejemplo, la escala K6, una encuesta de seis preguntas sobre el nivel de tristeza, nerviosismo, intranquilidad, desesperanza y falta de valor personal, validada con el DSM-IV; el listado breve de síntomas, BSI-18, usado habitualmente para medir depresión, ansiedad y somatización; o incluso la puntuación total en la escala HADS, argumentando que las subescalas de ansiedad y depresión, de que consta la misma, son poco específicas.

Es decir, que en la práctica, estos estudios hablan del concepto de malestar psicológico a partir conceptos clínicos, como el de depresión y de ansiedad.

Difiere de ellos el Termómetro de malestar psíquico (DT –*Distress Thermometer*) desarrollado por Andrew Roth y colaboradores, en asociación con una “Medida de detección y manejo del malestar psíquico” (DMSM). El malestar se objetiva de una forma simple mediante la imagen de un termómetro graduado de 0 a 10.

FACTORES PREDISPONENTES A LA APARICION DE MALESTAR PSÍQUICO

Existen ciertas fuentes que provocan malestar psíquico y/o emocional en diferentes formas y en diferente grado, y podemos mencionar factores o agentes estresores individuales, relacionados con el trabajo, con el ambiente o con la familia, pero no

se debe olvidar la interrelación entre los diferentes factores estresores o del contexto en que un determinado estresor se presenta en una persona, además si varios agentes estresores están presentes pueden producirse diversos tipos de combinaciones que implican diferencias en sus efectos individuales. Existe una gran cantidad de situaciones o factores que generan malestar psicológico en el individuo.

FACTORES ESTRESORES INDIVIDUALES:

Estos factores van a depender propiamente del individuo, constituyen elementos que pueden tornarse estresantes en dependencia del tipo de tarea que se realice. Existen una serie de factores que ilustrarán esta afirmación.

- **RASGOS DE PERSONALIDAD:** Existen ciertos rasgos que son más propensos a generar estrés sobre todo en personas serias, tensas, además de personas con un nivel de inteligencia mayor al promedio son más susceptibles a sufrir desórdenes emocionales relacionados con el estrés. Las necesidades, valores o formas en que miran las oportunidades, problemas o demandas son fuente de estrés cuando no están siendo satisfechos están muy por encima o bajo el nivel promedio del sujeto.

También la predisposición que tenga una persona frente al cambio, tanto de estructura como funcionales, implican en un mayor o menor grado de estrés. Influyen los valores que tenga el individuo como los religiosos, humanos, si la cultura de la empresa no va de acuerdo a sus ideales provocará estrés, el sentido que tengan del trabajo, si solo lo considera como un medio o un fin, a mayor autoestima menor riesgo de estrés, todas estas son características que influyen en mayor o en menor grado a tener algún nivel de malestar psíquico.

- **HABILIDADES PERSONALES:** Constituye otro de los factores a tener en cuenta para el estudio del estrés. Las destrezas que posee la persona para desarrollar su labor, sobre todo si es un trabajo manual que requiere de habilidades específicas, puede constituir un factor estresante en el caso de que ya la persona no cuente con

la rapidez necesaria en la ejecución, que puede deberse, a que alguna enfermedad o daño lo esté provocando o que la persona cuente con una edad avanzada donde el ritmo no sea el mismo que cuando joven.

- **INTERÉS POR LA TAREA:** Es uno de los factores más importantes en esta actividad, que no podemos dejar de mencionar, es el grado de motivación que le imprime el sujeto a su actividad laboral que le genere placer y bienestar. Cuando la persona no está motivada esta actividad se torna una amenaza para la persona que la encuentra tediosa, monótona y no busca razones que le hagan encontrarla atractiva.

FACTORES ESTRESORES ORGANIZACIONALES:

Son aquellos factores que se encuentran en el lugar de trabajo y que son generadores de algún grado de estrés en el individuo ya que es aquí donde la persona pasa la mayor parte de su tiempo.

- **SOBRECARGA DE TRABAJO:** El exceso de trabajo, tanto en términos cuantitativos como cualitativos es una fuente importante de estrés. La sobrecarga cuantitativa es el exceso de actividades a realizar en un determinado período de tiempo, en cambio, la sobrecarga cualitativa se refiere a las excesivas demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador. Por otra parte, la falta de trabajo puede resultar también estresante. La asignación de pocas tareas durante el día o la asignación de tareas muy simples, rutinarias y aburridas en relación a las habilidades y destrezas del trabajador pueden también ser causa de estrés laboral.

También en este punto consideramos el exceso de horas de trabajo, que influyen significativamente en la salud física como también las relaciones sociales y la vida familiar. La sobrecarga de trabajo como el exceso de horas está relacionado con la insatisfacción, baja autoestima, conducta de fumar más frecuente, entre otras.

- **CLIMA ORGANIZACIONAL:** El ambiente físico, psicológico son factores que producen estrés en los individuos. No a todos los individuos les afecta en el mismo grado el clima que exista en la empresa. El clima en la organización favorece el buen desempeño de la tarea siempre y cuando existan buenas relaciones interpersonales entre sus miembros. Pero una organización que no favorezca la comunicación, el compartir, la confianza entre sus miembros, donde no se respeten los horarios de descanso y estos no se utilicen precisamente para estos fines, donde el trabajador se sienta contrariado, presionado por el cumplimiento de una norma, hace que el clima que se respire esté cargado de sentimientos negativos y malestar obstruyendo el proceso de la actividad y frenando el rendimiento del trabajador.

En este caso, el sujeto comienza a presentar irritabilidad, rechazo a la institución, desmotivación lo que repercute en su productividad. Para un cierto individuo trabajar en un clima que no va de acuerdo a sus valores, le producirá mayor grado de estrés que uno que si está de acuerdo con sus costumbres personales (Ivancevich, 1989) ⁽⁵⁶⁾.

- **TRABAJO POR HORAS:** El horario en el que se desempeña el trabajo puede ser también un elemento desencadenante de estrés laboral. Cuando se trabaja por el cumplimiento de una norma los horarios de entrada y salida pueden resultar amenazadores en el sentido de que llegada la hora de salida y no se haya cumplido con la norma, en el trabajador comienza a aparecer ansiedad, irritabilidad, nerviosismo, etc., por no haber terminado aún su trabajo.

- **ACTIVIDAD LABORAL MONÓTONA:** Las tareas excesivamente repetitivas y monótonas, así como las tareas que resulten poco importantes, y muy fragmentadas (donde la contribución individual al resultado del trabajo es muy difícil de percibir) son generalmente consideradas como tareas potencialmente estresantes. En un estudio realizado en 1976 por Johanson, Aronsson y Lindstrom, mostraron como el trabajo duro y de gran esfuerzo físico y mental mantenía altos niveles de adrenalina.

Un análisis mostró que la adrenalina y la irritabilidad se asociaban con un trabajo repetitivo y la necesidad de mantener una misma postura corporal durante toda la jornada. Esta elevación de adrenalina se acompaña de sentimientos de fatiga e irritabilidad (Álvarez, 2000).

El trabajador que se enfrenta cada día a una actividad de este tipo debe tener conformados horarios de descansos espaciados, que propicien el compartir y realizar en intermedios, actividades refrescantes que logren relajar la tensión mantenida de la labor. En el individuo la rutina laboral sin incentivos, genera desinterés, desmotivación, pues no le permite desarrollar la creatividad en su quehacer.

FACTORES ESTRESORES EXTRAORGANIZACIONALES:

Son aquellos factores productores del estrés que pueden ser estímulos físicos y que encuentran en el ambiente de la organización que no tienen que ver directamente con el logro de los objetivos de la tarea pero que si influyen en el resultado de esta.

- **ILUMINACIÓN:** Estos aspectos (luminosidad, brillo, contraste) son relevantes tanto para el rendimiento como para la salud física y el bienestar psicológico. Una iluminación inadecuada puede producir problemas en la visión, dolores de cabeza, tensión, entre otros. Además, si la actividad que se desarrolla le resulta imprescindible determinadas condiciones de luminosidad, repercute en el resultado final de la actividad que puede verse engorrosa debido a errores cometidos (Kalimo, 1988).

- **TEMPERATURA:** Las personas intercambian constantemente calor con su entorno y este intercambio está influenciado por factores personales y ambientales. Trabajos que requieren decisiones críticas y discriminaciones finas son afectados negativamente por el exceso de calor, la destreza manual se deteriora en condiciones de baja temperatura pudiendo ser causa de accidentes (Kalimo, 1988).

- **DISTRIBUCIÓN DEL CONTEXTO LABORAL:** La falta de espacio físico o la inadecuación del mismo puede ser un estresor importante, pues es agente estresor tanto el hacinamiento como la falta de personas en un determinado espacio. En las oficinas pequeñas donde deben de cohabitar con equipos que necesitan espacio como computadoras existe el riesgo de provocarse accidentes pero también de producir más estrés que otras por las inconveniencias que introducen en el desempeño del trabajo y los costos en movimientos, esfuerzos y pérdida de tiempo que representan.

EL MÉDICO RESIDENTE

EL PROCESO DE INTEGRACIÓN A LA RESIDENCIA.

En todo este contexto la residencia aparece como un periodo de aprendizaje susceptible el cual puede afectar al proceso de formación. Los médicos especialistas en fase de formación se encuentran en periodo en el que consolidan sus competencias como futuros especialistas. Esta formación debe permitirles ejercer correctamente su formación en condiciones saludables teniendo en cuenta no solo los aspectos técnicos sino también los recursos para hacerle frente al impacto psicoafectivo que comporta en sí misma la tarea asistencial y la incorporación a una institución sanitaria.

Diversos estudios alertan que este periodo de aprendizaje también puede generar un alto grado de stress que, dependiendo de los factores ambientales y de la vulnerabilidad del residente puede alterar el equilibrio emocional de este y por añadidura estropear este proceso formativo. Una etapa que marcará la vida profesional y personal. Los estudios de medicina conllevan ya durante un largo periodo un alto nivel de exigencia que después se prolonga hasta la residencia. El esfuerzo que representa la superación de esta etapa de pregrado forma parte de un itinerario que define la vida profesional y personal del futuro médico.

Otro elemento a destacar son las incertidumbres en el tránsito de estudiante a profesional. El inicio de la residencia pone contacto al médico que sale del mundo

académico con el mundo de la asistencia real. Se pasa del rol de estudiante al rol del residente en el que se enfrenta a una nueva realidad en la que aparecen muchos miedos e incertidumbre.

El residente empieza a interrelacionar con los pacientes de una manera nueva e intensa, se encuentra con enfermos reales, usuarios exigentes e informados, ocasionalmente conflictivos. Pero también se enfrenta a un sistema que le plantea dilemas éticos y morales, a la necesidad de estar al día en conocimiento y tecnología que avanzan constantemente a la necesidad de desarrollar habilidades de comunicación y relación, y a unas perspectivas laborales de futuro incierto.

La práctica real se asocia también a enfrentarse a situaciones con una fuerte carga emocional, la muerte, el duelo. Esta situación se da dentro de un sistema organizativo que no siempre dispone de las condiciones adecuadas para dar apoyo al médico residente en este proceso de formación, y que a veces, puede ponerlo en condiciones de vulnerabilidad: cansancio a causa de los turnos, presión asistencial, difícil conciliación de la vida laboral y familiar, cambio de lugar de residencia domiciliar, sueldo limitado, etc.

La confrontación con la realidad es lo que inevitablemente ha de permitir que el residente sea un profesional competente pero también es cierto que históricamente desde la profesión médica se ha asumido este periodo como un sufrimiento obligatorio.

Como se mencionó anteriormente cada vez son más los estudios que alertan sobre grados de stress y malestar psicológico en la profesión médica en general, y estos estudios sugieren que son muchas sus causas y muchas las consecuencias a las que pueden dar lugar. Esta no es una cuestión que afecte de forma exclusiva a los residentes. Sin embargo, la residencia como periodo de formación sería un momento muy adecuado para proporcionar al médico habilidades y recursos que le permitiesen tener un desarrollo profesional y saludable.

En algunos casos, la incorporación al periodo de residencia puede dar lugar a situaciones de malestar importantes que interfieren en el buen seguimiento de la

formación y también pueden actuar como desencadenante y precipitador de una psicopatología que estaba latente en el individuo. Se puede también el caso que quizás algunos aspirantes a especialistas presenten características patológicas de personalidad o sufran algún tipo de patología psíquica y/o física importante que haga que deba plantearse una posible inadecuación para la especialidad seleccionada, o incluso la práctica de la medicina misma.

Existe una serie de factores de riesgos de malestar o de stress específico en la etapa de la residencia médica, más allá de los comunes para la profesión: periodo de formación largo, necesidad de actualización continua de conocimiento, contacto con situaciones emocionalmente impactante no vividas con anterioridad, elevada auto exigencia y manejo inadecuado (Por exceso o defecto de autocrítica), falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones diversas del propio ejercicio, poco tiempo para disfrutar de actividades lúdicas y recreativas y relaciones familiares empobrecidas. Algunas de esas situaciones se venían insinuando al finalizar la etapa de pregrado, pero cabría añadir otras nuevas: un incremento constante de la presión asistencial y de las tareas burocráticas, alejamiento de las decisiones asistenciales que afectan la práctica clínica, poco apoyo y supervisión clínica, poco trabajo en equipo, poco control de las condiciones de trabajo, mayor control político sobre el trabajo y la presión de los medios de comunicación.

En el momento de su incorporación el residente se ve obligado a responder a las necesidades de los pacientes y de la institución, mientras sus competencias básicas están en proceso de construcción. La vivencia de que las responsabilidades exigidas por el sistema son excesivas y prematuras es habitual en esta etapa, y la sensación de que el aprendizaje del rol se hace sobre la marcha, por osmosis, al ver que hace otro médico, sin razonarlo, es bastante común. El stress, el desánimo, el distanciamiento... Sea más o menos afortunada, esta situación conlleva siempre un nivel de stress de adaptación, y la consecuencia puede ser la desolación o el desánimo. A esta circunstancia se añade el hecho de que las formas de respuesta al stress, por parte de los profesionales y las instituciones sanitarias, tienden al distanciamiento y a la deshumanización.

Estos son los mecanismos que, a veces, el residente aprende rápidamente como estrategia para hacer frente al stress. Hay que insistir en que el manejo de la ansiedad y del stress requiere un aprendizaje. Incluso en los casos en que puede haber un apoyo para el aprendizaje técnico, con la adquisición progresiva de responsabilidades y la supervisión de un superior, se puede olvidar el carácter global del aprendizaje. Factores como la necesidad de ser competitivo (situación en la que la excelencia académica y la necesidad de hacer investigaciones es lo que muy a menudo más cuenta), la necesidad de tomar decisiones a pesar de la inseguridad, la sensación de falta de supervisión y apoyo, la presión asistencial para dar altas, para evitar ingresos, las discusiones con otros colegas, enfrentarse a las exigencias de algunos usuarios y profesionales, las agresiones verbales y físicas, la falta de ayuda por parte de otros compañeros, el desorden horario (con privación de horas de sueño) puede condicionar negativamente la formación integral y la adquisición de hábitos saludables por cuanto son en la práctica la fuente principal de malestar psíquico en esta etapa.

Las relaciones personales y el tiempo libre juegan así mismo un papel fundamental en el equilibrio psicoemocional. Los residentes pueden experimentar la sensación de que no tienen suficiente control sobre sus vidas durante la residencia.

Por otro lado, surgen a menudo problemas en el entorno familiar, más aun si la pareja también es un residente. Se debe remarcar la importancia de los vínculos familiares y sociales como elementos de protección ante el stress y el malestar. La incorporación de las mujeres a la profesión médica está creciendo de forma rápida, y la posibilidad de embarazo durante la residencia es elevada ⁽⁵¹⁾.

FACTORES QUE FAVORECEN AL STRESS EN EL RESIDENTE

A. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRABAJO:

- Periodo de formación largo
- Necesidad de actualización continúa de los conocimientos
- Contacto con situaciones emocionalmente impactantes

B. FACTORES RELACIONADOS CON EL INDIVIDUO:

- Elevada exigencia y autocrítica
- Falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones
- Poco tiempo para disfrutar de actividades lúdicas y recreativas
- Relaciones familiares empobrecidas

C. FACTORES RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN:

- Incremento constante de la presión asistencial
- Incremento constante de las tareas burocráticas
- Alejamiento de la toma de decisiones asistenciales que después afectan la práctica clínica
- Poco apoyo y supervisión clínica
- Poco trabajo en equipo
- Poco control de las condiciones de trabajo

D. FACTORES SOCIALES Y POLÍTICOS:

- Incremento del número de denuncias y litigios contra médicos
- Mayor control político sobre el trabajo
- Presión de los medios de comunicación

CAPITULO VII

DISEÑO METODOLÓGICO

ÁREA DE ESTUDIO: El estudio se realizó en el Hospital Carlos Roberto Huembés, localizado en el costado sur Parque Las Piedrecitas Managua, Nicaragua.

POBLACION: La población de interés en este estudio fue la totalidad de los residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés, que se encuentran activos hasta el mes de octubre del año 2015.

UNIVERSO: Para este estudio se trabajó con un universo constituido por 64 médicos residentes de las especialidades médico-quirúrgicas de todos los años del Hospital Carlos Roberto Huembés, que representan el total de médicos residentes de la institución.

