

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ANSIEDAD Y DEPRESION FRENTE A LA MUERTE:
UN ESTUDIO PSICOLOGICO EN EL PERSONAL
MEDICO QUE LABORA CON PACIENTES
EN RIESGO DE MORIR**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A
NOHEMI IRENE REYES PARTIDA**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTO

DESEO EXPRESAR CON GRATITUD MI RECONOCIMIENTO A LOS MAESTROS QUE CON SU ESTIMULO Y ASESORIA COLABORARON EN EL PROCESO DE ESTA INVESTIGACION. A LOS DOCTORES:

MA. ELENA MEDINA MORA
LUIS LARA TAPIA
JOSE DE JESUS GONZALEZ
YOLANDA MARTINEZ
NELLY HEREDIA

ASIMISMO QUIERO MANIFESTAR MI AGRADECIMIENTO A LAS AUTORIDADES Y AL PERSONAL DEL HOSPITAL DEL ESTADO DONDE SE EFECTUO EL ESTUDIO, POR SU PARTICIPACION ESPONTANEA Y GENEROSA.

A TODOS ELLOS, MI GRATITUD POR SU CONTRIBUCION QUE HIZO POSIBLE LA REALIZACION DE UN DESEO: DESARROLLAR EL INTERES POR LO CIENTIFICO.

A J O S E:

A C A R M E N:

A A L F O N S O:

I N D I C E

CAPITULO		<u>PAGINA</u>
	INDICE	
	RECONOCIMIENTO	
I	INTRODUCCION	1
	EL PROBLEMA	2
	DEFINICION DE TERMINOS	9
	OBJETIVOS	10
	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.	15
II	REVISION DE LA LITERATURA	16
III	MATERIAL Y METODO	
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	66
	FORMULACION DE HIPOTESIS.	67
	LA MUESTRA	69
	CARACTERISTICA DE LOS HECHOS	77
	LOS INSTRUMENTOS	79
IV	DESCRIPCION DE LOS DATOS	95
V	ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.	107
VI	SUMARIO Y CONCLUSIONES	124
	BIBLIOGRAFIA	128

I. INTRODUCCION.

PARECIERA QUE EN TORNO A LA MUERTE HAY UN SILENCIO PUBLICO, EN TERMINOS GENERALES ESTE SILENCIO HA EMPEZADO A ROMPERSE, COMO TAMBIEN EL QUE HA RODEADO AL SEXO. TANTO PSICOLOGOS COMO PSIQUIATRAS, HAN EMPEZADO A REVISAR ESTA CUESTION DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL HOMBRE QUE ESTA A PUNTO DE MORIR, Y NO SOLAMENTE DESDE EL ANGULO DE AQUELLOS QUE PERMANECEN VIVOS. SIN EMBARGO EL FENOMENO DE LA MUERTE HA RECIBIDO MAS ATENCION EN TERMINOS SOCIALES ANTROPOLOGICOS Y RELIGIOSOS QUE EN LOS PSICOLOGICOS. HA SIDO MAS FACIL APARENTEMENTE SUPERAR EL HECHO DE LA MUERTE COMO UN FACTOR SOCIAL O ANTROPOLOGICO APLICADO A LA HUMANIDAD EN GENERAL QUE EL EFECTO PSICOLOGICO QUE LA MUERTE PROVOCA.

MUY FRECUENTEMENTE EN LOS INTENTOS POR MEJORAR EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE MORIR, O SEA LOS PACIENTES GRAVES, SE HA NEGADO Y DESCUIDADO LAS DIFICULTADES EXPERIMENTADAS POR EL PERSONAL QUE TRABAJA CON ESTOS. DE ACUERDO CON VACHON (1978) "SON LOS PACIENTES LOS QUE ESTAN ENFERMOS Y NECESITAN AYUDA. EL PERSONAL ESTA SANO Y BIEN INTEGRADO Y PUEDE MANEJAR CON ALEGRIA LA EXPOSICION DIARIA CON LA ENFERMEDAD, EL DETERIORO FISICO Y LA MUERTE. EN EFECTO EL SIMPLE HECHO DE HABER ELEGIDO UNA PROFESION, NOS MUESTRA LO SANO Y LO COMPETENTE QUE SOMOS".

UNA EXPERIENCIA CONSIDERABLE CON AQUELLOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES MORIBUNDOS EN VARIOS CONTEXTOS, HA HECHO QUE DE

ALGUNA MANERA ME CUESTIONE SERIAMENTE QUE TAN SANO Y COMPE--
TENTE RESULTA EL LABORAR CON PACIENTES EN RIESGO DE MORIR.

ASI AL TRABAJAR ALGUNOS AÑOS COMO PSICOLOGA CLINICA EN
UN CENTRO HOSPITALARIO, PUDE OBSERVAR QUE SE DABAN DIFERENTES
GRADOS DE TENSION ENTRE EL PERSONAL MEDICO Y ENFERMERAS, DE--
PENDIENDO DEL SERVICIO O ESPECIALIDAD A QUE ELLOS ESTUVIERAN
ADSCRITOS.

PARECIA QUE ESTE ESTADO DE STRESS ERA MAYOR EN AQUELLOS
SERVICIOS EN LOS CUALES EXISTIA UNA PERMANENTE AMENAZA DE --
MUERTE ENTRE LOS PACIENTES AHI HOSPITALIZADOS; SERVICIOS TALES
COMO EL DE TERAPIA INTENSIVA, ONCOLOGIA, ETC..., Y MENOR EN -
AQUELLOS OTROS, EN LOS CUALES EL MANEJO DE LOS HOSPITALIZADOS
SE DABA SIN COMPLICACIONES GRAVES Y LA AMENAZA DE MUERTE NO -
ESTABA PRESENTE; OFTALMOLOGIA, CUNAS, ETC...

LO ANTERIOR ME LLEVO A PLANTEAR LAS SIGUIENTES CONSIDERA
CIONES; ¿EN QUE MEDIDA LAS CONDICIONES DE TRABAJO CON PACIEN-
TES GRAVES O EN RIESGO DE MORIR PRODUCEN UN ESTADO DE TENSION
EN EL PERSONAL ? EL STRESS PERMANENTE EN EL TRABAJO PODRIA PRO
VOCAR UNA ALTERACION EMOCIONAL EN LA CONDUCTA, Y HASTA QUE --
GRADO ?¿PODRIA HABLARSE DE REACCIONES DE ANSIEDAD O DEPRESION
COMO DEFENSA ? ¿TIENEN RELACION ESTAS RESPUESTAS DE ANSIEDAD O
DEPRESION CON LA FRECUENCIA DE MUERTE EN LOS SERVICIOS?. EN -
BASE A ESTAS INTERROGANTES SE ORIGINO EL PROPOSITO DE REALI--
ZAR UNA INVESTIGACION PARA EVALUAR LOS INDICES TANTO DE ANSIE
DAD COMO DE DEPRESION EN EL PERSONAL MEDICO; ADSCRITOS O RE--
SIDENTES Y ENFERMERAS DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES QUE -

TRATAN EXCLUSIVAMENTE PACIENTES HOSPITALIZADOS.

PARA ELLO SE EFECTUO UNA SELECCION DE ESPECIALIDADES, DE ACUERDO A LAS ESTADISTICAS DE MORTALIDAD ANUAL DE LOS PACIENTES AHI ATENDIDOS (EN FUNCION AL RECORD INTERNO DEL HOSPITAL). CON ESTOS DATOS SE FORMARON 4 GRUPOS DE SERVICIOS EN LOS CUALES LA INCIDENCIA DE MUERTE FUERA:

- A) ALTA
- B) MEDIANA
- C) BAJA, Y
- D) NULA.

EXISTEN POCOS ESTUDIOS EN RELACION AL TEMA QUE ESTAMOS - REVISANDO. UNO DE ELLOS ES PRESENTADO POR JACQUES Y MENSIEZ - EN SU LIBRO "LOS SISTEMAS SOCIALES COMO DEFENSA CONTRA LAS ANSIEDADES" (1970), EN DONDE HABLAN DE LAS INSTITUCIONES Y, COMO ESTAS SON UTILIZADAS POR SUS MIEMBROS INDIVIDUALMENTE PARA REFORZAR SUS PERSONALES MECANISMOS DE DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD Y EN PARTICULAR CONTRA LA RECURRENCIA DE LAS TEMPRANAS -- ANSIEDADES PARANOIDE Y DEPRESIVA. EN SU EXPOSICION SE LIMITAN A LA CONSIDERACION DE QUE CIERTAS FUNCIONES DEFENSIVAS COMO - LOS MECANISMOS DE IDENTIFICACION PROYECTIVA OPERAN AL VINCULAR LA CONDUCTA SOCIAL E INDIVIDUAL.

SU HIPOTESIS ESPECIFICA SE REFIERE AL HECHO DE QUE UNO - DE LOS ELEMENTOS COHESIVOS PRIMARIOS QUE REUNEN A INDIVIDUOS A ASOCIARSE EN INSTITUCIONES ES LA DEFENSA CONTRA SUS ANSIEDADES. SUS OBSERVACIONES PARTEN DE UN ESTUDIO REALIZADO CON LAS

ENFERMERAS DE UN HOSPITAL GENERAL A LAS CUALES SE LES APLICÓ UN CUESTIONARIO Y REALIZÓ UNA ENTREVISTA. FINALMENTE LLEGAN A LA ASEVERACIÓN DE QUE LAS ENFERMERAS —DADA LA NATURALEZA DE SU PROFESIÓN— CORREN GRAVE RIESGO DE VERSE AGOBIADAS POR UN INTENSO E INCONTROLABLE SENTIMIENTO DE ANSIEDAD. SIN EMBARGO, AGREGAN, QUE POR SI SOLO ESE FACTOR NO EXPLICA EL NIVEL DE ANSIEDAD TAN ELEVADO QUE OBSERVARON. POR LO TANTO ES NECESARIO DIRIGIR LA ATENCIÓN HACIA LA OTRA FACETA DEL PROBLEMA; O SEA — LAS TÉCNICAS QUE LAS ENFERMERAS UTILIZARON PARA CONTENER Y MODIFICAR LA ANSIEDAD. SUS HALLAZGOS SENALAN DEFENSAS COMO: LA DISOCIACIÓN, DISTANCIA Y NEGACIÓN DE LOS SENTIMIENTOS, DISTRIBUCIÓN SOCIAL COLUSIVA DE LA RESPONSABILIDAD, ETC.

OTRO DE LOS ESTUDIOS DENTRO DE LA LITERATURA ES LA TESIS DENOMINADA "EFECTOS DE LA ANSIEDAD RASGO ESTADO SOBRE LA INTELIGENCIA EN LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA" DE LOS AUTORES REDONDO Y ORTIZ (1973) QUIENES INVESTIGARON LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE EL RENDIMIENTO INTELECTUAL Y LA ANSIEDAD, EN MÉDICOS CIRUJANOS Y NO CIRUJANOS (INTERNISTAS). UNO DE SUS PLANTEAMIENTOS INICIALES FUE VALORAR SI LA RESPONSABILIDAD Y TENSION A QUE ESTAN SOMETIDOS LOS CIRUJANOS AL PRACTICAR LA CIRUGIA, INFLUYE DE ALGUN MODO PARA LA EJECUCIÓN DE LA PROFESIÓN A DIFERENCIA DE AQUELLOS OTROS MÉDICOS (INTERNISTAS) QUE NO TRABAJAN BAJO SITUACIONES DE TENSION. PARA LOS EFECTOS DE LA INVESTIGACIÓN UTILIZARON LOS INSTRUMENTOS "BETA" E "IDARE". LAS CONCLUSIONES DE ELLOS SON LAS SIGUIENTES: EL GRUPO DE CIRUJANOS POSEE SIGNIFICATIVAMENTE UN MAYOR ÍNDICE DE TENSION

EMOCIONAL QUE LOS NO CIRUJANOS. ASIMISMO EL EJERCICIO DE LA PRACTICA QUIRURGICA PUEDE VERSE SERIAMENTE AFECTADA CUANDO LA ANSIEDAD EMOCIONAL (ESTADO DE ANSIEDAD) POSITIVA ES MAYOR QUE LA ANSIEDAD CARACTEROLOGICA (RASGO DE ANSIEDAD) DE LOS INTERNISTAS Y CIRUJANOS.

REVISANDO LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CAMPO DE LAS MOTIVACIONES QUE CONDUCE A LA ELECCION DEL MEDICO ENCONTRAMOS EL TRABAJO DE SOLIS (1969). EN SU ARTICULO SEÑALA COMO INDUDABLEMENTE LOS MECANISMOS QUE MAS DESTACAN EN ESTA MOTIVACION SON: LAS IDENTIFICACIONES, LAS ACTITUDES CONTRAFOBICAS, LA SUBLIMACION, LA BISEXUALIDAD. DESPUES DE REVISAR UNA SERIE DE ESTUDIOS ESTADISTICOS PUNTUALIZA: "ESTADISTICAMENTE HABLANDO, ESTA COMPROBADO QUE LA PROFESION DE MEDICO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSIQUICO ES DE LAS MAS ENFERMAS. QUIEN LLEGA A LA FACULTAD DE MEDICINA TIENE SU PRIMERA EXPERIENCIA CON EL CADAVER -ACADEMICAMENTE HABLANDO- EN LA SALA DE DISECCION, DESDE ESE INSTANTE INTUYE QUE SU CITA ES LA MUERTE, AHI EMPIEZA A MORIR LENTAMENTE, CON EL DECESO DE CADA UNO DE SUS ENFERMOS MORIRA UNA PARTE DE SI MISMO".

OTRO TRABAJO QUE ESTUDIA LA MOTIVACION DEL PERSONAL QUE LABORA CON LOS PACIENTES MORIBUNDOS Y EL EFECTO QUE LA TENSION DEL TRABAJO PUEDE DESARROLLAR EN ELLOS ES EL DE VACHON (1978). DESCRIBE COMO LA RELACION CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES QUE VAN A MORIR A MENUDO LLEVAN A LOS MIEMBROS DEL PERSONAL A NEGAR SUS PROPIAS NECESIDADES. EL SUGIERE QUE ES FRECUENTE QUE EL PERSONAL ELIJA EL TRABAJAR CON MORIBUNDOS -

POR UNA DE LAS 6 SIGUIENTES RAZONES:

- A) ACCIDENTE O CONVENIENCIA
- B) UN DESEO DE APARECER COMO LIDER CARISMATICO
- C) UN DESEO MAS DE CONTROLAR EL DOLOR Y LA MUERTE
- D) UN DESEO DE SER "BUSCADO"
- E) UNA EXPERIENCIA PREVIA
- F) UNA SUSPICACIA O PRESENTIMIENTO DE QUE ALGUN DIA DESARROLLARA LA ENFERMEDAD.

SUS INVESTIGACIONES DEMUESTRAN QUE LOS FACTORES CONSCIENTES E INCONSCIENTES QUE MOTIVAN A LOS INDIVIDUOS A TRABAJAR CON PACIENTES DE ALTO RIESGO DE MORIR, PUEDEN CONducIR A UN STRESS INESPERADO. ESTA PRESION PUEDE SIGNIFICAR PROBLEMAS CONSIDERABLES PARA LOS PACIENTES Y OTROS MIEMBROS DEL PERSONAL. LA PRESION EN EL TRABAJO PUEDE REPERCUTIR EN LA VIDA PERSONAL CAUSANDO PROBLEMAS INDIVIDUALES Y PROBABLEMENTE FAMILIARES.

OTRAS DE SUS OBSERVACIONES, HACEN REFERENCIA AL TRABAJADOR Y COMO PUEDE DERIVARSE EN EL, UN CIERTO SENTIMIENTO DE OMNIPOTENCIA AL TRANSITAR EN LA MUERTE, DEBIENDO DARSE POR HECHO QUE, EL QUE TRABAJA CON PACIENTES DE RIESGO DE MORIR PUEDE A LA LARGA LLEGAR A SENTIRSE RODEADO POR LA MUERTE Y SUCUMBIR A LA DEPRESION Y A LA ACTITUD DE IMPOTENCIA Y DESESPERANZA. OTRA RESPUESTA A LA PRESENCIA DE LA MUERTE ES EXAGERAR NUESTRA CONDUCTA CON LOS MIEMBROS DEL PERSONAL CASI COMO UNA AFIRMACION DE LA VIDA (TOMANDO EXCESIVAMENTE, CONDUCIENDO A ALTA VELOCIDAD, EXAGERANDO LA CONDUCTA SEXUAL). ENTRE SUS CONCLUSIONES APARECE EL HECHO DE QUE LA EXPOSICION CONSTANTE CON

LA PERSONA QUE ESTA MURIENDO DE ALGUNA MANERA AFECTA LA VIDA PROPIA, LA RELACION CON LA FAMILIA Y LOS AMIGOS.

A TRAVES DE LA INVESTIGACION DE PRICE (1977) SE INTENTO ENTENDER EL CAMINO POR EL CUAL LAS ENFERMERAS AL CUIDADO DE UNA UNIDAD CORONARIA PUEDEN ESTAR SUJETAS A STRESS ALREDEDOR DEL PROBLEMA DEL ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACION SIGNIFICATIVA CON LA MUERTE. EL OBJETIVO CENTRAL DE ESTA GIRO EN TORNO DEL STRESS EXPERIMENTADO POR LAS ENFERMERAS, EN LA RESPONSABILIDAD PARA CONTROLAR LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE. EXPLICA -- QUE HAY UNA CONFUSION INCONSCIENTE ENTRE EL SENTIMIENTO DE -- SER RESPONSABLE POR EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD O MUERTE DEL PACIENTE Y EL SENTIMIENTO DE SER RESPONSABLE PORQUE ESTE HECHO OCURRA.

OTRO TRABAJO EN TORNO AL TEMA FUE EL EFECTUADO POR GROSS (1977). UNO DE SUS PROPOSITOS ERA EXPLORAR LOS SENTIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS ACERCA DE SU TRABAJO CON PACIENTES MORIBUNDOS. EL ESTUDIO QUE REALIZO INCLUIA A 30 ENFERMERAS QUE FUERON ENCARGADAS DE UN PACIENTE EN FASE TERMINAL POR 6 MESES. EN CUANTO AL METODO DESARROLLADO SE DESCRIBE LA AUTOSELECCION, LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS FUERON: UNA ENTREVISTA Y LA APLICACION DE UN CUESTIONARIO. EL CUESTIONARIO SE DISEÑO PARA ESPECIFICAR RESPUESTAS GENERALES A LAS EXPERIENCIAS DE LAS PARTICIPANTES ALREDEDOR DE LA MUERTE Y MORIRSE. LA ENTREVISTA SEGUIA A LA ADMINISTRACION DEL CUESTIONARIO Y SUGERIA A LAS PARTICIPANTES QUE DESCRIBIERAN LOS SENTIMIENTOS QUE HABIAN EXPERIMENTADO CUANDO CUIDABAN A UN PACIENTE CUYA MUERTE

ERA INMINENTE. LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS SE --
AGRUPARON EN ESTADIOS DE SENTIMIENTOS COMO: MIEDO, TRISTEZA,
NECESIDAD DE AYUDA, ENOJO, ACEPTACION, SENTIMIENTOS DE CULPA.
LA REVISION DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LOS CUESTIONARIOS REVE
LARON QUE NO HABIA PATRONES ENTRE LA EDAD, RELIGION, AÑOS DE
EXPERIENCIA EN EL TRABAJO, EDUCACION, NIVEL DE PREPARACION -
DE LAS ENFERMERAS Y LOS ESTADIOS DE SENTIMIENTOS QUE ESTAS -
REPORTABAN. EL 74% DE LA POBLACION ESTUDIADA DESCRIBIO OTRO
TIPO DE SENTIMIENTOS CONTRARIOS A LA ACEPTACIÓN DE LA MUERTE
EN LOS PACIENTES.

POR SU PARTE NADELSON (1976) REFIERE QUE EL STRESS PRE-
SENTADO DENTRO DE LA UNIDAD DE CIRUGIA INTENSIVA AFECTA A --
LOS PACIENTES ASI COMO AL SERVICIO Y QUE EL FACTOR MUERTE --
SIEMPRE PRESENTE EN LA UNIDAD, ENGENDRA A MENUDO UNA IMPOR--
TANTE CARGA DE TENSION, SOBRE TODO EN AQUELLOS PACIENTES A -
LOS CUALES SE LES RETIRA EL RESPIRADOR, INCREMENTANDÓSE ASI
LA CARGA DE TENSION DENTRO DEL SERVICIO Y SU ESFUERZO FICTI-
CIO EN EL CUIDADO. AGREGA QUE A UN LADO DE LA DIFICULTAD EMQ
CIONAL PRESENTADA POR TRABAJAR CON PACIENTES MUY ENFERMOS, -
EXISTEN PRESIONES DE GRUPOS RESULTANTES DE JERARQUIAS DENTRO
DEL SERVICIO. EN SUS CONCLUSIONES DESTACA LA IMPORTANCIA DEL
PAPEL DEL PSIQUIATRA PARA AYUDAR A LA UNIDAD EN LA IDENTIFI-
CACION Y NEUTRALIZACION DEL CONFLICTO. OTRA DE LAS RECOMENDA
CIONES QUE SEÑALA ES: PROMOVER EL SENTIMIENTO Y REDUCIR LA -
POLARIZACION.

EN SU TRABAJO RESPECTO A "LAS FORMAS DE ABORDAJE DE AC-

TITUDES HACIA LA MUERTE", SCHREIBAUM (1975) REFIERE QUE AQUELLOS QUE TRATAN AL PACIENTE MORIBUNDO SE ENCUENTRAN EN UNA POSICION CRUCIAL ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. DE AQUI LA IMPORTANCIA DE LA ACTITUD EMOCIONAL DEL DOCTOR HACIA EL PACIENTE MORIBUNDO Y HACIA LA MUERTE EN GENERAL.

A PARTIR DE ESTOS HECHOS Y LAS OBSERVACIONES CLINICAS, NOS PROPONEMOS INVESTIGAR EN QUE MEDIDA LAS SITUACIONES DE TENSION EN EL TRABAJO AFECTAN LA CONDUCTA DEL PERSONAL QUE ESTA EN CONTACTO CON LA MUERTE, Y SI ES QUE EXISTEN O NO DIFERENCIAS EN CUANTO A LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION, MEDIDAS POR LOS TESTS DE IDARE Y ZUNG RESPECTIVAMENTE, EN LOS DIFERENTES GRUPOS CLASIFICADOS COMO DE ALTA, MEDIANA, BAJA Y NULA INCIDENCIA DE MUERTE.

PARA TAL EFECTO, SE PROCEDIO A SACAR UN PORCENTAJE ENTRE EL INGRESO DE PACIENTES Y EL EGRESO POR DEFUNCION ANUAL EN CADA UNO DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL, DE TAL FORMA QUE LA MUESTRA ESTUVO REPRESENTADA POR GRUPOS DE SERVICIOS DE ACUERDO A:

- UNA ALTA INCIDENCIA DE PACIENTES QUE MUEREN
- UNA MEDIANA INCIDENCIA
- UNA BAJA INCIDENCIA
- UNA NULA INCIDENCIA

UNA VEZ OBTENIDA LA MUESTRA, SE INICIO LA APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS COMO SON LAS PRUEBAS DE "IDARE" Y "ZUNG" PARA MEDIR LOS INDICES DE ANSIEDAD Y DEPRESION RESPECTIVAMENTE.

COMO MEDIDA DE CONTROL, LA APLICACION SOLO SE EFECTUO CON EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA QUE TRABAJARAN EXCLUSIVAMENTE CON PACIENTES HOSPITALIZADOS EN PISO YA QUE LAS - CONDICIONES DE TRABAJO SON DIFERENTES EN EL PERSONAL QUE LA BORA EN CONSULTA EXTERNA.

LA INVESTIGADORA EFECTUO TODAS LAS APLICACIONES CON LA MISMA TECNICA, EVITANDO LA COMUNICACION INTRAGRUPO DURANTE EL TIEMPO DE APLICACION DE PRUEBAS.

DEFINICION DE TERMINOS.

ANSIEDAD.- ES UNA SEÑAL DE PELIGRO, SENTIDO Y PERCIBIDO POR LA PARTE CONSCIENTE DE LA PERSONALIDAD; PRODUCIDA POR UNA AMENAZA INTERNA, CON O SIN ESTIMULACION DE LAS SITUACIONES EXTERNAS. ES UN ESTADO EMOCIONAL DESAGRADABLE EN EL CUAL EXISTEN SENTIMIENTOS DE PELIGRO, CARACTERIZADO POR LA INTRANQUILIDAD, TENSION O APREHENSION. ESTA ES LA DEFINICION QUE LA A.P.A. PUBLICO EN 1956.

LOS CONCEPTOS DE ANSIEDAD-ESTADO Y DE ANSIEDAD-RASGO HAN SIDO DESGLOSADOS POR SPIELBERGER (1975). SE REFIERE COMO ANSIEDAD-ESTADO A LA CONDICION EMOCIONAL TRANSITORIA DEL ORGANISMO HUMANO, QUE SE CARACTERIZA POR SENTIMIENTOS DE TENSION Y DE APREHENSION SUBJETIVOS CONSCIENTEMENTE PERCIBIDOS Y POR UN AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DEL SNA. ESTOS PUEDEN VARIAR EN INTENSIDAD Y FLUCTUAR A TRAVES DEL TIEMPO. LA ANSIEDAD-RASGO SE REFIERE A LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, RELATIVAMENTE ENTRE LAS PERSONAS, EN LA TENDENCIA A RESPONDER A SITUA--

CIONES PERCIBIDAS COMO AMENAZANTES CON ELEVACIONES EN LA INTENSIDAD DE ANSIEDAD-ESTADO.

DEPRESION.- ESTE TERMINO ES UTILIZADO PARA REFERIR UN HUMOR O ESTADO ESPECIFICO, O UNA CLASIFICACION DIAGNOSTICA. LA DEPRESION OCURRE COMO UNA REACCION A LA PERDIDA REAL O -- IMAGINARIA DE UN OBJETO EMOCIONALMENTE SIGNIFICATIVO O DE UN ATRIBUTO O HABILIDAD PERSONAL. EL MODO DEPRESIVO ESTA CARACTERIZADO POR UN SENTIMIENTO SUBJETIVO DE TRISTEZA, BAJA -- AUTOESTIMA, DISMINUCION DEL INTERES, ABATIMIENTO Y DESESPERANZA. (A. P. A.).

NUESTRO PROPOSITO EN ESTE TRABAJO ES VALORAR LA DEPRESION COMO UNA REACCION A UNA CIRCUNSTANCIA.

DEFINICION DE LA POBLACION DE ESTUDIO.

LA INVESTIGACION SERA APLICABLE AL PERSONAL DE ENFERMERIA, MEDICOS ADSCRITOS Y RESIDENTES QUE TRABAJAN EN LOS SERVICIOS TALES COMO: TERAPIA INTENSIVA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, ONCOLOGIA, MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGIA, INFECTOLOGIA, GINECOBSTERICIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, -- OFTALMOLOGIA Y CUNAS II.