MUESTRA: Muestra conformada por un total de 40 médicos residentes que accedieron de forma voluntaria a participar de la investigación.

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio con las siguientes características:

- ✓ *Por su finalidad:* se trata de una investigación *fundamental*, ya que se elaboro con el ánimo de encontrar un nuevo conocimiento sobre la problemática planteada.
- ✓ *Por su objetivo:* se trata de una investigación *descriptiva* ya que se caracterizó una situación específica de la realidad (Determinar la prevalencia de malestar psíquico entre los médicos residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés en el mes de octubre del año 2015.
- ✓ *Por el momento en que fue efectuada:* se trata de una investigación *Retrospectiva*, ya que se indago sobre hechos ocurridos en el pasado.
- ✓ *Por el tiempo:* De diseño transversal, es decir la recolección de los datos se realizó una sola vez.

TIPO DE MUESTREO: Se optó por un muestreo por conveniencia, no probabilístico (las muestras se obtuvieron en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados), donde los sujetos fueron seleccionados por la conveniente accesibilidad, proximidad y participación voluntaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Residentes de las especialidades médico-quirúrgicas de todos los años de residencia ubicados en los diferentes servicios.
2. Residentes que hayan firmado el consentimiento informado adjunto a la encuesta.
3. Residentes que aceptaron de forma voluntaria participar del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Médicos residentes bajo diagnóstico y tratamiento de alguna enfermedad de salud mental.
2. Médicos residentes que se abstuvieron de firmar del consentimiento informado.
3. Médicos residentes con alguna discapacidad visual o auditiva que se les imposibilitó la aplicación del instrumento de investigación.
4. Médicos del hospital que realizan residencia fuera de la institución.
5. Médicos residentes que no aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Para dar salida al objetivo 1 de describir las principales características sociodemográficas que presentan los médicos residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés:

1. Sexo
2. Edad
3. Especialidad
4. Año de residencia
5. Estado civil
6. Número de hijos
7. Satisfacción con las relaciones sociales y de amistad
8. Dificultades económicas
9. Residencia autofinanciada

Para dar salida al objetivo 2 de conocer los factores potencialmente causantes de alteraciones en el estado de salud de los médicos residentes, en términos de hábitos poco saludables, funcionalidad familiar, entorno laboral.

10. Percepción de la propia salud
11. Dieta equilibrada
12. Consumo de bebidas estimulantes
13. Satisfacción con las relaciones sexuales
14. Consumo de sustancias
15. Actividad deportiva
16. horas de sueño
17. Frecuencia de situaciones que se presentan en el entorno laboral
18. Grado de stress que se produce en situaciones del entorno laboral
19. Funcionalidad Familiar Mediante APGAR de Smilktein

Para dar salida al objetivo 3 de identificar la frecuencia de malestar Psíquico en la población a estudio y los principales factores relacionados:

20. Presencia de malestar psíquico

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable 1	Tipo	Escala	Descripción
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica	Masculino Femenino	Condición que diferencia al hombre de la mujer.

Variable 2	Tipo	Escala	Descripción
Edad	Cuantitativa Continua	20-24 años 25-29 años 30-34 años Más de 35 años	Años cumplidos al momento de la entrevista.

Variable 3	Tipo	Escala	Descripción
Especialidad	Cualitativa Nominal Politómica	Imagenología Cirugía Anestesia Ortopedia Pediatria Ginecoobstetricia Medicina interna	Estudios cursados por un graduado en Medicina en su período de posgrado

Variable 4	Tipo	Escala	Descripción
Año de residencia	Cualitativa Nominal Politómica	Primero Segundo Tercero Cuarto	Año de residencia cursado al momento de la entrevista.

Variable 5	Tipo	Escala	Descripción
Estado civil	Cualitativa Nominal Politómica	Casado Soltero Otro	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Variable 6	Tipo	Escala	Descripción
Número de hijos	Cuantitativa Discontinua	Ninguno 1-2 hijos 3-4 hijos 5 o más hijos	Se refiere al número total de hijos al momento en que realiza la entrevista.

Variable 7	Tipo	Escala	Descripción
Satisfacción con relaciones sociales y de amistad	Cualitativa Ordinal Politómica	Malo Bueno Muy bueno	Estado de bienestar al interactuar socialmente con otros individuos, existiendo o no una relación afectiva.

Variable 8	Tipo	Escala	Descripción
Dificultades económicas	Cualitativa Ordinal Politómica	Nunca Casi nunca A veces Siempre	Se refiere a los problemas que un individuo vive para conseguir los recursos económicos para satisfacer sus necesidades

Variable 9	Tipo	Escala	Descripción
Residencia medica autofinanciada	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Educación de postgrado de las diferentes especialidades, cuyos aportes financieros complementarios deben solventarse por propia cuenta.

Variable 10	Tipo	Escala	Descripción
Percepción de la propia salud	Cualitativa Ordinal Politómica	Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho	Interpretación o asignación de valor individual conjunto de procesos de carácter activo de la propia persona y de sus cambiantes estados físicos y psíquicos.

Variable 11	Tipo	Escala	Descripción
Dieta equilibrada	Cualitativa Ordinal Politómica	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	Es aquella formada por los alimentos que aportan una cantidad adecuada de todos y cada uno de los nutrientes que se necesita para tener una salud óptima.

Variable 12	Tipo	Escala	Descripción
Consumo de bebidas estimulantes	Cualitativa Ordinal Politómica	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre	Acción por la cual se ingieren bebidas que poseen efecto de estímulo en nuestro organismo, ya sea por su propia naturaleza o por una mezcla de sustancias que generen dicho estímulo.

Variable 13	Tipo	Escala	Descripción
Satisfacción con las relaciones sexuales	Cualitativa Ordinal Politómica	Satisfactoria Muy satisfactoria Muy insatisfactoria Insatisfactoria No contesta No aplica	Sensación de plenitud al realizar el acto sexual.

Variable 14	Tipo	Escala	Descripción
Consumo de sustancias	Cualitativa Ordinal Politómica	Tabaco Alcohol Fármacos Otras sustancias No contesta No aplica	Utilización de componentes capaces de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico.

Variable 15	Tipo	Escala	Descripción
Actividad deportiva	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Actividad física planeada y estructurada en función del tiempo libre y que generalmente tiene como propósito mejorar y mantener la condición física.

Variable 16	Tipo	Escala	Descripción
Horas de sueño semanal	Cuantitativa Discontinua	Menor de 42 horas 43-55 horas Más de 56 horas	Cantidad de tiempo de descanso del cuerpo y de la mente en el que hay una paralización o inhibición de la conciencia y de la mayor parte de las funciones corporales.

Variable 17	Tipo	Escala	Descripción
Frecuencia de situaciones que se presentan en el entorno laboral	Razón	1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre	Número de veces que aparecen situaciones laborales determinadas durante un periodo.

Variable 18	Tipo	Escala	Descripción
Grado de stress que se produce en situaciones del entorno laboral	Razón	1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre	Nivel de estrés presente en el individuo que tiene diferentes dimensiones que permite establecer mediante un rango definido en qué nivel de estrés se encuentra el individuo y en qué medida esto resulta perjudicial para él

Variable 19	Tipo	Escala	Descripción
Funcionalidad Familiar Mediante APGAR de Smilktein	Razón	Puntaje según Apgar de Smilktein: 0 a 3: necesidad de apoyo inmediato. 4 a 6: probable disfunción familiar. 7 a 10: sugiere funcionalidad.	Evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar al momento de la realización de la encuesta.

Variable 20	Tipo	Escala	Descripción
Presencia de malestar psíquico (GHQ-28)	Razón	<p>Cuestionario de Salud de Goldberg:</p> <p>0 a 4 puntos: ausencia de psicopatología</p> <p>5 a 6 puntos: sospecha de psicopatología subumbral.</p> <p>7 a 12 puntos: indicativos de presencia de psicopatología.</p>	Instrumento de tamizaje auto aplicado para pesquisar malestar psíquico

CARACTERISTICAS DEL INSTRUMENTO:

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta semiestructurada que incluyo las distintas variables aplicables del estudio, esta encuesta se dividió en tres bloques:

1. Constituido por ítems que valoraron las características sociodemográficas, entorno laboral y salud del entrevistado.

2. A continuación, se aplicó el GHQ-28, conocido instrumento de criba, utilizado habitualmente en contextos epidemiológicos como el que motivo el presente proyecto. El GHQ-28 está compuesto de 28 ítems y cuatro subescalas de 7 ítems cada una: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) y D (depresión grave). Ítems que recolectaron información relativa al malestar psicológico experimentado durante las últimas semanas previa al momento de la exploración. Para el presente estudio se utilizó la versión española de Lobo y colaboradores (Lobo y Muñoz, 1996; Lobo, Pérez-Echevarría y Artal, 1986) del GHQ-28. Se estableció punto de corte utilizando método de corrección GHQ (0,0,1,1). Con este sistema el punto de corte se establece en 5/6 (no caso/caso). (Ploubidis et al., 2007; Swallow et al. 2003; Van Hermert et al. 1995).

3. El tercer bloque de preguntas exploró las características familiares con la aplicación del apgar familiar de smilkstein, instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar. Consta de cinco preguntas cerradas, con lo que se valoró de forma global la satisfacción con la vida familiar.

La encuesta final está conformada por 72 ítems distribuidos en 3 bloques que incluían los siguientes aspectos: datos sociodemográficos, Salud, Entorno laboral, Características familiares y Malestar psíquico.

Al no disponer de un instrumento específico para evaluar el estrés laboral de los residentes de medicina, se optó por crear un conjunto de ítems que recogiese adecuadamente algunas de las circunstancias más habituales y relevantes que pueden ser percibidas como fuente de estrés específico para este perfil profesional. Este conjunto de ítems se diseñó para poder obtener información sobre la frecuencia con que cada situación se da, y también sobre la intensidad del estrés que esta situación genera en el sujeto.

Todas las preguntas fueron propuestas en una Prueba Piloto (se utilizó ya que permite obtener datos básicos y tendencias con respecto al estudio), bajo el contexto de un grupo focal constituido por 3 residentes y contrastando las situaciones expresadas en el grupo con las recogidas en la bibliografía consultada. El resto de preguntas, de tipo sociodemográfico, relativas a la dieta, el consumo de sustancias, el ejercicio físico, etc., se crearon por el investigador. La encuesta se adjunta en el anexo de este documento.

PLAN DE TABULACIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS:

Posterior a la recolección de datos, se realizara la tabulación de estos por primera instancia en una planilla formato Excel, para facilitar el orden y lectura de la información recolectada. Luego los datos serán ingresados al programa estadístico SPSS 22 versión para Windows 10 Home (2015). El análisis de datos se ejecutara mediante la inclusión de tablas y gráficos de porcentaje y frecuencia con los datos obtenidos, a modo de representar las conclusiones y resultados.

ASPECTOS ÉTICOS:

El rigor ético en esta investigación se ve reflejado en el respeto, bajo toda circunstancia y en todo el curso de la investigación, por la autonomía, la justicia, la no maleficencia y la beneficencia a todos sus participantes.

El respeto por la autonomía está representado por el reconocimiento de cada participante como un individuo moral responsable y libre de tomar sus propias decisiones. Se otorgó la información pertinente para que los participantes se sintieran libres de colaborar voluntariamente en la investigación, entregando un documento de consentimiento informado donde se expusieron claramente los objetivos de la investigación, ofreciendo la orientación y aclaración de dudas e interrogantes que pudieron surgir en el desarrollo de la encuesta y del estudio. Además, tuvieron conocimiento de su derecho a abandonar la investigación en el momento que lo desearon y no se les obligó de modo alguno a responder preguntas que no consideraban apropiadas.

La justicia comprende el hecho de otorgar, a cada participante, la igualdad de condiciones para la realización de este estudio, facilitando la entrega de información y ayuda a quienes requirieron de ésta y respetar a cada individuo como particular y único; sin costo alguno por parte de estos, ni beneficio económico particular hacia alguno de los participantes, no incurriendo en discriminaciones o exclusiones por situaciones fuera del contexto de esta investigación.

La no maleficencia y la beneficencia se respetaron mediante el correcto uso de la información entregada por parte de los participantes, utilizándola para fines de la investigación y no para perjudicar o causar daño a los colaboradores, utilizándola para contribuir, como fin último, al bien social y al bienestar integral futuro de la salud mental de los médicos residentes.

CAPITULO VIII

RESULTADOS

RESULTADOS

A continuación se presenta los resultados de la investigación de este estudio, constituida por una muestra de 40 médicos residentes de las distintas especialidades médico quirúrgicas existentes en el Hospital Carlos Roberto Huembés.

Se presenta la información recogida mediante técnicas e instrumento de estudio en datos cuantitativos de análisis descriptivo que fueron procesados en el programa de Excel los cuales posteriormente se exportaron al programa SPSS versión 22, las que finalmente se objetivizan mediante de cuadros estadísticos y gráficos tomando su relación con cada una de las manifestaciones de la variable independiente.

Datos sociodemográficos:

Edad y sexo:

Del total de 40 personas encuestadas, el 25% (10) son hombres y el 75% (30) mujeres. El grupo etareo predominante se encuentra entre las edades de 25 a 29 años que representa el 65% (26), con un 50% (20) mujeres y 15 % (6) hombres, cuya distribución es similar entre ambos sexos (tabla 1, grafico 1).

Especialidad y año de residencia:

La distribución por año de residencia es la siguiente: el 50% se halla en el primer año de residencia, el 22.5% en el segundo, el 22.5% en el tercero y sólo un 5% está en el cuarto año de residencia.

Las especialidades médico-quirúrgicas se distribuyen de la siguiente manera: Medicina interna 30% (12), Pediatría 22.5% (9), seguido de Ginecoobstetricia con un 15% (6). Ortopedia, Imagenología y Cirugía con un 10% respectivamente y Anestesiología con 2.5% (1) (tabla 2, grafico 2).

Relaciones sociales y de amistad:

El 50% (20) de los residentes considera que sus relaciones sociales y de amistad son buenas, y el 45% (18) las considera muy buenas. Sólo un 5% (2) las considera insatisfactorias (tabla 3, grafico 3).

Estado civil y número de hijos:

En cuanto al estado civil el 65% (26) afirman ser solteros y el restante 35% (14) estar casados (tabla 4, grafico 4). De los cuales solo el 30% (12) tiene hijos, del cual el 27.5% (11) tienen entre 1 y 2 hijos, la gran mayoría siendo el 70% (28) asegura no tener hijos (tabla 5, grafico 5)).

Dificultades económicas y residencia autofinanciada:

Un 7.5% (3) afirma no tener nunca problemas económicos. Un 22.5% (9) casi nunca sufre este tipo de dificultades. Un 32,5% los tiene a veces, mientras que un 57.5% (23) los tiene a veces. El 12.5% (5) restante afirma tener dificultades económicas siempre (tabla 6, grafico 6). Encontrándose que el 27.5% (11) de los médicos residentes encuestados se encuentran bajo régimen de especialidad autofinanciada (tabla 7, grafico 7).

Salud:**Estado de salud autopercibido:**

Solo el 5% (2) de los profesionales evalúa como insatisfecho y muy insatisfecho, respectivamente, el estado de salud autopercibido. En definitiva los residentes se encuentran satisfechos con la percepción de la salud con un 72.5% (29) y un 17.5% (7) considera estar muy satisfecho con su salud (tabla 8. Grafico 8).

Dieta equilibrada:

El 10% (4) de los encuestados afirma que su dieta casi siempre es equilibrada. El 20% (8) a veces, el 47.5% (19) casi nunca y nunca 22.5% (9) (tabla 9, grafico 9).

Consumo de bebidas estimulantes:

El 35% (14) dice que nunca consume bebidas estimulantes, el 30 % (12) a veces, el 25% (10) casi nunca, el 10% (4) casi nunca tabla10, grafico 10).

Satisfacción las relaciones sexuales:

Las relaciones sexuales son muy satisfactorias para el 35% (14) de los encuestados, satisfactorias para el 37.5% (15), en un 12.5% (5) no contestaron y en 15% (6) señalaron que no aplicaban. Estadísticamente hombres y mujeres presentan la misma distribución de valores (tabla 11, grafico 11).

Consumo de sustancias:

En lo que respecta al consumo de sustancias encontramos: alcohol en un 50% (20), el 12.5% (5) consumo de tabaco, ingesta de fármacos en un 5% (2), una pequeña muestra opto por no contestar 10% (4). Y los que contestaron no aplicar a este aspecto conforman el 32.5% (13) (tabla 12, grafico 12).

Actividad deportiva:

El 72.5% (29) de la muestra afirma no practicar actividades deportivas, el restante 27.5% (11) indicaron que si realizan actividades deportivas (tabla 13, grafico 13).

Horas de sueño semanales:

En relación a las horas de sueño el 92.5%(37) afirma dormir menos de 42 horas a la semana, y una pequeña parte 7.5% (3) entre 42 y 55 horas a la semana (tabla 14, grafico 14).

Entorno laboral

Frecuencia y grado de stress de situaciones en el entorno laboral:

Con relación a los resultados de las situaciones laborales y grado de stress, un 50% (20) de la muestra respectivamente, obtuvo una puntuación de 3 en la escala de la encuesta entendiéndose como a veces.

Seguido de un 42.5% (17) con puntuación de 2 en la escala equivalente a casi nunca. Una pequeña parte equivalente al 7.5% (3) indico que estas situaciones se presentan casi siempre con una puntuación de 4 (tabla 15, grafico 15).

Funcionalidad familiar

APGAR familiar:

Los resultados de la aplicación del APGAR familiar de Smilkstein, determino que el 62.5% (25) obtuvo un puntaje sugerente a funcionalidad familiar, seguido de 27.5% (11) que apunta una probable disfunción familiar y sólo un 10% (4) sugiere necesidad de apoyo inmediato (tabla 16, grafico 16).

Malestar psíquico

Cuestionario de salud de Goldberg:

De acuerdo con la clasificación del cuestionario general de salud (GHQ 28) se encontraron los siguientes resultados: El 40% (16) de los médicos residentes obtuvieron puntuación indicativa de una psicopatología (mayor de 7), el 45% (18) con una puntuación (menor de 4) ausencia de psicopatología, y una pequeña porción del 15% (6) con puntuación (5 / 6) equivalente a sospecha de psicopatología (tabla 17, grafico 17).

Relación entre el malestar psíquico y factores sociodemográficos

En relación con la edad: el grupo de encuestados con indicativo de sospecha (12.5%) y presencia de psicopatología (25%) el mayor porcentaje se concentra en el grupo etario 25 a 29 años (tabla 18, grafico 18).

En relación con el sexo: El puntaje obtenido en el cuestionario de salud de Goldberg podemos observar una tendencia indicativa de psicopatología en las encuestadas de sexo femenino con un (30 %) y un (10%) del sexo masculino. Sospecha de psicopatología Hombres con un (2.5%) y mujeres con un (12.5%) (Tabla 19, grafico 19).

En relación con especialidad: Los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de salud de Goldberg se observa prevalencia de indicativo de presencia de psicopatología en las especialidades de Medicina interna con un (15%) y Pediatría

con un (12.5%), seguido de Ginecoobstetricia (7.5%) y luego Ortopedia e Imagenología con un (2,5%) respectivamente (tabla 20, grafico 20).

En relación con el año de residencia: se encontró que el (25%) de los que presentan indicación de psicopatología son residentes de primer año, de igual forma este grupo también es el que presenta la mayor cantidad de ausencia de psicopatología con un (17.5%). Segundo y tercer año con un (7.5%) indicativo de psicopatología respectivamente y (12.5%) de ausencia en estos mismos años (tabla 21, grafico 21).

En relación con el estado civil: los médicos casados el (18%) presentan indicación de psicopatología, mientras que los solteros un (23%). La ausencia de psicopatología se presenta en un (15%) en los casados y en (30%) en los solteros (tabla 22, grafico 22).

En relación al número de hijos: los residentes que no tienen hijos presentan un (32.5%) de indicación de psicopatología y un (30%) de ausencia de psicopatología. Los residentes con hijos presentan indicación de psicopatología en un (7.5%) y con un (15%) ausencia de psicopatología (tabla 23, grafico 23).

Relación entre malestar psíquico y salud

En relación con la percepción de la propia salud: El (32.5%) de médicos satisfechos con la salud autopercebida muestra ausencia de psicopatología, el (10%) sospecha de psicopatología y El (30%) es indicativo de psicopatología. El (5%) correspondiente a insatisfecho y muy insatisfecho respectivamente muestran indicación de psicopatología tabla 24, grafico 24).

En relación al consumo de sustancia: Los médicos fumadores con indicación de malestar psíquico corresponden a (10%) y solo el (2.5%) de estos presenta ausencia de malestar psíquico. Los médicos con consumo de alcohol e indicación de psicopatología y ausencia de psicopatología equivalen al (22.5%) respectivamente (tabla 25, grafico 25).

En relación con las horas de sueño semanal: Los residentes que duermen menos de 42 horas semanales con ausencia de malestar psíquico equivale al (40%), los que presentan sospecha de malestar psíquico (12.5%) y los que presentan indicación de malestar psíquico con un (40%) (Tabla 26, grafico 26).

En relación con la satisfacción en las relaciones sexuales: las personas con relaciones satisfactorias y ausencia de psicopatología representan el (12.5%), los que presentan indicación de psicopatología equivalen al (17.5%) y un (7.5%) con sospecha de psicopatología. Los residentes con relaciones muy satisfactorias que presentan malestar psíquico equivale al (12.5%) y los que presentan ausencia de malestar psíquico equivale al (20%) (Tabla 27, grafico 27).

Relación entre malestar psíquico y funcionalidad familiar

Según los datos obtenidos de la aplicación del Apgar Familiar la población encuestada se concentra en ausencia de psicopatología con sugerencia de funcionalidad familiar (37,5%), indicativo de psicopatología con sugerencia de funcionalidad familiar (20%). Probable disfunción familiar y malestar psíquico (12.5%) y un (7.5%) sospecha de malestar psíquico y probable disfunción familiar. Necesidad de apoyo inmediato con indicación de psicopatología un (7.5%) (Tabla 28, grafico 28).

Relación entre malestar psíquico y entorno laboral

Con respecto a los resultados obtenidos entre la presencia de malestar psíquico y una puntuación de 2 (casi nunca) de situaciones del entorno laboral y grado de stress corresponde al (12.5%), ausencia de malestar psíquico (27.5%). Con respecto a una puntuación de 3 (a veces) de situaciones del entorno y grado de stress con presencia de indicación de psicopatología corresponde al (22.5%), sospecha de psicopatología (12.5%) y ausencia de psicopatología (15%) (Tabla 29, grafico 29).

CAPITULO IX

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

DISCUSIÓN

Es reconocido que los médicos residentes cumplen una doble función; por un lado brindan una importante labor asistencial a través de la atención de los pacientes y, por otro lado, son responsables de su propio proceso de formación profesional como especialistas. El modelo vigente de formación de los residentes de medicina ofrece una serie de ventajas como un contacto directo con pacientes y médicos con mayor experiencia. No obstante también tiene varios inconvenientes entre los que destaca el extenuante ritmo laboral al que los futuros especialistas están sometidos. Este sistema ha encontrado críticas tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales

El médico en su periodo de formación como especialista es altamente vulnerable, se necesita de un buen equilibrio emocional para realizar esta tarea. El papel relevante de los profesionales de la salud en la educación sanitaria y en la promoción de la salud de la población justifican el objetivo fundamental del presente estudio: Determinar, por primera vez, la prevalencia del malestar psíquico entre los residentes de medicina del Hospital Carlos Roberto Huembés y su asociación con aspectos sociodemográficos, salud, funcionalidad familiar y las condiciones laborales.

Los resultados del estudio confirman la elevada prevalencia del malestar psíquico entre los médicos residentes de dicha institución. Esta cifra se sitúa en el 40% y es concordante con la observada en estudios internacionales comparables llevados a cabo con residentes (Morales et al. 1995, Firth-Cozens. 1999), médicos de atención primaria (Molina et al. 2003, Esteva et al. 2006) y médicos de hospital (Ramírez et al. 1996, Clarke et al. 2004, Taylor. 2005). Las cifras de malestar psíquico de estos estudios se mueven entre el 26% y el 37%.

En definitiva puede asegurarse la presencia de malestar psíquico en los residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés, al igual que lo encontrado en la bibliografía consultada. Situación que de alguna manera obliga a buscar alternativas que pudieran minimizar los mencionados síntomas en calidad del buen desarrollo profesional y laboral.

Desde el punto de vista sociodemográfico, nos parece importante señalar que la población encuestada presenta una relación 1:3 entre hombres y mujeres, confirmando la tendencia a la feminización de la profesión especialmente marcada en las generaciones de profesionales más jóvenes. La edad más preponderante es entre los 25 a 29 años, lo que se ajusta íntegramente al perfil de ingreso de médicos residentes.

Podemos agregar, que en relación a la especialidad, los encuestados presentaron una distribución respecto al GHQ-28 que demostró una alta prevalencia de indicativo de psicopatología en las carreras Medicina interna y Pediatría. Evidentemente los médicos que cursan el primer año de residencia en todas las especialidades, son los que poseen una alta prevalencia de psicopatología existente.

El presente estudio pone en evidencia una marcada disminución de la satisfacción en muchos ámbitos de la vida extra-laboral de los residentes. Este empeoramiento de la satisfacción incluye las relaciones con la familia y los amigos y la disponibilidad de tiempo de ocio. Así pues, el profesional que está integrado en una residencia médica está expuesto a cambios notables que conllevan a la modificación del tiempo de dedicación y de las fuentes de gratificación.

Es importante mencionar que la gran mayoría de los médicos residentes son solteros y sin hijos, siendo estos los que presentan una elevada prevalencia de malestar psíquico, en comparación con médicos residentes casados y con hijos que poseen baja prevalencia de malestar.

En lo que respecta al consumo de sustancias, lo primero que hay que señalar es que la mitad de la muestra opta por consumir bebidas alcohólicas, siendo las mujeres el sexo predominante.

La mayoría de los residentes se muestran satisfechos con sus relaciones sexuales y a pesar de esto la presencia de malestar psíquico en este grupo tiene una prevalencia del 17.5%, cifra que en comparación los médicos que consideran que sus relaciones sexuales son muy satisfactorias presentan mayor prevalencia de ausencia de malestar psíquico, considerando lo anterior podemos concluir que mayor satisfacción con las relaciones sexuales menor riesgo de desarrollar malestar.

Con relación a la actividad deportiva más del 70% de los encuestados no ha realizado ningún tipo de actividad física deportiva en las semanas anteriores a la realización de la encuesta y, sólo el 10% de profesionales afirman procurar usualmente que su dieta sea equilibrada, es evidente que hay que aumentar la concienciación de los profesionales sobre estos temas.

De la misma forma, los datos analizados correspondientes al APGAR Familiar versus el cuestionario de salud de Goldberg, nos muestran que aquellos médicos residentes que reconocen contar con una estructura familiar funcional, se ubican mayormente en el grupo que presenta ausencia de psicopatología, permitiéndonos deducir que la funcionalidad familiar podría ejercer un rol protector.

Resulta relevante indicar que la gran mayoría de circunstancias exploradas en relación a las situaciones del entorno laboral y el grado de stress percibido poseen una puntuación media, la cual comparada con la presencia de malestar psíquico pone en evidencia, que a puntuaciones más altas mayor es la prevalencia de dicho malestar, encontrándose una relación directamente proporcional de estas variables, mientras más frecuentes sean las situaciones estresantes del entorno laboral más

stress es percibido por el residente y por consiguiente mayor riesgo de desencadenar malestar psíquico..

De todos los datos obtenidos hay que destacar que, aunque la inmensa mayoría de condiciones laborales adversas tienden a estar ligadas a la presencia de malestar psicológico, estas condiciones estructurales no son las que más capacidad discriminativa tienen sobre la diferenciación entre los residentes con y sin psicopatología.

Existen factores que podemos considerar como factores de riesgo útiles en la diferenciación de los residentes con y sin malestar psíquico son elementos ligados al entorno laboral y la percepción del estado de salud. Estas variables, de naturaleza psicológica, y que son coincidentes con los resultados de otros estudios, ponen de manifiesto la necesidad de tener en consideración el estado psicoafectivo del residente. Todo esto ha de llevar a plantearse la necesidad de implementar estrategias idóneas del proceso actual de acompañamiento del residente en este periodo formativo.

CAPITULO X

CONCLUSIONES

La investigación presentada corresponde a un análisis comparativo de variables, que buscaba identificar la dependencia y vinculación de aquellas que, previa revisión bibliográfica, se relacionan con la aparición de malestar psíquico mediante la ausencia, sospecha e indicio de psicopatología evaluada a través del cuestionario de Salud de Goldberg GHQ-28 aplicado a médicos residentes de las diferentes especialidades del Hospital Carlos Roberto Huembés.

Se aplicaron en total 40 encuestas, las cuales fueron analizadas a través del programa estadístico hoja de cálculo Excel y SPSS versión 22, utilizando análisis de tipo descriptivos.

Respecto al análisis realizado podemos concluir que la presencia de malestar psíquico se vincula mayormente con las variables sexo, especialidad, año de residencia, número de hijos, horas de sueño semanal y entorno laboral, estableciendo que:

1. En los residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés la prevalencia de malestar psíquico se evidenció en médicos de género femenino, pertenecientes mayoritariamente al grupo etario comprendido entre los 25 a 29 años, así mismo entre las especialidades que muestran elevada prevalencia de malestar psíquico destacan: Medicina interna, Pediatría y Ginecoobstetricia, representados en gran número por médicos que cursan el primer año de residencia.
2. Los encuestados que reconocen no contar con una relación de pareja, más aun los que no poseen hijos, presentan mayores índices de indicación de psicopatología, contribuyendo a la aparición de malestar psíquico.

3. La funcionalidad familiar se vincula con la ausencia de psicopatología, concluyendo que este actúa como factor protector.
4. El consumo de sustancias, no se relaciona directamente con la ausencia o presencia de malestar psíquico.
5. Las situaciones laborales y stress percibido se relaciona directamente con la aparición de malestar psíquico.

La alta prevalencia del malestar psíquico durante la residencia confirma que la medicina es una profesión con riesgos psicosociales, que puede hacer especialmente vulnerable al médico joven.

Esta realidad justificaría, por un lado, la conveniencia de complementar los programas formativos de los especialistas con la adquisición de habilidades que ayuden en el manejo del estrés y el impacto emocional de la práctica médica y en la integración de espacios de apoyo emocional (grupos de apoyo) en las actividades habituales del residente.

Por otro lado los servicios docentes deberían garantizar una organización y un clima de trabajo que fuesen receptivos a las necesidades del residente. Debemos insistir en la función de la tutoría, responsable de orientar y realizar el seguimiento del proceso de formación del residente.

Cada una de estas medidas debe tener como finalidad preparar al residente para un desarrollo saludable de su vida profesional.

Con los resultados obtenidos al realizar este estudio, se sugiere continuar con estudios al respecto en poblaciones más extensas e incluir como posibles variables otros factores psicosociales organizacionales y variables de personalidad, e indicadores fisiológicos que no pudieron ser abordados en la presente investigación.

CAPITULO XI

RECOMENDACIONES

- 1) Vigilar la salud mental de los médicos residentes fomentando una jornada laboral y académica, que respete la integridad psíquica de cada uno de los residentes en las diversas especialidades del Hospital Carlos Roberto Huembés de Managua.

- 2) Establecer programas de psicoprofilaxis, en pro de la salud mental de los médicos residentes de las diversas especialidades, en especial aquellos que presenten sospecha e indicación de psicopatología con manifestaciones físicas y psíquicas y antecedentes familiares o personales de patología psiquiátrica.

- 3) Brindar atención psicológica de forma constante y permanente a los médicos residentes independiente que presenten o no sintomatología de malestar, a manera de prevenir alteraciones en la salud mental de los médicos en formación.

- 4) Crear una estructura formal y confidencial de servicio de salud mental dentro de los programas académicos de residencia médica.

- 5) Crear un estándar de horas laborales para los médicos residentes que no comprometan su calidad de vida, su desempeño académico y asistencial en pro de la disminución de la falta de interés y errores académico – asistenciales asociados a los factores desencadenantes de malestar psicológico.

- 6) Capacitar al personal a cargo de seleccionar a los aspirantes de residencia basada en los principios de selección de personal tomando en cuenta el aspecto biopsicosocial del individuo.
- 7) Mejorar la comunicación entre los servicios de salud mental y los Departamentos de enseñanza médica, mejorar la comunicación de la misma con sus colaboradores, con sus médicos residentes y fomentar las habilidades de comunicación como base de detección de problemas personales y de otros factores que pudiesen tener un impacto negativo en el desempeño humano, académico y asistencial de los médicos residentes.
- 8) Implementar acciones y/o programas que promuevan la higiene mental en médicos residentes.
- 9) Implementar acciones y/o programas que detecten comorbilidad médica y/o psiquiátrica que puedan impactar sobre la calidad académico – asistencial de los médicos residentes.
- 10) Fomentar la concientización sobre la práctica de estilos de vida saludable entre los médicos residentes, ya que su rol ejemplar, junto con la difusión activa de consejos preventivos, puede tener un gran impacto en la población.

CAPITULO XII

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1948
2. Midtgaard M, Ekeberg , Vaglum P, Tyssen R. Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *Eur Psychiatry* 2008;23:505–11.
3. Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young. Doctors: an Updated review of prospective studies. *Harvard Rev Psychiatry* 2002;10:154–65.
4. Firth-Cozens J. La fatiga psíquica entre los médicos residentes jóvenes. *Br Med J* (ed. esp) 1988;3:87–91.
5. Blackwell B, Gutmann M, Jewell K. Role adoption in residency training. *Gen Hosp Psychiatry* 1984;6:280–8.
6. Gordon G., Girard D, Hickman D. Comparison of mood changes and satisfaction among first year medical residents in three programs. *J. Med Educ* 1987;62:428–30.
7. Álvarez Hernández G, Medécigo Vite S, Ibarra García C. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital pediátrico en el estado de Sonora. 2010, *Bol Med Hosp Infant Mex* 67: 44-51
8. García B, Menéndez M, Ryan P. Efecto subjetivo de las guardias sobre salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Archivos de medicina* 2005; 12, 2-15.
9. Bethelmy L, Guarino L. Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología* 2008; 17, 43-58.
10. Ortiz-Acosta R, Beltrán-Jiménez B.E. Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación Médica* 2011; 14(1), 1575-1813.
11. González JL, Moreno B, Garrosa E, López A. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2005; 37(3), 477-492.
12. Abella, D. (1963). *Què cal saber d'higiene mental*. Barcelona: Barcino.
13. Goldenberg, M. y Lubchansky, I.L. (1990). *Salud mental*. En A. Sonis (Dir.), *Medicina sanitaria y administración de salud. Actividades y técnicas de salud pública* (Tomo I, pp. 293-323). Buenos Aires: El Ateneo.
14. Linares, J.L. (1981). *Psiquiatría preventiva i salut mental*. En D. Abella (Dir.). *Psiquiatría fonamental* (pp. 639-651). Barcelona: Edicions 62.