TODA LA POBLACION LABORA EN EL MISMO HOSPITAL PARA TRABAJADORES DEL ESTADO.

LOS SUJETOS DE ESTUDIO PERTENECEN A AMBOS SEXOS. EN EL CASO DE LOS MEDICOS, LA EDAD FLUCTUA ENTRE LOS 26 Y 60 AÑOS. ES UNA POBLACION HETEROGENEA CON UNA ESCOLARIDAD DE UN POSTGRADO EN MEDICINA (EN EL CASO DE LOS MEDICOS ADSCRITOS), Y -- CURSO DE ESPECIALIZACION (EN EL CASO DE LOS RESIDENTES). --

LA POBLACION DE ENFERMERAS ES HETEROGENEA EN CUANTO A SEXO, CON UNA EDAD QUE FLUCTUA ENTRE LOS 20 Y 46 ANOS. LA ESCOLARIDAD ES VARIABLE YA QUE VA DESDE SECUNDARIA HASTA -- POSTGRADO EN ENFERMERIA.

TODA LA POBLACION EN ESTUDIO LABORA CON PACIENTES HOSPITALIZADOS. FUERON 293 SS A LOS QUE SE LES APLICARON LOS INSTRUMENTOS ANTES MENCIONADOS PARA DETECTAR FACTORES DE ANSIEDAD Y DEPRESION.

EN TOTAL FUERON 4 LOS GRUPOS A INVESTIGAR:

1) PERSONAL QUE TRABAJA CON PACIENTES CON ALTO RIESGO DE MUERTE EN LOS QUE SE INCLUYEN LOS SERVICIOS DE: TERAPIA INTENSIVA, ONCOLOGIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

2) PERSONAL EN CUYO SERVICIO LA INCIDENCIA DE MUERTE EN PACIENTES ES MEDIANA. PERTENECEN A ESTE GRUPO LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, INFECTOLOGIA, NEUROCIRUGIA.

3) PERSONAL QUE MANEJA PACIENTES CON UNA BAJA INCIDENCIA DE MUERTE. AQUI SE INCLUYE EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA.

4) PERSONAL EN CUYO SERVICIO NO SE REGISTRAN MUERTES. EN ESTE GRUPO SE ESTUDIARON LOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTALMOLOGIA Y CUNAS II.

LAS PRUEBAS SE ADMINISTRARON NO SOLO A AQUELLOS SUJETOS QUE MOSTRARON UNA COOPERACION ESPONTANEA SINO TAMBIEN A AQUELLOS OTROS QUE FUERON ENVIADOS POR SU AUTORIDAD A PARTICIPAR

EN ESTA INVESTIGACION.

DEFINICION DE INSTRUMENTOS Y PERSONAL.

PARA EFECTUAR ESTA INVESTIGACION SE UTILIZARON DOS INS
TRUMENTOS:

- EL INVENTARIO "IDARE"
- LA ESCALA DE MEDICION DE LA DEPRESION DE "ZUNG".

UNAS DE LAS RAZONES QUE INFLUYERON EN SU ELECCION FUE-
RON:

- SU FACIL MANEJO
- LA POSIBILIDAD DE SER ADMINISTRABLES EN GRUPO
- LA ELABORACION Y RAPIDEZ DE AMBAS
- EL GRADO DE CONFIABILIDAD QUE PRESENTAN.

IDARE. - ESTE ES UN INVENTARIO IDEADO POR CH. SPIELBER-
GER PARA INVESTIGAR LA ANSIEDAD BAJO ASPECTOS COMO "RASGO"
Y "ESTADO" ABREVIANDOSE RA Y EA RESPECTIVAMENTE.

CONSTA DE DOS FORMAS O ESCALAS: LA X-1 Y LA X-2.
CADA UNA CUENTA CON VEINTE REACTIVOS.

LA ESCALA X-1 EXPLORA "ESTADO DE ANSIEDAD", LA ESCALA
X-2 EXPLORA "RASGO DE ANSIEDAD".

LA ESCALA EA INVESTIGA EL ESTADO ACTUAL DE ANSIEDAD EN
ESTE MOMENTO DEL SUJETO. LA ESCALA RA SE OCUPA DE LAS CARAC-
TERISTICAS GENERALES DE LA MISMA ANSIEDAD.

EL INVENTARIO DE ANSIEDAD-RASGO-ESTADO DE "IDARE", ES UN INSTRUMENTO QUE PUEDE SER AUTOAPLICABLE, QUE SE PUEDE ADMINISTRAR TANTO EN FORMA INDIVIDUAL COMO EN GRUPO, SUS INSTRUCCIONES SON SENCILLAS.

EN CUANTO A SU CONFIABILIDAD HA SIDO ACEPTABLE; LOS COEFICIENTES ALFA DE LA ESCALA DE ESTADO DE ANSIEDAD (EA) CUANTIFICADOS POR LA FORMULA K-R 20 MODIFICADA POR CROMBACH (1951) SON DE .83 A .92 DE VALIDEZ Y DE 0.86 A 0.92 LOS OTROS.

LOS COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD ALFA SON MAS ALTOS EN LA ESCALA ESTADO SI SE ADMINISTRA EL INVENTARIO EN CONDICIONES DE TENSION, DANDO UN INDICE DE 0.46 DESPUES DE ADMINISTRARSE EN CONDICIONES DE TRANQUILIDAD.

LA CONFIABILIDAD DE LA ESCALA RA ES RELATIVAMENTE ALTA MIENTRAS QUE LA ESCALA EA TIENDE A FLUCTUAR PRECISAMENTE POR DEPENDER DE FACTORES SITUACIONALES.

EN CUANTO A LA VALIDEZ DEL INVENTARIO PROCEDE DE LA CORRELACION VERIFICADA CON INSTRUMENTOS CONSIDERADOS COMO LOS MEJORES EN LA ACTUALIDAD: L. P.A.T.; A.A.C.L. RESPECTO A LA ESCALA DE RASGO DE ANSIEDAD CON LOS QUE OFRECE UN ALTO INDICE DE VALIDEZ.

ZUNG. - ESTA ESCALA CONSTA DE 20 ITEMS OBTENIDOS EN ESTUDIOS FACTORIALES (1972) SOBRE LA DEPRESION DESCRITOS EN FORMA SINTOMATICAMENTE POSITIVA Y NEGATIVA, CON EL FIN DE VALIDAR LA INFORMACION OBTENIDA.

SE UTILIZO LA TRADUCCION ESPAÑOLA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA ACEPTADA POR EL AUTOR. IGUALMENTE ES UN INSTRUMENTO QUE OFRECE LA VENTAJA DE SU AUTOADMINISTRACION, SU ELEVADO INDICE DE CONFIABILIDAD Y CONSISTENCIA, OBTENIDOS A TRAVES DE VARIOS ESTUDIOS ENTRE LOS QUE SE DESTACA UNA ALTA CORRELACION (R. 70) CON LA ESCALA DEL INVENTARIO MULTIFASETICO DE LA PERSONALIDAD DE MINESSOTA (MMPI) (), Y SU APLICACION EN ESTUDIOS TRANSCULTURALES ().

LA CONFIABILIDAD EN LA ESCALA DE ZUNG HA SIDO VALIDADA MEDIANTE SU COMPARACION CON OTRAS ESCALAS DE MEDICION DE LA DEPRESION NO AUTOADMINISTRADAS COMO LA DE CLYDE Y BECH.

LOS INSTRUMENTOS FUERON MANEJADOS EXCLUSIVAMENTE POR LA EXAMINADORA EN GRUPOS DE SUJETOS CUYO NUMERO FUE VARIABLE DEPENDIENDO DE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.

A TODOS LOS GRUPOS SE LES DIERON LAS MISMAS INSTRUCCIONES. LOS DATOS FUERON EVALUADOS POR UN PSICOMETRA CALIFICADO PARA ASI EVITAR LA INFLUENCIA DEL PROPIO INVESTIGADOR Y PROPICIAR QUE LOS RESULTADOS FUERAN MAS CONFIABLES.

ALCANCES Y LIMITACIONES.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS SOLO PODRAN SER VALIDOS PARA EL HOSPITAL DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, CENTRO EN DONDE SE REALIZO LA PRESENTE INVESTIGACION. DE NINGUNA MANERA LOS RESULTADOS PODRAN SER APLICABLES A OTRAS INSTITUCIONES.

NO SE REGISTRO LA INFORMACION ACERCA DE OTRAS FUENTES -

DE ANSIEDAD EXTERNA AL TRABAJO QUE PUDIERAN INFLUIR EN LOS -
RESULTADOS.

LAS NORMAS DE LOS INSTRUMENTOS PARA LA POBLACION MEXICAA
NA AUN SE ENCUENTRAN EN PROCESO DE INVESTIGACION.

II. REVISION DE LA LITERATURA.

NOS PROPONEMOS EN ESTE CAPITULO HACER UNA REVISION DE LA INFORMACION ENCONTRADA EN LA LITERATURA ACERCA DE LA ANSIEDAD Y DEPRESION Y DE ESTE NUEVO TEMA: LOS EFECTOS EMOCIONALES EN EL PERSONAL QUE LABORA CON MORIBUNDOS.

ANSIEDAD.— RESULTA DIFICIL PODER ENCUADRAR EN ESTA REVISION LA FENOMENOLOGIA DEL MIEDO —COMO ANTIGUAMENTE SE LE DENOMINABA A LA ANSIEDAD— QUE CALDEOS, BABILONIOS Y ASIRIOS SENTIAN POR SUS DIOS. SEA COMO FUERE EL ORIGEN, LOS TEXTOS DEMUESTRAN QUE LA ANSIEDAD QUE PRESENTABAN ERA DE DOS TIPOS: DE CARACTER Y DE SITUACION. HAMF (1969), COMENTANDO SOBRE ESTOS PUEBLOS ESCRIBE: "LA IMAGEN E IDEA DE LA MUERTE SE DERIVA DE UNA ANORANZA MUY EXTENDIDA DE LA HUMANIDAD EN ESA EPOCA, QUE VIVIA LA MUERTE COMO EL MAYOR DE TODOS LOS MALES Y QUERIA SER INMORTAL COMO LOS DIOS".

SOFOCLES EN EDIPO REY, AL FINAL DE LA TRAGEDIA DICE: "VED A EDIPO, AL HOMBRE QUE LEIA LOS ENIGMAS Y QUE EN TEBAS FUE SEÑOR... MIENTRAS VIVE, AL HOMBRE ACECHAN EN LA SOMBRA MUERTE O HADES Y EL ESPERAN SU EMBESTIDA COMO VICTIMA MORTAL". Y EN BOCA DE TIRESIAS: "QUE HORRENDA COSA SABER CUANDO LA CIENCIA SOLO RINDE A QUIEN SABE DOLOR". EDIPO PERMANECIO ACONGOJADO HASTA QUE ENCONTRO LA SOLUCION Y LA ANSIEDAD QUE LE PERSIGUIO EL RESTO DE SUS DIAS, ADQUIRIO OTRO CARIZ; PRIMERO: ANSIEDAD POR IGNORAR Y POSTERIORMENTE ANSIEDAD POR EL INCESTO.

ESTA IDENTICA CONDICION SE VE EN ESQUILO CON CASANDRA: "OTRA VEZ ESTA CRUEL FATIGA, ESTE ESPIRITU PROFETICO QUE SE APODERA DE MI MENTE Y ME ATORMENTA CON SINIESTROS AUGURIOS Y ANUNCIOS". LA MUJER CLITEMNESTRA SERA HOMICIDA DE SU MARIDO (AGAMENON). EN AMBAS TRAGEDIAS EL ORIGEN ANSIOSO RADICA EN EL DAÑO QUE -- PRODUCE EN OTROS, O EN SI MISMO.

SOFOCLES, ESQUILO Y EURIPIDES DAN A SUS TRAGEDIAS EL TONO DE TERAPIA COLECTIVA ANTE EL POSIBLE DERRUMBE BELICO DE LA NACION: EL PUEBLO PADECIA ANSIEDAD ANTE EL PANORAMA DE CAOS -- PROXIMO POR LAS DERROTAS DE ATENAS. ERA MENESTER UN REMEDIO -- CURATIVO DEL MIEDO Y UNA LUCHA POR SOBREVIVIR. EL ORIGEN DE -- LA ANSIEDAD ERA TRIPLE: EL PROPIO CONOCIMIENTO; LA SITUACION EXTERNA AMENAZANTE AL INDIVIDUO; Y EL FENOMENO COLECTIVO DE -- TERROR POSIBLE E INMINENTE.

DESDE PLATON (1950) EXISTIA EL DESEO UNIVERSAL DE ASPI--RAR A LA INMORTALIDAD, SU FRUSTRACION GENERABA UNA ANSIEDAD -- EXISTENCIAL. EL DECIA QUE LA RAIZ DE LA ANSIEDAD ERA LA FRUS--TRACION DE LA INMORTALIDAD; DE CUANTO SE INCORPORA AL SER.

NO OBSTANTE, EPICETETO (1950) EN SU ENCHIRIDION, EXPLICA AL "HOMBRE COMO FUENTE Y RAIZ DE TODOS SUS MALES. AGREGA QUE SE QUEDE PARA LOS IGNORANTES EL ECHAR A OTROS LA CULPA DE LAS COSAS QUE A EL SOLO DEBE EL HABERLAS HECHO MAL".

SENECA AFIRMABA: "TODOS LOS AÑOS SON MIOS, NO HAY EPOCA CERRADA A LOS GRANDES ESPIRITUS, NO HAY EDAD INACCESIBLE AL -- PENSAMIENTO, O LO QUE ES LO MISMO, LO QUE ESCAPA AL PROPIO --

CONTROL ES LO QUE CAUSA LA ANSIEDAD". CITADO POR MARIAS.

LOS ESTOICOS APRENDIAN A MANEJARSE ANTE CIRCUNSTANCIAS - DESFAVORABLES. SEGUN MARCO AURELIO, ESTIMABA QUE LA ANSIEDAD PODRIA SER SUPERABLE MEDIANTE EL SABER Y NO ADMITIA DENTRO DE SU FILOSOFIA QUE LA TRISTEZA PUEDA MAS QUE LA INTELIGENCIA, CITADO POR MARIAS, (1950).

ERA OPINION GENERAL DE LOS FILOSOFOS DE ESTA EPOCA, QUE EL COMPORTAMIENTO DEPENDIA DE LA EDUCACION FILOSOFICA Y QUE - TODOS LOS PROBLEMAS QUE LE SUCEDIAN AL HOMBRE SE DEBIAN A ESTA FALTA DE CONOCIMIENTO DE PERSONAS Y SITUACIONES. SAN AGUSTIN POSTULABA LO CONTRARIO, EL DECIA: "A ESE HOMBRE TAN AFORTUNADO SU INTELIGENCIA LE APARTA DE LA VIDA FELIZ. CUANTO MAS AGUDEZA POSEE TANTO MAS VEIA QUE PODRIA PERDER TODO AQUELLO. ESTABA DOMINADO POR EL TEMOR Y AFIRMABA QUE EL HOMBRE POCO SE GURO HASTA PARA SU MAL ES INTELIGENTE". (1959)

DESCARTES (1940) REFIERE QUE LA MAYOR CONSCIENCIA O CONO CIMIENTO JUEGA UN EXTRAORDINARIO PAPEL EN PRODUCIR ANSIEDAD. PARA ESTE FILOSOFO TODA PERSONA QUE EJERCITA SU MENTE EN EL - CONOCIMIENTO SERA UNA PERSONA ANSIOSA EN LA MEDIDA DE SU PO-- DER DE PROCESAMIENTO Y DE LA CONFIGURACION INTERNA Y EXTERNA QUE POSEA.

PARA SPINOZA EL ESTADO ANSIOSO SURGE EN EL MOMENTO DE -- ATISBAR UN PROBLEMA, QUE ES LA PRIMERA ETAPA; LA SEGUNDA, DU-- RA LO QUE DURA LA INCAPACIDAD DE SOLUCION; Y LA TERCERA, ES - SUPERABLE DEPENDIENDO DE LOS RECURSOS NATURALES O DOTACION NA

TURAL DEL HOMBRE. PARA ESTE AUTOR UN AFECTO ES UNA IDEA CONFUSA QUE PASA POR LA MENTE. AFIRMA QUE EL CUERPO O ALGUNA DE SUS PARTES POSEE UNA FUERZA DE EXISTIR, MAYOR O MENOR QUE ANTES, Y POR LO QUE UNA VEZ DADA, LA MISMA MENTE ES DETERMINADA A -- PENSAR TAL COSA MAS BIEN QUE LA OTRA. (CITADO POR MARIAS, - - (1960).

UNO DE LOS ORIGENES DE LA ANSIEDAD SE DEBE DE ACUERDO A MALEBRANCHE (1871) AL ERROR, LA COLOCA COMO CAUSA DE LA MISERIA DE LOS HOMBRES, QUE ES EL PRINCIPIO QUE HA PRODUCIDO EL MAL - EN EL MUNDO EL QUE HA HECHO HACER Y CULTIVAR EN NUESTRA ALMA TODOS LOS MALES QUE NOS AFLIGEN Y NO DEBEMOS ESPERAR FELICIDAD SOLIDA Y VERDADERA MAS QUE TRABAJANDO SERIAMENTE PARA EVITARLO, SI EL HOMBRE SE PREPARA CONTRA ESTA FUENTE DE AFLICCIONES SE LIBERARA DE ELLAS A MEDIDA QUE VAYA CONOCIENDO MAS Y - MEJOR LAS COSAS.

SPINOZA ES MAS EXPLICITO Y DETALLADO, EXPLICA QUE TODOS LOS AFECTOS PERTENECEN AL RANGO SITUACIONAL. PARA EL, LOS AFECTOS (DESEO, ALEGRIA, TRISTEZA), SON ACTOS QUE SE PRODUCEN EN PRESENCIA DE UNA SITUACION CUALQUIERA ASI EL ODIO, LA AVER-- SION, EL TEMOR, LA DESESPERACION, LA PENA, LA HUMILDAD, LA ENVIDIA, EL ARREPENTIMIENTO Y OTROS MAS SON CONSECUENCIA DE LA MULTIPLE VARIEDAD DE SITUACIONES, SIENDO LA TRISTEZA EL AFECTO CARACTERIZADO COMO UN ACTO POR EL QUE EL PODER DE OBRAR -- DEL HOMBRE ES DISMINUIDO O REPRIMIDO (OP. CIT.) CADA UNO DE - ESTOS MODOS ES UNA IDEA QUE SUPONE UN ESTADO MENTAL Y CUYO OBJETO ES LA SITUACION QUE SE ENCARA EN UN MOMENTO DADO. DA A -

ENTENDER QUE LOS DESEOS FRUSTRADOS O NO LLEVADOS A CABO CONSTITUYEN OTRA FUENTE MAS DE ANSIEDAD. POR EJEMPLO LOS DESEOS DE VENGANZA, AMOR, ANHELO SON IGUALMENTE PRODUCTORES DE ANSIEDAD SIEMPRE Y CUANDO LLEGUEN A FRUSTRARSE Y SON ASIMISMO ACTOS MENTALES; ES DECIR, MODOS SITUACIONALES QUE FRENTE AL SER TIENEN UN ELEMENTO COGNITIVO.

EN LA OBRA DE MAINE DE BIRAN (1941) SE HALLA LO QUE CASTELL Y SPIELBERGER LLAMAN EN NUESTROS DIAS "ANSIEDAD CARACTEROLOGICA O RASGO". "CUAN FATIGADO --ESCRIBIA MAINE DE BIRAN-- ESTOY DE LA TIRANIA DE ESTE CUERPO, DE TODOS ESTOS MISERABLES NERVIOS QUE ME IMPONEN SU LEY. ME HALLO SIEMPRE EN ESTADO DE DEBILIDAD, DESCONFIANZA, DE TRASTORNO INTERIOR, DE SENTIMIENTO, DE MI INCAPACIDAD, TANTO MAS PENOSO CUANTO MAS ME COMPARO CON AQUELLOS A LOS QUE VEO QUE EJERCEN FACILMENTE SUS FACULTADES".

ESTA CLASE DE ANSIEDAD SE ORIGINA DICE W. JAMES EN LA REACCION DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO, ESENCIAL PARA TODA EXPERIENCIA EMOCIONAL, QUIEN CONTROLA LOS CAMBIOS CORPORALES. --CITADO POR FISCHER , (1971).

RESPECTO A LAS TEORIAS FISILOGISTAS, DE LA QUE ES COAUTOR CON LANGE, JAMES SUPONE LA ANSIEDAD COMO UNA EMOCION. --- FISCHER LO COTEJA DE LA SIGUIENTE FORMA: "LOS CAMBIOS CORPORALES SON CONSIGUIENTES A LA PERCEPCION DEL HECHO ESTIMULANTE, Y LO QUE SENTIMOS SOBRE ESOS CAMBIOS TAL COMO OCURREN ES LA EMOCION. LA EXPERIENCIA DE LO VISIBLE (SUDOR, LLORAR) Y LA --

SENSIBLE (TAQUICARDIA, JADEOS, ETC.) SON FENOMENOS CORPORALES SINONIMOS DE EMOCION". PARA JAMES Y LANGE LOS FENOMENOS FISIOLÓGICOS EXPERIMENTADOS NO PRODUCEN EMOCION, NI RESULTAN DE ELLOS; MAS BIEN LOS CAMBIOS VISIBLES Y SENSIBLES DEL CUERPO HACEN POSIBLE Y SON LA MATERIA PRIMA DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL, (1971). DE ACUERDO CON JAMES EL TEMOR Y LA ANSIEDAD SON OPUESTOS SENTIMIENTOS DEL YO, PUEDEN APARECER SIN CAUSA - EXCITANTE ADECUADA. DE HECHO SE DESCONOCE EN GENERAL, COMO UN DIA BAJA Y SUBE EL BAROMETRO DE NUESTRA ESTIMA PROPIA; LAS CAUSAS MAS BIEN PARECEN SER VISCERALES Y ORGANICAS QUE RACIONALES

ESTE ENFOQUE DE LAS TEORIAS FISIOLÓGICAS TIENDEN A EXPLICAR LA FENOMENOLOGIA DE LA ANSIEDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA ORGANICO. ASI EL DICCIONARIO WEBSTER (1956) DEFINE LA ANSIEDAD COMO UNA INQUIETUD DOLOROSA DE LA MENTE ACERCA DE UNA ENFERMEDAD QUE AMENAZA O SE ANTICIPA.

AUTORES COMO MARTIN (1961) INSISTE QUE LA ANSIEDAD ES UNA ACTIVIDAD EMOCIONAL FISIOLÓGICAMENTE INESPECIFICA EN CUALQUIER ESTADO EMOCIONAL SURGIDO: LA REACCION FISIOLÓGICA ES SOLO UNA ACTIVIDAD GENERAL O ACTIVACION. LA EXPERIENCIA SUBJETIVA DE UNA EMOCION ESPECIFICA SOLO EXISTE A NIVEL COGNOSCITIVO O PSICOLOGICO.

SEGUN LADER (1971) LA ANSIEDAD ES UNA EMOCION GENERALMENTE DESAGRADABLE. SUBJETIVAMENTE SU CUALIDAD ES EL MIEDO O EMOCIONES MUY AFINES. HAY IMPLICITA EN LA ANSIEDAD UN SENTIMIEN-

TO DE PELIGRO AMENAZANTE PERO SIN CONOCER LA AMENAZA DESPRO--
 PORCIONADA A LA EMOCION QUE EVOCA. DE ACUERDO CON ESTE AUTOR
 TAMBIEN LA ANSIEDAD COMO RESPUESTA EMOCIONAL ES UN SINDROME -
 ORGANIZADO POR TRES PRINCIPALES DIMENSIONES: SUBJETIVA-COGNOS
 CITIVA, QUE CONTIENE UNA APRECIACION DE AMENAZA O PELIGRO CON
 SENSACION CONCOMITANTE DE MIEDO: CONDUCTA MOTORA CON TENDEN--
 CIA A LA ACCION, ESTEN INHIBIDAS O EXPRESAS TALES TENDENCIAS.

UN SIMILAR PUNTO DE VISTA MANTIENE MC. REYNOLDS (1960) -
 AL ENTENDER LA ANSIEDAD COMO UNA INCAPACIDAD DE ASIMILAR PRE-
 CEPTOS. EN SU POSTULADO EXPLICA LA EXISTENCIA DE UNA TASA DE
 OBTENCION Y ASIMILACION DE NUEVOS PRECEPTOS, CUANDO ES MUY BA
 JA SE PRODUCE MOLESTIA, SI ES ALTA SE PRODUCE LA ANSIEDAD. --
 PUEDEN ORIGINARLE EL SOBRANTE DE PRECEPTOS NO ASIMILADOS QUE
 ACUMULA CON EXTREMA NOVEDAD, O POR INCONGRUENCIA DE DICHO CON
 TENIDO.

PARA RUEBUSH (1963) LA ANSIEDAD ES UN ESTADO DE SENTI--
 MIENTO DESAGRADABLE, FACILMENTE DISTINGUIBLE DE OTROS ESTADOS
 EMOCIONALES Y ACOMPAÑADO DE CONCOMITANTES FISIOLÓGICOS.

DE ACUERDO CON EL DICCIONARIO DE ENGLISH-ENGLISH (1958)
 LA ANSIEDAD ES UN ESTADO EMOCIONAL EN EL CUAL UN DESEO O IM--
 PULSO PRESENTE Y DE CONTINUO FUERTE PARECE APARTARSE DE SU -
 FIN; UNA FUSION DE MIEDO QUE PRECEDE A UN FUTURO MAL; MIEDO -
 CONTINUO Y DE INTENSIDAD BAJA; UN SENTIMIENTO DE AMENAZA, ES-
 PECIALLY TEMEROSA, SIN QUE LA PERSONA PUEDA DECIR QUE ES -
 LO QUE CREE QUE LE AMENAZA.

RESPECTO AL MIEDO UNOS LOS DISTINGUEN DE LA ANSIEDAD Y OTROS LO SUPONEN IMPLICITO. LEVITTE (1967) DEDUCE QUE LA AMENAZA DE ANSIEDAD POSEE DOS CARACTERISTICAS: LA IMPLICITA Y LA EXPLICITA. POR EL MERO EXISTIR YA ES POR SI UNA SEÑAL O AMENAZA DE ALGO: LA EXPLICITA SE REFERIRIA A LA ESTIMULACION INTERNA O EXTERNA QUE LA SUSCITA. EL SER HUMANO VIVE LA ANSIEDAD, O SEA LA VIVENCIA; COMO EL ESTADO, TRANSITORIA, Y A NIVEL DE RECUERDO LATENTE. NIEGA QUE HAYA DIFERENCIA ENTRE ANSIEDAD Y MIEDO, LO QUE ENTIENDE SE PUEDE COMPRENDER FACILMENTE SI SE TIENE EN CUENTA QUE ES UNA MODALIDAD DE LA MISMA. MAS ADELANTE AGREGA: "SE VE QUE EL MIEDO SURGE Y PONE EN JUEGO MECANISMOS FISIOLÓGICOS, PERO EXISTE UNA PRIORIDAD DE TIEMPO; PRIMERO ES EL MIEDO DESPUES, SU MANIFESTACION FISIOLÓGICA; ES EL FENOMENO OBSERVABLE POR SU INTENSIDAD.