15. Rigol, A. (1991). Historia de las ideas en Psiquiatría. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp. 1-10). Barcelona: Salvat.
16. García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998). La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid: Diaz de Santos.
17. Hernández, M. (1997). La salud mental en atención primaria. Realidades y controversias. *Archivos de neurobiología*, 60 (3), 201-206.
18. Villalbí, J. y Farrés, J. (1998). La reforma de la atención primaria de salud: una valoración crítica. *Cuadern CAPS*, 27, 14-22.
19. Pichot, P. (1997). El concepto de cronicidad. En M. Gutiérrez, J. Ezcurra y P. Pichot (Eds.), *Cronicidad en psiquiatría* (pp. 21-40). Barcelona: Rubes Ediciones en Neurociencias.
20. Saarento, O., Christiansen, L., Göstas, G., Hakko, H., Lönnnerberg, O., Muus, S., Sandlund, M., Öiesvold, T. y Hansson, L. (1999). El estudio comparativo nórdico sobre psiquiatría sectorizada: hospitalizaciones repetidas de urgencia durante un seguimiento de un año. *European psychiatry* (edic. española), 6, 227-235.
21. Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud/enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos y T.J. Carrasco (Eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 27-38). Madrid: Piramide
22. Font, J. (1983). Salud y enfermedad mental. En J.L. Tizon y M.T. Rosell (Coords.), *Salud Mental y Trabajo Social* (pp. 92-109). Barcelona: Laia.
23. Tizón, J.L. (1996). Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. (4ª edic.). Barcelona: Biblaria.
24. Ugalde, M. y Lluch, M.T. (1991). Salud Mental. Conceptos básicos. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica* (pp. 47-56). Barcelona: Salvat.
25. Vázquez, (1990). Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Dir.), *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría* (Vol. II, pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
26. Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención* (2ª ed.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
27. Mesa, P.J. (1986). *El marco teórico de la psicopatología*. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios.
28. Rojo, J.E. (1997). Estructuración del conocimiento en psiquiatría. En J. Vallejo (Ed.), *Psiquiatría* (pp.1-24). Barcelona: Masson.

29. Vallejo, J. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (4ª ed.). Barcelona: Masson
30. Vallejo-Nagera, J.A. (1985). Introducción a la Psiquiatría (15ª ed.). Barcelona.
31. Seva, A. (1983). Salud Mental Evolutiva. Zaragoza: Pórtico.
32. Gracia, D. y Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), Manual de psiquiatría (pp. 17-31). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
33. Page, J.D. (1982). Manual de psicopatología. Barcelona: Paidós (Original de 1971)
34. Barcia, D. (1997). Sobre las formas de enfermar en psiquiatría. En M. Gutiérrez, J. Ezcurra y P. Pichot (Eds.), Cronicidad en psiquiatría (pp. 57-74). Barcelona: Rubes, Monografías de Neurociencias, Nº8.
35. Costa, J.M. (1994). Manual de psiquiatría. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
36. Ramshorn, M. (1983). Servicios de Salud mental. En J. Haber, M. Leach, S.M. Schudy y B.F. Sideleau (Eds.), Psiquiatría. Texto básico (pp. 9-16). Barcelona: Salvat.
37. Rigol, A. y Garriga, X. (1991). Salud Mental en el Sistema Global de Salud. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica (pp.93-119). Barcelona: Salvat.
38. García-Grau, E., Bados, A. y Saldaña, C. (1998). La eficacia de la intervención psicológica: una reflexión crítica. Avances en psicología clínica latinoamericana, 16, 2348.
39. Galvez, R. (1993). El método epidemiológico aplicado a los problemas de salud mental. En J.L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra (Dir.), El método epidemiológico en salud mental (pp. 3-9). Barcelona: Masson.
40. Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph. Londres: Oxford University Press.
41. Goldberg, D. y Huxley, P. (1990). Enfermedad mental en la comunidad. Madrid: Nieva. (Original de 1980).
42. Goldberg, D. y Williams, P. (1996). Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Barcelona: Masson. (Original de 1988).
43. Herrera, R., Autonell, J., Spagnolo, E. y Gispert, R. (1990). Estudio epidemiológico en salud mental de la comarca del Baix Llobregat (Barcelona). 2ª fase. Informaciones psiquiátricas, 120 (2), 111-130.
44. Häfner, H. y Weyerer, S. (1994). Epidemiología. En U. Baumann y M. Perrez (Dir.), Manual de psicología clínica (pp. 61-77). Barcelona: Herder. (Original de 1991).

45. González de Rivera, J.L., Rodríguez, F. y Sierra, A. (1993). Prefacio. En J.L. González de Rivera, F. Rodríguez y A. Sierra (Dir.), El método epidemiológico en salud mental (pp. IXXI). Barcelona: Masson.
46. Baca, E. (1992). Epidemiología psiquiátrica. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), Manual de psiquiatría (pp. 73-84). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
47. Kessler, R.C. (1999). The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE): initial work and future directions – the NAPE lecture 1998. *Acta psychiatrica scandinavica*, 99, 2-9.
48. Artal, J., Herrán, A., Vazquez-Barquero, J.L. (1996). La enfermedad mental en atención primaria: estado actual de la investigación clínico-epidemiológica. *Archivos de neurobiología*, 59, (4), 237-256.
49. Morales Calatayud F. Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós; 1999: p. 193-211.
50. García-Viniegras V, Carmen R. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana Med Gen Integr* 1999; 15: 88-97.
51. Freud S. Inhibición síntoma y angustia. *Obras Completas. Vol XX.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu; 1926.
52. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Londres: Oxford University Press; 1972.
53. *Diagnostical and statistical manual: mental disorders (DSM-IV).* American Psychiatric Association Committee of Nomenclature and Statistics. Barcelona, España: Masson: 1996.
54. Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Espín-dola-Hernández J, Henales-Almaraz C, Meza-Rodríguez P, Mota-González C, Pimene-Nieto Diana. Concepto de salud psicológica. *Temas Selectos en Orientación Psicológica, Creando Alternativas.* Universidad Iberoamericana-Scranton University. Vol. 1. México, D.F.: El Manual Moderno; 2005, p. 49-62.
55. Jaume Padrós i Selma. El médico enfermo, humanidades médicas. *Revista online No. 41*, Julio 2009.
56. Ivancevich M., John y Michael T. Matteson. 1989. *Estrés y Trabajo: Una perspectiva gerencial.* 2a. ed., México: Editorial Trillas. Serie: Teoría y práctica organizacional.

CAPITULO XIII

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO N°1.

Consentimiento informado

El malestar psicológico en los médicos residentes es reconocido como una importante influencia en el desarrollo académico, social y personal de estos. Motivo de esto, hemos considerado necesario indagar en cuáles son los factores que influyen en su aparición y la importancia de su prevención.

La investigación a realizarse está enmarcada en el ámbito de la salud mental, y tiene como objetivo determinar y evaluar las condiciones que afectan el bienestar psicosocial de los médicos residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés. La encuesta adjunta consiste en un set de preguntas destinadas a conocer y analizar las condiciones y elementos que influyen en el desarrollo y bienestar de la salud mental de los residentes de las diferentes especialidades médico-quirúrgicas.

Sus respuestas serán confidenciales, y serán utilizadas solo con el fin de esta investigación. Su identidad será resguardada, siendo la encuesta de carácter anónimo. Su colaboración estará exenta tanto de costos como de beneficios económicos y es totalmente voluntaria.

Tendrá usted el derecho a retirarse de la investigación en el momento que lo desee, u omitir las preguntas que no considere apropiadas.

Los resultados obtenidos de esta encuesta estarán disponibles únicamente en esta investigación. Podrán ser consultados por quienes, que con el fin de promover acciones destinadas a la mantención del bienestar en salud mental, requieran de su utilización; en este caso, se resguardará completa y absoluta confidencialidad y anonimato de su identidad y participación en ésta.

Su participación en este estudio contribuirá a la futura creación de acciones de salud dirigidas a fomentar el bienestar psicológico de los residentes.

Yo _____ confirmo que he sido informado sobre las condiciones y características de la investigación, con motivo del desarrollo de una tesis.

Firma Encuestado

Firma Investigador

ANEXO N°2

ENCUESTA PARA MEDICOS RESIDENTES, 2015.

El objetivo de esta encuesta es sólo conocer las condiciones de los residentes del Hospital Carlos Roberto Huembés, es totalmente anónima y toda la información que entregues será exclusivamente utilizada con fines investigativos. Tiene una duración aproximadamente de 15 minutos. Muchas gracias por tu colaboración.

SOCIODEMOGRÁFICO.

1. Edad:

20-24 años 25-29 años 30-34 años mayor 35 años

2. Sexo:

Masculino Femenino

3. Especialidad:

Imagenología Anestesiología Ginecobstetricia Ortopedia
Pediatria Medicina interna Cirugía

4. Año de residencia:

Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año

5. Estado civil:

Casado Soltero Otro

6. Número de hijos

Ninguno 1-2 Hijos 3-4 Hijos 5 o más Hijos

7. Satisfacción con las relaciones sociales y de amistad

Malo Bueno Muy bueno

8. Dificultades económicas

Nunca Casi nunca A veces Siempre

9. Residencia autofinanciada

Sí No

SALUD

1. Percepción de la propia salud:

Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho

2. Dieta equilibrada:

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

3. Consumo de bebidas estimulantes:

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

4. Satisfacción con las relaciones sexuales:

Muy satisfactorias Satisfactorias Insatisfactorias Muy insatisfactorias
No contesta No aplica

5. Consumo de sustancias:

Tabaco Alcohol Fármacos Otras sustancias
No contesta No aplica

6. Actividad deportiva:

Sí No

7. horas de sueño:

Menos de 42 horas 43-55 horas Más de 56 horas

ENTORNO LABORAL

A continuación se exponen un seguido de situaciones que se pueden dar en el ámbito laboral. Específica para cada una de ellas: la frecuencia con que se dan (**cuadro A**) y el grado de estrés que te producen (**cuadro B**); bajo el baremo del 1 al 5, entendiendo el valor 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre.

	A	B
1. Dificultades en la relación con otros residentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Falta de reconocimiento por parte del tutor y/o superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificultades en la relación con residentes y/o adjuntos de otros servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dificultades de relación con el personal de enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificultades de relación con compañeros residentes de tu año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dificultades en la comunicación con pacientes y/o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tomar decisiones sin la suficiente supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Presión asistencial elevada durante las guardias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sobrecarga de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Exceso de turnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dormir poco y mal el día del turno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No poder tomar vacaciones de forma programada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Darte cuenta de un error cometido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Miedo a cometer un error	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Llevar las preocupaciones del trabajo a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Falta de tiempo para la vida privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Incomprensión de la pareja y/o familia sobre las cuestiones de tu trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Conflicto entre tu trabajo y tus valores personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Falta de dedicación al estudio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Miedo a reclamaciones por parte de los usuarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Miedo a una agresión física o verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sufrir alguna actitud sexista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Preocupación sobre las perspectivas profesionales en mi especialidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO N°3

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG GHQ-28

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

ANEXO N°4

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

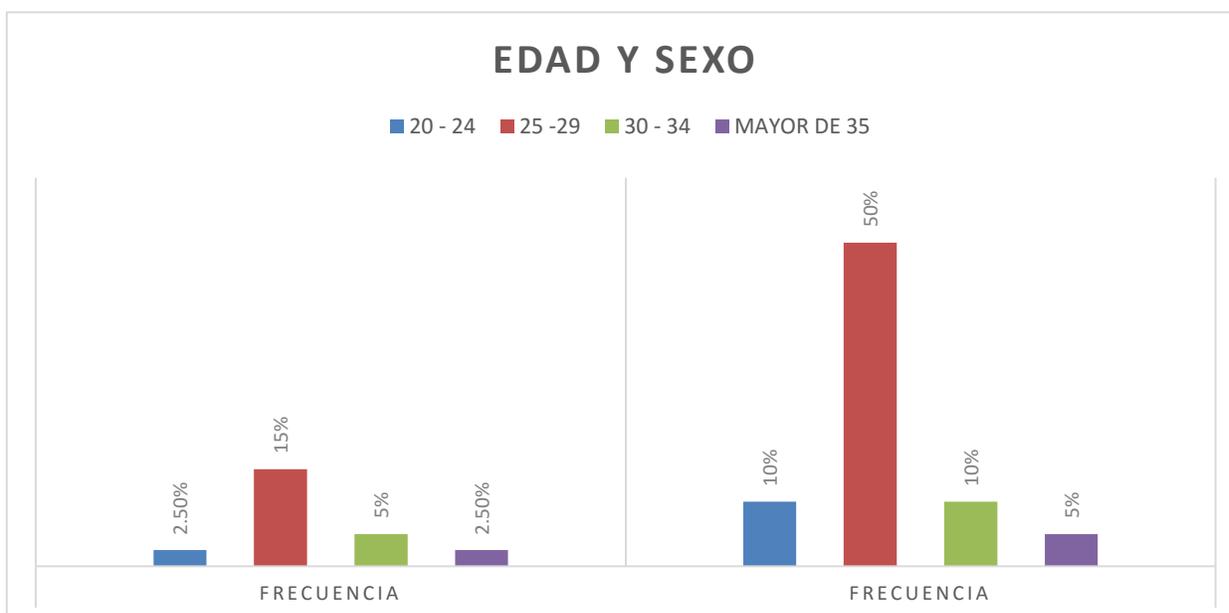
CRITERIOS DE UBICACION	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo me perturba?			
b) ¿Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
c) ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
d) ¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
e) ¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

TABLA 1. Característica sociodemográficas según Sexo y edad

EDAD Y SEXO						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
20 - 24	1	2.50%	4	10%	5	12.50%
25 -29	6	15%	20	50%	26	65%
30 - 34	2	5%	4	10%	6	15%
MAYOR DE 35	1	2.50%	2	5%	3	7.50%
TOTAL	10	25%	30	75%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 1. Característica sociodemográficas según Sexo y edad



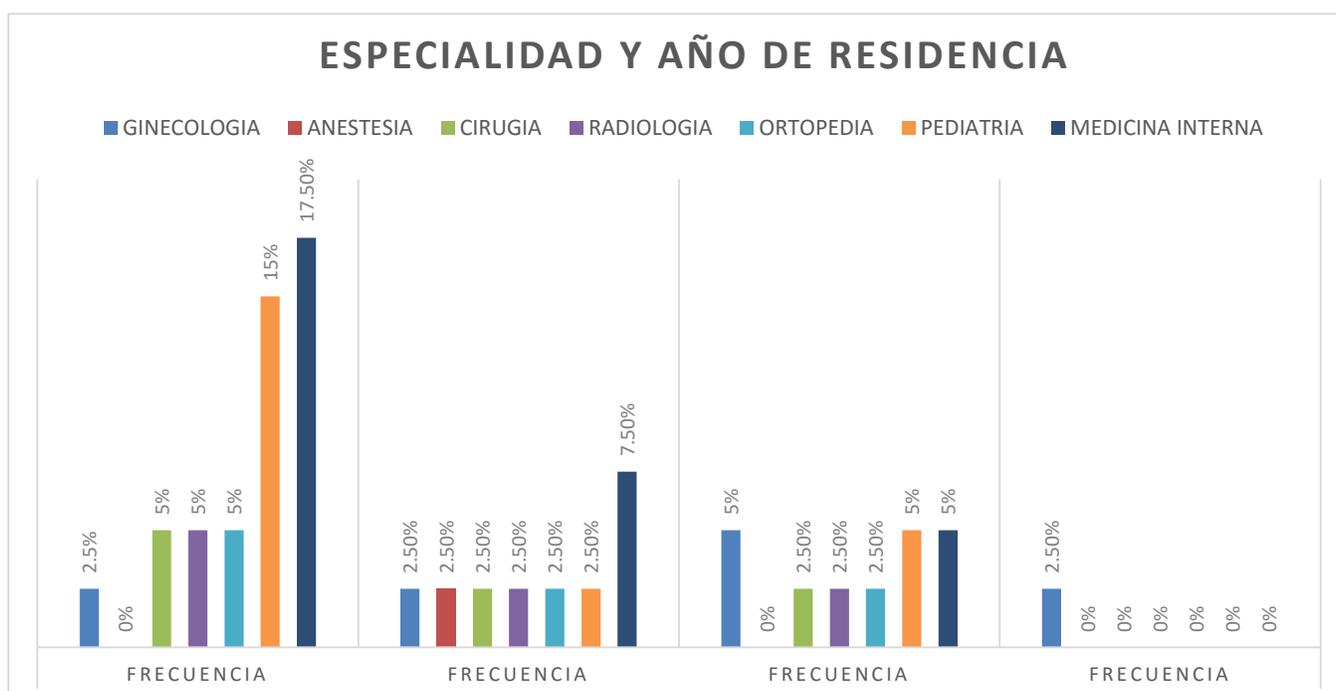
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 2. Características sociodemográficas según Especialidad y año de residencia

ESPECIALIDAD Y AÑO DE RESIDENCIA										
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		CUARTO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
GINECOLOGIA	1	2.5%	1	2.50%	2	5%	2	2.50%	6	15%
ANESTESIA	0	0%	1	2.50%	0	0%	0	0%	1	2.50%
CIRUGIA	2	5%	1	2.50%	1	2.50%	0	0%	4	10%
RADIOLOGIA	2	5%	1	2.50%	1	2.50%	0	0%	4	10%
ORTOPEDIA	2	5%	1	2.50%	1	2.50%	0	0%	4	10%
PEDIATRIA	6	15%	1	2.50%	2	5%	0	0%	9	22.50%
MEDICINA INTERNA	7	17.50%	3	7.50%	2	5%	0	0%	12	30%
TOTAL	20	50%	9	22.50%	9	22.50%	2	2.50%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 2. Características sociodemográficas según Especialidad y año de residencia



Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 3. Características según satisfacción con relaciones sociales y de amistad

SATISFACCION EN RELACIONES SOCIALES Y AMISTAD		
	No	FRECUENCIA
MALA	2	5%
BUENA	20	50%
MUY BUENA	18	45%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 3. Características según satisfacción con relaciones sociales y de amistad



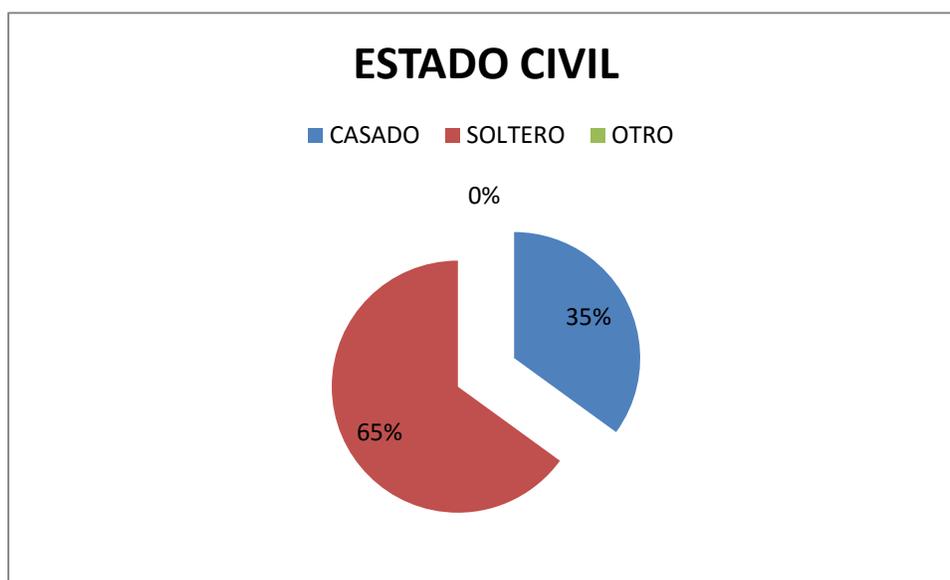
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 4. Características sociodemográficas según estado civil

ESTADO CIVIL		
	No	FRECUENCIA
CASADO	14	35%
SOLTERO	26	65%
OTRO	0	0
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 4. Características sociodemograficas según estado civil



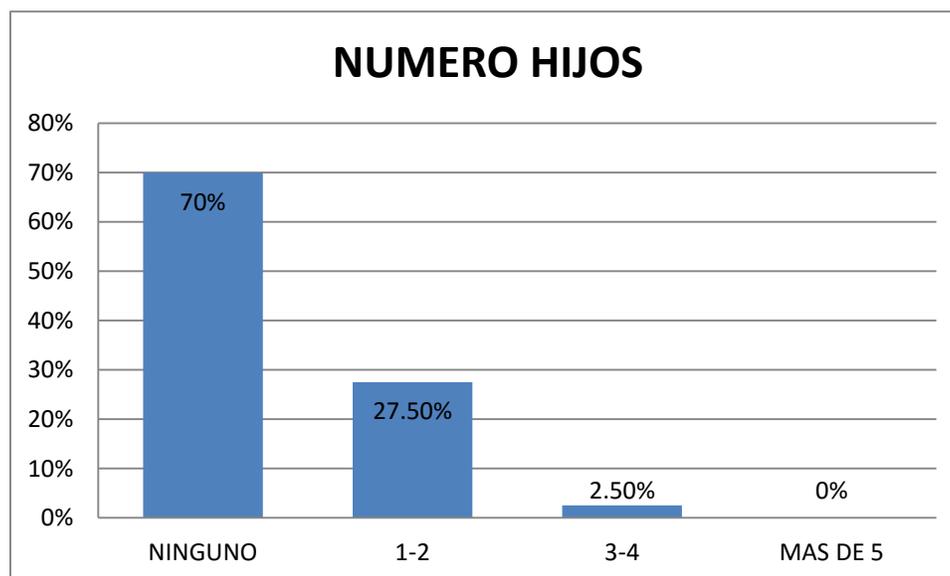
Fuente de información: encuesta de recolección

Tabla 5. Características sociodemográfica según número de hijos

NUMERO HIJOS		
	No	FRECUENCIA
NINGUNO	28	70%
1-2	11	27.50%
3-4	1	2.50%
MAS DE 5	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 5. Características sociodemográfica según número de hijos



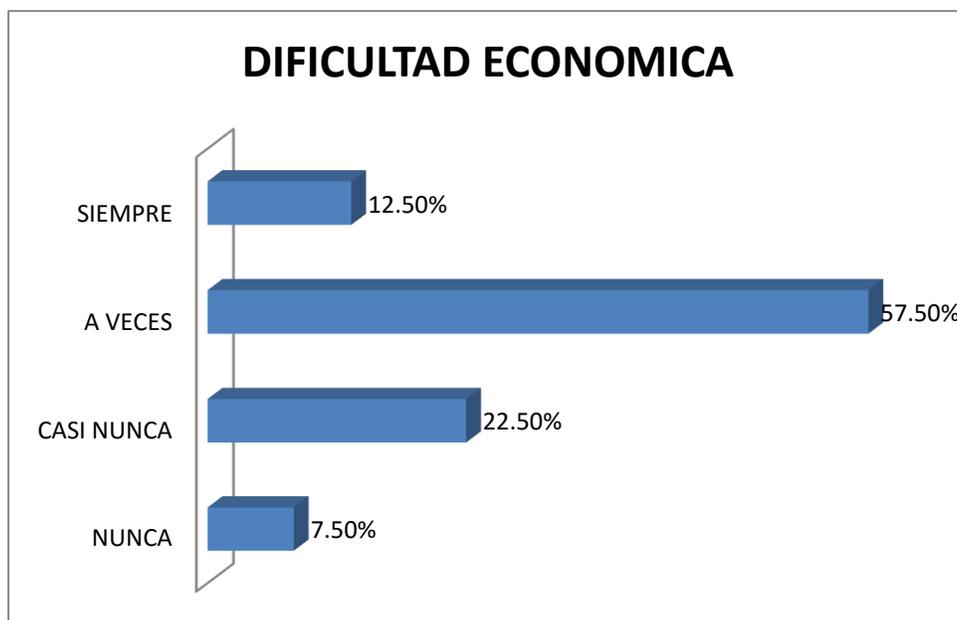
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 6. Características según dificultad económica

DIFICULTAD ECONOMICA		
	No	FRECUENCIA
NUNCA	3	7.50%
CASI NUNCA	9	22.50%
A VECES	23	57.50%
SIEMPRE	5	12.50%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 6. Características según dificultad económica



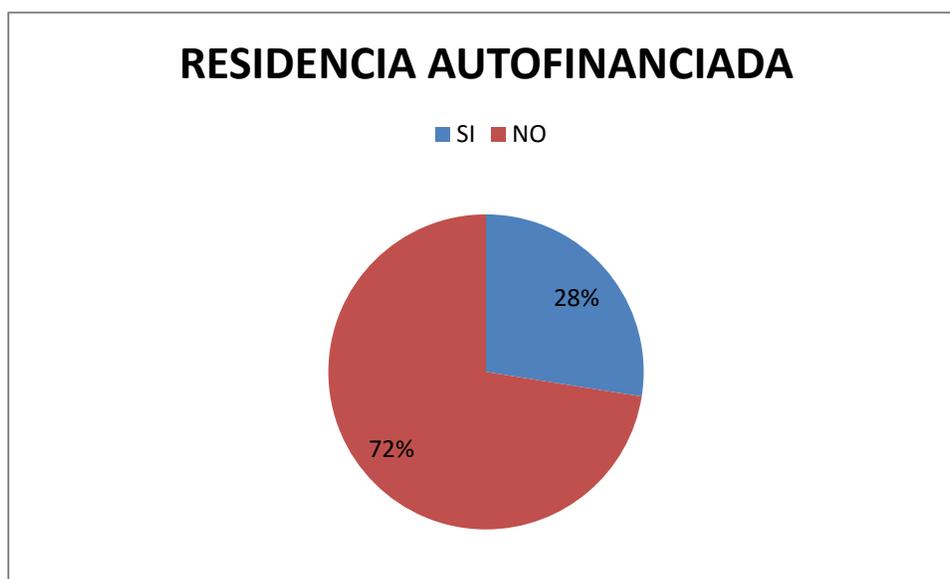
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 7. Características según residencia medica autofinanciada

RESIDENCIA AUTOFINANCIADA		
	No	FRECUENCIA
SI	11	27.50%
NO	29	72.50%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 7. Características según residencia autofinanciada



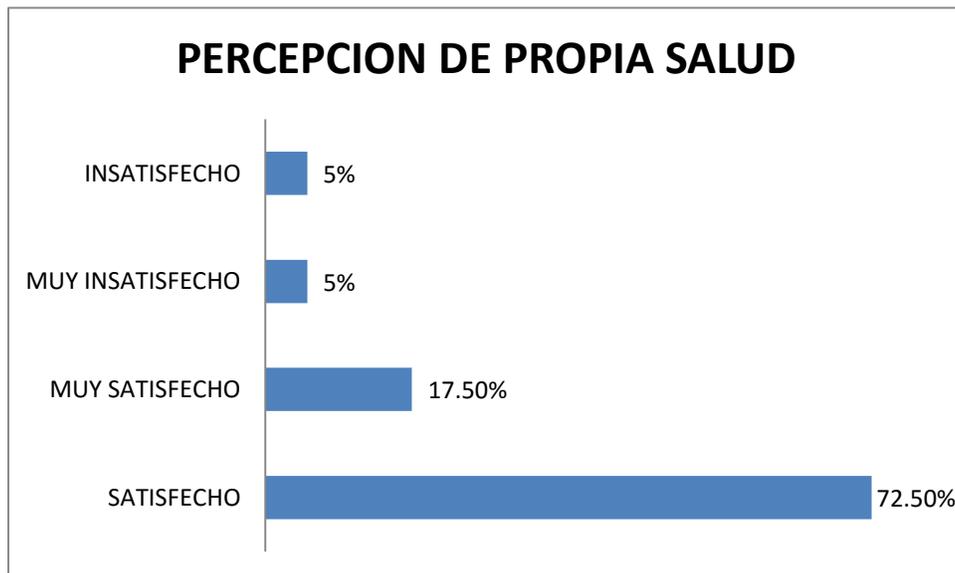
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 8. Características según percepción de la propia salud

PERCEPCION DE PROPIA SALUD		
	No	FRECUENCIA
SATISFECHO	29	72.50%
MUY SATISFECHO	7	17.50%
MUY INSATISFECHO	2	5%
INSATISFECHO	2	5%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 8. Características según percepción de la propia salud



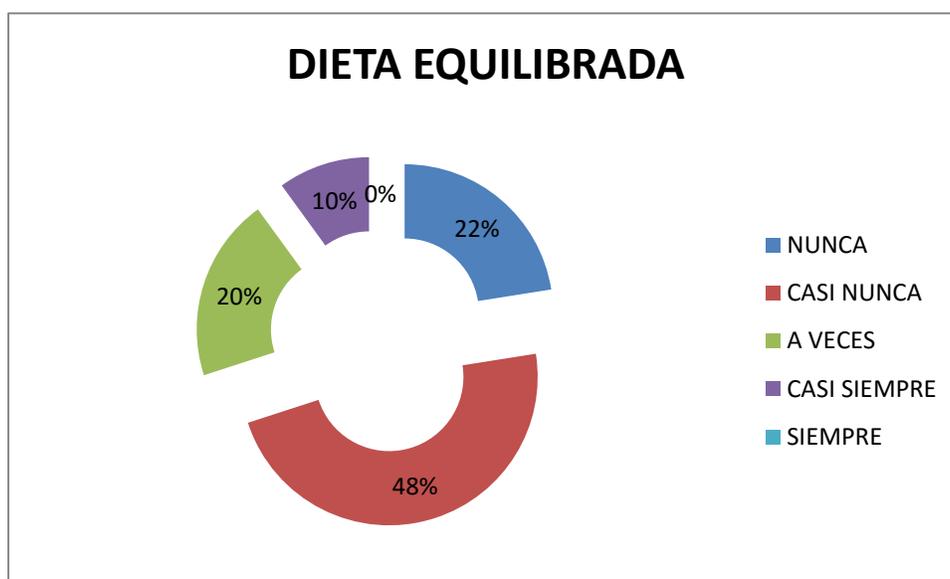
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 9. Características de salud según dieta equilibrada

DIETA EQUILIBRADA		
	No	FRECUENCIA
NUNCA	9	22.50%
CASI NUNCA	19	47.50%
A VECES	8	20%
CASI SIEMPRE	4	10%
SIEMPRE	0	0
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 9. Características de salud según dieta equilibrada



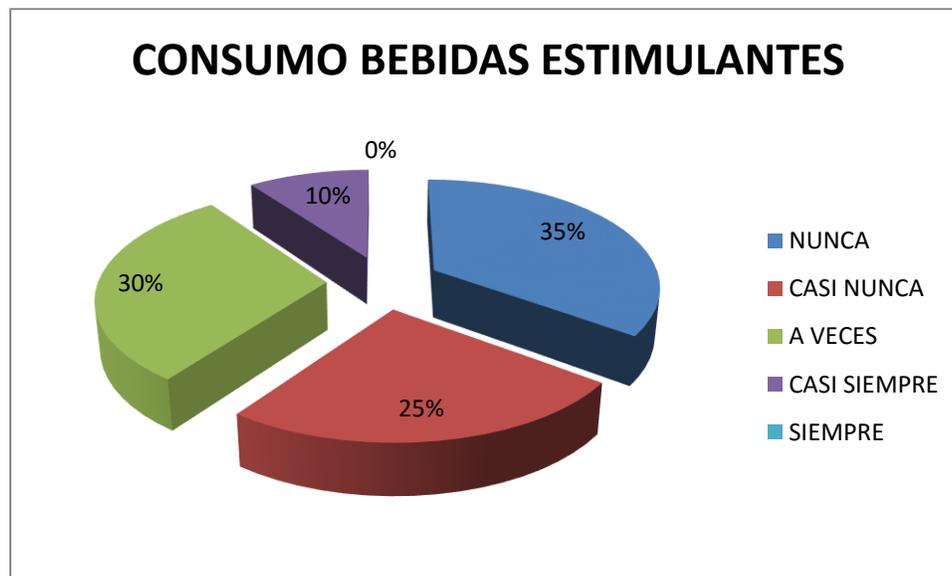
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 10. Características de salud según consumo de bebidas estimulantes

CONSUMO BEBIDAS ESTIMULANTES		
	No	FRECUENCIA
NUNCA	14	35%
CASI NUNCA	10	25%
A VECES	12	30%
CASI SIEMPRE	4	10%
SIEMPRE	0	0
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 10. Características según consumo de bebidas estimulantes



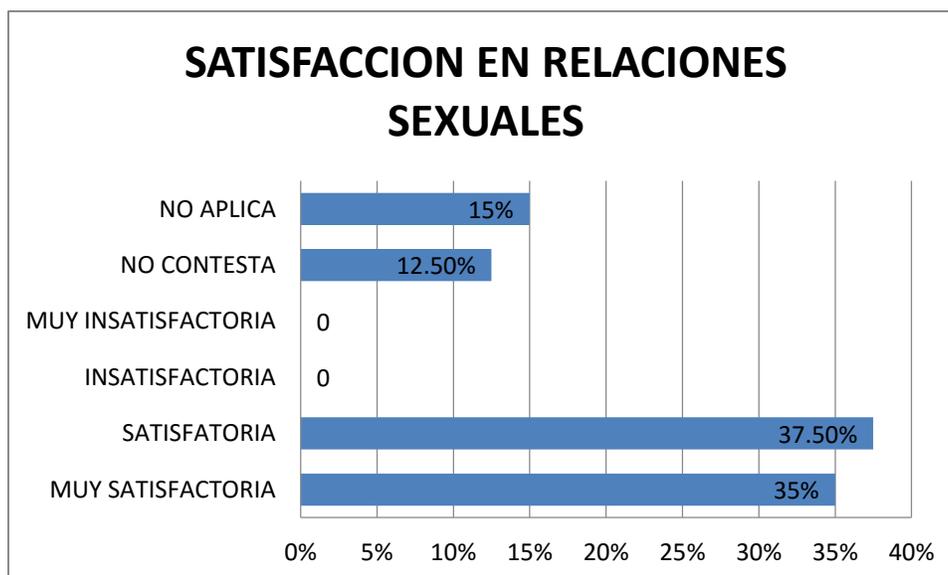
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 11. Características de salud según satisfacción con las relaciones sexuales