HAY ALGUNOS AUTORES QUE TRATAN DE ESTABLECER UNA DIFERENCIA ENTRE ANSIEDAD Y MIEDO. POR EJEMPLO LADER (1971) EXPLICA QUE EL MIEDO ES UNA EMOCION DE INQUIETUD CAUSADA POR LA SENSACION DE UN PELIGRO PROXIMO, QUE AUNQUE SIMILAR A LA ANSIEDAD, TIENE MAS CONCOMITANCIA FISIOLÓGICA. EN CAMBIO PARA LEHMAN Y BAN (1970) EL MIEDO CONTIENE UNA REACCION A CONOCER EL PELIGRO EXTERNO, MIENTRAS QUE LAS CAUSAS DE LA ANSIEDAD SON INTERNAS Y DESCONOCIDAS PARA EL INDIVIDUO. LA ANSIEDAD ES UN MIEDO PERSISTENTE, UNA REACCION AL ESTIMULO EXTERNO ESPECIFICO CUYA AMENAZA NO ES RACIONAL.

EN LA TEORIA DE LA ACTIVACION (AOUSAL) AUTORES COMO - - LEHMAN (1970) ENTIENDEN LA ANSIEDAD COMO UN ESTADO IDENTICO

A LA TENSION CUYA DIFERENCIA ESTRIBA EN QUE PUEDE EXISTIR SIN EFECTO, SENTIMIENTO O EMOCION ESPECIFICOS QUE LO ACOMPANEN Y TAMBIEN QUE PUEDA EXISTIR SIN UNA ACTIVIDAD MOTORA INCREMENTADA.

PAPEZ Y MCLEAN DICEN QUE EL ASIENTO DEL CONTROL EMOCIONAL EN EL CEREBRO ES EL SISTEMA LIMBICO. DE AHI QUE FILOGENETICAMENTE VENDRIA DEL PALEOCORTEX. PERO LINDSLEY PONE LAS EMOCIONES EN EL SNA. PARA MALMO LA EXPERIENCIA ANSIOSA ES EL RESULTADO DE LA INHIBICION DEL SNA. (CITADOS POR LEVITT, 1967).

CANNON Y BARD (1967) SOSTUVIERON QUE LAS REACCIONES FISIOLÓGICAS Y LA EXPERIENCIA EMOCIONAL SURGEN SIMULTANEAMENTE DEL TALAMO E HIPOFALAMO. LEVITT (1967) EXPLICA QUE LA ANSIEDAD Y LA ACTIVIDAD EMOCIONAL, PROCEDEN DE LA SECRECIÓN HORMONAL DE LAS GLANDULAS ADRENALES, EN LA CORRIENTE SANGUINEA ESTIMULADA POR LA SECRECIÓN DE LA PITUITARIA. Y UNA CONSECUENCIA LÓGICA ES QUE LAS RESPUESTAS FISIOLÓGICAS SON AUTÓNOMAS. SIGNIFICA QUE LA FUNCIÓN DE TAL RESPUESTA ES REALIZAR UN AJUSTE INTERNO AUTOMÁTICO EN EL CUERPO SIN LA CONCURRENCIA DEL ESFUERZO VOLUNTARIO Y CONSCIENTE DEL SUJETO.

LAS DEFINICIONES ALUDIDAS A TRAVES DEL CRITERIO LÓGICO SON: A) DEFINICIONES GENERALES Y ABSTRACTAS; B) DEMASIADO ESCUETAS, O C) DIFUSAS Y POCO CLARAS. ANALIZADAS, TODAS POSEEN ELEMENTOS COMUNES. SON: A) DE CARACTER COGNOSCITIVO; B) UNA SEÑAL O AMENAZA DE PELIGRO; C) UNA REACCIÓN, CONCOMITANTE FISIOLÓGICO; D) ESTADO EMOCIONAL.

AHORA BIEN, LA TENDENCIA DE VARIABILIDAD, FACTORES Y RASGOS HAN SIDO INVESTIGADOS POR R. B. CATTEL, I.H. SCHEIER, - - SPIELBERGER Y OTROS (1971). ESTE ULTIMO AUTOR DESCRIBE LA ANSIEDAD COMO UN ESTADO SUBJETIVO DE SENTIMIENTOS DE APREHEN-- SION Y TENSION PERCIBIDOS CONSCIENTEMENTE Y ACOMPAÑADO POR LA ACTIVACION DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO CUYO NIVEL ANSIOSO - FLUCTUA EN TIEMPO Y PERSONAS COMO RESPUESTA A ESTIMULOS INTER NQS Y EXTERNOS. COMO "RASGO", IMPLICA UN MOTIVO O DISPOSICION CONDUCTUAL ADQUIRIDA QUE PREDISPONE AL INDIVIDUO A PERCIBIR - UN AMPLIO RANGO DE CIRCUNSTANCIAS OBJETIVAS NO PELIGROSAS, PE RO AMENAZANTES Y RESPONDEN A ESTAS CON REACCIONES DE ESTADO - ANSIOSO DESPROPORCIONADAS EN INTENSIDAD A LA MAGNITUD DEL PE LIGRO OBJETIVO.

PARA SPIELBERGER Y OTROS EL ESTADO ANSIOSO PERTENECE AL COMPLEJO INTELLECTUAL, ENCONTRANDO EN EL UN PROCESAMIENTO SI-- TUACIONAL. EN EL QUE SE AMALGAMAN LOS RASGOS CARACTEROLOGICOS Y LOS TRANSITORIOS Y CUYOS FENOMENOS SE OBSERVAN PSIQUICA Y - FISIOLÓGICAMENTE Y COMO TALES SOMETIDOS A MEDICION.

CATELL Y SCHEIER PIENSAN QUE LA ANSIEDAD ES UNA UNICA EN TIDAD QUE APARECE EN LOS EXPERIMENTOS COMO DIMENSION DISTINTA Y SUBDIMENSIONES, SIENDO MUCHAS VECES UNA RESPUESTA A LAS AME NAZAS Y PELIGROS REALES DEL MIEDO (1961).

SEGUN LAS OBSERVACIONES DE LESSE (1970) LA ANSIEDAD ES - UAN RESPUESTA CLINICA PRIMARIA, A LA TENSION EMOCIONAL. LA NA TURALEZA DE LOS MECANISMOS SECUNDARIOS DE DEFENSA QUE SON LA

RESPUESTA A CANTIDADES DE ANSIEDAD ESTAN RELACIONADAS CON HUELLAS HEREDITARIAS, CONGENITAS Y EXPERIENCIAS DEL PASADO CULTURAL.

PIERON (1965) LA DEFINE COMO UN MALESTAR PSIQUICO CARACTERIZADO POR UN TEMOR DIFUSO, UN SENTIMIENTO DE INSEGURIDAD, DE DESGRACIA INMINENTE. RESERVA EL NOMBRE DE ANGUSTIA PARA -- LAS SENSACIONES FISICAS QUE ACOMPAÑAN LA ANSIEDAD.

OTROS AUTORES INCLUYEN LA NATURALEZA DE LA ANSIEDAD EN LA EMOCION: HILMAN (1961) EXPONE QUE LA ANSIEDAD O EL MIEDO ES LA MAS IMPORTANTE Y BASICA EMOCION E INCLUSO SE LE PUEDE CONSIDERAR COMO LA RAIZ DEL NO SER.

ÍZARD Y TOMKINS (1971) DESCRIBEN LA ANSIEDAD COMO UN -- EFECTO DE GRAN POTENCIA QUE DETERMINA LO QUE EL INDIVIDUO PERCIBE, PIENSA Y HACE; EL MAS CONSTRICTO DE TODOS, A LA PERSONA LA HACE DISMINUIR EL PENSAR E INMOVILIZA SUS MUSCULOS PARA LA ACCION.

EN ESTE TIPO DE AFECTO, LO SUBRAYA GRINKER (1959) LA ANSIEDAD ES EXPERIMENTADA OBJETIVAMENTE POR UN SUJETO Y COMUNICADA A UN OBSERVADOR. APARECE CUANDO SE PIERDE UNA DEFENSA.

LESSE (1970) AL TRATAR CON ESQUIZOFRENICOS LLEGO A LA -- CONCLUSION DE QUE EN LA ANSIEDAD EXISTEN CUATRO COMPONENTES: MOTOR, AFECTIVO, AUTONOMO Y VERBAL. EL MOTOR (TENSION) ES UN ASPECTO DE ANSIEDAD FRANCA A TRAVES DEL SISTEMA PIRAMIDAL Y EXTRAPIRAMIDAL QUE SE MANIFIESTA A TRAVES DE LOS MUSCULOS ESTRIADOS DEL CUERPO. EN PSIQUIATRIA, TENSION Y ANSIEDAD SON --

SINONIMOS. EL AFECTIVO: VULGO ESTAR NERVIOSO; EL AUTONOMO, - ANSIEDAD FRANCA ABIERTA POR EL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO Y EL VERBAL: ANSIEDAD FRANCA CUYO VINCULO ES EL LENGUAJE.

LOS CONDUCTISTAS, TIENEN UN SENTIDO PECULIAR DE ENTENDER LA FENOMENOLOGIA ANSIOSA. FISCHER, (1971) COMENTANDO A DOLLAR Y MILLER, ESCRIBE QUE EL MIEDO -IMPULSO APREHENDIDO- COMO -- PROCESO, SE ATIENE A LAS LEYES BASICAS DEL ESTIMULO; PUEDE -- SERVIR COMO CAUDA O COMO IMPULSO. IGUALMENTE CON LA RESPUESTA, PUEDE APRENDERSE, INHIBIRSE, GENERALIZARSE A CAUDAS SIMILARES A LA SITUACION ORIGINAL DE APRENDIZAJE.

SEGUN IZARD Y TOMKINS (OP. CIT.) LA ANSIEDAD PUEDE PRODUCIRSE POR ACTIVADORES INNATOS; IMPULSOS, OTROS AFECTOS Y LAS CONDICIONES EXTERNAS, REFIEREN QUE LOS DETERMINANTES DE LA ANSIEDAD NACEN EN DOS REINOS: EL FISIOLÓGICO Y EL PSICOLÓGICO. FISIOLÓGICAMENTE EL MIEDO ACTIVADO PARTE DE LA FUNCION DE LA F. R. COMO UN AMPLIFICADOR INESPECIFICO DEL IMPULSO, AFECTO O CUALQUIER MENSAJE NEUTRAL. LA ANSIEDAD SE ORIGINA, PUES, DE LA INTERACCION DE LOS CUATRO MAYORES AFECTOS CON EL MIEDO: - GOZO, ALEGRIA, INTERES Y EXCITACION.

GLASS (1975) EN FORMA SIMILAR SOSTIENE QUE LA ANSIEDAD - OCURRE CUANDO UN SUJETO ES INCAPAZ DE LLEGAR A CONTROLAR EL - MIEDO.

NADIE HASTA LA APARICION DE FREUD, HABIA ESTUDIADO LA -- PSICOLOGIA DE LAS NEUROSIS Y DEMAS PROBLEMAS DE TIPO EMOCIO-- NAL Y ANORMAL DEL INDIVIDUO. CON SUS TEORIAS FREUD VINO A RE-

VOLUCIONAR LOS CONCEPTOS DE LA MEDICINA PSIQUIATRICA, LA PSICOLOGIA Y CREO POSTERIORMENTE UNA NUEVA CIENCIA COMO ES EL PSICOANALISIS. AHORA BIEN:¿QUE ENTIENDE FREUD POR ANSIEDAD?. LA DESCRIBE COMO UN "ESTADO AFECTIVO O UNION DE DETERMINADAS SENSACIONES DE LA SERIE PLACER-DISPLACER CON LAS INERVACIONES DE DESCARGA A ELLAS CORRESPONDIENTES Y EN PERCEPCION". LA CONSIDERA TAMBIEN COMO "LA MANIFESTACION DE UNA RETIRADA ANTE EL PELIGRO". DE TAL FORMA QUE EXISTEN TRES CLASES DE ANSIEDAD DEPENDIENDO DE TRES CLASES DE PELIGRO: EL DEL MUNDO EXTERIOR, EL DE LA LIBIDO Y EL DEL RIGOR DEL SUPER YO. (1968).

UN DISCIPULO DE FREUD COMO LO FUE JUNG (1948) ENTIENDE LA ANSIEDAD COMO "EL SUFRIMIENTO DE UN ALMA HUMANA, CON LA COMPLICACION DE TODO SU UNIVERSO Y QUE ESTA CARACTERIZADA POR LA PRESENCIA DE DISOCIACIONES Y CONFLICTOS; POSEE COMPLEJOS Y PRESENTA MANIFESTACIONES DE REGRESION Y DESCENSO DE NIVEL MENTAL".

EN CAMBIO PARA ADLER (1962) LA ANSIEDAD DEPENDE DEL ESTILO DE VIDA, ADQUIRIDO CON EL CONVIVIR HUMANO.

EN CUANTO A LA NATURALEZA DE LA ANSIEDAD, FREUD POSTULA: "ESTA UNIDA AL PROCESO DE NACER". OTTO RANK, POR OTRA PARTE, EXPLICA QUE LA ANSIEDAD ES "UNA CIRCUNSTANCIA FIRMEMENTE IMPRESA EN LA PSIQUE DEL NIÑO" (1929).

EL ORIGEN QUE JUNG APLICA A LA ANSIEDAD DIFIERE DEL DE FREUD Y ES EL SIGUIENTE: "LOS ARQUETIPOS (IDEAS INNATAS E INCONSCIENTES) DE CONTENIDO EMOCIONAL FILOGENETICO EN SU ORIGEN

EXPLICAN LA ANSIEDAD COMO UN FENOMENO INHERENTE DE TIPO DIVERSO AL QUE PRODUCEN LOS COMPLEJOS Y SON PARTE DESGAJADA DE LA PSIQUE. SU CAUSA ES UN TRAUMA PSIQUICO, UN CHOQUE EMOCIONAL. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SE TRATA DE UN CONFLICTO MORAL, CONSISTENTE EN EL FONDO, EN LA IMPOSIBILIDAD DE AFIRMAR LA TOTALIDAD DEL SER HUMANO. ES LA CAUSA DE LOS SUEÑOS Y LOS SINTOMAS (OP. CIT.).

EN LO QUE SE REFIERE A LAS CLASES DE ANSIEDAD FREUD MENCIONA DOS; LA ANSIEDAD REAL Y LA NEUROTICA. SEGUN SEA UNA AMENAZA REAL, EXISTENTE, O BIEN, QUE LOS INSTINTOS QUIERAN PREDOMINAR O DE QUE SE TEMA UN CASTIGO COMO CONSECUENCIA. CON OCASION DE LA PUESTA EN MARCHA DEL PSICOANALISIS, MENCIONA OTRA SUBCLASE DE ANSIEDAD: UNA PRIMARIA Y OTRA SUBSECUENTE. HABLA DE ELLAS COMO EL CONJUNTO DE ELEMENTOS ECONOMICOS (EN LA ANSIEDAD PRIMARIA, EL APARATO MENTAL SE CONSIDERA COMO UN SISTEMA CERRADO DE ENERGIA), Y LOS GENETICOS QUE OTTO FENICHEL LLAMA "ESTADOS EN QUE EL ORGANISMO SE HALLA INVADIDO POR CANTIDADES DE EXCITACION MAS ALLA DE SU CAPACIDAD DE MANEJO Y QUE RECIBEN EL NOMBRE DE ESTADOS TRAUMATICOS" (1945).

LEVITT MENCIONA COMO FUNCION PRIMARIA DEL YO EL MANTENER LA ESTABILIDAD EMOCIONAL DEL INDIVIDUO PREVINIENDO LA EXPERIENCIA CONSCIENTE DE LA ANSIEDAD QUE NACE DE LAS AMENAZAS DEL ELLO Y DEL SUPER YO, DÁNDO LUGAR AL DESARROLLO DE LOS MECANISMOS DE DEFENSA Y CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD. UN YO AFORTUNADO TRANSFORMARA LA ENERGIA DE LA ANSIEDAD, EN CONDUCTA UTIL Y SOCIALMENTE ACEPTABLE Y CUANDO SURJA ESTA MUY FUER-

TE, APARECERAN LOS SINTOMAS PATOLOGICOS CON OBJETO DE CUBRIR LA ANSIEDAD RESULTANTE (1967).

PARA K. HORNEY (1966) LA ANSIEDAD ES UNA RESPUESTA EMOTIVA AL PELIGRO, IGUAL QUE EL MIEDO Y SU DIFERENCIA ES UNA CALIDAD DE DIFUSION E INCERTIDUMBRE; Y LO QUE LA PROVOCA ES LO -- QUE PERTENECE A LA ESENCIA DE LA PERSONALIDAD. CONTINUA EXPLICANDO QUE LA ANSIEDAD NEUROTICA EN CADA PACIENTE, NO ES MAS -- QUE UNA REACCION ANTE UNA AMENAZA DE UN VALOR VITAL. AGREGA: "POR SI SOLA LA INHIBICION NO PROVOCA ANSIEDAD, MIENTRAS NO -- COMPROMETA ESTE VALOR VITAL. LA MERA EXISTENCIA DE TENDENCIAS CONTRADICTORIAS NO JUSTIFICA LA ANSIEDAD. LAS TENDENCIAS NEUROTICAS NO SON TANTO LA FUENTE DEL PELIGRO SINO LA MISMA COSA QUE PELIGRA, EN CUANTO QUE LA SEGURIDAD DESCANSE EN UN BUEN -- FUNCIONAMIENTO; SI ESTO NO SUCEDE, APARECE LA ANSIEDAD".

EN TANTO QUE PARA H. S. SULLIVAN (1953) LA ANSIEDAD ES -- LA RESULTANTE DE LAS RELACIONES DE UNO PARA CON OTROS. SE -- TRANSMITE DE MADRE A HIJO Y RESURGE MAS TARDE ANTE LAS AMENAZAS DE LA SEGURIDAD DE UNO. INSISTE QUE LOS GRADOS DE ANSIEDAD SON: LIGERA CUANDO LE OCURRE A LA GENTE CADA DIA; Y SEVERA CUANDO OCURRE DESDE LA INFANCIA Y ES PROPIA DE LOS ESTADOS PATOLOGICOS.

JACOBSON CONSIDERA LA ANSIEDAD COMO UN MOTOR DE REPRESION, UN FENOMENO DE DESCARGA QUE NO SE LIMITA A LA INFANCIA SINO QUE APARECE EN OTRAS EPOCAS (1964). ELLA CONSIDERA LA ANSIEDAD COMO UN EFECTO QUE SE ENCARGA DE COMUNICAR AL YO QUE --

HAY UN PELIGRO O QUE ESTA PROXIMO.

LOS AFECTOS CONSIDERADOS POR LA AUTORA SON: AFECTOS SIM-
 PLES Y COMPUESTOS NACIDOS DE TENSIONES INTRASISTEMICAS. SON -
 LOS QUE REPRESENTAN LAS PULSIONES INSTINTIVAS PROPIAS Y QUE -
 PROCEDEN DIRECTAMENTE DEL ELLO. LOS QUE SE ORIGINAN EN EL YO
 DIRECTAMENTE: MIEDO REAL, DOLOR FISICO, OBJETOS DE ODIO O - -
 AMOR. AFECTOS SIMPLES Y COMPUESTOS PROCEDENTES DE TENSION IN-
 TERSISTEMICA. LOS PROVENIENTES DE TENSIONES ENTRE EL ELLO Y -
 EL YO (ANSIEDAD, DISGUSTOS, VERGUENZA, ETC.). AFECTOS POR TEN-
 SION ENTRE EL YO Y EL SUPER YO (CULPA, DEPRESION).

FISCHER AL IGUAL QUE JACOBSON PIENSA QUE UN SEGUNDO TIPO
 DE PELIGRO ES EL QUE EL YO USA COMO SEÑAL DE ANSIEDAD CUANDO
 EL NIVEL DE EXCITACION ORGANISMICA ES MUY BAJO, Y UN TERCER -
 TIPO QUE RESULTA COMO UNA SEÑAL DE ANSIEDAD PARA EL YO, ES --
 CUANDO SE LE IMPIDE EL CURSO A UN PATRON DE DESCARGA DE TEN-
 SION (1971).

SCHACHTEL NOS HABLA DE LA ANSIEDAD COMO UN AFFECTO QUE --
 CONSISTE EN UNA DESCARGA DIFUSA, SIN META FIJA DE LA TENSION
 Y QUE SUCEDE SIEMPRE QUE EL INDIVIDUO HA PERDIDO SU SENTIDO -
 DE SEGURIDAD, FAMILIARIDAD E INADAPTACION AMBIENTAL (1969). -
 EL, CONCIBE LA ANSIEDAD COMO INHERENTE, EN ACTO O EN POTENCIA,
 EN CADA MOVIMIENTO HACIA UN CRECIMIENTO PROGRESIVO O DE DIFE-
 RENCIACION. SURGE PUES EN LAS ETAPAS DEL SER HUMANO CUANDO LA
 REALIZACION DE LA ACTIVIDAD AL FRUSTRARSE SACA AL INDIVIDUO -
 DE SU SITUACION FAMILIAR O DE SALVAGUARDA. HACE UNA DISTIN---

CION ENTRE ANSIEDAD Y MIEDO. CONCLUYE ESTABLECIENDO QUE LA DIFERENCIA ESTIBA EN QUE, ES UNA REACCIÓN A UNA SITUACION REAL Y CONOCIDA EN EL MIEDO, Y DESCONOCIDA EN LA ANSIEDAD.

CLASES DE ANSIEDAD.- CATELL Y SCHEIER (1958) HAN DISTINGUIDO DOS CLASES DE ANSIEDAD: LA CARACTEROLOGICA Y LA SITUACIONAL. DESCRIBEN LA CARACTEROLOGICA COMO SURGIENDO INTERNAMENTE DE: A) DIFERENCIAS TEMPERAMENTALES (TIMIDEZ); B) DIFERENCIAS EN NIVELES DE ASPIRACION, METAS QUE CAUSAN LA SITUACION AMENAZANTE DE MAS PERDIDAS. AUNQUE COMO CONFLICTO INTERNO, EL ULTIMO TERMINO ES UNA HUELLA DE LA EXPERIENCIA EXTERNA, QUE PUEDE SER HISTORICA, REMOTA Y ATRIBUIBLE A LOS SENTIMIENTOS Y COMPLEJOS DEL SUJETO. LA SITUACIONAL SE RELACIONA MAS CON LA AMENAZA EXTERNA Y MENOS CON LOS ASPECTOS INTERNOS DEL INDIVIDUO. ESTA PUEDE SER NORMAL Y AJUSTADA A LAS ESTRUCTURAS DE LA PERSONALIDAD. CONSCIENTE O INCONSCIENTE.

CERDA (1969) DESCRIBE TRES CLASES DE ANSIEDAD: OBJETIVA, INSTINTIVA Y ETICA. LA OBJETIVA SE PRODUCE CUANDO EL YO PERCI BE UN PELIGRO EN EL MUNDO EXTERIOR QUE PUEDE PARALIZARLE, BLOQUEARLE O DESTRUIRLE. LA SEGUNDA SE BASA EN QUE EL YO PERDIO EL CONTROL DEL ELLO, NO PUDIENDO GOBERNAR LOS INSTINTOS Y ESTANDO LA PERSONA EN SITUACION CONFLICTIVA DEL TIPO "ACERCAMIENTO-EVITACION".

LESSE DISTINGUE SOLO CLINICAMENTE LA ANSIEDAD COMO OBJETIVA Y SUBJETIVA. ESTA ULTIMA NO SE PUEDE MEDIR. NUESTRO CONOCIMIENTO EXPERIENCIAL NO ES EL MISMO QUE EN LOS DEMAS. LA OB-

JETIVA CONTIENE UNA RELACION DIRECTA ENTRE EL GRADO CUANTITATIVO DE ANSIEDAD Y LA FORMACION DE OTROS SINTOMAS Y SIGNOS -- CLINICOS PSIQUIATRICOS (1970).

DE ACUERDO CON SPIELBERGER, LA ANSIEDAD PUEDE SER FRANCA Y OCULTA. PRINCIPALMENTE UNA ES OBJETIVA (MIEDO) Y COMPRENDE UNA REACCION INTERNA, COMPLEJA PARA ANTICIPARSE AL DAÑO O LESION DE ALGUN PELIGRO EXTERNO. LA ANSIEDAD NEUROTICA SE CARACTERIZA POR SENTIMIENTOS DE APREHENSION Y ACTIVIDAD FISIOLÓGICA (1971).

LEVITTE CLASIFICA LA ANSIEDAD EN AGUDA Y CRONICA. LA AGUDA, POSEE ALTA INTENSIDAD Y DURACION MAS O MENOS BREVE; LA -- CRONICA ES RELATIVAMENTE BAJA DE INTENSIDAD Y DE DURACION INDEFINIDA (1967). LADER CONSIDERA LA ANSIEDAD COMO NORMAL O -- CLINICA. LA NORMAL: LA DIARIA, PROPIA DE TRATAMIENTOS QUIRURGICOS, MUERTE, ETC. LA CLINICA: ES USADA COMO ALGO LIBRE, FLOTTANTE, NO SITUACIONAL (1971).

B. DEPRESION. - ANTIGUAMENTE EL CONCEPTO DE DEPRESION ERA CONOCIDO COMO MELANCOLIA, PAULATINAMENTE SE HA TRANSFORMADO - HASTA LLEGAR A LA SEMIOLOGIA ACTUAL.

EN EL PERIODO NEOLITICO LAS DESCRIPCIONES PICTORICAS DE DES CUBIERTAS NOS MUESTRAN EL INTERES DEL HOMBRE PRIMITIVO POR EN TENDER Y COMBATIR LA ENFERMEDAD MENTAL. ASI LO DEMUESTRAN LOS LIENZOS Y DIBUJOS EN EL QUE SE OBSERVAN HOMBRES CON TREPANA-- CION. ELLOS, SE EXPLICABAN LA MUERTE POR LA ACCION DE ESPIRITUS MALIGNOS Y POR FENOMENOS NATURALES QUE DAÑABAN AL ORGANIS

MO, A LA SANGRE Y A LA RESPIRACION, QUE ERAN LA ESENCIA DE LA VIDA MARCANDO EL PUNTO INICIAL DE LA MEDICINA MAGICA, ESPECULATIVA Y DEMONIAL.