SATISFACCION EN RELACIONES SEXUALES		
	No	FRECUENCIA
MUY SATISFACTORIA	14	35%
SATISFACTORIA	15	37.50%
INSATISFACTORIA	0	0
MUY INSATISFACTORIA	0	0
NO CONTESTA	5	12.50%
NO APLICA	6	15%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 11. Características de salud según satisfacción con las relaciones sexuales



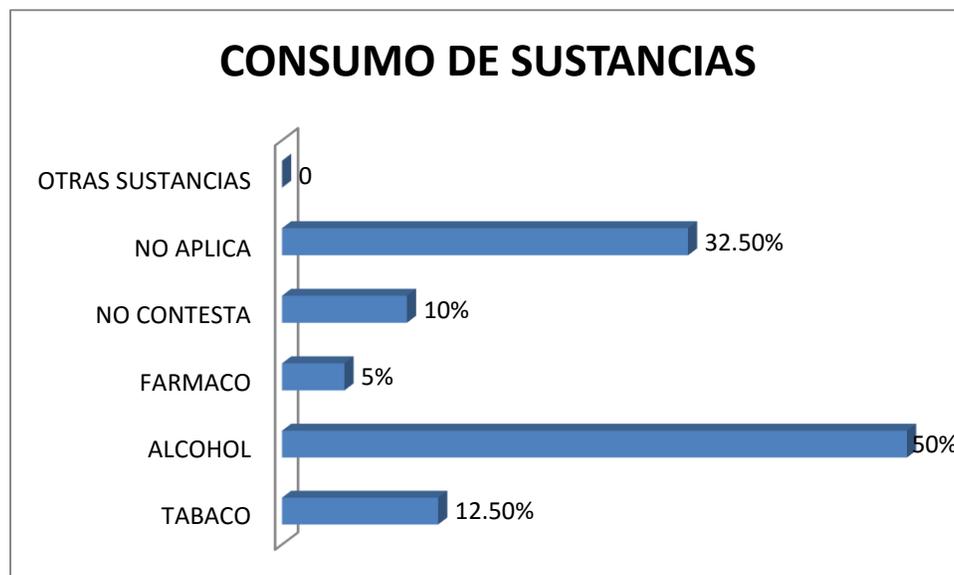
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 12. Características de salud según consumo de sustancia

CONSUMO DE SUSTANCIAS		
	No	FRECUENCIA
TABACO	5	12.50%
ALCOHOL	20	50%
FARMACO	2	5%
NO CONTESTA	4	10%
NO APLICA	13	32.50%
OTRAS SUSTANCIAS	0	0

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 12. Características de salud según consumo de sustancias



Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 13. Características de salud según actividad deportiva

ACTIVIDAD DEPORTIVA		
	No	FRECUENCIA
SI	11	27.50%
NO	29	72.50%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 13. Características de salud según actividad deportiva



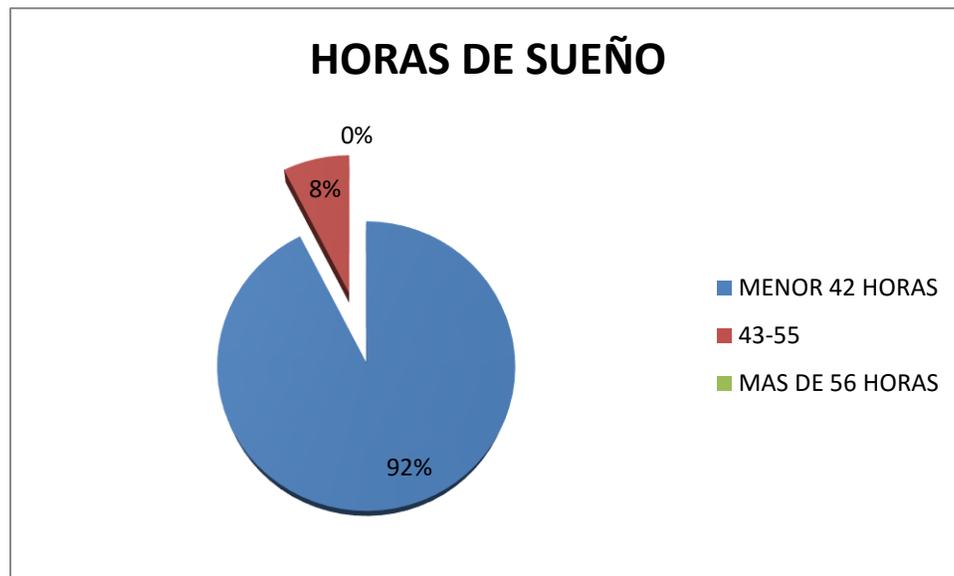
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 14. Características de salud según horas de sueño semanal

HORAS DE SUEÑO		
	No	FRECUENCIA
MENOR 42 HORAS	37	92.50%
43-55	3	7.50%
MAS DE 56 HORAS	0	0
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 14. Características de salud según horas de sueño semanal



Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 15. Característica laboral por Frecuencia de situaciones y grado de stress en el entorno laboral

FRECUENCIA DE SITUACIONES Y GRADO DE STRESS EN EL ENTORNO LABORAL		
	No	FRECUENCIA
NUNCA	0	0%
CASI NUNCA	17	42.50%
A VECES	20	50%
CASI SIEMPRE	3	7.50%
SIEMPRE	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 15. Característica laboral por Frecuencia de situaciones y grado de stress en el entorno laboral



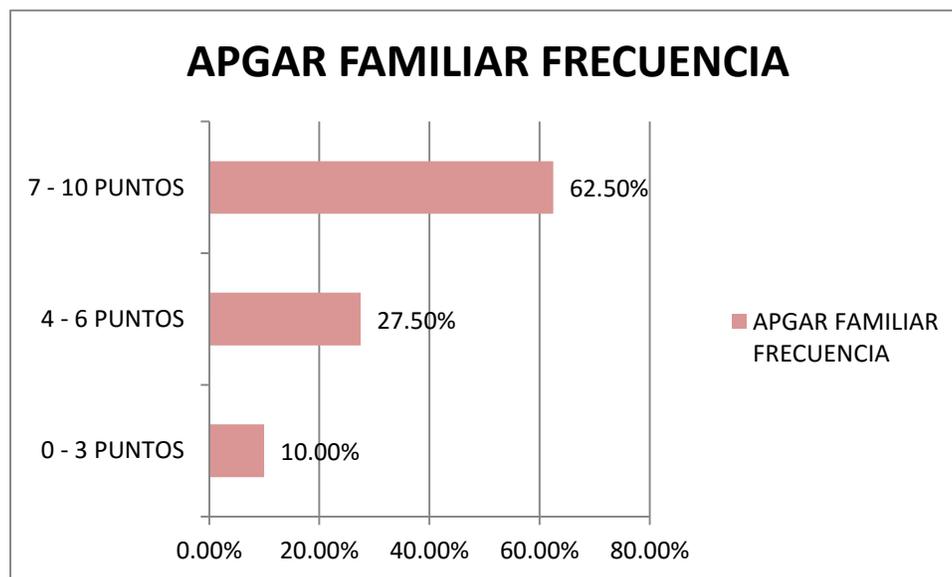
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 16. Características de función familiar según funcionalidad familiar mediante APGAR de smilktein

APGAR FAMILIAR		
	No	FRECUENCIA
0 - 3 PUNTOS	4	10.00%
4 - 6 PUNTOS	11	27.50%
7 - 10 PUNTOS	25	62.50%
TOTAL	40	100.00%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 16. Características de función familiar según funcionalidad familiar mediante APGAR de smilktein



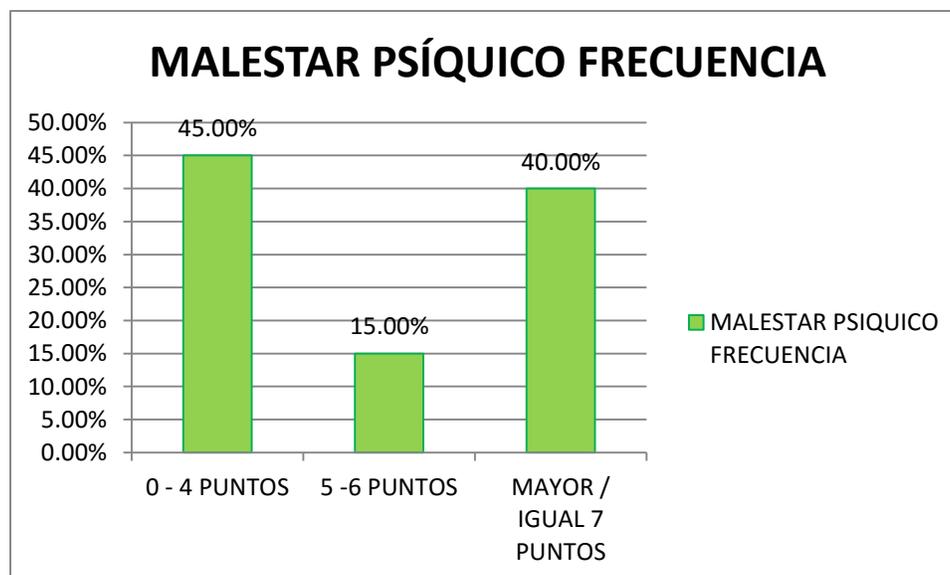
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 17. Características según presencia de malestar psíquico (GHQ-28)

MALESTAR PSIQUICO		
	No	FRECUENCIA
0 - 4 PUNTOS	18	45.00%
5 -6 PUNTOS	6	15.00%
MAYOR / IGUAL 7 PUNTOS	16	40.00%
TOTAL	40	100.00%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 17. Características según presencia de malestar psíquico (GHQ-28)



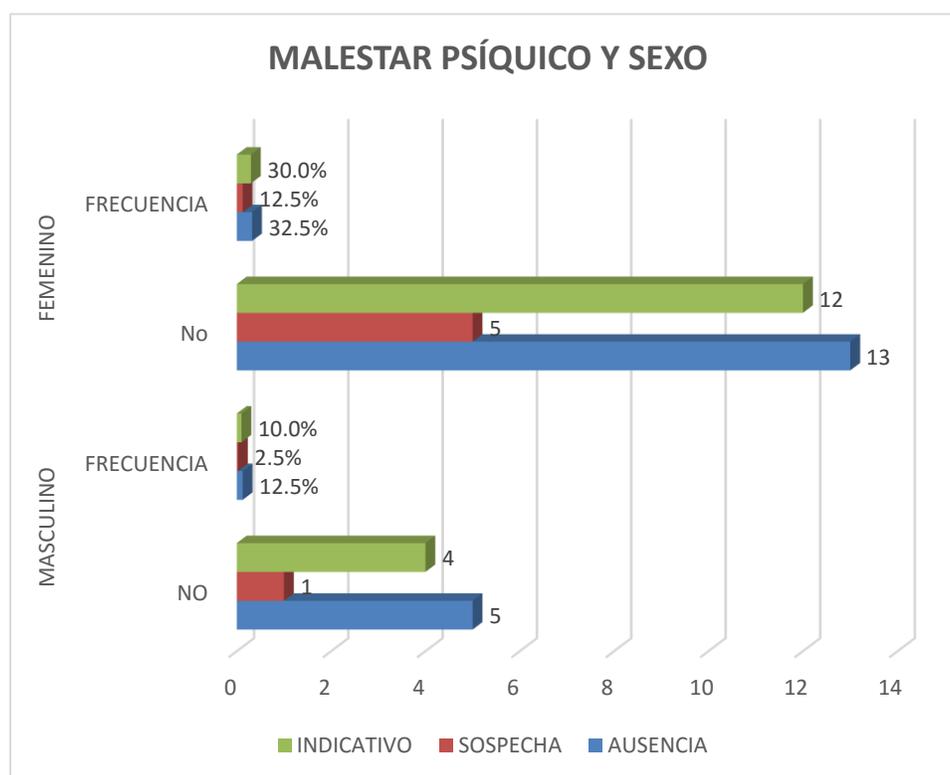
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 19. Característica de Malestar psíquico según sexo

MALESTAR PSÍQUICO / SEXO						
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
AUSENCIA	5	12.5%	13	32.5%	18	45.0%
SOSPECHA	1	2.5%	5	12.5%	6	15.0%
INDICATIVO	4	10.0%	12	30.0%	16	40.0%
TOTAL	10	25.0%	30	75.0%	40	100.0%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 19. Característica de Malestar psíquico según sexo



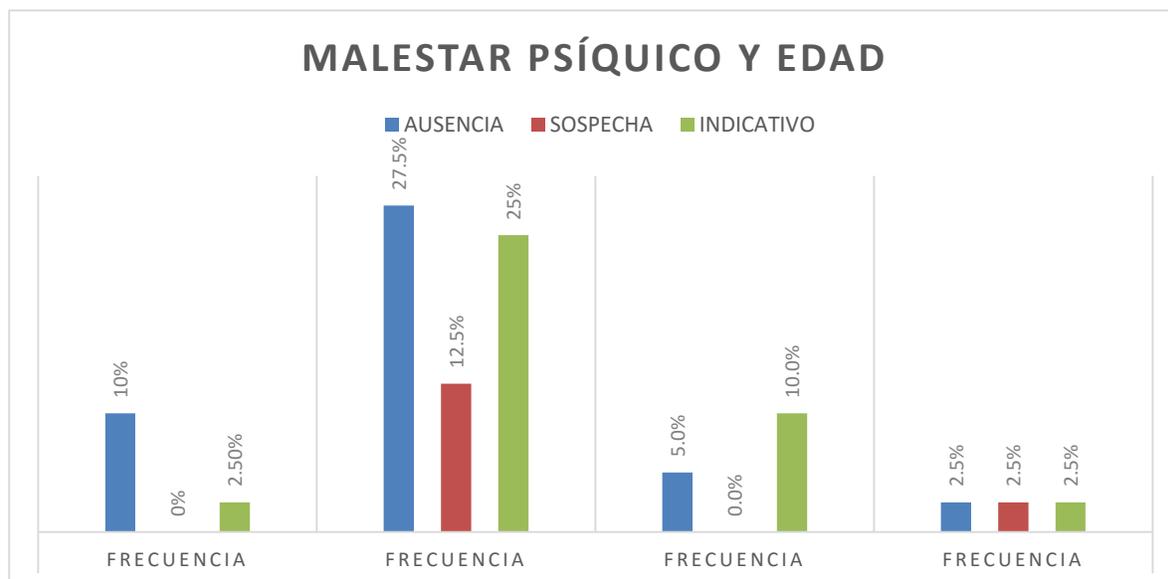
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 18. Características de Malestar psíquico según edad

MALESTAR PSÍQUICO Y EDAD										
	20-24 AÑOS		25-29 AÑOS		30-34 AÑOS		MAYOR DE 35 AÑOS		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
AUSENCIA	4	10%	11	27.5%	2	5.0%	1	2.5%	18	45%
SOSPECHA	0	0%	5	12.5%	0	0.0%	1	2.5%	6	15%
INDICATIVO	1	2.50%	10	25%	4	10.0%	1	2.5%	16	40%
TOTAL	5	12.50%	26	65%	6	15.0%	3	7.5%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 18. Características de Malestar psíquico según edad