PAULATINAMENTE LOS FENOMENOS NATURALES SE FUERON DESPLAZANDO HACIA UN TOTEM, EL SHAMANISMO Y LA MAGIA TENIAN EN SUS MANOS LA CURA DE LOS SENTIMIENTOS DOLOROSOS DEL HOMBRE EN DONDE YA SE EMPEZABA A ATRIBUIR POR VIOLAR LAS LEYES IMPUESTAS POR EL TOTEM; SENTIMIENTOS DE CULPA Y VERGUENZA.

LA CIVILIZACION Y LA HISTORIA DEL HOMBRE HABIAN EVOLUCIONADO, LO SUFICIENTE LLEGANDO A LA EPOCA DE LA MEDICINA GRIEGA, QUE SE BASO EN CONCEPTOS DOGMATICOS CON UN PENSAMIENTO AXIOMATICO EL CUAL ENUMERABA Y DESCRIBIA CONCEPTOS QUE CONSIDERABA COMO EVIDENTES Y LUEGO SE CREABAN DEDUCCIONES POR MEDIO DE -- ANALOGIAS.

EN ESTE PERIODO HIPOCRATES (SIGLO IV A. DE C.), EMPEZO A DESCRIBIR LA MELANCOLIA COMO: "UN ESTADO Y CONDICION MENTAL DEL HOMBRE". LA DESCRIBE CON OTROS ESTADOS MENTALES COMO LA PHRENITIS, QUE ES UN DESORDEN MENTAL AGUDO CON FIEBRE, LA MANIA COMO UN DESORDEN MENTAL SIN FIEBRE Y LA MELANCOLIA COMO UN DESORDEN MENTAL CRONICO SIN FIEBRE NI AGITACION.

PARA EL EXISTIAN CUATRO HUMORES QUE TENIAN UNA RELACION CON LOS CUATRO ELEMENTOS: PHRENITIS-FRIO; SANGRE-CALIENTE, TIBIO. BILIS-FRIO Y CALIENTE; BILIS NEGRA-FRIO Y SECO. POR LO TANTO LA MELANCOLIA ERA EL RESULTADO DE UN EXCESO DE BILIS NEGRA Y DE LA EXISTENCIA DE CAMBIOS EN LA CALIDAD DE LOS OTROS

HUMORES QUE SE ENCONTRABAN EN EL CUERPO.

EN ESTA EPOCA LA MEDICINA TRABAJABA BAJO LOS PRINCIPIOS DE CUALIDADES FISICAS, CUATRO HUMORES: LA RESPIRACION, LAS FACULTADES DEL ALMA Y LA LOCALIZACION DE LOS ORGANOS. ARISTOTELES (384-322 A.C.) PENSABA QUE LA BILIS NEGRA PODRIA CAUSAR DISTURBIOS PERCEPTUALES, SENSORIALES Y ALUCINACIONES, PENSAMIENTO QUE PERSISTIO HASTA EL PERIODO DEL RENACIMIENTO.

DURANTE EL PERIODO GRECO-ROMANO SE LE DA UN USO DESCRIPTIVO A LA MELANCOLIA COMO UNA CONDICION MENTAL DEL HOMBRE. -- ASI GALENO (138-201 A.C.) CONTINUO DANDOLE IMPORTANCIA AL ESTUDIO DE LOS CUATRO HUMORES DEL CUERPO. LA MELANCOLIA SEGUN SU TEORIA SE PRODUCIA POR EL EXCESO DE UN HUMOR, POR EL POCO BALANCE ENTRE ESTE Y LOS OTROS TRES, POR LA MEZCLA O ALTERACIONES, POR LA ACUMULACION DE UN HUMOR EN ORGANOS ESPECIFICOS O BIEN POR EL ASCENSO DE VAPORES ESTOMACALES AL CEREBRO. LA DOCTRINA DE LOS HUMORES DE GALENO ABARCABA UN REPERTORIO DE ASPECTOS CONSTITUCIONALES E INNATOS. PARA EL EXISTIAN DOS TIPOS DE BILIS NEGRA. LLEGO A DESCRIBIR TRES TIPOS DE MELANCOLIA:

- 1.- LA GENERAL QUE SE DABA POR EXCESO DE BILIS NEGRA.
- 2.- LA MELANCOLIA DEL CEREBRO, PRODUCIDA POR EL EXCESO DE BILIS NEGRA EN EL CEREBRO.
- 3.- MELANCOLIA HIPOCONDRIACA, CUYA CAUSA SE ENCONTRABA EN EL ASCENSO DE VAPORES ESTOMACALES EN EL CEREBRO.

SU CONCEPCION Y CLASIFICACION DE GALENO FUE SUSTENTADA Y

UTILIZADA HASTA EL RENACIMIENTO. REALMENTE ES A PARTIR DE LAS TEORIAS DE BURTON (1557-1640) QUE SE INICIA UNA NUEVA ETAPA - ACERCA DE LA CONCEPCION DE LA MELANCOLIA. ESTE ULTIMO EXPLICA BA QUE LA DISTINCION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE MELANCOLIA DA BA LUGAR A UN LABERINTO DE ERRORES Y AFIRMACIONES. EN SU LI-- BRO ANATOMIA DE LA MELANCOLIA (1521), INTENTA DESCRIBIRLA EN DETALLE. PARA EL, LA MELANCOLIA ES "LA AFLICCION MAS UNIVER-- SAL DEL HOMBRE", EXPLICA QUE CUALQUIER INDIVIDUO ERA SUSCEPTI BLE DE EXPERIMENTARLA EN EL CURSO DE SU VIDA EN UNA U OTRA -- FORMA.

POR ENTONCES, LA MELANCOLIA SE HABIA CONVERTIDO EN LA EN FERMEDAD DE MODA EN INGLATERRA. LA DESCRIBIAN COMO EL TIPICO CARACTER INGLES EN EL QUE EL INDIVIDUO CONSTANTEMENTE CAMBIA-- BA DE ESTADO DE ANIMO, LLENO DE IRONIA, MISANTROPO, SIN MU-- CHAS RELACIONES SOCIALES Y UNA TENDENCIA AL DISGUSTO CONSTAN-- TE POR LA VIDA.

EN PLENO SIGLO XVI, PLATTER DESCRIBE MODELOS CLAROS DE - UNA CLASIFICACION DE ENFERMEDADES, INTRODUCIENDO UN NUEVO - - PRINCIPIO. ASI REFIERE QUE CUALQUIER ENFERMEDAD PRESENTA UN - SINTOMA, UNA CAUSA Y, UN TRATAMIENTO. CON ESTE AUTOR, LA MEDI-- CINA ADQUIERE UNA MAYOR PRECISION, VOLVIENDOSE UNA DISCIPLINA MAS CIENTIFICA, DESPRENDIENDOSE EN CIERTA MEDIDA DE LA FILOSO-- FIA Y ASI CONVERTIRSE EN UNA RAMA DE LAS CIENCIAS NATURALES.

LENTAMENTE SE FUERON PRODUCIENDO CAMBIOS EN EL CURSO HIS-- TORICO DE LA MEDICINA Y DEL DESARROLLO DE LA PSIQUIATRIA COMO

UNA RAMA DE ESTA. YA EN EL SIGLO XVIII, PINEL, CATEGORIZA Y ANALIZA LOS SINTOMAS DE LOS ENFERMOS MENTALES. EL DESCRIBE -- TRES TIPOS DE "LOCURA":

- 1.- MELANCOLIA --DISTURBIO DEL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL
- 2.- MANIA. -- EXCESO DE EXCITACION NERVIOSA
- 3.- DEMENTIA -- DISTURBIO EN EL PENSAR

DURANTE ESTA MISMA EPOCA JOHAN CHRISTIAN, DESCRIBE LA IMPORTANCIA DE LA CULPA COMO UN FACTOR FUNDAMENTAL EN LA PSICOPATOLOGIA. AL MISMO TIEMPO ETIENNE GEORGET PROPONE QUE TANTO LA MELANCOLIA COMO LA MANIA SE PUEDEN ALTERNAR SIMULTANEAMENTE Y SON PARTE DE UN MISMO DESORDEN.

AÑOS MAS TARDE KRAEPELIN (1926) AL COMBINAR LA INVESTIGACION NEUROANATOMICA CON LA PSICOLOGIA EXPERIMENTAL, EMPIEZA A DESCRIBIR DOS TIPOS DE PSICOSIS. LA MANIACO DEPRESIVA Y LA DEMENTIA PRECOZ. INTENTA ESTABLECER UNA NOSOLOGIA DESCRIPTIVA QUE PUDIERA AHONDAR EN UNA CLASIFICACION PSIQUIATRICA.

CON SU CONCEPTO DE PSICOBIOLOGIA, MEYER (1950) INTERPRETA LOS DESORDENES MENTALES COMO REACCIONES A SITUACIONES DE LA VIDA. INTRODUCE POR PRIMERA VEZ EL TERMINO DE DEPRESION COMO ENTIDAD CLINICA. TRATA DE ENTENDER LA DEPRESION A TRAVES DE LA VIDA E HISTORIA DEL PACIENTE.

POR SU PARTE ABRAHAM (1912) INTENTA HACER UNA DIFERENCIACION ENTRE LA DEPRESION Y LA MELANCOLIA. DENOMINO DEPRESION MELANCOLICA NORMAL AL ESTADO PRODUCIDO POR LA MUERTE DE UN SER

QUERIDO. Y DEPRESION MELANCOLICA AL ESTADO QUE PRESENTA UN IN
DIVIDUO QUE SUFRE FRECUENTEMENTE SENTIMIENTOS DE CULPA.

ANALOGO AL POSTULADO DE LAS ACTUALES NEUROSIS, ABRAHAM
(OP. CIT.) YA ENFATIZABA LA PRESENCIA DE LA REPRESION Y LA --
AGRESION EN LA DEPRESION. EXPLICA QUE LA REPRESION DE LA SE--
XUALIDAD Y LA ANSIEDAD SON MANIFESTACIONES DE DICHA DEPRESION
POSTULA 5 FACTORES COMO PRERREQUISITOS EN LAS PSICOSIS MANIA-
CO DEPRESIVAS:

- 1.- EXISTE UN FACTOR CONSTITUCIONAL CON ACENTUACION EN -
LA ETAPA ORAL.
- 2.- LA FIJACION DE LA LIBIDO ES EN LA ETAPA ORAL
- 3.- EL DESARROLLO DEL NARCISISMO INFANTIL SE ENCUENTRA -
ACENTUADO POR LAS FRUSTRACIONES EN LA RELACION MA--
DRE-HIJO.
- 4.- ESTA FRUSTRACION OCURRE ANTES DEL PERIODO EDIPICO.
- 5.- APARECE UNA REPETICION DE ESTA FRUSTRACION EN EL CUR
SO DE LA VIDA, AL ENFRENTARSE A OTRAS, QUE SIMBOLICA
MENTE SON VIVIDAS COMO LA PRIMERA.

PARA ABRAHAM, ERA NECESARIO QUE CINCO VARIABLES SE PRE--
SENTARAN PARA QUE LA DEPRESION OCURRIERA:

- 1.- UN ELEMENTO O FACTORES CONSTITUCIONALES QUE LLEVARAN
CONSIGO UNA PREDISPOSICION AL EROTISMO ORAL, CON UNA NECESI--
DAD EXTREMA DE CONTACTO, CON FRUSTRACIONES TEMPRANAS Y POCA -
TOLERANCIA DE LAS MISMAS.

- 2.- CONSEQUENTEMENTE LAS RELACIONES AFECTIVAS SE VUELVEN

POR UN LADO COMO UNA ENORME NECESIDAD DE SER QUERIDO, POR EL OTRO, UN SENTIMIENTO DE SER LASTIMADO PORQUE NO OBTIENE LO -- QUE NECESITA.

3.- EPISODIOS TRAUMATICOS QUE INCLUYEN EL NARCISISMO INFANTIL QUE DEJAN HUELLAS PISCOLOGICAS PARA TODA LA VIDA.

4.- LA PRIMERA MANIFESTACION DE IMPACTO AL NARCISISMO DEBE OCURRIR ANTES DE LA RESOLUCION EDIPICA, LO CUAL IMPLICA -- UNA MEZCLA DE AMOR Y ODIO DIRIGIDO HACIA OBJETOS PARCIALES DEJANDO UN RESIDUO AMBIVALENTE.

5.- CUANDO LAS HERIDAS NARCISISTAS SUBSECUENTES OCURREN EN FORMA DE ENOJO Y POR FALTA DE CONFIANZA, LA ANTIGUA MEZCLA DE AMOR Y ODIO ES RETOMADA, NO PUDIENDO SER RELACIONADA CON - LOS OBJETOS SINO EN FORMA AMBIVALENTE.

LOS ANTERIORES PUNTOS DESCRITOS POR ABRAHAM SON CONOCIDOS DENTRO DE LA PSIQUIATRIA CON LA DENOMINACION DE PARATIMIA PRIMARIA. FUERON RETOMADOS POSTERIORMENTE POR MALMQUIST (1971) POR WOLFENSTEIN (1966) EN SU AFAN POR CLASIFICAR MODELOS DE - CONDUCTA QUE DAN LUGAR A LA DEPRESION EN NIÑOS.

FREUD EN SU ARTICULO DE "DUELO Y MELANCOLIA" DE 1917, DE ACUERDO CON LAS IDEAS DE ABRAHAM, TRATA DE ESCLARECER LA RELACION Y LA DIFERENCIA ENTRE DUELO Y LA MELANCOLIA. REFIERE QUE EN EL DUELO, EL OBJETO ES PERDIDO POR UNA MUERTE REAL Y QUE - EN LA MELANCOLIA EXISTE UNA PERDIDA INTERNA DEBIDO A LA RELACION AMBIVALENTE QUE EL SUJETO TENIA CON EL OBJETO PERDIDO.

EL MELANCOLICO CARECE DE PUDOR Y TIENE NECESIDAD DE EXPRESAR SUS DEFECTOS CON AUTOREPROCHES. FREUD EN "DUELO Y MELANCOLIA" TRATA DE EXPLICAR EL CONCEPTO, MENCIONANDO: "SI UNA PERSONA HA SUFRIDO UNA PERDIDA DE UN OBJETO, DICHA PERDIDA TUVO EFECTO EN SU PROPIO YO, UNA PARTE DE LA CUAL SE SITUA FRENTE A LA OTRA Y LA VALORA CRITICAMENTE COMO SI LA TOMARA COMO OBJETO, PERO ESTA INSTANCIA CRITICA, SE HA DISOCIADO Y SEPARADO DEL YO FORMANDO LA INSTANCIA DEL SUPER YO DE LA CONCIENCIA MORAL. ASI LOS REPROCHES Y ACUSACIONES AL OBJETO CRITICADO SE HAN VUELTO CONTRA EL YO Y LOS LAMENTOS SON EN REALIDAD ACUSACIONES CONTRA EL OBJETO".

EN EL DUELO EL SUJETO A PARTIR DE LA EXPRESION DE LA REALIDAD Y DEBIDO A LAS GANANCIAS NARCISISTAS DE SEGUIR CON VIDA, PAULATINAMENTE DESCARTETIZARA SU LIBIDO DEL OBJETO PERDIDO PARA PODER DEPOSITARLA EN UN OBJETO NUEVO.

POSTERIORMENTE RADO (1948) EN SU TRABAJO ACERCA DEL PROBLEMA DE LA MELANCOLIA, DESCRIBE ESTA ENFERMEDAD COMO UN DESPERADO GRITO DE AYUDA, EN DONDE EL YO TRATA DE PREVENIR EL CASTIGO DE LOS PADRES, CASTIGANDOSE A SI MISMO. EN ESTA FORMA EL SUJETO TRATARA DE REPETIR LA SECUENCIA DE BUSQUEDA DE PERDON Y DE SENTIMIENTOS DE CULPA, CONECTADAS CON SECUENCIAS PREVIAS EN LA INFANCIA.

LOS POSTULADOS DE FREUD Y ABRAHAM RESPECTO A LA INCORPORACION DEL OBJETO, FUERON ELABORADOS MAS TARDE POR RADO, QUIEN PENSABA QUE HABIA UNA ESCISION DEL YO CUANDO EL OBJETO ERA IN

CORPORADO; LA PARTE BUENA A TRAVES DE LA CUAL EL NIÑO BUSCABA SER QUERIDO Y ACEPTADO, Y LA PARTE MALA EN DONDE EL NIÑO SE - DESESPERA Y ODISIA HASTA EL PUNTO DE SENTIR O FANTASEAR CON MATAR, FORMANDO AMBAS PARTES DEL YO.

OTRA CONTRIBUCION PARA EL ENTENDIMIENTO DE LA MELANCOLIA FUERON LAS TEORIAS DE KLEIN (1948), QUIEN EN SU ESTUDIO SOBRE LA PSICOGENESIS DE LOS ESTADOS MANIACO DEPRESIVOS EXPONE QUE LA CARACTERISTICA ESENCIAL DE LA CULPA DEPRESIVA ES EL ANHELO DE REPARAR AL OBJETO QUE SE SIENTE DAÑADO POR LOS PROPIOS IMPULSOS DESTRUCTIVOS. ESTA NECESIDAD DE PRESERVAR O REVIVIR AL OBJETO AMADO, CONDUCE A ESTADOS DE DUELO Y SUS DEFENSAS CO---RRESPONDIENTES.

LA POSICION DEPRESIVA QUE KLEIN CONSIDERA COMO UNA MELANCOLIA EN STATUS NASCENDI, PRESENTA ANSIEDADES RELACIONADAS -- CON EL TEMOR DE PERDER A LOS OBJETOS AMADOS QUE INCLUYEN SENTIMIENTOS DEPRESIVOS QUE LLEGAN A SU CULMINACION ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL DESTETE. EL OBJETO DEL DUELO ES EL PECHO DE LA MADRE. ESTOS SENTIMIENTOS DEPRESIVOS SON LA FUENTE MAS PROFUNDA DE LOS CONFLICTOS DOLOROSOS DE LA SITUACION EDIPICA. ESTA AUTORA DESCRIBE LA POSICION DEPRESIVA A PARTIR DE LOS SEIS MESES DE EDAD.

TANTO LAS POSICIONES DENOMINADAS POR ELLA COMO LA POSICION ESQUIZOPARANOIDE Y LA DEPRESIVA, SON FASES DEL DESARROLLO Y EL TERMINO POSICION IMPLICA UNA CONFIGURACION ESPECIFICA DE RELACIONES OBJETALES, ANSIEDAD Y DEFENSAS, PERSISTENTES

A TODO LO LARGO DE LA VIDA. LA POSICION DEPRESIVA NUNCA LLEGA POR COMPLETO A REEMPLAZAR A LA ESQUIZOPARANOIDE, LA INTEGRACION TOTAL NUNCA ES LOGRADA Y LAS DEFENSAS CONTRA EL CONFLICTO DEPRESIVO, PRODUCEN REGRESION A FENOMENOS ESQUIZOPARANOIDES. LA FORMA DE LA INTEGRACION DE LAS RELACIONES OBJETALES QUEDA COMO BASE EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD.

LA POSICION ESQUIZOPARANOIDE SE CARACTERIZA POR EL HECHO DE QUE EL BEBE NO RECONOCE "PERSONAS" SINO QUE SE RELACIONA CON OBJETOS PARCIALES Y EXISTE UN PREDOMINIO, DE ANSIEDAD PARANOIDE Y PROCESOS DE ESCISION. EL RECONOCIMIENTO DEL OBJETO TOTAL (MADRE) MARCA EL COMIENZO DE LA POSICION DEPRESIVA QUE SE CARACTERIZA POR LA RELACION CON LOS OBJETOS TOTALES Y POR EL PREDOMINIO DE LA INTEGRACION, AMBIVALENCIA, ANSIEDAD DEPRESIVA Y CULPA. A MEDIDA QUE LOS PROCESOS DE ESCISION, PROYECCION E INTROYECCION LE AYUDAN AL BEBE, A ORDENAR SUS PERCEPCIONES Y EMOCIONES; Y A SEPARAR LO BUENO DE LO MALO, SERA POSIBLE EL MANEJO EXITOSO DE LAS ANSIEDADES.

DE ACUERDO A SU TEORIA, EN LA POSICION DEPRESIVA EL BEBE RECONOCE EL OBJETO MADRE Y SE RELACIONA CON ELLA, TAMBIEN SE INTENSIFICAN LOS PROCESOS DE INTROYECCION, ESTO AUMENTA LA NECESIDAD DE POSEER AL OBJETO Y GUARDARLO PARA PROTEGERLO DE SU PROPIA DESTRUCTIVIDAD. LA EXPERIENCIA DE DEPRESION MOVILIZA EN EL BEBE EL DESEO DE REPARAR A SU OBJETO U OBJETOS DESTRUIDOS, EN SU FANTASIA LOS RESTAURA Y RECUPERA DEVOLVIENDOLES LA INTEGRIDAD. EL FRACASO DE LA REPARACION CONDUCE A LA DESESPERACION: EL EXITO A RENOVADAS ESPERANZAS.

PARA BOWLBY (1960) EXISTEN 3 FASES DEL DUELO QUE SE ACOMPAÑAN EN FORMA PARALELA CON RESPUESTAS DE ANSIEDAD DE SEPARACION, DOLOR, DUELO Y DEPRESION. EL DUELO SE REFIERE AL PROCESO PSICOLOGICO CAUSADO POR LA PERDIDA DE UN OBJETO AMADO. EL DOLOR O PENA ES EL ESTADO SUBJETIVO DE ESTA PERDIDA. LA DEPRESION ES EL ESTADO AFECTIVO QUE SIENTE EL NINO CUANDO OCURRE EL DUELO.

LA FRUSTRACION ES EL PUNTO DE PARTIDA Y EL INICIO DE LA DEPRESION, JACOBSON (1943) LA DEFINE COMO UNA EXPERIENCIA DE LUCHAR Y LIDIAR CON EXPECTATIVAS Y PROMESAS DE GRATIFICACION NO ALCANZADAS. ELLA CREE QUE LA DEPRESION ES PRECIPITADA POR PARTE DE AMBOS EN EL INICIO DEL PERIODO EDIPICO, CUANDO LOS PADRES HAN PERDIDO EL SENTIDO MAGICO Y OMNIPOTENTE PARA EL NINO. COMO RESULTADO DE ESTO, LA DEPRESION PRIMARIA SE MANIFIESTA CON DESILUSION, PESIMISMO, TRISTEZA, APATIA, CON UN SENTIMIENTO DE VACIO. REPRESENTA UNA NEGACION DE LAS PARTES BUENAS DEL MUNDO Y DEL SELF.

EN CAMBIO PARA MAHLER (1975) LA DEPRESION SE DA COMO NORMAL, HASTA LA FASE DE SEPARACION-INDIVIDUACION, CON SUS SUBSECUENTES MODALIDADES. ELLA EXPLICA: "SOLO CUANDO SE HA LLEGADO A LA ETAPA DE SEPARACION-INDIVIDUACION Y A LA FASE DE CONSTANCIA OBJETAL, ES FACTIBLE HABLAR DE DEPRESION. PORQUE EN ESTA FASE SE ALCANZA A MANTENER CLARAMENTE LA REPRESENTACION MENTAL DE LOS OBJETOS EXTERNOS (CONSTANCIA OBJETAL)". DETERMINA QUE EL TIPO DE PENSAMIENTO PASA A SER PREOPERACIONAL. EN ESTA EPOCA LA FUNCION DE LA MEMORIA REQUIERE DE LA NOCION DEL TIEM

PO Y EL ESPACIO, DISTINGUIENDO EL NIÑO EN ESTOS MOMENTOS, LO QUE PROVIENE DEL EXTERIOR Y LO QUE PROVIENE DE SI MISMO. ESTA PRESENTE TAMBIEN LA CAPACIDAD DE SINTESIS Y EL SENTIDO DE REALIDAD.

DE ACUERDO A LA A.P.A. (1952) LA DEPRESION OCURRE COMO UNA REACCION A LA PERDIDA REAL O IMAGINARIA DE UN OBJETO EMOCIONALMENTE SIGNIFICATIVO O DE UN ATRIBUTO O HABILIDAD PERSONAL. EL MODO DEPRESIVO ESTA CARACTERIZADO POR UN SENTIMIENTO SUBJETIVO DE TRISTEZA, BAJA AUTOESTIMA, DISMINUCION DEL INTERES, ABATIMIENTO Y DESESPERANZA.

PARA DE LA FUENTE (1959) LA DEPRESION VENDRIA A SER LA RESPUESTA A LA PERDIDA DE UN OBJETO O RELACION VALIOSA PARA EL INDIVIDUO. PUEDE SER NORMAL CUANDO LA REACCION OCURRE CLARAMENTE EN RELACION CON CIRCUNSTANCIAS EXTERNAS Y SOLO PERSISTE HASTA QUE EL SUJETO LOGRA UN NUEVO AJUSTE O TRANSICION. -- SIEMPRE SERA UNA REACCION A UNA PERDIDA DE OBJETO. ES LA RESPUESTA EMOCIONAL AFECTIVA PSICOLOGICA ANTE LA PERDIDA DE UN OBJETO; ESTE OBJETO DEBE TENER CIERTAS LIGAS CON EL SUJETO. -

TOMANDO EN CUENTA SU ORIGEN, NOYES (1958) LA CLASIFICA DE LA SIGUIENTE MANERA:

1.- DEPRESION REACTIVA. SURGE COMO REACCION A LAS CAUSAS EXTERNAS EVIDENTES QUE POR LO GENERAL PRODUCEN TRISTEZA (MUERTE). NO ES PROLONGADA Y ESTA MAS EN RELACION CON EL AMBIENTE INMEDIATO QUE LA DEPRESION ENDOGENA.

2.- DEPRESION ENDOGENA. SE ORIGINA DE EXPERIENCIAS INTERNAS Y NO DE SITUACIONES REALES. SURGE DE FACTORES AFECTIVOS - NO RECONOCIDOS, CUYA NATURALEZA ES INVARIABLEMENTE INCONSCIENTE.

OTROS INVESTIGADORES DEFINEN LA DEPRESION ENDOGENA COMO AQUELLA QUE OCURRE SIN UNA PERDIDA ACTUAL. PAYKE ENCONTRO EN SUS ESTUDIOS QUE EL GRUPO DE LOS DEPRIMIDOS HABIA TENIDO TRES VECES MAS QUE LOS OTROS, SITUACIONES DE STRESS EN SU VIDA DURANTE LOS SEIS MESES ANTERIORES AL EPISODIO DEPRESIVO.