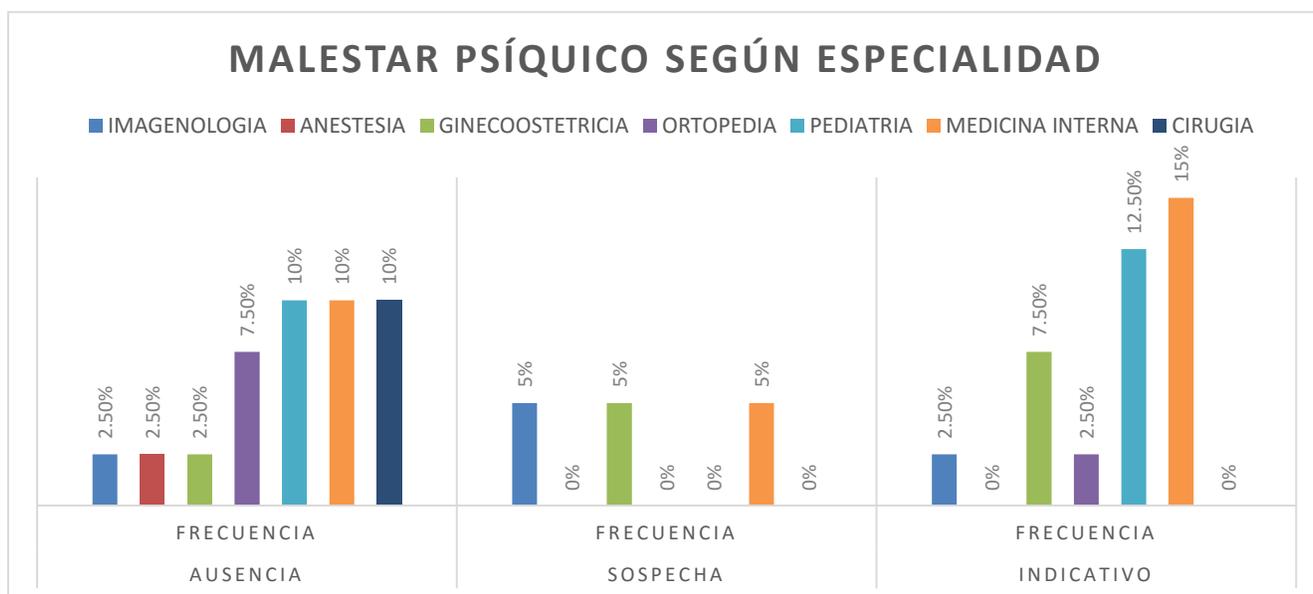
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 20. Características de Malestar psíquico según especialidad

MALESTAR PSIQUICO Y ESPECIALIDAD								
	AUSENCIA		SOSPECHA		INDICATIVO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
IMAGENOLOGIA	1	2.50%	2	5%	1	2.50%	4	10%
ANESTESIA	1	2.50%	0	0%	0	0%	1	2.50%
GINECOOSTETRICIA	1	2.50%	2	5%	3	7.50%	6	15%
ORTOPEDIA	3	7.50%	0	0%	1	2.50%	4	10%
PEDIATRIA	4	10%	0	0%	5	12.50%	9	22.50%
MEDICINA INTERNA	4	10%	2	5%	6	15%	12	30%
CIRUGIA	4	10%	0	0%	0	0%	4	10%
TOTAL	18	45%	6	15%	16	40%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 20. Características Malestar psíquico según especialidad



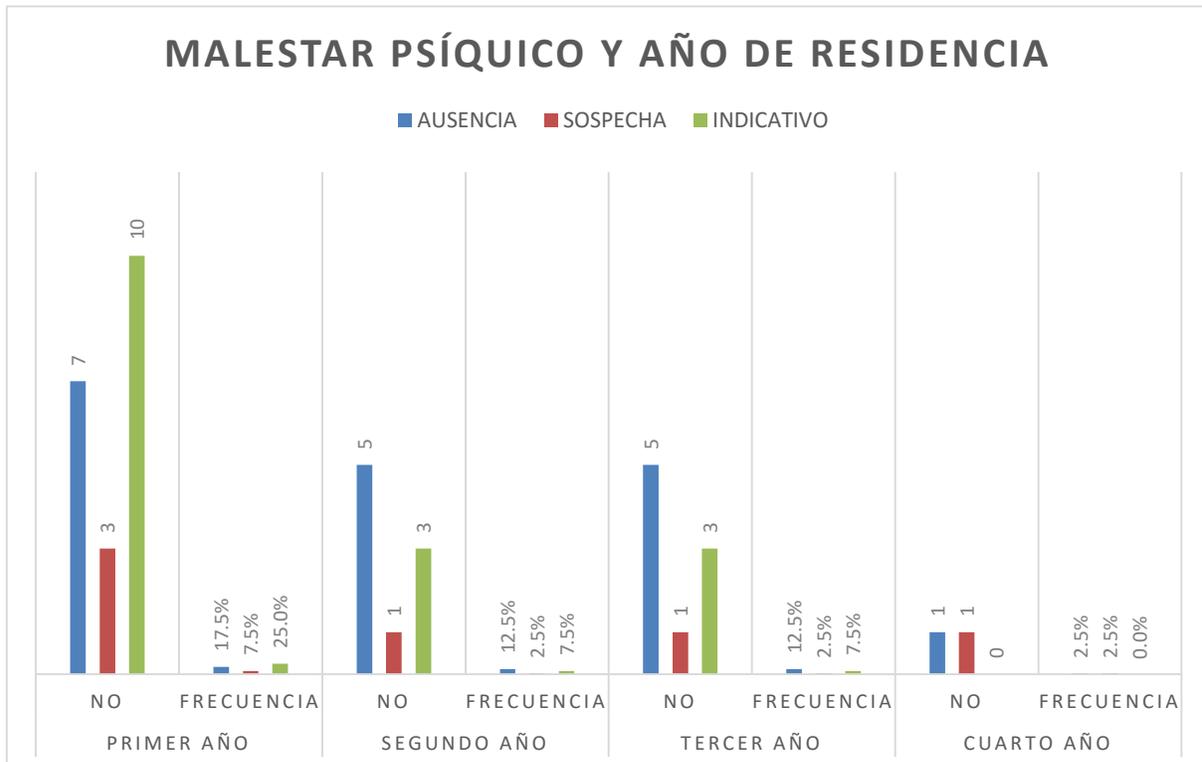
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 21. Características de Malestar psíquico según año de residencia

MALESTAR PSÍQUICO / AÑO DE RESIDENCIA										
	PRIMER AÑO		SEGUNDO AÑO		TERCER AÑO		CUARTO AÑO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
AUSENCIA	7	17.5%	5	12.5%	5	12.5%	1	2.5%	18	45%
SOSPECHA	3	7.5%	1	2.5%	1	2.5%	1	2.5%	6	15%
INDICATIVO	10	25.0%	3	7.5%	3	7.5%	0	0.0%	16	40%
TOTAL	20	50.0%	9	22.5%	9	22.5%	2	5.0%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 21. Características de Malestar psíquico según año de residencia



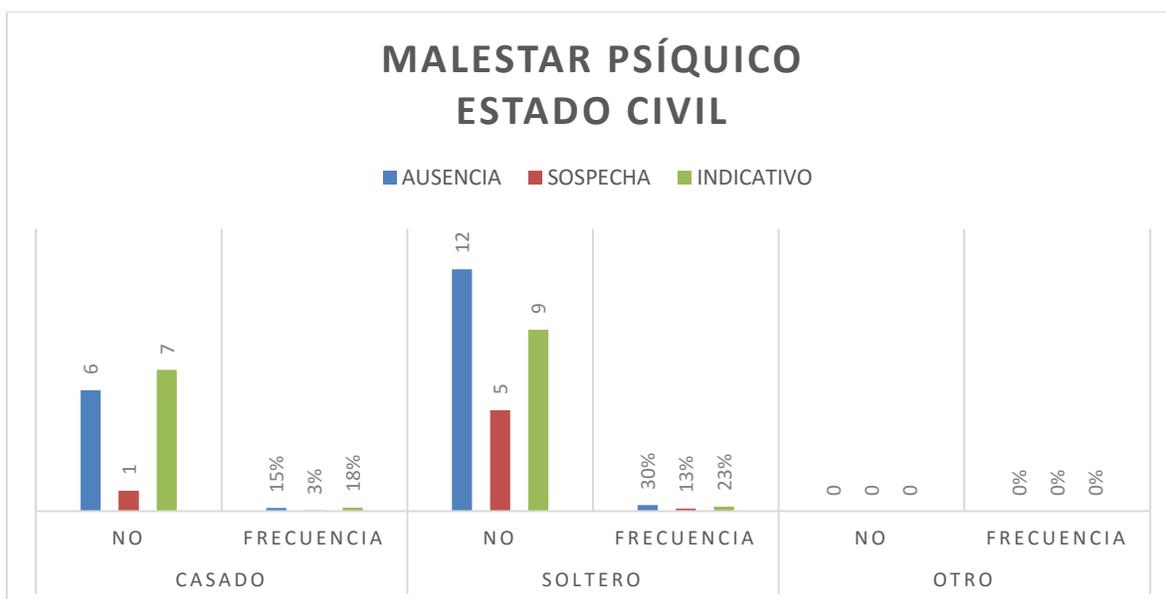
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 22. Características de Malestar psíquico según estado civil

MALESTAR PSÍQUICO / ESTADO CIVIL								
	CASADO		SOLTERO		OTRO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
AUSENCIA	6	15%	12	30%	0	0%	18	45%
SOSPECHA	1	3%	5	13%	0	0%	6	15%
INDICATIVO	7	18%	9	23%	0	0%	16	40%
TOTAL	14	35%	26	65%	0	0%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 22. Características de Malestar psíquico según estado civil



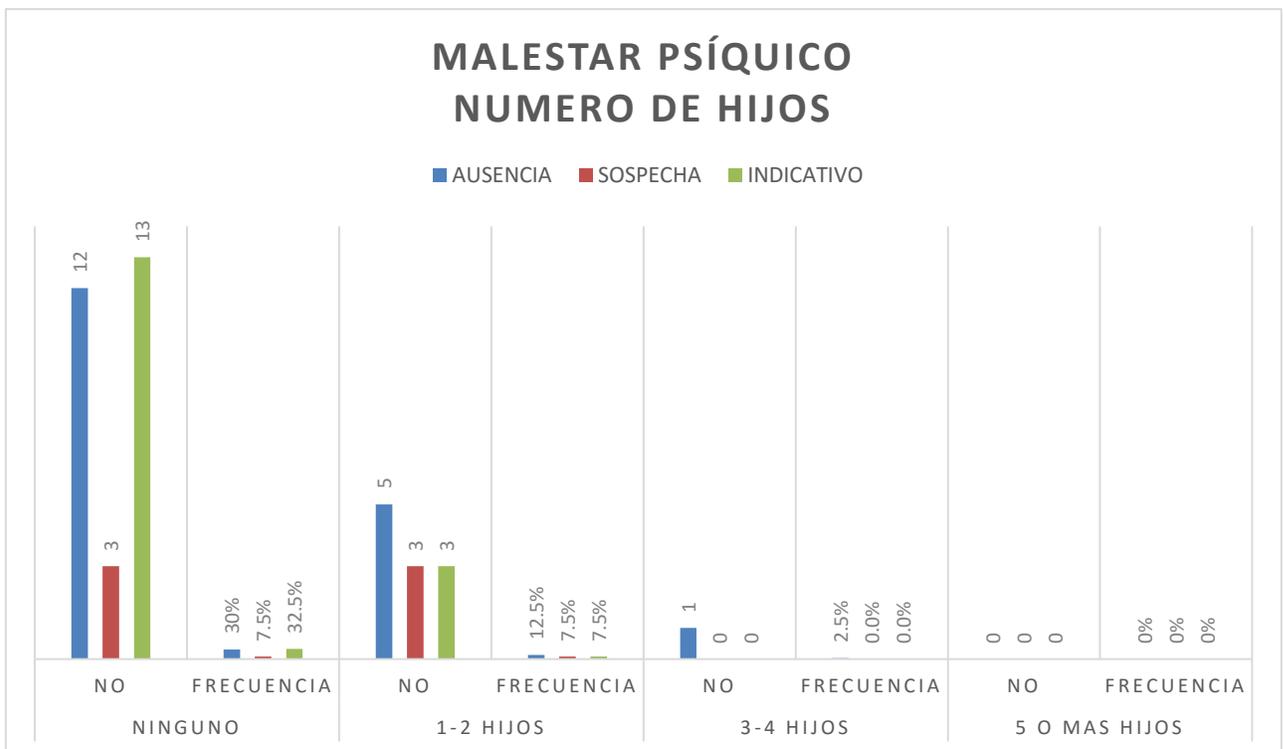
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 23. Características de Malestar psíquico según número de hijos

MALESTAR PSÍQUICO / NUMERO DE HIJOS										
	NINGUNO		1-2 HIJOS		3-4 HIJOS		5 O MAS HIJOS		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
AUSENCIA	12	30%	5	12.5%	1	2.5%	0	0%	18	45%
SOSPECHA	3	7.5%	3	7.5%	0	0.0%	0	0%	6	15%
INDICATIVO	13	32.5%	3	7.5%	0	0.0%	0	0%	16	40%
TOTAL	28	70%	11	27.5%	1	2.5%	0	0%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 23. Características de Malestar psíquico según número de hijos



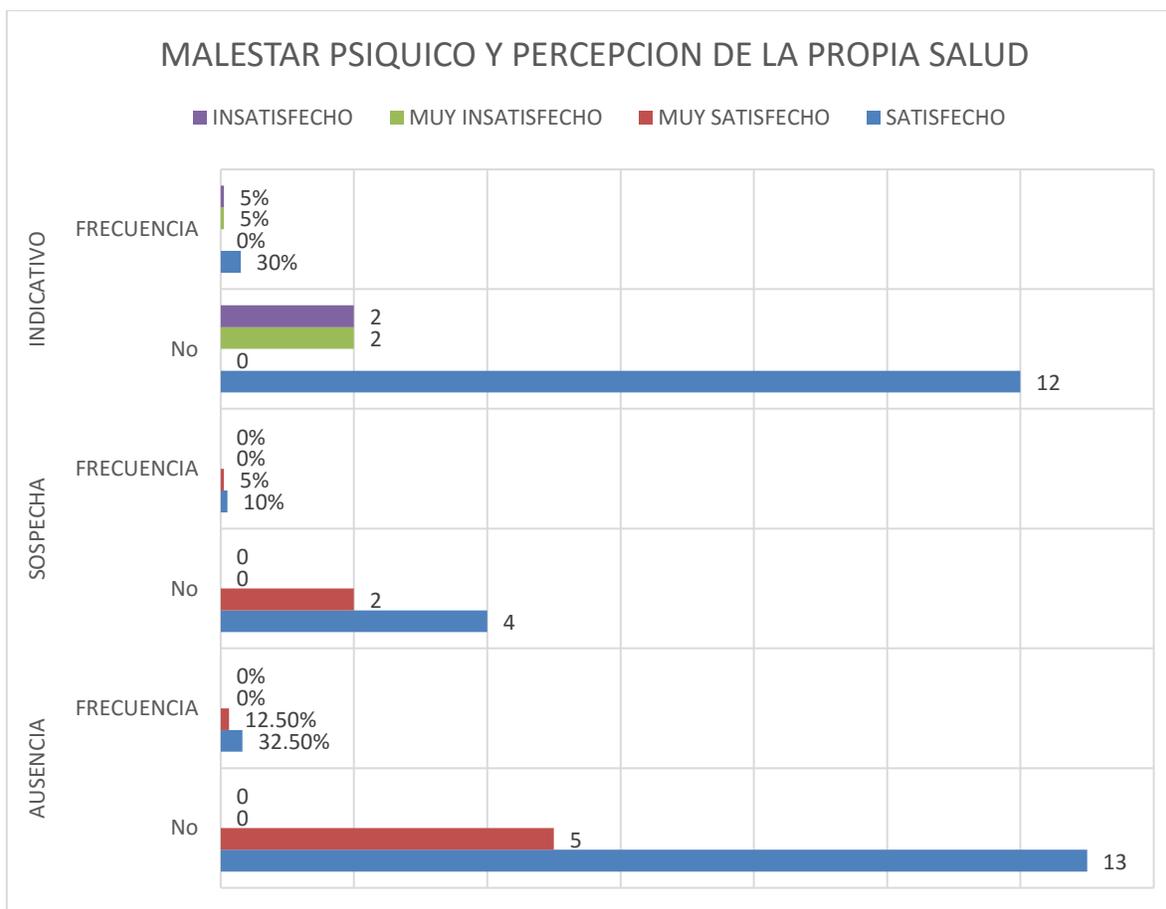
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 24. Características de Malestar psíquico y percepción de la propia salud

MALESTAR PSIQUICO Y PERCEPCION DE LA PROPIA SALUD								
	AUSENCIA		SOSPECHA		INDICATIVO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
SATISFECHO	13	32.50%	4	10%	12	30%	29	72.50%
MUY SATISFECHO	5	12.50%	2	5%	0	0%	7	17.50%
MUY INSATISFECHO	0	0%	0	0%	2	5%	2	5%
INSATISFECHO	0	0%	0	0%	2	5%	2	5%
TOTAL	18	45%	6	15%	16	40%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 24. Características de Malestar psíquico y percepción de la propia salud