ALGUNOS AUTORES COMO BROWN (1950) HAN SEÑALADO COMO FUENTE DE LA DEPRESION LA RELACION EXISTENTE ENTRE UNA SEPARACION TEMPRANA DE LOS PADRES Y LA DEPRESION. ENCONTRO UNA PROPORCION SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRIVACION DE LOS PADRES (LA FIGURA PATERNA) DURANTE LA INFANCIA Y LA DEPRESION EN EL ADULTO. EN UN GRUPO DE 297 PACIENTES DEPRIMIDOS ENCONTRARON QUE UN 27% HABIAN PERDIDO A UN PROGENITOR ANTES DE LOS 16 AÑOS, MIENTRAS QUE EN EL GRUPO DE NO DEPRIMIDOS LA INCIDENCIA FUE DE UN 12%. ABRAHAM Y WITLOCK SOSTIENEN QUE MAS QUE LA FALTA DE LOS PADRES, ES LA POBRE INTERACCION DEL NIÑO CON ELLOS LA CAUSANTE DE LA DEPRESION.

MUCHO DE LO ESCRITO SOBRE LA DEPRESION TRATA DE ESTABLECER UNA RELACION ENTRE LOS HECHOS DE LA VIDA Y LA DEPRESION. MIENTRAS QUE FREUD ATRIBUYO LA DEPRESION A LA PERDIDA DE UN OBJETO AMADO, BIBRING ENFATIZO LA PERDIDA DE LA AUTOESTIMA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE FREEDMAN (1977) LA DEPRESION

VENDRIA A SER UN ESTADO CARACTERIZADO POR ALTERACIONES EN EL ESTADO DE ANIMO (TRISTEZA, DISMINUCION DE LA AUTOESTIMA, AISLAMIENTO).

KRAINES (1956) ELABORO UNA TEORIA DESTACANDO LA IMPORTANCIA DE LO BIOLOGICO EN LA DEPRESION. SE BASA EN LOS BENEFICIOS OBTENIDOS POR TRATAMIENTOS FISICOS; POR LA INCIDENCIA MAYOR DE EPISODIOS EN PRIMAVERA Y EN OTOÑO; POR LA PRECIPITACION DE LA DEPRESION EN ALGUNOS INDIVIDUOS POR ALTAS DOSIS DE FENIOTAZINE. DE LO QUE DEDUCE QUE: EL HIPOTALAMO JUEGA UN ROL IMPORTANTE EN LA INDUCCION O CAUSA DE LA DEPRESION. SU TEORIA ES CUESTIONABLE PORQUE SE BASA EN EVIDENCIAS FRAGMENTARIAS.

LOS ESTUDIOS GENETICOS AUN NO HAN DETERMINADO CLARAMENTE EL ROL QUE LO HEREDITARIO JUEGA EN EL ORIGEN DE LA DEPRESION. TAMPOCO SE HAN ENCONTRADO ANORMALIDADES HORMONALES CONSISTENTES. KALLMAN ENCONTRO ALGUNAS EVIDENCIAS DE QUE LO GENETICO PREDISPONE AL INDIVIDUO A LA DEPRESION (1960).

EL MAYOR TRABAJO REALIZADO EN TORNO A LOS FACTORES BIOQUIMICOS SE ORIENTO HACIA LA HIPOTESIS DE LAS CATECOLAMINAS. ESTA TEORIA PROPONE QUE HAY UN AGOTAMIENTO EN EL FUNCIONAR DE LAS CATECOLAMINAS (ESPECIALMENTE LA NOREPINEFRINA) EN SITIOS RECEPTORES DEL CEREBRO. ESTE HIPOTESIS SURGIO DEL ESTUDIO HECHO EN DROGAS ANTIDEPRESIVAS CON ANIMALES Y LUEGO CON PERSONAS. EN DICHS ESTUDIOS CON ORINA SE ENCONTRO QUE LA NOREPINEFRINA Y LA EPINEFRINA BAJABA DE NIVELES EN LOS DEPRIMIDOS. ES DIFICIL PROBAR DEFINITIVAMENTE ESTA HIPOTESIS. SE HAN REALIZA

DO MEDICIONES DE CATECOLAMINA Y SUS PRODUCTOS METABOLICOS EN SANGRE, ORINA, LIQUIDO RAQUIDEO, SECCIONES DEL CEREBRO, PERO NO SE HA PODIDO ESTABLECER UNA RELACION ENTRE ESTOS ESTUDIOS Y LA FUNCION DE LA CATECOLAMINA COMO NEUROTRANSMISOR CEREBRAL.

C. LITERATURA ACERCA DEL TEMA DE TESIS.- EL FENOMENO - - EXISTENCIAL -LA MUERTE- HA SIDO ESTUDIADO DESDE EL PUNTO DE - VISTA DE LOS QUE PERMANECEN VIVOS: EL OBJETIVO HA SIDO COM--- PRENDER SU DUELO Y AYUDAR A MANEJARLO, ASI LO EXPRESA SCHREI- BAUM (1975).

PARECIERA QUE EL FENOMENO DE LA MUERTE HA RECIBIDO MAS - ATENCION EN TERMINOS SOCIALES, ANTROPOLOGICOS Y RELIGIOSOS -- QUE EN LOS PSICOLOGICOS. FUE APARENTEMENTE MAS FACIL SUPERAR EL HECHO DE LA MUERTE COMO UN FACTOR SOCIAL O ANTROPOLOGICO - APLICADO A LA HUMANIDAD EN GENERAL, QUE A CADA INDIVIDUO PER- SONALMENTE.

LAS DESCRIPCIONES DE LOS RITOS DE VARIAS TRIBUS Y CULTU- RAS, DEL COMPORTAMIENTO DE GRUPOS SOCIALES, SUENAN OBJETIVOS Y SISTEMATICAS, Y NO PROVOCAN EMOCIONES ACERCA DE LA MUERTE, NI EN EL INVESTIGADOR, NI EN EL LECTOR.

ESTE TIPO DE ABORDAJE SIGUE UN PATRON DEFINITIVAMENTE -- COMPULSIVO, CREANDO AUTODEFENSAS DE PENSAMIENTOS ACERCA DE LA DOLOROSA REALIDAD DE LA MUERTE.

OTRA FORMA DE MANEJAR LA MUERTE HA SIDO LA MISTICO-RELI- GIOSA. CADA RELIGION DE ALGUNA MANERA PROMETE LA VIDA EN EL -

MAS ALLA, AMINORANDO ASI EL SUFRIMIENTO PROVOCADO POR LA MAS DOLOROSA DE LAS IDEAS, EL PENSAMIENTO DE UN FIN INEVITABLE Y DEFINITIVO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA CIENTIFICO, LA ACTITUD MENTAL -- DEL HOMBRE HA CAMBIADO A TRAVES DE LAS GENERACIONES. EL CUA-- DRO MITOLOGICO DEL MUNDO ANTIGUO, QUE ES UNA DESCRIPCION SIM-- BOLICA DEL MUNDO PRIMITIVO, PONE DELANTE DE NOSOTROS PERCEP-- CIONES Y EXPERIENCIAS QUE SON MUY DIFERENTES DEL CUADRO FORMA-- DO POR EL HOMBRE CIENTIFICO. KATZIR (CITADO POR SCHREIBAUM) - AFIRMA QUE: "LO QUE CARACTERIZA LA CONCEPCION DEL HOMBRE QUE VIVE EN EL MUNDO DEL MITO ES QUE EN SUS OJOS CADA EVENTO ES - UNICO, INDIVIDUAL, SIGNIFICATIVO, IMPENETRABLE Y ABSOLUTAMEN-- TE ESPECIAL. EN OTRAS PALABRAS, LO OPUESTO AL CONCEPTO CIENTI-- FICO EN EL CUAL CADA EVENTO ES PARTE DE UNA SERIE ORGANIZA-- DA".

DE ACUERDO CON SCHREIBAUM LA CONCEPCION MITOLOGICA DEL - HOMBRE ES ASI: "NOSOTROS NACIMOS PORQUE EL TIEMPO Y EL MUNDO TIENEN UNA CARACTERISTICA TANGIBLE Y DEFINITIVA EN CUANTO A - QUE EXISTE UN DESEO Y UNA TENDENCIA DE ATRAER NUESTRA DESTRUCCION. PERO EL HOMBRE NO QUIERE MORIR, BUSCA MANERAS PARA LO-- GRAR LA INMORTALIDAD. LOS ANTIGUOS CREARON DIOS Y VOLVIAN A LA VIDA OTRA VEZ PARA QUE EL HOMBRE PUDIERA IDENTIFICARSE CON ELLOS. EL HOMBRE MODERNO CON SU ACTITUD CIENTIFICA BUSCA SUS PROPIAS MANERAS DE DEJAR TRÁS DE SI ALGO INMORTAL".

CONTINUA EXPLICANDO COMO "EL HOMBRE CARA A CARA CON LA - MUERTE INDIVIDUAL REACCIONA CON TODOS SUS RECURSOS EMOCIONALES

QUE ESTAN FIRMEAMENTE ENRAIZADOS CON SENTIMIENTOS PRIMITIVOS DE MIEDO Y SACRIFICIO. AL ENFRENTARSE A LO QUE ES ABSOLUTO, ULTIMO Y NO CAMBIANTE SE EVITA LA EXPERIENCIA DE LOS CAMBIOS CICLICOS, LA CONTINUIDAD Y LA DIALECTICA DE LA VIDA. LA MUERTE DE LA VIDA ES SIGNIFICATIVA PARA LA SOCIEDAD COMO UN TODO, IGUAL QUE LA MUERTE DE UNA CELULA ES SIGNIFICATIVA PARA UN ORGANISMO COMPLEJO. EL HECHO OCURRE TODO EL TIEMPO, EL INDIVIDUO MUERE PERO LA VIDA CONTINUA, NOS RELACIONAMOS CON LA MUERTE DE CADA INDIVIDUO CON UNA TRAGEDIA UNIVERSAL. ESTA ES LA CONCEPCION EMOCIONAL, INTELECTUAL DE LA EXPERIENCIA HUMANA. POR ULTIMO AL DISCUTIR LAS FORMAS DE ABORDAJE Y ACTITUDES HACIA LA MUERTE ESTE MISMO AUTOR REFIERE QUE AQUELLOS QUE TRATAN PRECISAMENTE AL PACIENTE MORIBUNDO SE ENCUENTRAN EN UNA POSICION CRUCIAL ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. DE AQUI LA IMPORTANCIA DE LA ACTITUD EMOCIONAL DEL DOCTOR, HACIA EL PACIENTE MORIBUNDO Y HACIA LA MUERTE EN GENERAL, FACTOR DETERMINANTE DE PATRONES DE CONDUCTA POSTERIORES EN ESTE SENTIDO".

EN SU TRABAJO " LO QUE LA GENTE PIENSA ACERCA DE LA MUERTE" QUE APARECIO EN EL VOLUMEN "EL PACIENTE MORIBUNDO" RILEY (1970), AFIRMA QUE UN ANTIGUO TABU NOS HA SIDO TRANSMITIDO: LA NEGACION DE LA MUERTE.

LA LITERATURA PSICOLOGICA HA TRATADO EXTENSIVAMENTE EL TEMA DEL DUELO. EL TRABAJO DE ABRAHAM Y FREUD (1926) SOBRE LA MELANCOLIA Y LA DEPRESION, EXPLORO UNA SERIE DE DATOS HASTA LLEGAR A LA COMPRESION DE ESTAS CONDICIONES POR ANALOGIA CON UN ESTADO DE PERDIDA QUE SIGUE A LA MUERTE DE UN SER QUERIDO.

EN LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO ALGUNOS AUTORES COMO ANTHONY (1975), REMUS (1965), CAPLAN (1962), MC. DONALD (1966), NAGERA (1970), SPITZ (1946), TAMBIEN SE HAN DEDICADO POR MUCHO TIEMPO AL PROBLEMA DE LA DESOLACION EN LA PERDIDA DE SERES -- QUERIDOS EN LA NINEZ Y LOS EFECTOS DE LA MISMA EN PERDIDAS EN EL DESARROLLO POSTERIOR.

EL ENFOQUE QUE HACE VACHON (1978) EN SU ARTICULO SOBRE LA MOTIVACION DEL PERSONAL QUE TRABAJA CON PACIENTES MORIBUNDOS, ES INDEPENDIENTE DEL PACIENTE, MAS BIEN ESTA DIRIGIDO A LAS NECESIDADES DEL PROFESIONISTA QUE ATIENDE A ESTE TIPO DE PACIENTES CON RIESGO DE MORIR. EN FORMA MUY AMPLIA INVESTIGA LAS SIGUIENTES AREAS:

- 1.- EL PORQUE DE LA SELECCION A TRABAJAR CON PACIENTES MORIBUNDOS.
- 2.- COMO AFECTA ESTA MOTIVACION AL STRESS QUE SE EXPERIMENTA EN LOS PROFESIONALES?
- 3.- COMO AFECTA ESTE TRABAJO PERSONALMENTE?
- 4.- QUE IMPLICACIONES TIENE LO ANTERIOR Y COMO SE PUEDEN MEJORAR LOS MECANISMOS INTERNOS DEL PERSONAL?

AL DISCUTIR LAS RAZONES QUE ESTAN DETRAS DE LA DECISION PERSONAL PARA TRABAJAR CON PACIENTES MORIBUNDOS HACE UNA DISTINCION DE 2 GRUPOS: 1) AQUELLOS CUYA ATENCION SE DIRIGE A PACIENTES CON ENFERMEDADES QUE PUEDEN SER MORTALES, TALES COMO EL CANCER, ALGUNOS DE LOS CUALES VIVIRAN, OTROS MORIRAN, Y 2) AQUELLOS CUYO INTERES PRINCIPAL ES EL CUIDADO DE LOS DESAHU--

CIADOS DONDE LA META ES EL CUIDADO PALIATIVO. LAS EXPERIENCIAS, FRUSTRACIONES Y PERDIDAS DE ESTOS 2 GRUPOS SON TOTALMENTE DISTINTAS. ESTE TRABAJO ENFOCA BASICAMENTE LAS NECESIDADES DEL ULTIMO GRUPO.

EN EL INTENTO POR CONCEPTUALIZAR LAS RAZONES PARA TRABAJAR CON PACIENTES MORIBUNDOS PROPONE 6 CATEGORIAS:

- 1.- ACCIDENTE, CONVENIENCIA.
- 2.- UN DESEO DE HACER "LO QUE ESTA DE MODA" O DE AFILIARSE A UN LIDER CARISMATICO.
- 3.- SUPERACION INTELECTUAL, O SEA, EL DESEO DE OBTENER CONTROL Y EXPERIENCIA EN LA ENFERMEDAD, DOLOR Y MUERTE.
- 4.- UNA INCLINACION POR LO RELIGIOSO O HUMANISTICO.
- 5.- EXPERIENCIA PERSONAL PREVIA, YA SEA CON UNO MISMO O CON AQUELLOS QUE ESTAN CERCA DE UNO.
- 6.- LA SOSPECHA DE QUE ALGUN DIA UNO PUEDA CONTRAER LA ENFERMEDAD.

SUS OBSERVACIONES LO LLEVARON A LAS SIGUIENTES ASEVERACIONES: LAS PERSONAS QUE SE HAN INTRODUCIDO EN LA ATENCION DE PACIENTES QUE EMPEORAN O MUEREN, POR ACCIDENTE O CONVENIENCIA, PERMANECERAN UNICAMENTE, CUANDO LOS RIESGOS ESTAN COMPENSADOS. SI LA SITUACION DE TRABAJO SE VUELVE "RUDA" CAMBIARA DE OCUPACION SIN MUCHO PROBLEMA. PERO CUANDO LA SITUACION NO SE LO PERMITE, EN TAL CASO, EL STRESS PREVIAMENTE CONTROLADO AUMENTARA RAPIDAMENTE; ENTONCES LAS PERSONAS PUEDEN INTENTAR

DESPRENDERSE DE TODO SENTIMIENTO VOLVIENDOSE MUY FRIAS O IN--
CLUSIVE HOSTILES CON LOS PACIENTES.

ES FRECUENTE QUE MIEMBROS DEL PERSONAL MEDICO SEAN ATRAI
DOS HACIA EL CAMPO DE LA ATENCION A MORIBUNDOS POR LA PRESEN-
CIA DE LIDERES CARISMATICOS, PORQUE ESPERAN DESARROLLAR UNA -
INTENSA RELACION CON EL EXPERTO, LO CUAL SERVIRA PARA SOSTE--
NER AL NEOFITO, TANTO PERSONAL COMO PROFESIONALMENTE. EN ESTE
TIPO DE MOTIVACION ES FRECUENTE QUE EL DESLUMBRAMIENTO DEL --
TRABAJO CON PACIENTES DE RIESGO, DESAPAREZCA. EL INDIVIDUO --
QUE HA ELEGIDO SEGUIR A UN LIDER CARISMATICO PUEDE RESULTAR -
FRUSTRADO Y ENOJADO DE SU ELECCION. LA TENSION AUMENTARA HA--
CIA LOS OTROS MIEMBROS DEL PERSONAL, COMUNMENTE HACIA AQUELLOS
CON AUTORIDAD, EN LA AUSENCIA DEL LIDER. EN TANTO QUE LA TEN-
SION ENTRE MIEMBROS AUMENTA, EL CUIDADO DEL PACIENTE PUEDE DE
TERIORARSE HASTA QUE EL PROCESO OPERATIVO SE IDENTIFICA.

EN LA TERCERA RAZON; EL DESEO DE ADQUIRIR CONTROL Y EXPE
RIENCIA SOBRE LAS ENFERMEDADES, EL DOLOR Y LA MUERTE. UN INDI
VIDUO PUEDE CONTRIBUIR SIGNIFICATIVAMENTE CON LA CIENCIA, PE-
RO CREAR UNA HOSTILIDAD CONSIDERABLE CON LOS COLEGAS QUE PUE-
DEN INTERPRETAR SU TRABAJO COMO UN INTENTO DE CUANTIFICAR EL
DOLOR, PERIODOS DE ENFERMEDAD, METODOS DE INTERVENCION, ETC.
PARA DISMINUIR EL CONTROL, LA EXPERIENCIA Y EL ROL DE LOS MIEN
BROS DEL PERSONAL. SI EL CIENTIFICO A NIVEL INCONSCIENTE ESTA
REALMENTE INTENTANDO ADQUIRIR CONTROL SOBRE LA VIDA Y LA MUER
TE, UN CONSTANTE CONTACTO CON LA REALIDAD DEL DOLOR Y EL SU--
FRIMIENTO PUEDE CONDUCIR A UN DESEQUILIBRIO EN LOS PATRONES -

NORMALES DE DEFENSA COMO LA INTELECTUALIZACION. LA DEPRESION PUEDE SEGUIR SOBRE TODO SI EL INVESTIGADOR HA EMPEZADO A TOMAR CONCIENCIA Y A INVOLUCRARSE EMOCIONALMENTE CON LOS DESAHUCIADOS.

EN LA MOTIVACION RELIGIOSA O LA HUMANISTICA LAS PERSONAS SE INVOLUCRAN EN EL TRABAJO TOMANDOLO COMO UN APOSTOLADO. PERO DEJA AL TRABAJADOR EXPUESTO A UNA PERDIDA CONSIDERABLE CADA VEZ QUE UN PACIENTE MUERA. POR ESTA RAZON EXPLICA: EL PERSONAL QUE TRABAJA CON LOS MORIBUNDOS NECESITA TENER AMIGOS Y SISTEMAS DE APOYO TANTO ENTRE LOS VIVOS COMO ENTRE LOS MUERTOS.

LA QUINTA MOTIVACION ES LA EXPERIENCIA PERSONAL CON UNO MISMO, UN PARIENTE O UN AMIGO. PERO LAS EXPERIENCIAS DOLOROSAS PREVIAS NO RESUELTAS DEBERIAN SER MANEJADAS ANTES DE INICIAR ESTE TIPO DE TRABAJO. EN ESTE CASO LA MOTIVACION PUEDE TENER COMO FUENTE PRINCIPAL LA CULPA Y/O EL DESEO DE PROBAR QUE UNO PUEDE SER MEJOR. LOS PROBLEMAS DE SOBREIDENTIFICACION CON AQUELLOS PACIENTES QUE NOS RECUERDAN PERSONAS DEL PASADO. ALGUNAS LUCHAS POR EL PODER PUEDEN DESARROLLARSE EN TANTO QUE LOS MIEMBROS DEL PERSONAL SE SOBREIDENTIFICAN CON PACIENTES PARTICULARES Y PROYECTAN INCOMPETENCIA UNOS CON OTROS.

EL FACTOR DE MOTIVACION FINAL ES LA SOSPECHA DE QUE EL TRABAJADOR CONTRAIGA LA ENFERMEDAD POR TENER UNA HISTORIA PERSONAL O FAMILIAR DE UNA ENFERMEDAD EN PARTICULAR. LA ATRACCION PARA TRABAJAR CON PACIENTES QUE TENGAN LA ENFERMEDAD O MUERAN POR ELLA PUEDE OBEDECER POR VARIAS RAZONES; CONOCER LA

ENFERMEDAD, TENER ACCESO PERSONAL CON AQUELLOS QUE TRATAN.

PARA FINALIZAR PUNTUALIZA: "NUESTRAS MOTIVACIONES INCONSCIENTES PUEDEN OCASIONAR UN STRESS CONSIDERABLE Y DAÑO EN LA RELACION CON PACIENTES MORIBUNDOS. LA EXPOSICION CONSTANTE - CON LA PERSONA QUE ESTA MURIENDO DE ALGUNA MANERA AFECTA LA VIDA PROPIA, LA RELACION CON LA FAMILIA Y LOS AMIGOS.

SU INVESTIGACION DEMUESTRA QUE LOS FACTORES CONSCIENTES E INCONSCIENTES QUE MOTIVAN A LOS INDIVIDUOS A TRABAJAR CON PACIENTES DE ALTO RIESGO DE MORIR PUEDEN CONducIR A UN STRESS INESPERADO. ESTA PRESION PUEDE SIGNIFICAR PROBLEMAS CONSIDERABLES PARA LOS PACIENTES Y OTROS MIEMBROS DEL PERSONAL. LA PRESION EN EL TRABAJO PUEDE REPERCUTIR EN LA VIDA PERSONAL CAUSANDO PROBLEMAS INDIVIDUALES Y PROBABLEMENTE FAMILIARES.

COMO TRABAJADOR PUEDE DERIVARSE UN CIERTO SENTIMIENTO DE OMNIPOTENCIA AL TRANSITAR EN LA MUERTE, POR LO TANTO DEBE DARSE POR HECHO QUE "EL QUE TRABAJA CON PACIENTES EN RIESGO DE MORIR PUEDE A LA LARGA LLEGAR A SENTIRSE RODEADO POR LA MUERTE Y SUCUMBIR A LA DEPRESION Y A LA ACTITUD DE IMPOTENCIA Y DESESPERANZA. OTRA RESPUESTA A LA PRESENCIA DE LA MUERTE ES EXAGERAR LA CONDUCTA CON LOS MIEMBROS DEL PERSONAL CASI COMO UNA AFIRMACION DE LA VIDA (TOMANDO EXCESIVAMENTE, CONDUCIENDO A ALTA VELOCIDAD, EXAGERANDO LA CONDUCTA SEXUAL)".

RESPECTO A LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CAMPO DE LAS MOTIVACIONES PARA LA ELECCION DE LA PROFESION DEL MEDICO, SOLIS (1969) LOS DISCUTE AMPLIAMENTE EN SU TRABAJO DESTACANDO

INDUDABLEMENTE LA PRESENCIA DE MECANISMOS COMO: LA IDENTIFICACION, LAS ACTITUDES CONTRAFOBICAS, SUBLIMACION, LA BISEXUALIDAD Y EN GENERAL LOS COMPONENTES PREGENITALES (LA ORALIDAD).

POSTERIOR A UNA MINUCIOSA REVISION ESTADISTICA QUE REALIZA, ESCRIBE: "ESTADISTICAMENTE HABLANDO, ESTA COMPROBADO QUE LA PROFESION DEL MEDICO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSIQUICO ES DE LAS MAS ENFERMAS. QUIEN LLEGA A LA FACULTAD DE MEDICINA TIENE SU PRIMERA EXPERIENCIA CON EL CADAVER -ACADEMICAMENTE HABLANDO- EN LA SALA DE DISECCION, DESDE ESE INSTANTE INTUYE QUE SU CITA ES LA MUERTE, ALLI EMPIEZA A MORIR LENTAMENTE, CON EL DECESO DE CADA UNO DE LOS ENFERMOS MORIRA UNA PARTE DE SI MISMO".

ASI CONTINUA DISERTANDO ACERCA DE LOS FACTORES PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DE MEDICO Y SU INDOLE INCONSCIENTE. MAS ADELANTE EXPLICA: "UNA DE LAS RAZONES QUE IMPULSAN A LA ESPECIALIDAD ES UNA ENVIDIA ENTREMEZCLADA POR UNA AMBICION VORAZ (RESULTADO DE UNA FRUSTRADA ORALIDAD)".

EN UN TRABAJO ANTERIOR, EL SE PLANTEABA LA SIGUIENTE PREGUNTA; ¿EL DEDICARSE A LA MEDICINA NO SERIA YA UNA ENFERMEDAD? A LO QUE CONTESTA: SOMOS CANDIDATOS AL SUICIDIO NO SOLO POR NUESTRA PROFESION SINO TAMBIEN POR LOS ACTORES QUE INFLUYERON ESTA ELECCION DE OBJETO. FINALIZA DICIENDO: EL MEDICO ES UNO DE LOS PROFESIONISTAS MAS AUTODESTRUCTIVOS.

OTRAS DE LAS INTERROGANTES QUE SURGEN ES: ¿POR QUE HAY TAN

TA DESTRUCCION EN LA PROFESION MEDICA? ESTA VEZ EXPLICA: "EL MEDICO SE DESTRUYE PORQUE REUNE EN SU CARACTEREOLOGIA DE ESPECIE Y DE INDIVIDUO GRAN NUMERO DE ATRIBUTOS INTERNOS Y EXTERNOS QUE ORIENTAN A UN SUJETO AL ANIQUILAMIENTO DIRECTO O INDIRECTO".

MAS ADELANTE EXPRESA: "NUESTRA FILOGENIA MUESTRA UN DESEMPEÑO PROFESIONAL DONDE LA ENTREGA Y EL SÁCRIFICIO SE DAN LA MANO EN SU APOSTOLADO SADO-MASOQUISTA; ESTE ARQUETIPO AUN IMPERA EN EL INCONSCIENTE COLECTIVO, A LO QUE SE SUMA EL HECHO DE QUE ONTOGENETICAMENTE LOS MEDICOS SON ENTES FUNDAMENTALMENTE PREGENITALES Y DETRAS DE ELLO AUN OPERAN REMANENTES MAGICOS OMNIPOTENTES QUE SON COMO LOS PRIMITIVOS. A LA ORALIDAD CANIBALISTICA SE SUPERPONE UNA PRECOZ INTELLECTUALIZACION. Y POR LO QUE CORRESPONDE AL NARCISISMO, SE NUTRE A TRAVES DE LA PROFESION DE FUENTES INTERNAS Y ADEMAS ES ALIMENTADO POR EL EXTERIOR".

DENTRO DE LA LITERATURA TAMBIEN ENCONTRAMOS EL LIBRO -- "LOS SISTEMAS SOCIALES COMO DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD" DE -- JACQUES Y MENZIES (1970) EN DONDE EXPONEN COMO LAS INSTITUCIONES SON UTILIZADAS POR SUS MIEMBROS INDIVIDUALES PARA REFORZAR SUS PERSONALES MECANISMOS DE DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD Y EN PARTICULAR CONTRA LA RECURRENCIA DE LAS TEMPRANAS ANSIEDADES PARANOIDE Y DEPRESIVA. EN SU EXPOSICION SE LIMITAN A LA CONSIDERACION DE QUE CIERTAS FUNCIONES DEFENSIVAS COMO LOS MECANISMOS DE IDENTIFICACION PROYECTIVA OPERAN AL VINCULAR LA CONDUCTA SOCIAL E INDIVIDUAL. SUS HIPOTESIS ESPECIFICAS SE --

REFIEREN AL HECHO DE QUE UNO DE LOS ELEMENTOS COHESIVOS PRIMARIOS QUE REUNEN A INDIVIDUOS A ASOCIARSE ES LA DEFENSA CONTRA SUS ANSIEDADES.

SUS OBSERVACIONES PARTEN DE UN ESTUDIO REALIZADO EN EL SERVICIO DE ENFERMERAS EN UN HOSPITAL GENERAL A LAS CUALES SE LES REALIZARON ENTREVISTAS Y APLICÓ UN CUESTIONARIO. EL ESTUDIO FUE INICIADO POR EL HOSPITAL PARA INTENTAR CONTRIBUIR DE ESTA MANERA AL DESARROLLO DE NUEVOS METODOS DE EJECUCION DE UNA TAREA. MIENTRAS SE EFECTUABA EL TRABAJO DE DIAGNOSTICO LES LLAMO LA ATENCION EL ELEVADO NIVEL DE TENSION, INQUIETUD DE LAS ENFERMERAS. LES FUE DIFICIL COMPRENDER COMO LAS ENFERMERAS TOLERABAN TAL NIVEL DE ANSIEDAD, EN EFECTO HALLARON PRUEBAS EN EL SENTIDO DE QUE NO LO CONSEGUIAN PERO QUE LA TENDENCIA A LA DESERCIÓN ERA FRECUENTE. LA MOVILIDAD ERA ALTA Y LOS INDICES DE ENFERMEDAD ELEVADOS; SOBRE TODO DOLENCIAS LEVES QUE JUSTIFICABAN AUSENCIAS MENORES.

SUS PRIMERAS CONCLUSIONES PONEN DE MANIFIESTO COMO LAS ENFERMERAS AFRONTAN LA AMENAZA, LA REALIDAD DEL SUFRIMIENTO Y LA MUERTE EN MEDIDA POCO IGUALADA POR PERSONAS DE OTRAS PROFESIONES. LA LABOR QUE EJECUTAN IMPLICA REALIZAR TAREAS QUE, DE ACUERDO CON LAS NORMAS CORRIENTES SON DESAGRADABLES Y ASQUEANTES E INSPIRAN TEMOR. LA SITUACION OBJETIVA AFRONTADA POR LA ENFERMERA, ELLOS LA ENTIENDEN A SEMEJANZA CON LAS SITUACIONES DE FANTASIA INCONSCIENTE QUE EXISTE EN LOS MAS PROFUNDOS Y PRIMITIVOS NIVELES DE LA MENTE. ANTE EL HECHO DE QUE LAS ENFERMERAS PADECIERAN DE ENFERMEDADES FISICAS LAS INTERPRETARON COMO;

UNA INTENSIFICACION POR ESTAR OBLIGADAS A SOPORTAR Y MANEJAR LA TENSION PSICOLOGICA DE OTRAS PERSONAS. AGREGAN QUE DADA LA NATURALEZA DE SU PROFESION, LA ENFERMERA CORRE GRAVE RIESGO DE VERSE AGOBIADA POR UN INTENSO E INCONTROLABLE SENTIMIENTO DE ANSIEDAD. SIN EMBARGO POR SI SOLO ESE FACTOR NO PUEDE EXPLICAR EL ELEVADO NIVEL DE ANSIEDAD TAN EVIDENTE EN LAS ENFERMERAS. POR LO TANTO ES NECESARIO DIRIGIR LA ATENCION HACIA LA OTRA FACETA DEL PROBLEMA, O SEA LAS TECNICAS QUE LAS ENFERMERAS UTILIZARON PARA CONTENER Y MODIFICAR LA ANSIEDAD.

DENTRO DE SUS CONCLUSIONES ESCAPAN LAS SIGUIENTES: LA NECESIDAD DE LOS MIEMBROS DE UNA INSTITUCION, LOS LLEVA A UTILIZARLA COMO UNA LUCHA CONTRA LA ANSIEDAD LO CUAL CONDUCE AL DESARROLLO DE DEFENSAS ESTRUCTURADAS SOCIALMENTE, QUE APARECEN COMO ELEMENTOS DE LA CULTURA Y EL MODO DE FUNCIONAMIENTO DE LA ORGANIZACION. A CONTINUACION SE ENUMERAN LAS DEFENSAS QUE ENCONTRARON Y QUE ACTUAN COMO SI FUESEN SEPARADAS PERO QUE -- FUNCIONAN SIMULTANEAMENTE E INTERACTUAN ENTRE SI, POR EJEMPLO: LA DISOCIACION, DESPERSONALIZACION, DISTANCIA Y NEGACION DE LOS SENTIMIENTOS, DISTRIBUCION SOCIAL COLUSIVA DE RESPONSABILIDAD, ETC.

EN SU ARTICULO ACERCA DE LA ACTITUD DEL MEDICO ANTE LA MUERTE INMINENTE, QUIJANO (1977) REvisa UNA SERIE DE CONDUCTAS QUE EL MEDICO SIMULA ANTE LA EMERGENCIA DE LA MUERTE, EL PIENSA QUE: LA MUERTE SE HA CONVERTIDO EN UN ASUNTO DE LA ADMINISTRACION HOSPITALARIA AL GRADO TAL, QUE LA DESPERSONALIZACION DE LA ATENCION MEDICA ACTUAL OCURRE SOBRE TODO EN LOS SITIOS

DE AVANZADA, DONDE SE REALIZA UNA MEDICINA CON LAS MEJORES -
CUALIDADES ACADEMICAS Y CIENTIFICAS. POR AHORA RECONOCE QUE:
"HAN SIDO LOS MEDICOS LOS PRIMEROS EN MEDITAR SOBRE ESA SITUACION,
EN CRITICAR LOS DEFECTOS INHERENTES AL PROPIO ADELANTO
DE LA ORGANIZACION DE NUESTRO QUEHACER Y EN LLAMAR LA ATENCION
SOBRE LOS PUNTOS QUE DEBEN VIGILARSE PARA ENTENDER MEJOR
EL PROBLEMA Y LA MANERA APROPIADA DE OFRECER AL ENFERMO GRAVE
Y AL MORIBUNDO, EL CUIDADO TECNICO RIGUROSO E INDICADO, EL APOYO
MORAL APROPIADO Y OPORTUNO". AL RETOMAR LA ACTITUD DEL
MEDICO FRENTE A LA MUERTE Y EL MORIR, EL DISTINGUE DOS SITUACIONES:
A) CUANDO OCURRE UN FALLECIMIENTO SUBITO LA PERSONA QUE LO SUFRE
NO ESTUVO EN EL PROCESO DE MORIR; B) A DIFERENCIA DEL QUE SE
DEPRIME POR VER MORIR SIN SER MORIBUNDO.

OTROS AUTORES COMO GONZALES Y ALVAREZ (1978) RECONOCEN -
QUE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE DE LOS MEDICOS, ENFERMERAS,
AUXILIARES Y TODOS LOS QUE VIVEN EN UN HOSPITAL, SON EL REFLEJO
DE SUS CONDICIONAMIENTOS CULTURALES, RELIGIOSOS, FAMILIARES,
ETC. SE PLANTEAN LA PREGUNTA: ¿COMO REACCIONA EL MEDICO ANTE
EL MORIR DE SU ENFERMO?, A LO QUE RESPONDEN QUE PODRIA SER
ENTENDIDA POR 4 FASES: LA PRIMERA SERIA DE NEGACION, PUES A
PESAR DE SU CAPACIDAD SE RESISTE A RECONOCER LA GRAVEDAD. LA
FASE DE TRUEQUE ESTARIA CARACTERIZADA POR MANTENER CIERTA
ESPERANZA QUE AMINORE EL IMPACTO DEL MORIR DEL ENFERMO. LA
DEPRESION ES OTRA FASE QUE SE PUEDE MANIFESTAR POR CIERTO
ABATIMIENTO HACIA EL ESTADO DEL ENFERMO. LA ULTIMA SERIA LA
ACEPTACION DE LA MUERTE.

EXPLICA QUE AUNQUE EL MEDICO ESTE PLENAMENTE CONSCIENTE DEL HECHO, LE SIGUE SIENDO DIFICIL VER MORIR. ENTONCES LA ACTITUD HACIA LA MUERTE PUEDE TOMAR TRES CAMINOS.

1.- DISTANCIAMIENTO O RECHAZO. LA FRASE "MANDENLO A CUIDADOS INTENSIVOS" PUEDE SIGNIFICAR "NO QUIERO SABER DE SU -- MUERTE". DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EXISTE -- TAMBIEN EL DISTANCIAMIENTO, ASI QUIEN COSIFICA AL ENFERMO Y LO CONVIERTE EN UN CUMULO DE ELECTROLITOS Y ATIENDE EXCLUSIVAMENTE LOS MONITORES O COMPUTADORAS, EN EL FONDO REPUDIA EL QUE SEA UN INDIVIDUO QUE SE ESTA MURIENDO.

2.- IRONIA O MENOSPRECIO. SE PUEDE OBSERVAR A TRAVES DE EXPRESIONES COMO "EL ENFERMO ESTA CALENTANDO MOTORES" O POSIBLEMENTE CULINARIAS QUE EXPRESAN "ESTE SE CUAJA" O DEPORTIVAS, QUE SEÑALAN "NO LA BRINCA". DEDUCEN QUE ESTA ACTITUD Y OTRAS PERMITEN MANTENER LA LEJANIA DEL MORIBUNDO SIN SENTIR QUE SE "FALLA".

3.- LA CIENTIFICA ES LA QUE SE ENTIENDE FRIAMENTE, QUE LA MUERTE ES LA ETAPA FINAL DEL CRECIMIENTO.

EL ESTUDIO REALIZADO POR ROSS (1978) INVESTIGO EL CONCEPTO DE CONCIENCIA PROFESIONAL EN RELACION CON LA PROPIA -- MUERTE Y LA UTILIDAD QUE ESTO REPRESENTA EN EL TRATAMIENTO -- DE PACIENTES MORIBUNDOS A TRAVES DE UTILIZAR UNA FANTASIA DE LA PROPIA VIDA Y MUERTE DEL SUJETO. EN SU ARTICULO TAMBIEN -- EXAMINA VARIAS ESTRATEGIAS DEFENSIVAS PARA ENFRENTARSE A LA MUERTE Y SUS RELACIONES HACIA LA INTERACCION CON PACIENTES -- TERMINALES. SUS RESULTADOS INDICAN QUE LAS ESTRATEGIAS DEFEN

SIVAS ELABORADAS NO CONTRIBUYERON A LOS CAMBIOS.

A TRAVES DE LA INVESTIGACION DE PRICE (1973) SE INTENTA ENTENDER EL CAMINO POR EL CUAL LAS ENFERMERAS AL CUIDADO DE UNA UNIDAD CORONARIA PUEDEN ESTAR SUJETAS A STRESS, ALREDEDOR DEL PROBLEMA DEL ESTABLECIMIENTO DE UNA RELACION SIGNIFICATIVA CON LA MUERTE. ESTE TRABAJO TIENE COMO OBJETIVO CENTRAL IN VESTIGAR EL STRESS EXPERIMENTADO POR LAS ENFERMERAS EN LA RES PONSABILIDAD PARA CONTROLAR LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE. EXPLICA QUE HAY UNA CONFUSION INCONSCIENTE ENTRE EL SENTIMIENTO DE SER RESPONSABLE POR EL CUIDADO DE LA ENFERMEDAD O MUERTE DEL PACIENTE Y EL SENTIMIENTO DE SER RESPONSABLE DE LA MUERTE DEL PACIENTE.

OTRO ESTUDIO AL RESPECTO LO EFECTUO GROSS (1977), SU PRO POSITO FUE EXPLORAR LOS SENTIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS ACERCA DE SU TRABAJO CON PACIENTES MORIBUNDOS. LA INVESTIGACION QUE REALIZO INCLUIA A 30 ENFERMERAS QUE FUERON ENCARGADAS DE UN - PACIENTE EN FASE TERMINAL POR 6 MESES. EL METODO DESARROLLADO SE INCLINO POR LA AUTOSELECCION. LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS FUERON; UNA ENTREVISTA Y LA APLICACION DE UN CUESTIONARIO. EL CUESTIONARIO FUE USADO PARA ESPECIFICAR RESPUESTAS GENERALES A LAS EXPERIENCIAS DE LAS PARTICIPANTES ALREDEDOR DE LA MUERTE Y MORIRSE. LA ENTREVISTA SEGUIA A LA ADMINISTRACION DEL -- CUESTIONARIO Y SUGERIA A LAS PARTICIPANTES QUE DESCRIBIERAN - LOS SENTIMIENTOS QUE HABIAN EXPERIMENTADO CUANDO CUIDABAN A - UN PACIENTE CUYA MUERTE ERA INMINENTE. LOS DATOS OBTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS FUERON AGRUPADOS EN ESTADIOS DE SENTIMIENTOS

COMO: MIEDO, TRISTEZA, NECESIDAD DE AYUDA, ENOJO, ACEPTACION, SENTIMIENTOS DE CULPA.

LA REVISION DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LOS CUESTIONARIOS REVELARON QUE NO HABIA PATRONES ENTRE LA EDAD, RELIGION, AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRABAJO, EDUCACION, NIVEL DE PREPARACION DE LAS ENFERMERAS Y LOS ESTADIOS DE SENTIMIENTOS QUE ESTAS - REPORTABAN. EL 74% DE LA POBLACION ESTUDIADA DESCRIBIO OTROS ESTADIOS DE SENTIMIENTOS CONTRARIOS A LA ACEPTACION DE LA -- MUERTE EN LOS PACIENTES.

NADELSON (1976) REFIERE QUE EL STRÉSS PRESENTADO DENTRO DE LA UNIDAD DE CIRUGIA INTENSIVA AFECTA A LOS PACIENTES ASI COMO AL PERSONAL, Y QUE EL FACTOR DE MUERTE SIEMPRE PRESENTE EN LA UNIDAD, ENGENDRA A MENUDO UNA IMPORTANTE CARGA DE TEN-- SION, SOBRE TODO EN AQUELLOS PACIENTES A LOS CUALES SE LES -- RETIRA EL RESPIRADOR, INCREMENTANDOSE ASI LA CARGA DEL DEPAR-- TAMENTO JUNTO CON EL ESFUERZO, FICTICIO EN EL CUIDADO. AGREGA QUE A UN LADO DE LA DIFICULTAD EMOCIONAL PRESENTADA POR TRABA-- JAR CON PACIENTES MUY ENFERMOS EXISTEN PRESIONES DE GRUPOS RE-- SULTANTES DE JERARQUIAS DENTRO DEL SERVICIO. DENTRO DE SUS -- CONCLUSIONES DESTACA LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL PSIQUIATRA PARA AYUDAR A LA UNIDAD EN LA IDENTIFICACION Y NEUTRALIZACION DEL CONFLICTO. OTRA DE LAS TAREAS QUE SEÑALA PUEDE SER: PROMO VER EL SENTIMIENTO Y REDUCIR LA POLARIZACION.

ALGUNOS AUTORES PIENSAN QUE LAS UNIDADES DE CUIDADO IN-- TENSIVO PSIQUIATRICO TIENEN SEMEJANZA CON LAS UNIDADES DE CUI-- DADO INTENSIVO MEDICO, SOBRE TODO PORQUE FAVORECEN UN IMPOR--

TANTE ESTADO DE TENSION, INCREMENTANDO NO SOLO LA SINTOMATOLOGIA DEL PACIENTE, AL IGUAL QUE DISMINUYEN LA EFECTIVIDAD - TERAPEUTICA DEL PERSONAL, ENTRE ELLOS SE CUENTAN JACOBSON -- (1965) Y ROSEN (1975). EL PRIMERO PLANTEA Y DESCRIBE LAS CARACTERISTICAS DE AMBAS UNIDADES EN FORMA SIMILAR PERO BASICAS: PEQUEÑAS DE AREA, CON MUCHO PERSONAL Y CON ESTRUCTURAS ADECUADAS PARA INTERVENIR RAPIDAMENTE EN ENFERMEDADES GRAVES Y SEVERAS.

VREELAND ESTUDIANDO LAS RESPUESTAS DE ENFERMERAS EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO (1969) DESCRIBE TAMBIEN LAS CALIDADES FISICAS Y PSICOLOGICAS DE ESTAS UNIDADES. CON RESPECTO A LAS CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS SEÑALA: "LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO MEDICO Y LAS DE CUIDADO INTENSIVO PSIQUIATRICO DEBEN CONFRONTAR ENFERMEDADES MENTALES Y LOS MIEMBROS DEL PERSONAL PUEDEN SER LLAMADOS A TOMAR DECISIONES DE VIDA O MUERTE".

LA TERAPIA INTENSIVA ES UN TRABAJO DEMANDANTE EN EL QUE EL BIENESTAR PSICOLOGICO DEL PERSONAL ES CRUCIAL PARA EL EXITO DEL METODO DE TRATAMIENTO Y UNICAMENTE SE HA MENCIONADO - BREVEMENTE EN LA LITERATURA LA NATURALEZA DE LAS TENSIONES - EXPERIMENTADAS POR ALGUNOS CLINICOS. PERO ES NECESARIO HACER HINCAPIE DE QUE ESTO ES FRECUENTE Y COTIDIANO, ASI LO EXPRESA ROSEN EN SU TRABAJO SOBRE EL IMPACTO DE LAS UNIDADES DE - CUIDADO INTENSIVO EN LOS PACIENTES Y PERSONAL (1975).

EN ESTE MISMO SENTIDO, LOS ESTUDIOS REALIZADOS POR HAY (1972) Y CASEM (1972) EN TORNO AL ESTADO DE TENSION PSICOLO-

GICA EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO, ESCRIBEN: "LAS RESPUES
TAS DEL PERSONAL EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA HAN REVELA
DO QUE EL SENTIMIENTO DE LOGRO Y COHESION GRUPAL ES CON FRE-
CUENCIA DESEQUILIBRADO POR EL NIVEL DE ANSIEDAD Y AISLAMIENT-
TO QUE RESULTA DE LA NECESIDAD DE RESPONDER RAPIDAMENTE ANTE
LAS SITUACIONES COMPLEJAS DE AMENAZA Y DE MUERTE. AL IGUAL -
QUE EL PACIENTE, EL PERSONAL ESTA EXPUESTA A MULTIPLES ESTI-
MULOS DESAGRADABLES CON POCOS CANALES DISPONIBLES PARA EXTER
NAR LA FRUSTRACION Y EL ENOJO. EL ENVOLVIMIENTO INTERPERSO--
NAL ES INTENSO A PESAR DEL BREVE PERIODO DE CONTACTO ENTRE -
PERSONAL-PACIENTE: EL PERSONAL DEBE DE CONFRONTAR CONTINUA--
MENTE EL ENVOLVIMIENTO EMOCIONAL Y LA PERDIDA.

PARA PROTEGERSE CONTRA ESTOS AFECTOS DESAGRADABLES, HAY
(1972) MENCIONA QUE EL PERSONAL EMPLEA DEFENSAS TALES COMO:
LA DESPERSONALIZACION, LA NEGACION Y LA HUIDA. EL ALIVIO TEM
PORAL CAUSADO POR ESTAS DEFENSAS PERMITE LA REESTRUCTURACION
DE LOS DETERIORADOS RECURSOS EMOCIONALES. TAMBIEN EXPLICA CO
MO ESTA REESTRUCTURACION FACILITA LA REINVOLUCRACION SUBSE--
CUENTE. ASI CONCLUYE: "SI ESTAS DEFENSAS NO TIENEN EXITO, UN
ESTADO DE FATIGA PUEDE SOBREVENIR, ESTADO QUE HA SIDO COMPA-
RADO CON EL AGOTAMIENTO DEL COMBATE, Y SI NO ES SUPERADO, LA
LOCURA PUEDE APARECER COMO UNA FORMA DE ENFERMEDAD O RESIGNA
CION!".

III. MATERIAL Y METODO.

A.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. LA REVISION DE INVESTIGACIONES RELACIONADAS CON EL TEMA QUE ESTAMOS TRATANDO SON -- LIMITADAS, SIN EMBARGO ALGUNOS AUTORES COINCIDEN EN SUS PUNTOS DE VISTA EN CUANTO AL USO DE DEFENSAS EN CONTRA DE LA -- MUERTE. ES UN HECHO REAL QUE EN LAS ULTIMAS DECADAS TANTO -- PSICOLOGOS COMO PSIQUIATRAS HAN EMPEZADO A PREOCUPARSE POR -- ESTE HECHO.

TRABAJOS COMO EL DE SCHREIBAUM (1975) RESPECTO A LAS -- FORMAS DE ABORDAJE DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE, MENCIONAN-- QUE AQUELLOS QUE TRATAN AL PACIENTE MORIBUNDO SE ENCUENTRAN EN UNA POSICION CRUCIAL ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. DE AQUI -- LA IMPORTANCIA DE LA ACTITUD EMOCIONAL DE AQUELLOS QUE TRATAN AL PACIENTE MORIBUNDO Y LA MUERTE EN GENERAL, FACTOR QUE PUEDE SER DETERMINANTE DE PATRONES DE CONDUCTA POSTERIORES.

VACHON (1978) AFIRMA QUE: COMO TRABAJADOR PUEDE DERIVARSE UN CIERTO SENTIMIENTO DE OMNIPOTENCIA AL TRANSITAR EN LA -- MUERTE. AGREGA: "DEBE DARSE POR HECHO QUE EL QUE TRABAJA CON PACIENTES DE RIESGO DE MORIR PUEDE A LA LARGA LLEGAR A SENTIR SE RODEADO POR LA MUERTE, SUCUMBIR A LA DEPRESION Y A LA ACTI TUD DE IMPOTENCIA Y DESESPERANZA".

A PARTIR DE ESTOS HECHOS Y LAS OBSERVACIONES CLINICAS -- REALIZADAS EN UN CENTRO HOSPITALARIO PARA LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, NOS PROPONEMOS INVESTIGAR EN QUE MEDIDA

LAS SITUACIONES DE STRESS EN EL TRABAJO AFECTAN LA CONDUCTA DEL PERSONAL QUE ESTA EN CONTACTO CON LA MUERTE. Y SI ES QUE EXISTEN O NO DIFERENCIAS EN CUANTO A LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION, MEDIDOS POR LOS TESTS DE IDARE Y ZUNG RESPECTIVAMENTE, EN LOS DIFERENTES GRUPOS CLASIFICADOS COMO DE ALTA, MEDIANA Y NULA INCIDENCIA DE MUERTE.

B.- FORMULACION DE HIPOTESIS. CON ESTAS IDEAS EN MENTE, HEMOS REALIZADO NUESTRA INVESTIGACION DE ACUERDO CON LA METODOLOGIA INDICADA EN NUESTRO TRABAJO Y PROCEDIDO A LA APLICACION DE LOS TESTS "IDARE" DE ANSIEDAD DE SPIELBERGER Y LA ESCALA DE LA DEPRESION DE ZUNG EN 4 GRUPOS QUE TAMBIEN DESCRIBIMOS ANTERIORMENTE. A FIN DE PROCEDER EN FORMA ORTODOXA PASAMOS EN SEGUIDA A LA FORMULACION DE NUESTRAS HIPOTESIS NULAS Y ALTERNATIVAS:

H_{01} .- "NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LAS CALIFICACIONES DE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y ANSIEDAD-ESTADO (EA) - COMO ES MEDIDO POR EL TEST IDARE ENTRE LOS GRUPOS CLASIFICADOS COMO DE MEDIANA, ALTA, BAJA Y NULA INCIDENCIA DE MUERTE".

H_1 - EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LAS CALIFICACIONES DE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y ANSIEDAD-ESTADO (EA) MEDIDO POR EL TEST IDARE, ENTRE LOS GRUPOS CLASIFICADOS COMO DE ALTA, MEDIANA, BAJA Y NULA INCIDENCIA DE MUERTE.

H_{02} .- "NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LAS CALIFICACIONES COMO ES MEDIDA POR LA ESCALA DE ZUNG ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS CLASIFICADOS COMO ALTA, MEDIANA, BAJA Y NULA

LA INDICENCIA DE MUERTE".

H₁².-- EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LAS CALIFICACIONES DE DEPRESION MEDIDA POR LA ESCALA DE ZUNG ENTRE LOS DIFERENTES SERVICIOS INVESTIGADOS.

ADEMAS Y DADO QUE LAS PRUEBAS FUERON ADMINISTRADAS EN LAS CONDICIONES YA MENCIONADAS PARA LOS Ss FORMULAMOS OTRAS HIPOTESIS CORRELACIONALES.

1.-- "EN VIRTUD DE QUE EL TEST DE ANSIEDAD IDARE MIDE ESE TIPO DE ANSIEDAD QUE SE CONSTITUYE EN UN RASGO DE LA PERSONALIDAD Y SE GENERA A LO LARGO DEL DESARROLLO DE ELLA, Y OTRA, QUE ESTA DIRECTAMENTE RELACIONADA CON LAS SITUACIONES ESPECIFICAS, PODREMOS INDICAR QUE "EXISTEN RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA ANSIEDAD-RASGO Y LA ANSIEDAD-ESTADO COMO ES MEDIDA POR LOS TESTS DE IDARE DE SPIELBERGER EN LOS 4 GRUPOS INVESTIGADOS (HIPOTESIS ALTERNATIVA) "LA HIPOTESIS NULA CONSTITUIRIA UNA TENDENCIA DE NO RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES INDICADAS.