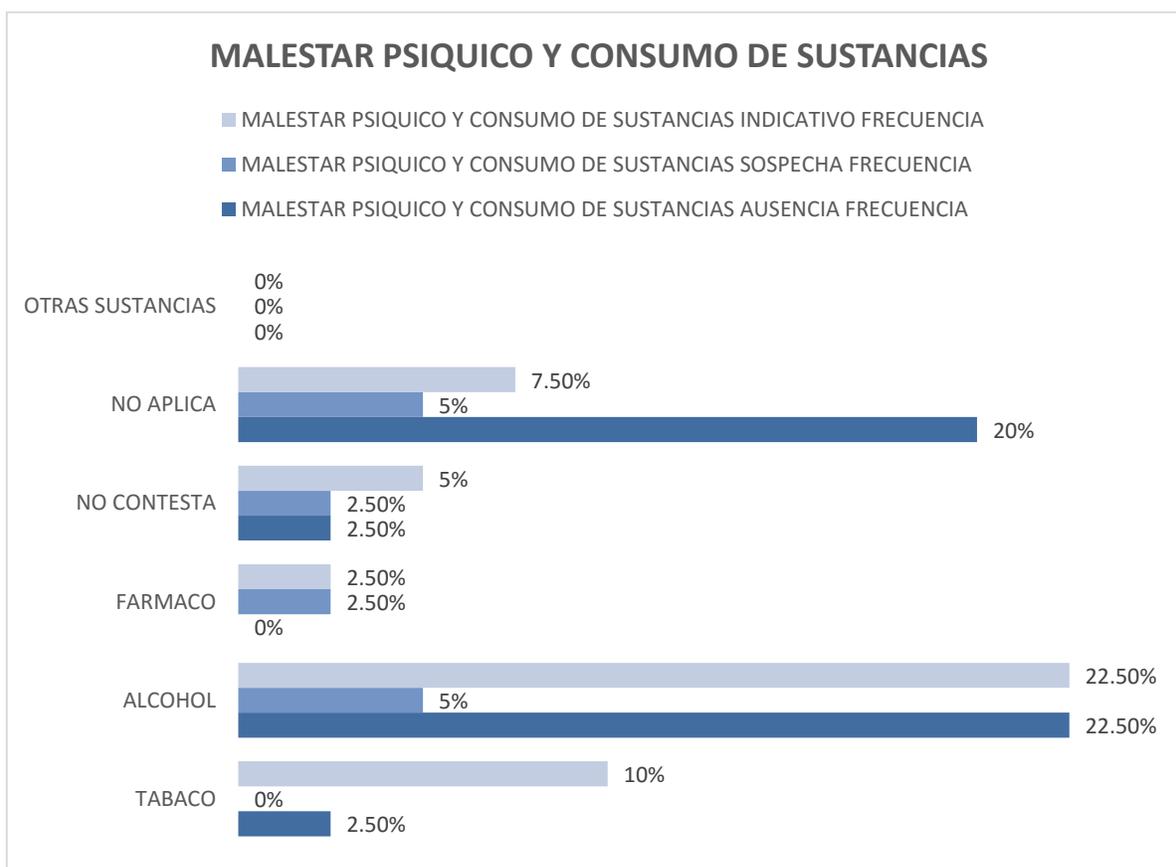
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 25. Característica de Malestar psíquico y consumo de sustancias

MALESTAR PSIQUICO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS						
	AUSENCIA		SOSPECHA		INDICATIVO	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
TABACO	1	2.50%	0	0%	4	10%
ALCOHOL	9	22.50%	2	5%	9	22.50%
FARMACO	0	0%	1	2.50%	1	2.50%
NO CONTESTA	1	2.50%	1	2.50%	2	5%
NO APLICA	8	20%	2	5%	3	7.50%
OTRAS SUSTANCIAS	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICA 25. Características de Malestar psíquico y consumo de sustancias



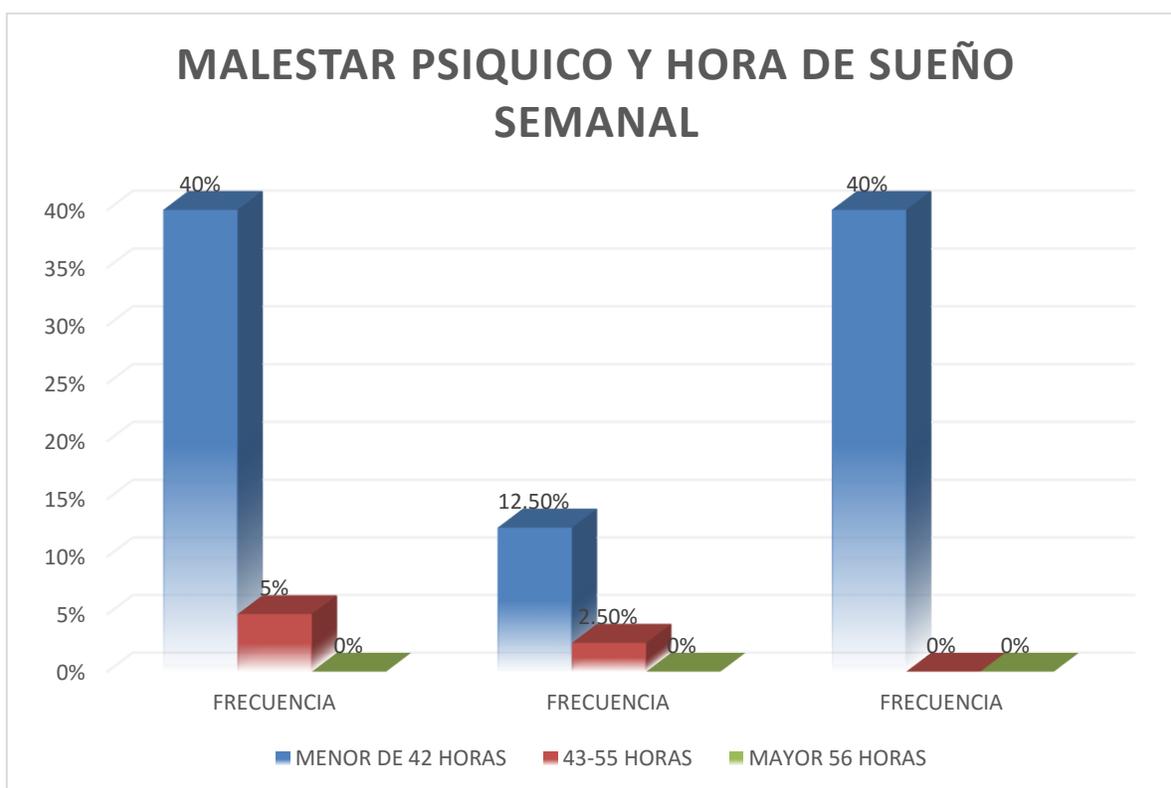
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 26. Características de Malestar psíquico y horas de sueño semanal

MALESTAR PSIQUICO Y HORA DE SUEÑO SEMANAL								
	AUSENCIA		SOSPECHA		INDICATIVO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
MENOR DE 42 HORAS	16	40%	5	12.50%	16	40%	37	92.50%
43-55 HORAS	2	5%	1	2.50%	0	0%	3	7.50%
MAYOR 56 HORAS	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	18	45%	6	15%	16	40%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICA 26. Características de Malestar psíquico y horas de sueño semanal



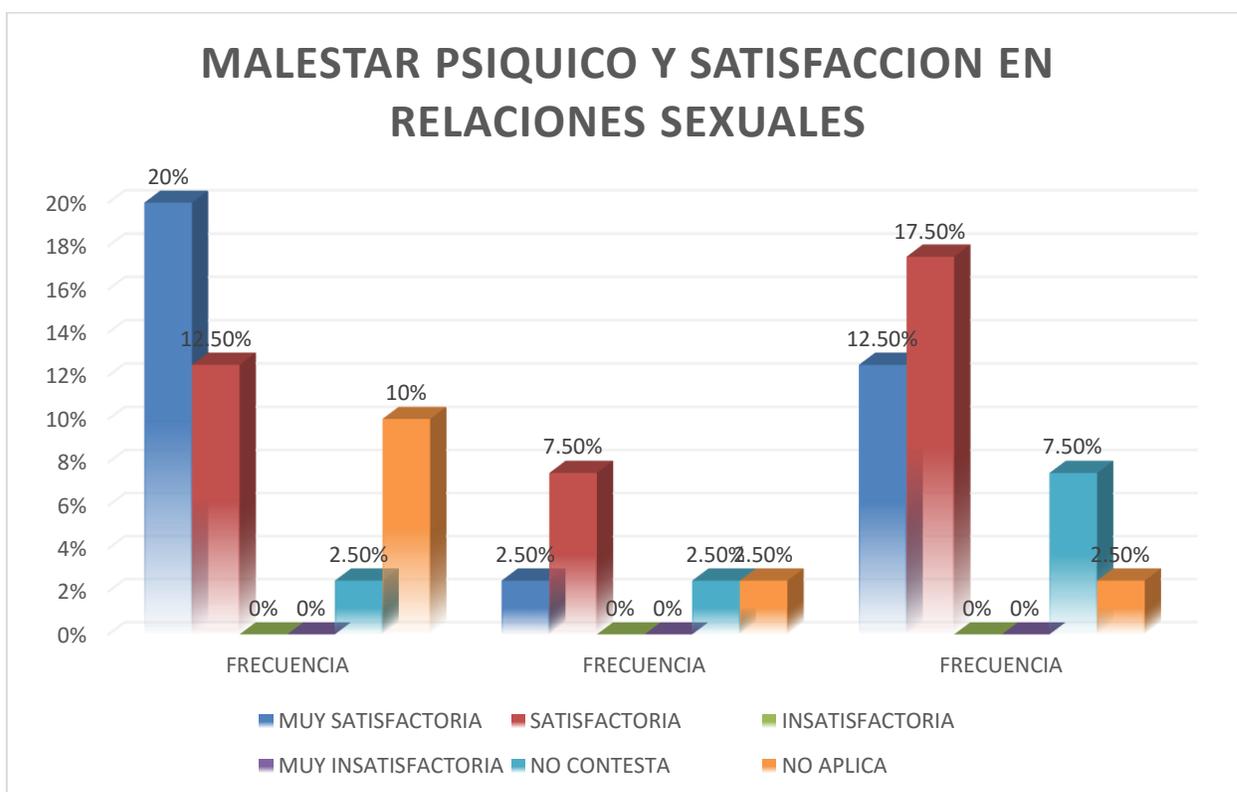
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 27. Características de Malestar psíquico y satisfacción en relaciones sexuales

MALESTAR PSIQUICO Y SATISFACCION EN RELACIONES SEXUALES								
	AUSENCIA		SOSPECHA		INDICATIVO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
MUY SATISFACTORIA	8	20%	1	2.50%	5	12.50%	14	35%
SATISFACTORIA	5	12.50%	3	7.50%	7	17.50%	15	37.50%
INSATISFACTORIA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
MUY INSATISFACTORIA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
NO CONTESTA	1	2.50%	1	2.50%	3	7.50%	5	12.50%
NO APLICA	4	10%	1	2.50%	1	2.50%	6	15%
TOTAL	18	45%	6	15%	16	40%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 27. Características de Malestar psíquico y satisfacción en relaciones sexuales



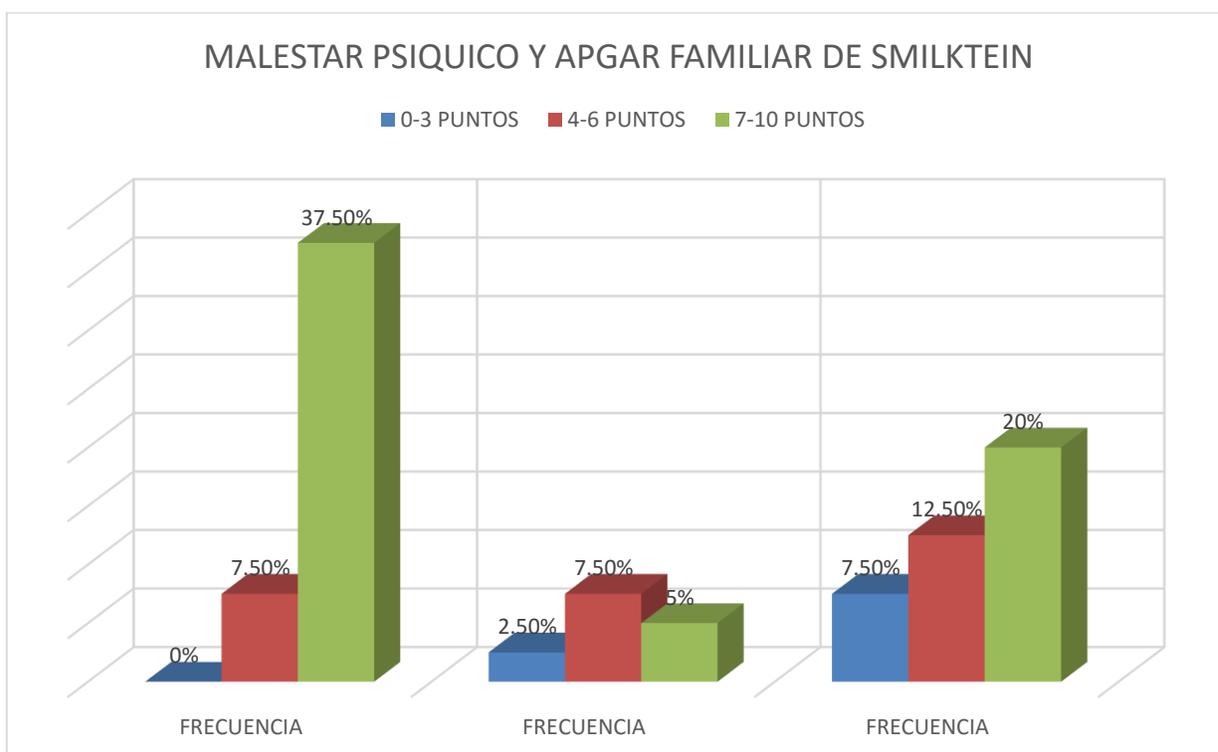
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 28. Características de Malestar psíquico y APGAR familiar de SMILKTEIN

MALESTAR PSIQUICO Y APGAR FAMILIAR DE SMILKTEIN								
	AUSENCIA		SOSPECHA		INDICATIVO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
0-3 PUNTOS	0	0%	1	2.50%	3	7.50%	4	10%
4-6 PUNTOS	3	7.50%	3	7.50%	5	12.50%	11	27.50%
7-10 PUNTOS	15	37.50%	2	5%	8	20%	25	62.50%
TOTAL	18	45%	6	15%	16	40%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 28. Características de Malestar psíquico y APGAR familiar de SMILKTEIN



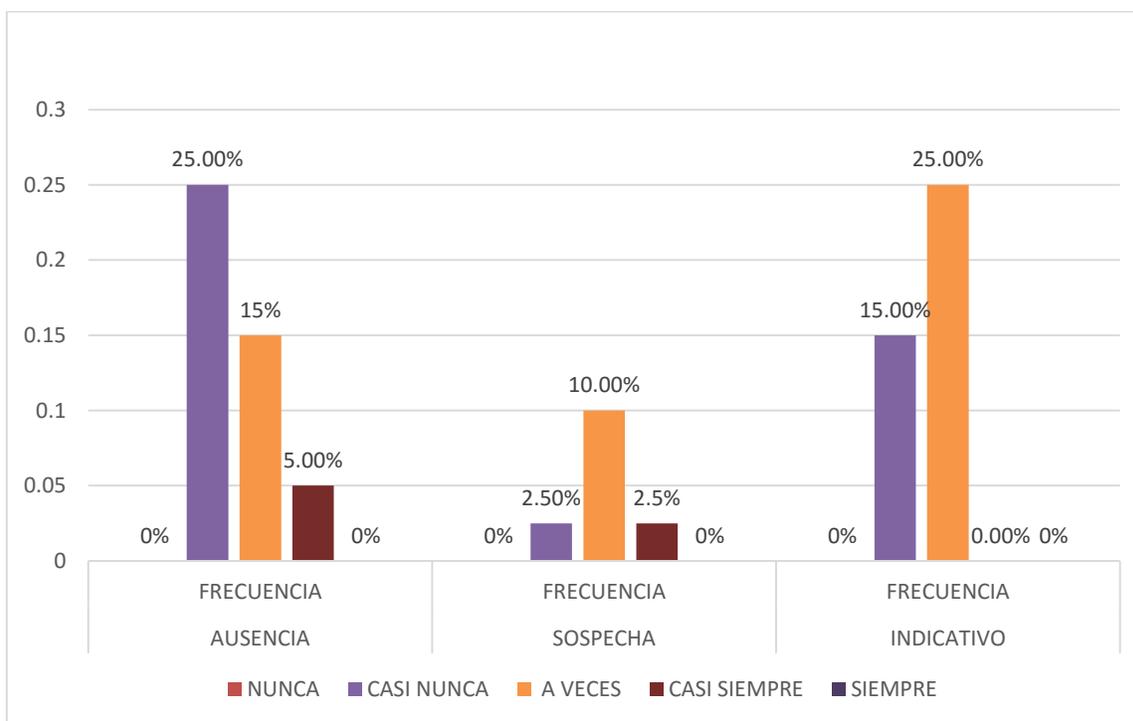
Fuente de información: encuesta de recolección

TABLA 29. Características de Frecuencia de situaciones en el entorno laboral y grado de stress con malestar psíquico

FRECUENCIA DE SITUACIONES EN EL ENTORNO LABORAL Y GRADO DE STRESS CON MALESTAR PSÍQUICO								
	AUSENCIA		SOSPECHA		INDICATIVO		TOTAL	
	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA	No	FRECUENCIA
NUNCA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
CASI NUNCA	10	25.00%	1	2.50%	6	15.00%	17	42.50%
A VECES	6	15%	4	10.00%	10	25.00%	20	50%
CASI SIEMPRE	2	5.00%	1	2.5%	0	0.00%	3	7.50%
SIEMPRE	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	18	45%	6	15%	16	40%	40	100%

Fuente de información: encuesta de recolección

GRAFICO 29. Características de Frecuencia de situaciones en el entorno laboral y malestar psíquico



Fuente de información: encuesta de recolección