2.-- CONSIDERANDO LAS RESPUESTAS DE LOS INDIVIDUOS A LAS CONDICIONES EXPRESAS QUE IMPLICAN LA PRESENCIA O NO DE SITUACIONES EN TORNO A LA MUERTE, PODREMOS SUGERIR, QUE LA RELACION ENTRE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION ES POSIBLE EN LA MEDIDA QUE LOS SERVICIOS ESTAN CUANTITATIVAMENTE RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE LA MUERTE. POR LO QUE PODEMOS HIPOTIZAR "QUE EXISTEN RELACIONES SIGNIFICATIVAS ENTRE LA ANSIEDAD (TANTO RASGO COMO ESTADO) Y LA DEPRESION (COMO SON MEDI-

DOS POR LOS TESTS IDARDE Y ZUNG RESPECTIVAMENTE EN LOS 4 GRUPOS INVESTIGADOS (HIPOTESIS ALTERNATIVA)". SIENDO LA HIPOTESIS NULA, LA DE NO RELACION ENTRE ESTAS VARIABLES.

. 3.- UNA TERCERA HIPOTESIS PODRIA INDICARSE AFIRMANDO QUE LA RELACION ENTRE LAS VARIABLES ANSIEDAD Y DEPRESION SERAN MAS ALTAS EN LOS GRUPOS EXPUESTOS A MAYOR INCIDENCIA DE MUERTE, Y POR OTRO LADO QUE ESTA RELACION SERA TAMBIEN MAYOR EN EL CASO DE QUE LA DEPRESION SEA CONDICIONADA POR LA ANSIEDAD ENTRE LAS CALIFICACIONES DEL TEST DE ZUNG Y LAS CALIFICACIONES DE ANSIEDAD-ESTADO, QUE EN LAS DE ZUNG CON ANSIEDAD-RASGO.

C.- LA MUESTRA. ESTA REPRESENTADA POR MEDICOS, TANTO JEFESES DE SERVICIO COMO ADSCRITOS Y RESIDENTES, ASI COMO ENFERMERAS EN SU CALIDAD DE TITULARES Y AUXILIARES. TODOS ELLOS TRABAJADORES DE UNA INSTITUCION HOSPITALARIA PARA TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO.

DICHA MUESTRA FUE SELECCIONADA EN VIRTUD DE LA FRECUENCIA DE MUERTE ACAECIDA EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES. PARA ELLO SE PROCEDIO A REVISAR LA ESTADISTICA DE UN AÑO DE LOS SERVICIOS Y EL PORCENTAJE DE EGRESOS POR DEFUNCION. A CONTINUACION REPRODUCIMOS LOS DATOS CONSIGNADOS, EL SERVICIO DE QUE SE TRATA Y EL PORCENTAJE DE DEFUNCION CONTRA LOS EGRESOS DE TODO UN AÑO.

RESULTADOS DE LOS EGRESOS POR DEFUNCION EN UN AÑO.

<u>SERVICIO</u>	<u>PORCENTAJE</u>
GINECO-OBSTETRICIA	1.28
CIRUGIA GENERAL	6.71
OTORRINOLARINGOLOGIA	0.00
OFTALMOLOGIA	0.00
ORTOPEDIA	3.87
CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	2.27
CIRUGIA BUCAL	1.19
CIRUGIA PEDIATRICA	1.94
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	6.22
NEUROCIRUGIA	14.09
ONCOLOGIA	82.14
NEUROLOGIA	5.62
MEDICINA INTERNA I	15.48
MEDICINA INTERNA II	17.54
MEDICINA INTERNA III	16.56
MEDICINA INTERNA IV	19.12
PEDIATRIA I	7.37
CUNERO II	0.00
UCIN	69.19
TERAPIA INTENSIVA	80.00

NOTA: EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA SE INCLUYEN LAS ESPECIALIDADES DE DERMATOLOGIA, REUMATOLOGIA, NEFROLOGIA, CARDIOLOGIA, HEMATOLOGIA Y PSIQUIATRIA.

DE ACUERDO A LOS RESULTADOS SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES DATOS: APARECEN POR UN LADO UNA SERIE DE SERVICIOS REPRESENTATIVOS DONDE LA INCIDENCIA DE MUERTE CON PACIENTES ES ALTA, Y ALGUNOS OTROS QUE PUEDEN INCLUIRSE EN LOS GRUPOS DE MEDIANA Y BAJA INCIDENCIA DE MUERTE. TAMBIEN NOS PERCATAMOS DE QUE EXISTEN UNOS SERVICIOS EN LOS CUALES NO SE REGISTRABAN MUERTES, DE ESTE MODO SE CONSTITUYERON 4 GRUPOS DE ESTUDIO.

- 1.- PERSONAL QUE TRABAJA CON PACIENTES DE ALTO RIESGO DE MORIR, CONSTITUIDO POR LAS ESPECIALIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, UCIN Y ONCOLOGIA.
- 2.- PERSONAL EN CUYOS SERVICIOS LA INCIDENCIA DE PACIENTES QUE MUEREN ES MEDIANA. AQUI SE ENCUENTRAN MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGIA, INFECTO-CONTAGIOSOS.
- 3.- PERSONAL QUE TRABAJA CON PACIENTES CON UNA BAJA INCIDENCIA DE MUERTE, ESTE GRUPO ESTA REPRESENTADO POR EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.
- 4.- SERVICIOS EN LOS CUALES LA INCIDENCIA DE MUERTE ES NULA, ESTOS SON: OTORRINOLARINGOLOGIA, OFTALMOLOGIA, CUNAS II (RECIEN NACIDOS NORMALES).

ASI SE CONSTITUYO LA POBLACION A INVESTIGAR, CUYO NUMERO ES DE 293 CASOS DE LOS CUALES 10 SON JEFES DE SERVICIO, 51 MEDICOS ADSCRITOS CON POSTGRADO, 120 MEDICOS RESIDENTES QUE ESTAN CURSANDO LA ESPECIALIDAD Y 112 QUE SE DESEMPEÑAN COMO ENFERMERAS.

POBLACION GLOBAL ESTUDIADA

OCUPACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
MEDICOS RESIDENTES	120	40
MEDICOS ADSCRITOS	51	18
JEFES DE SERVICIO	10	4
ENFERMERAS	112	38

EN EL GRUPO DE ALTA INCIDENCIA DE MUERTE EL NUMERO DE CASOS ESTUDIADOS ES DE 101. DENTRO DEL DE MEDIANA INCIDENCIA DE MUERTE HAY 111 SS. EL DE BAJA INCIDENCIA ESTA COMPUESTO POR 47 SS. Y EL DE NULA INCIDENCIA POR 34 SS.

POBLACION ESTUDIADA EN CADA GRUPO

GRUPO	CANTIDAD	PORCENTAJE
ALTA INCIDENCIA	101	34
MEDIANA INCIDENCIA	111	38
BAJA INCIDENCIA	47	16
NULA INCIDENCIA	34	12

EN LO SUCESIVO SE ASIGNARAN ABREVIACIONES A CADA UNO DE LOS GRUPOS. EN ESTA FORMA EL DE ALTA INCIDENCIA SE ABREVIARA CON LAS SIGLAS "A.I.", PARA EL DE MEDIANA INCIDENCIA UTILIZAREMOS LAS SIGLAS "M.I.". EN EL CASO DE BAJA INCIDENCIA SERA "B.I." Y PARA EL DE NULA INCIDENCIA "N.I.".

LA POBLACION GLOBAL ESTUDIADA DE ACUERDO A LA OCUPACION

Y GRUPO A QUE PERTENECE, PODRIA REPRESENTARSE DE LA SIGUIENTE MANERA:

GRUPO	JEFE	ADSCRITO	RESIDENTE	ENFERMERIA	TOTAL
GRUPO "A.I."	3	23	37	38	101
GRUPO "M.I."	3	14	44	48	111
GRUPO "B.I."	1	5	25	17	47
GRUPO "N.I."	3	9	14	9	34

DE ACUERDO A LA OCUPACION Y ESCOLARIDAD. LA POBLACION TOTAL ESTA CONSTITUIDA POR 51 MEDICOS ADSCRITOS CON UN POSTGRADO EN MEDICINA, 10 JEFES DE SERVICIO CON POSTGRADO EN MEDICINA, 120 RESIDENTES QUE CURSAN SU ESPECIALIZACION EN MEDICINA Y 112 EN FERMERAS DE LAS CUALES 38 SON TITULADAS Y 64 PASANTES DE ENFERMERIA.

DENTRO DEL GRUPO "M.I.", SE ESTUDIARON 23 MEDICOS ADSCRITOS, 3 JEFES DE SERVICIO, 37 MEDICOS RESIDENTES Y 38 DEL PERSONAL DE ENFERMERIA. EL GRUPO "M.I." ESTA REPRESENTADO POR 3 JEFES DE SERVICIO, 14 MEDICOS ADSCRITOS, 44 MEDICOS RESIDENTES Y 48 DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

EN EL GRUPO "B.I." ENCONTRAMOS 1 JEFE DE SERVICIO, 5 MEDICOS ADSCRITOS, 25 MEDICOS RESIDENTES Y 17 DEL PERSONAL DE ENFERMERIA. EL 4º GRUPO DE "N.I." ESTA CONSTITUIDO POR 14 MEDICOS RESIDENTES, 9 MEDICOS ADSCRITOS, 3 JEFES DE SERVICIO Y 9 DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.

EN CUANTO AL SEXO SE ESTUDIARON EN LA INVESTIGACION A -- 166 HOMBRES Y 127 MUJERES.

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	166	57
FEMENINO	127	43

DE ACUERDO A LA OCUPACION Y EL SEXO LA AGRUPACION FUE DE LA SIGUIENTE FORMA: TODOS LOS JEFES DE SERVICIO (10) PERTENECEN AL SEXO MASCULINO. EL GRUPO DE ADSCRITOS ESTA COMPUESTO - POR 36 HOMBRES Y 15 MUJERES. EL DE RESIDENTES POR 102 HOMBRES Y 18 MUJERES, EL DE ENFERMERAS POR 94 MUJERES Y 8 HOMBRES.

OCUPACION	MASCULINO	FEMENINO
JEFE DE SERVICIO	10	0
ADSCRITOS	36	15
RESIDENTES	102	18
ENFERMERIA	8	9

CON RESPECTO A CADA GRUPO, EL "A.I." ESTA CONSTITUIDO POR 57 SUJETOS DEL SEXO MASCULINO Y 44 DEL SEXO FEMENINO. EN EL - "M.I." APARECEN 54 DEL SEXO MASCULINO Y 57 DEL SEXO FEMENINO. DENTRO DEL "B.I." SE AGRUPARON 23 HOMBRES Y 24 MUJERES Y EN EL 4º Y ULTIMO QUE ES EL DE "N.I." SE CONSTITUYO POR 22 HOMBRES Y 12 MUJERES.

GRUPO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
GRUPO "A.I."	57	44	101
GRUPO "M.I."	54	57	111
GRUPO "B.I."	23	24	47
GRUPO "N.I."	22	12	34

LA EDAD SE CLASIFICO DE ACUERDO A 3 GRUPOS: A) 0-30 -- AÑOS; B) 31-45 AÑOS; C) 46-60 AÑOS. SE ESTUDIARON 171 Ss. - CUYA EDAD MAXIMA FUE DE 30 AÑOS; 103 Ss CUYA EDAD FLUCTUABA ENTRE LOS 31 Y 45 AÑOS Y 19 Ss. DE EDAD ENTRE LOS 46 Y 60 -- AÑOS.

GRUPO EDAD	SUJETOS	PORCENTAJE
0-30 AÑOS	171 Ss.	58
30-45 AÑOS	103 Ss.	35
46-60 AÑOS	19 Ss.	7

EN EL GRUPO DE ALTA INCIDENCIA DE MUERTE ENCONTRAMOS QUE 38 SS. TIENEN UNA EDAD ENTRE LOS 31 Y 45 ANOS, 5 Ss. UNA EDAD ENTRE LOS 46 Y 60 AÑOS Y 58 SS. CON UNA EDAD MAXIMA DE 30 -- AÑOS.

EN EL SIGUIENTE GRUPO DE MEDIANA INCIDENCIA DE MUERTE LA EDAD ENTRE 31 Y 45 AÑOS; FUE DE 36 Ss., DE 46-60 AÑOS FUERON 5 Ss. Y EN LA MAXIMA DE 30 AÑOS FUERON 70 SS.

27 Ss. SE REGISTRARON CON UNA EDAD MAXIMA DE 30 AÑOS, 17 SS CON UNA, ENTRE LOS 31 Y 45 AÑOS, Y 3 SS CON UNA EDAD ENTRE LOS 46 Y 60 AÑOS, ESTOS SON LOS DATOS DEL GRUPO DE BAJA INCIDENCIA DE MUERTE.

Y PARA EL ULTIMO GRUPO DE NULA INCIDENCIA DE MUERTE LOS RESULTADOS EN CUANTO A EDAD FUERON LOS SIGUIENTES: 12 Ss CON UNA EDAD ENTRE LOS 31 Y 45 AÑOS, 16 Ss CON UNA EDAD MAXIMA DE 30 AÑOS Y 6 Ss CON UNA EDAD ENTRE LOS 46 Y 60 AÑOS.

GRUPO INCIDENCIA	0-30 AÑOS	30-45 AÑOS	46-60 AÑOS
GRUPO "A.I."	58	38	5
GRUPO "M.I."	70	36	5
GRUPO "B.I."	27	17	3
GRUPO "N.I."	16	12	6

EN CUANTO AL ESTADO CIVIL DE LA POBLACION INVESTIGADA;
103 Ss SON CASADOS, 171 Ss SOLTEROS, 14 DIVORCIADOS Y 5 Ss VI-
VEN EN UNION LIBRE.

ESTADO CIVIL	SUJETOS	PORCENTAJE
CASADO	103 Ss	35
SOLTERO	171 Ss	58
DIVORCIADO	14 Ss	5
UNION LIBRE	5 Ss	

DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL CONSIGNADO Y AL GRUPO AL CUAL --
PERTENECEN ENCONTRAMOS QUE DENTRO DEL GRUPO DE ALTA INCIDENCIA
41 Ss SON CASADOS, 47 Ss SOLTEROS, 13 DIVORCIADOS Y NINGUNO VI-
VE EN UNION LIBRE. DEL GRUPO DE MEDIANA INCIDENCIA 40 Ss SON -
CASADOS, 67 SOLTEROS, 1 ES DIVORCIADO Y 3 VIVEN EN UNION LIBRE.
PARA EL CUARTO GRUPO EL DE NULA INCIDENCIA DE MUERTE; 3 Ss SON
CASADOS, 31 SOLTEROS Y NO SE REGISTRO NINGUNO DIVORCIADO NI EN
UNION LIBRE. Y EN EL DE BAJA INCIDENCIA DE MUERTE 19 Ss REPOR-
TARON SER CASADOS, 26 Ss SOLTEROS, NINGUNO DIVORCIADO Y 2 Ss -
VIVEN EN UNION LIBRE.

ESTADO CIVIL	GRUPO A.I.	GRUPO M.I.	GRUPO B.I.	GRUPO N.L.
CASADO	41	40	19	3
SOLTERO	47	67	26	31
DIVORCIADO	13	1	0	0
UNION LIBRE	0	3	2	0

D.- CARACTERISTICAS DE LOS HECHOS. - DETERMINADA LA MUESTRA EL SIGUIENTE PASO FUE LA SELECCION DE INSTRUMENTOS PARA INVESTIGAR LOS DATOS PROPUESTOS: MEDIR INDICES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE ESTUDIO. PARA ELLO SE UTILIZARON - LAS PRUEBAS DE IDARE EN SU FORMA X2 Y X1 Y LA PRUEBA DE DEPRESION DE ZUNG. ESTA SELECCION OBEDECIO A QUE AMBAS PUEBAS REUNIAN REQUISITOS COMO: CONFIABILIDAD, POSIBILIDAD DE ADMINISTRARSE EN GRUPOS, SENCILLEZ DE LA PRUEBA, RAPIDEZ EN LA ELABORACION.

UNA VEZ SELECCIONADA LA MUESTRA Y LOS INSTRUMENTOS, SE PROCEDIO A LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION. EN SEGUIDA SE REALIZARON LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA LA APROBACION DEL ANTEPROYECTO DE LA INVESTIGACION ANTE LA DIVISION DE ENSEÑANZA DEL CENTRO. UNA VEZ ACEPTADO EL PROYECTO SE VISITARON A CADA UNA DE LAS AUTORIDADES EN ORDEN JERARQUICO PARA SOLICITAR EL PERMISO DE REALIZAR LA INVESTIGACION CON EL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA. ACUDIMOS PRIMERAMENTE A LOS JEFES DE DIVISION, LUEGO A LOS JEFES DE SERVICIO, POSTERIORMENTE A LOS JEFES DE SECCION Y JEFES DE RESIDENTES DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS QUE IBAN A SER ESTUDIADOS. ESTA VISITA TENIA COMO FIN; PLANTEAR EL PROBLEMA, LAS CARACTERISTICAS DE LA INVESTIGACION,

OBTENER EL PERMISO PARA EJECUTARLA Y FIJAR LOS HORARIOS PARA LA REALIZACION DE LA MISMA.

EN ALGUNOS CASOS LOS JEFES DE SERVICIO, DEMANDARON LA PRESENCIA DE SU PERSONAL, FIJANDO LOS HORARIOS PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO. EN OTROS CASOS, EL JEFE DE SERVICIO INVITO AL PERSONAL A CONTRIBUIR, DEJANDO ABIERTA LA POSIBILIDAD DE COLABORAR CON ELLA EN CADA SUJETO, EN ESE CASO SE PRESENTARON SOLO AQUELLOS CON INTERES EN COOPERAR. OTROS JEFES SE LIMITARON A DAR LA ANUENCIA PARA EL ESTUDIO Y PIDIERON A LA INVESTIGADORA HABLAR CON CADA UNO DE LOS TRABAJADORES PARA SENSIBILIZARLOS Y ESTABLECER HORARIOS, EN ESTE CASO EL AUSENTISMO FUE MAS ALTO. MOSTRANDOSE CLARAMENTE EL DESINTERES EN COOPERAR EN LA INVESTIGACION.

LA APLICACION DE PRUEBAS FUE VARIABLE EN CUANTO A NUMERO DE SUJETOS, SEXO Y OCUPACION, AUNQUE EN TODAS LAS OCASIONES SE TRATO DE HACER EN GRUPO. DEPENDIO ESTO BASICAMENTE DEL MANEJO INTERNO DE CADA SERVICIO. HUBO GRUPOS EXCLUSIVAMENTE DE MEDICOS, OTROS SOLO DE ENFERMERAS. EN OTROS SERVICIOS EL GRUPO FUE TOTALMENTE HETEROGENEO EN CUANTO SEXO Y OCUPACION.

EN LA PRIMERA SESION, SE LES APLICO A LOS SUJETOS LAS -- PRUEBAS DE IDARE EN SU FORMA X2 Y LA ESCALA DE MEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG, DEJANDO PARA UNA SEGUNDA ETAPA AL DIA SIGUIENTE LA APLICACION DEL IDARE XI, PROCURANDO QUE LA ADMINISTRACION FUERA EN LAS HORAS DE TRABAJO MAS INTENSIVO. EL TIEMPO APROXIMADO PARA LA PRIMERA SESION FUE DE 20 MINUTOS Y PARA LA SEGUNDA SESION DE 10 MINUTOS.



AL INICIARSE LA APLICACION DE PRUEBAS SE LES DIERON LAS INSTRUCCIONES. UNA VEZ QUE LAS ESCALAS FUERON CONTESTADAS, SE ENGRAPARON PARA EVITAR POSIBLES CAMBIOS, EN SEGUIDA SE PROCEDIÓ A LA CALIFICACION DE CADA UNA DE ESTAS.

E.- LOS INSTRUMENTOS.- SE ELIGIERON COMO INSTRUMENTOS DE ESTA INVESTIGACION EL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO IDARE Y LA PRUEBA PARA LA MEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG. LAS RAZONES PARA LA ELECCION DE ESTOS INSTRUMENTOS FUERON:

SU FACIL MANEJO

LA FACILIDAD DE SER ADMINISTRABLES EN GRUPO

LA ELABORACION Y RAPIDEZ DE AMBAS

EL GRADO DE CONFIABILIDAD QUE PRESENTAN

IDARE.- ES UN INVENTARIO IDEADO POR CH. SPIELBERGER, R. L. GROUCH, E.E. IUSHENE, QUE INVESTIGA LA ANSIEDAD BAJO LOS ASPECTOS DE "ESTADO Y RASGO" Y SE ABREVIATA EA Y RA. RESPECTIVAMENTE.

LA ESCALA ANSIEDAD ESTADO ES UN INDICADOR DEL NIVEL DE ANSIEDAD TRANSITORIA. PUEDE TAMBIEN UTILIZARSE PARA MEDIR LOS CAMBIOS DE INTENSIDAD EN ANSIEDAD-ESTADO QUE OCURREN EN ESTAS SITUACIONES. LAS CARACTERISTICAS ESENCIALES QUE PUEDEN EVALUARSE CON LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO INCLUYEN SENTIMIENTOS DE TENSION, NERVIOSISMO, PREOCUPACION Y APREHENSION. LA ANSIEDAD-ESTADO, ES DEFINIDA COMO UN ESTADO EMOCIONAL TRANSITORIO DEL ORGANISMO HUMANO, QUE SE CARACTERIZA POR SENTIMIENTO DE TENSION Y APREHENSION SUBJETIVOS, CONSCIENTEMENTE PERCIBIDOS, Y POR -

UN AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO. LOS ESTADOS DE ANSIEDAD PUEDEN VARIAR EN INTENSIDAD A TRAVES DEL TIEMPO.

LA ANSIEDAD-RASGO SE REFIERE A LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES, RELATIVAMENTE ESTABLES, EN LA PROPENSION A LA ANSIEDAD, ES DECIR, A LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS PERSONAS A LA TENDENCIA PARA RESPONDER A SITUACIONES PERCIBIDAS COMO AMENAZANTES, CON ELEVACIONES EN LA INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD-ESTADO. LA ANSIEDAD-RASGO TIENE PARECIDO CON LO QUE ATKINSON (1964) LLAMA "MOTIVOS", LOS CUALES SON DEFINIDOS COMO "DISPOSICIONES QUE PERMANECEN LATENTES, HASTA QUE LAS SEÑALES DE UNA SITUACION LOS ACTIVAN.

SPIELBERGER Y DIAS GUERRERO (1975) SEÑALAN QUE SE PODRIA ANTICIPAR EN GENERAL QUE, QUIENES CALIFICAN ALTO EN ANSIEDAD-RASGO, EXHIBIRAN ELEVACIONES DE ANSIEDAD-ESTADO MAS FRECUENTEMENTE, QUE LOS INDIVIDUOS QUE CALIFICAN BAJO EN ANSIEDAD-RASGO, YA QUE LOS PRIMEROS TIENDEN A REACCIONAR A UN MAYOR NUMERO DE SITUACIONES, COMO SI FUERAN PELIGROSAS O AMENAZANTES. - LAS PERSONAS CON ALTA ANSIEDAD PROBABLEMENTE RESPONDERAN CON UN INCREMENTO EN LA INTENSIDAD DE ANSIEDAD-ESTADO, EN SITUACIONES QUE IMPLICAN RELACIONES AMENAZANTES A LA AUTOESTIMA. - PERO EL HECHO DE QUE LAS PERSONAS QUE DIFIEREN EN LA ANSIEDAD RASGO, MUESTRAN O NO, DIFERENCIAS CORRESPONDIENTES EN ANSIEDAD-ESTADO, DEPENDEN DEL GRADO EN QUE UNA SITUACION ESPECIFICA, ES PERCIBIDA POR UN INDIVIDUO PARTICULAR COMO AMENAZANTE O PELIGROSA, Y ESO ES INFLUIDO DE MANERA CONSIDERABLE, POR LA

EXPERIENCIA PASADA DE UN INDIVIDUO. LOS CONCEPTOS DE ANSIEDAD-RASGO Y ANSIEDAD-ESTADO QUE SIRVIERON PARA LA CONSTRUCCION IDARE, SON CONSIDERADOS CON MAYORES DETALLES POR SPIELBERGER EN UNA OBRA ANTERIOR (1966).

APLICACION DEL IDARE.- FUE DISENADO PARA SER AUTOADMINISTRABLE, PUDIENDO SER APLICADO, EN FORMA INDIVIDUAL O EN GRUPO. LAS INSTRUCCIONES COMPLETAS ESTAN IMPRESAS EN EL PROTOCOLO DE AMBAS ESCALAS. EN ESTA INVESTIGACION SE ADMINISTRO PRIMERO LA ESCALA SXR O SEA ANSIEDAD-RASGO. LOS 20 REACTIVOS DE LA ESCALA SON PRESENTADOS A CONTINUACION:

- 21.- ME SIENTO BIEN
- 22.- ME CANSO RAPIDAMENTE
- 23.- SIENTO GANAS DE LLORAR
- 24.- QUISIERA SER TAN FELIZ COMO OTROS PARECEN SERLO
- 25.- PIERDO OPORTUNIDADES POR NO PODER DECIDIRME RAPIDAMENTE
- 26.- ME SIENTO DESCANSADO
- 27.- SOY UNA PERSONA TRANQUILA, SERENA Y SOCEGADA
- 28.- SIENTO QUE LAS DIFICULTADES SE ME AMONTONAN AL PUNTO DE NO PODER SUPERARLAS
- 29.- ME PREOCUPO DEMASIADO POR COSAS SIN IMPORTANCIA
- 30.- SOY FELIZ
- 31.- TOMO LAS COSAS MUY A PECHO
- 32.- ME FALTA CONFIANZA EN MI MISMO
- 33.- ME SIENTO SEGURO
- 34.- TRATO DE SACARLE EL CUERPO A LAS CRISIS Y DIFICULTADES.

- 35.- ME SIENTO MELANCOLICO
- 36.- ME SIENTO SATISFECHO
- 37.- ALGUNAS IDEAS POCO IMPORTANTES PASAN POR MI MENTE Y ME MOLESTAN.
- 38.- ME AFECTAN TANTO LOS DESENGANOS QUE NO ME LOS PUEDO QUITAR DE LA CABEZA.
- 39.- SOY UNA PERSONA ESTABLE
- 40.- CUANDO PIENSO EN LOS ASUNTOS QUE TENGO ENTRE MANOS ME PONGO TENSO Y ALTERADO.

LAS INSTRUCCIONES PARA ESTA ESCALA SON LAS SIGUIENTES: ALGUNAS EXPRESIONES QUE LA GENTE USA PARA DESCRIBIRSE, APARECEN ABAJO. LEA CADA FRASE Y LLENE EL CIRCULO DEL NUMERO QUE INDIQUE COMO SE SIENTE GENERALMENTE. NO HAY CONTESTACIONES BUENAS O MALAS. NO EMPLEE MUCHO TIEMPO EN CADA FRASE PERO TRATE DE DAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE SIENTE GENERALMENTE.

LA NORMA SXE SE APLICO POSTERIORMENTE Y EN CONDICIONES DONDE LA CARGA DE TRABAJO ERA MAS EVIDENTE. LAS INSTRUCCIONES PARA LA ESCALA ANSIEDAD-RASGO DEL IDARE, SERAN LAS IMPRESAS EN EL -- PROTOCOLO, EN TANTO QUE LAS INSTRUCCIONES PARA LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO DEL IDARE, PUEDEN SER MODIFICADAS A FIN DE EVALUAR LA INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD-ESTADO PARA CUALQUIER SITUACION, O INTERVALO DE TIEMPO, QUE PUDIERA SER DE INTERES A UN INVESTIGADOR. CUANDO SE ADMINISTRA PARA FINES DE INVESTIGACION EL EXPERIMENTADOR PUEDE ALTERAR LAS INSTRUCCIONES A FIN DE ENFOCARLAS A UN PERIODO DE TIEMPO ESPECIFICO. EN TERMINOS GENERALES LAS INSTRUCCIONES PARA LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO (SXE) SON: LEA CADA FRASE Y LLENE EL CIRCULO DEL NUMERO QUE INDIQUE COMO SE SIENTE

AHORA MISMO, O SEA EN ESTE MOMENTO. NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS. NO EMPLEE MUCHO TIEMPO EN CADA FRASE, PERO TRATE DE DAR LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU SENTIMIENTO AHORA.

A CONTINUACION PRESENTAMOS LOS VEINTE REACTIVOS DE LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO (SXE):

- 1.- ME SIENTO CALMADO
- 2.- ME SIENTO SEGURO
- 3.- ESTOY TENSO
- 4.- ESTOY CONTRARIADO
- 5.- ESTOY SEGURO
- 6.- ME SIENTO ALTERADO
- 7.- ESTOY PREOCUPADO POR ALGUN POSIBLE CONTRATIEMPO
- 8.- ME SIENTO DESCANSADO
- 9.- ME SIENTO ANSIOSO
- 10.- ME SIENTO CONFORTABLE
- 11.- TENGO CONFIANZA EN MI MISMO
- 12.- ME SIENTO NERVIOSO
- 13.- ME SIENTO AGITADO
- 14.- ME SIENTO EXCITADO
- 15.- ME SIENTO REPOSADO
- 16.- ME SIENTO SATISFECHO
- 17.- ESTOY OCUPADO
- 18.- ME SIENTO MUY EXCITADO Y ATURDIDO
- 19.- ME SIENTO ALEGRE
- 20.- ME SIENTO BIEN

CALIFICACION DE IDARE. EL RANGO DE POSIBLES PUNTUACIONES - PARA EL INVENTARIO DE AUTOEVALUACION DEL IDARE, VARIA DESDE UNA PUNTUACION MINIMA DE 20, HASTA UNA MAXIMA DE 80, TANTO EN LA ES CALA ANSIEDAD-ESTADO, COMO PARA LA ESCALA ANSIEDAD-RASGO. LOS - SUJETOS RESPONDEN A CADA UNO DE LOS REACTIVOS DEL IDARE VALORAN DOSE ELLOS MISMOS EN UNA ESCALA DE CUATRO PUNTOS. LAS 4 CATEGO- RIAS PARA LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO SON:

- 1.- NO EN ABSOLUTO
- 2.- UN POCO
- 3.- BASTANTE
- 4.- MUCHO

LAS CATEGORIAS PARA LA ESCALA ANSIEDAD-RASGO SON:

- 1.- CASI NUNCA
- 2.- ALGUNAS VECES
- 3.- FRECUENTEMENTE
- 4.- SIEMPRE

ALGUNOS DE LOS REACTIVOS DEL IDARE SE FORMULARON DE TAL - MANERA QUE UNA VALORACION "4" INDICA UN ALTO NIVEL DE ANSIEDAD, MIENTRAS QUE OTROS REACTIVOS, POR EJEMPLO: ME SIENTO BIEN, SE - FORMULARON PARA QUE UNA VALORACION ALTA INDIQUE MUY Poca ANSIE- DAD. EL VALOR NUMERICO DE LA CALIFICACION PARA LOS REACTIVOS EN LOS CUALES LAS VALORACIONES ALTAS INDICAN GRAN ANSIEDAD, SON -- LOS MISMOS REPRESENTADOS POR EL NUMERO QUE SE HAYA MARCADO. PA- RA AQUELLOS REACTIVOS EN LOS CUALES UNA VALORACION ALTA INDIQUE Poca ANSIEDAD, EL VALOR NUMERICO ES INVERSO. ASI EL VALOR NUME-

RICO DE LA CALIFICACION PARA RESPUESTAS MARCADAS 1,2,3,4; EN EL CASO DE LOS REACTIVOS INVERSOS, VIENE A SER DE 4,3,2,1, RESPECTIVAMENTE.

LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO, ESTA BALANCEADA PARA EVITAR LA RESPUESTA INDISCRIMINADA, MEDIANTE 10 REACTIVOS DE CALIFICACION DIRECTA, Y 10 REACTIVOS CON CALIFICACION INVERTIDA. LA ESCALA - ANSIEDAD-RASGO TIENE 7 REACTIVOS INVERTIDOS Y 13 REACTIVOS DE - CALIFICACION DIRECTA. LOS REACTIVOS INVERTIDOS DE LAS ESCALAS - DEL IDARE SON LAS SIGUIENTES:

ESCALA ANSIEDAD-ESTADO 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20.

ESCALA ANSIEDAD-RASGO 1,6,7,10,13,16 Y 19.

PARA LA CALIFICACION MANUAL EXISTEN PLANTILLAS. ASI AL CA LIFICAR CADA ESCALA, SIMPLEMENTE SE COLOCA LA PLANTILLA SOBRE - EL PROTOCOLO Y SE DAN LOS VALORES NUMERICOS DE LAS RESPUESTAS - QUE APARECEN IMPRESAS. ESTO SE HACE DE MANERA MAS CONVENIENTE - CON EL USO DE UNA MAQUINA CALCULADORA. LAS CALIFICACIONES FINA- LES DE CADA ESCALA PUEDEN REGISTRARSE EN EL MISMO PROTOCOLO.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL IDARE. - DADA LA NATURALEZA DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD, LAS MEDIDAS DE CONSISTENCIA INTERNA, - TALES COMO EL COEFICIENTE ALFA, PROVEEN UN INDICE MAS ADECUADO DE LA CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS ANSIEDAD-ESTADO QUE LAS CORRE LACIONES DE TEST-RETEST. LOS COEFICIENTES ALFA PARA LAS ESCALAS DEL IDARE FUERON CALCULADAS A PARTIR DE LA FORMULA K-R 20, CON LA MODIFICACION INTRODUCIDA POR CROMBACH (1951) UTILIZANDO LAS MUESTRAS NORMATIVAS. ESTOS COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD VARIA-

RON DE .83 A .92 PARA ANSIEDAD-ESTADO. POR LO QUE LA CONSISTEN--
CIA INTERNA DE LAS DOS ESCALAS ES ADECUADA.

LOS COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD ALFA SON MAS ALTOS EN
LA ESCALA EA SI SE ADMINISTRA EL INVENTARIO EN CONDICIONES TEN-
SION: DANDO UN INDICE DE .46 DESPUES DE ADMINISTRARSE EN CONDI-
CIONES DE TRANQUILIDAD.

LA CONFIABILIDAD O ESTABILIDAD DE LA ESCALA RA ES RELATI-
VAMENTE ALTA MIENTRAS QUE LA ESCALA ANSIEDAD-ESTADO TIENDE A --
FLUCTUAR PRECISAMENTE POR DEPENDER DE LOS FACTORES SITUACIONA--
LES.

EN RELACION CON LA VALIDEZ DEL INVENTARIO IDARE, PROCEDE
DE LA CORRELACION VERIFICADA CON LOS INSTRUMENTOS COMO EL: - -
I.P.A.T.; A.A.C.L., RESPECTO A LA ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO CON
LOS QUE OPRECE UN ALTO INDICE DE VALIDEZ.

LA PRESENTE INVESTIGACION SE REALIZO EN UN CENTRO HOSPITA-
LARIO PARA TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO CON PERSONAL MEDI
CO Y DE ENFERMERIA.

A TODOS LOS SUJETOS EN OBSERVACION SE LES APLICARON LAS -
SIGUIENTES PRUEBAS: EL INVENTARIO DE ANSIEDAD-RASGO ESTADO IDARE,
LA ESCALA DE MEDICION DE LA DEPRESION (EAMD) DE ZUNG Y UN REGIS-
TRO DE INFORMACION E IDENTIFICACION DEL SUJETO. DE ESTA MANERA
SE CUANTIFICARON LOS RESULTADOS PARA INVESTIGAR Y VERIFICAR SI
ES QUE EXISTE EN EL PERSONAL UNA RELACION ENTRE EL AREA EN LA -
CUAL LABORAN Y EL ESTADO DE ANSIEDAD O DEPRESION QUE PRESENTAN.

MEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG.- LA PRUEBA FUE CREADA POR -- WILLIAM ZUNG. AL DISEÑARLA, SU INTERES CENTRAL FUE HACER UNA - ESCALA PARA MEDIR LA DEPRESION. ADEMÁS, DEBIA REUNIR LOS SI--- GUIENTES REQUISITOS: INCLUIR LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD, SER CORTA Y SIMPLE, SER CUANTITATIVA MAS QUE CUALITATIVA Y SER AUTO ADMINISTRADA, INDICANDO LA RESPUESTA PROPIA DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE SER APLICADA LA ESCALA.

FUE ELABORADA COMO UN INTENTO DE CUANTIFICAR LOS SINTOMAS DE LA DEPRESION, UTILIZANDO LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA - PRESENCIA DE UN AFECTO PERSISTENTE DEPRESIVO Y SUS RELACIONES FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS EN FORMA DE ITEMS EN UN TEST.

ESTA ESCALA CONSTA DE 20 ITEMS OBTENIDOS EN ESTUDIOS FACTO - RIALES SOBRE LA DEPRESION DESCRITOS EN FORMA SINTOMATICAMENTE - POSITIVA Y NEGATIVA, CON EL FIN DE VALIDAR LA INFORMACION OBTE- NIDA. SE UTILIZO LA TRADUCCION ESPAÑOLA DE LA UNIVERSIDAD DE SA LAMANCA ACEPTADA POR EL AUTOR.

EN LA ELABORACION DE LA ESCALA AUTOADMINISTRADA DE LA DE-- PRESION (SDS), EL CRITERIO DE DIAGNOSTICO CLINICO UTILIZADO IN- CLUYE LAS CARACTERISTICAS QUE SE ENCUENTRAN MAS COMUNMENTE EN - LA DEPRESION. ESTAS FUERON DIVIDIDAS DE LA SIGUIENTE MANERA: -- AFECTO PREVALENTE, EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS Y CIRCUNSTANCIAS PSICOLÓGICAS. UNA VEZ QUE LOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO SE ESTA- BLECIERON, EL SIGUIENTE PASO FUE CREAR UNA ESCALA QUE UTILIZARA ESTOS SINTOMAS. CON ESTE PROPOSITO SE REALIZARON ESTADISTICAS - ILUSTRATIVAS TOMADAS DE ENTREVISTAS CON PACIENTES Y LOS EJEM-- PLOS SELECCIONADOS PARA LA SDS ESTUVIERON BASADOS EN LOS CONCEP

TOS QUE FUERON MAS REPRESENTATIVOS DE UN SINTOMA EN PARTICULAR.

APLICACION DE LA PRUEBA DE ZUNG.— COMO SE HA DICHO ANTE--
RIORMENTE SE DISEÑO PARA SER AUTOADMINISTRABLE, IGUALMENTE PUE
DE SER APLICABLE EN FORMA INDIVIDUAL O EN GRUPO. LAS INSTRUCC--
IONES SON LAS SIGUIENTES: "ANTE USTED TIENE UNA SERIE DE PRE--
GUNTAS. DEL LADO DERECHO SE ENCUENTRAN UNA SERIE DE ESPACIOS -
CON ALGUNAS CONTESTACIONES. MARQUE CON UNA "X" LA QUE CORRES--
PONDA A SU RESPUESTA. LAS CONTESTACIONES PUEDEN SER LAS SIGUIEN
TES:

- 1.- MUY POCAS VECES
- 2.- ALGUNAS VECES
- 3.- LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 4.- CONTINUAMENTE.

LOS 20 REACTIVOS DE LA PRUEBA SON PRESENTADOS A CONTINUA-
CION:

- 1.- ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO
- 2.- EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR
- 3.- TEN O ACCESOS DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR
- 4.- ME CUESTA TRABAJO DORMIR EN LA NOCHE
- 5.- COMO IGUAL COMO ANTES SOLIA HACERLO
- 6.- TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES
- 7.- NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO
- 8.- TENGO MOLESTIAS DE CONSTIPACION.
- 9.- EL CORAZON ME LATE MAS DE PRISA QUE DE COSTUMBRE
- 10.- ME CANSO SIN HACER NADA
- 11.- TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES

- 12.- ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO
- 13.- ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO
- 14.- TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO
- 15.- ESTOY MAS IRRITABLE QUE LO USUAL
- 16.- ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES
- 17.- SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO
- 18.- MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES
- 19.- CREO QUE LES HARIA A LOS DEMAS UN FAVOR MURIENDOME
- 20.- TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS

CALIFICACION DE LA PRUEBA DE ZUNG.- LA ESCALA FUE ELABORADA DE TAL MANERA QUE DE LOS 20 ITEMS UTILIZADOS; LO FUERAN CON PALABRAS SINTOMATICAMENTE POSITIVAS Y NO SINTOMATICAMENTE NEGATIVAS.

LA ESCALA DE LA MEDICION DE LA DEPRESION (SDS) FUE ELABORADA EN DETERMINADA FORMA QUE EL PACIENTE MENOS DEPRIMIDO Y -- SIN MALESTAR TENDRA UNA PUNTUACION BAJA A DIFERENCIA DE LOS PACIENTES MAS DEPRIMIDOS Y CON OBVIOS MALESTARES REGISTRARAN UNA PUNTUACION ALTA. EN EL CONTEO DE LA SDS, UN VALOR DE 1, 2, 3 Y 4 SE LE ASIGNA A UNA RESPUESTA DEPENDIENDO DE SI EL ITEM ESTA CON PALABRAS POSITIVAS O NEGATIVAS. POR EJEMPLO; PARA EL ITEM 1: "ME SIENTO CABIZBAJO Y TRISTE", UNA RESPUESTA DE UN POQUITO, ALGUNAS VECES, GRAN PARTE DEL TIEMPO, LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SE CONTARA 1, 2, 3 Y 4 RESPECTIVAMENTE. PARA EL ITEM 2: "LAS MAÑANAS SON CUANDO MEJOR ME SIENTO", UNA RESPUESTA DE: "UN POQUITO, ALGUNAS VECES, GRAN PARTE DEL TIEMPO, O LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, SE CONTARAN 4, 3, 2 Y 1 RESPECTIVAMENTE.

UN INDICE PARA LA SDS FUE DERIVADO DIVIDIENDO LA SUMA DE LOS VALORES OBTENIDOS EN LOS 20 ITEMS ENTRE LA PUNTUACION MAXIMA POSIBLE DE 80.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE ZUNG.- ES UN INSTRUMENTO QUE OFRECE LA VENTAJA DE SU ELEVADO INDICE DE CONFIABILIDAD Y CONSISTENCIA OBTENIDOS A TRAVES DE VARIOS ESTUDIOS ENTRE LOS QUE DESTACA UNA ALTA CORRELACION (R. 70) CON EL INVENTARIO MULTIFACETICO DE LA PERSONAIDAD DE MINNESOTA MMPI, ASI LO DEMUESTRA EL TRABAJO DE LARA Y LARA (1976).

LA CONFIABILIDAD EN LA ESCALA DE ZUNG HA SIDO VALIDADA MEDIANTE SU COMPARACION CON OTRAS ESCALAS DE MEDICION DE LA DEPRESION NO AUTOADMINISTRADAS COMO LA DE CLYDE Y BECH (1961).

LOS INDICES PROMEDIO EN LA ESCALA PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DEPRESIVOS, ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO FUERON DE 0.74 Y 0.39 RESPECTIVAMENTE. EL PROMEDIO INDICE PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS INICIALMENTE COMO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS, PERO CORREGIDOS DESPUES COMO DE OTRO TIPO DE TRASTORNO FUE DE 0.53. EL INDICE PROMEDIO PARA EL GRUPO DE CONTROL FUE DE 0.33 (1972).

F. PLANTEAMIENTO ESTADISTICO.-

COMO YA SE MENCIONO ANTERIORMENTE EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO ES DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS RESPECTO A ANSIEDAD Y DEPRESION ENTRE LOS GRUPOS FORMADOS A TOMAR EN CUENTA LA INCIDENCIA DE MUERTE, LOS SERVICIOS, LA EDAD, LA OCUPACION, LA RELIGION, EL ESTADO CIVIL, EL SEXO Y LA ESCOLARIDAD.

DESDE UN PUNTO DE VISTA ESTADISTICO, EL OBJETIVO PLANTEADO PUEDE ALCANZARSE POR MEDIO DE CONTRASTE DE HIPOTESIS, LAS HIPOTESIS NULAS QUE SE CONSIDERARIAN SERIAN DE IGUALDAD DE POBLACIONES. ESTOS CONTRASTES PUEDEN EFECTUARSE TANTO PARAMETRICA COMO NO PARAMETRICAMENTE.

CON EL OBJETO DE PROBAR NUESTRAS HIPOTESIS SE EMPLEARON AMBAS TECNICAS. AHORA BIEN, EXISTE UNA GRAN CONTROVERSIA EN FUNCION DE CUANDO SE PUEDEN APLICAR LAS TECNICAS PARAMETRICAS Y LAS NO PARAMETRICAS. EN UN SENTIDO ESTRICTO LAS TECNICAS PARAMETRICAS SUPONEN PARA SU FUNCIONAMIENTO APROPIADO QUE LA VARIABLE RESPUESTA POSEA AL MENOS UNA ESCALA DE INTERVALO (SIGAL 1972), QUE SU DISTRIBUCION PROBABILISTICA SEA NORMAL Y QUE EXISTA INDEPENDENCIA ENTRE OBSERVACIONES DE IGUALDAD DE VARIANZAS ENTRE POBLACIONES.

SIN EMBARGO LA ESTADISTICA ESTA LLENA DE TRABAJOS DE INVESTIGACION DONDE SE HAN UTILIZADO PRUEBAS PARAMETRICAS BAJO UN CRITERIO MAS FLEXIBLE PRODUCIENDO RESULTADOS INTERESANTES.

EN ESTE CASO PARTICULAR LOS INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZARON PODRIAN AJUSTARSE EN UNA ESCALA DE INTERVALO, EL PROBLEMA ESTIBARIA EN LA ASUMSION DE QUE LA DISTRIBUCION ES NORMAL Y POR LO TANTO PROBAR LA HIPOTESIS EN BASE A ELLO . ASI EN LA PRESENTE TESIS SE HAN UTILIZADO CRITERIOS TANTO PARAMETRICOS COMO NO PARAMETRICOS PARA OBTENER DATOS MAS PRECISOS.

EN ESTA FORMA Y CON EL OBJETO DE PROBAR LA HIPOTESIS DE SI EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LAS CALIFICACIONES DE ANSIEDAD-ESTADO (EA), ANSIEDAD-RASGO (RA) ME

DIDO POR LA PRUEBA DE "IDARE" Y LA DEPRESION MEDIDA POR LA PRUEBA DE ZUNG ENTRE LOS GRUPOS CLASIFICADOS COMO DE ALTA, MEDIANA, BAJA Y NULA INCIDENCIA DE MUERTE, SE UTILIZARON PRUEBAS PARAMETRICAS YA QUE CUANDO EL TAMAÑO DE LA MUESTRA ES GRANDE SE ASUME QUE LA DISTRIBUCION SE ASEMEJA A LA NORMALIDAD.

DENTRO DE LAS TECNICAS DE CONTRASTE DE HIPOTESIS CON UN ENFOQUE NO PARAMETRICO CRITERIOS QUE PUEDEN AGRUPARSE EN DOS CASOS GENERALES: RESPECTO A LAS RELACIONES EXISTENTES ENTRE POBLACIONES RELACIONADAS Y NO RELACIONADAS (O INDEPENDIENTES). EN CUANTO AL NUMERO DE POBLACIONES INVOLUCRADAS LAS PRUEBAS NO PARAMETRICAS PUEDEN CLASIFICARSE EN: 1) DOS POBLACIONES O 2) MAS DE DOS POBLACIONES.

SE EMPLEARON LAS PRUEBAS NO PARAMETRICAS TOMANDO EN CUENTA EL CRITERIO DE QUE LA DIVISION POR SUBGRUPOS ERA DE GRUPOS MAS PEQUEÑOS. EN LA INVESTIGACION SE UTILIZARON PARA PROBAR LA HIPOTESIS DE SI EXISTEN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LAS CALIFICACIONES DE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y ANSIEDAD-ESTADO (EA) MEDIDO POR LA PRUEBA DE "IDARE" Y LA DEPRESION MEDIDO POR LA PRUEBA DE ZUNG ENTRE LOS SUBGRUPOS FORMADOS POR LOS SERVICIOS, LA EDAD, OCUPACION, ESTADO CIVIL, EL SEXO Y LA ESCOLARIDAD.

DADO QUE LA DISTRIBUCION DE SUBGRUPOS RESULTABA EN UNA PEQUEÑA, PENSAMOS QUE PODRIA EMPLEARSE TECNICAS NO PARAMETRICAS PARA OBTENER RESULTADOS EN UNA FORMA MAS PRECISA.

TOMANDO EN CUENTA LA POTENCIA DE LOS CRITERIOS DE LAS PRUEBAS SE ESCOGERON COMO LAS TECNICAS APROPIADAS A LAS PRUEBAS -

KRUSKAL-WALLIS (MAS DE 2 POBLACIONES).

LOS DATOS CONSISTEN DE K MUESTRAS ALEATORIAS, CADA UNA DE LAS POBLACIONES A COMPARARSE. SEA $X_{(ni)}^i$ LA MUESTRA ALEATORIA DE TAMAÑO n_i DE LA POBLACION I-ESIMA.

PARA PROBAR (CONTRASTAR) LAS HIPOTESIS:

H_0 : TODAS LAS FUNCIONES DE DISTRIBUCION SON IGUALES.

H_a : AL MENOS UNA POBLACION TIENDE A PRODUCIR OBSERVACIONES MAYORES QUE AL MENOS UNA DE LAS OTRAS POBLACIONES.

O SEA:

H_0 : $F_1(x) = F_2(x) = \dots = F_k(x) \quad \forall x \text{ y } k$

H_a : $\exists j \quad F_j(x) < F_i(x) \text{ para alguna } i.$

EL PROCEDIMIENTO DE PRUEBA ES EL SIGUIENTE:

SE FORMA UN CONJUNTO DE $n_1+n_2 \dots +n_k$ ELEMENTOS POR MEDIO DE LA UNION DE LAS K MUESTRAS. ESTE CONJUNTO SE ORDENA Y SE ASIGNAN RANGOS (ESTO ES, EL 1 A LA MENOR OBSERVACION, EL 2 A LA QUE LE SIGUE EN TAMAÑO, ..., EL $n_1+n_2+\dots+n_k$ A LA MAYOR). LOS EMPATES SE TRATAN COMO EN EL CASO DE LA PRUEBA DE MANN-WHITNEY.

SE CALCULA PARA CADA POBLACION LA SUMA DE RANGOS ASIGNADOS. SEA R_i LA SUMA DE LOS RANGOS ASIGNADOS A LOS ELEMENTOS DE LA MUESTRA PROVENIENTE DE LA I-ESIMA POBLACION.

LA ESTADISTICA DE PRUEBA SE DEFINE COMO:

$$T = \frac{12}{N(N+1)} \sum_{i=1}^K \frac{R_i^2}{n_i} - 3(N+1)$$

EN EL CASO DE LAS HIPOTESIS ANTERIORMENTE ESTABLECIDAS, - LA PRUEBA ES DE "DOS COLAS" Y PARA EL CASO EN QUE $K = 3$ Y $N_I = 5$ SE UTILIZAN TABLAS ESPECIALES PARA BUSCAR LOS CUANTILES, EN -- OTRO CASO LAS TABLAS DE LA DISTRIBUCION χ^2 (JI-CUADRADA) BRINDAN UNA EXCELENTE APROXIMACION.

DISEÑO t :

EL DISEÑO CONOCIDO COMO t TIENE COMO FINALIDAD OBSERVAR -- LAS POSIBLES DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS O NO QUE PUEDEN SURGIR DE LA DIFERENCIA DE LAS MEDIAS EN LAS MUESTRAS PRESENTES DE -- NUESTROS 4 GRUPOS.

LAS CORRELACIONES:

LA FUNCION DE LAS CORRELACIONES ES OBSERVAR LA RELACION - QUE HAY ENTRE CIERTAS VARIABLES QUE EN ESTE CASO LA CONSTITU-- YEN LAS PRUEBAS QUE HEMOS DE USAR. EN ESTA INVESTIGACION LA -- UTILIZAMOS PARA CONOCER LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE - AMBAS PRUEBAS POR MEDIO DE UN COEFICIENTE QUE NOS INDICARA SI HAY O NO SIGNIFICANCIA EN LOS RESULTADOS FINALES A FIN DE VALO-- RAR SI LAS HIPOTESIS FORMULADAS SE CONFIRMAN O NO.

IV.- DESCRIPCION DE LOS DATOS.

EN ESTE ESTUDIO CADA UNA DE LAS 3 VARIABLES DE RESPUESTA CONSIDERADA XI, X2 Y Z FUERON ANALIZADAS POR SEPARADO. ESTA INFORMACION SE PRESENTA EN FORMA GRAFICA EN LOS CUADROS IV-1, IV-2 Y IV-3. EN DONDE SE INCLUYEN LOS NIVELES DE SIGNIFICANCIA PARA LAS PRUEBAS REALIZADAS.

DENTRO DE LA TABLA IV-4 ESTAN REPRESENTADAS LAS MEDIAS Y LAS DESVIACIONES STANDAR CORRESPONDIENTES A LOS 4 GRUPOS DE INCIDENCIA DE MUERTE.

LA MEDIA PARA LA ANSIEDAD-RASGO DE "A.I." ES DE 34.78 MAYOR QUE EL GRUPO "M.I." QUE ES DE 34.75 QUE LA DE "B.I." QUE ES DE 32.67 Y QUE EL GRUPO "N.I." LA CUAL CORRESPONDE A 28.95.

EN TANTO QUE PARA ANSIEDAD-ESTADO (EA) LA MEDIA EN EL GRUPO "M.I." ES DE 36.81 MAYOR QUE EL GRUPO "A.I." QUE ES DE 35.29, QUE EL GRUPO "B.I." QUE FUE DE 33.93 Y LA DEL GRUPO "N.I." QUE CORRESPONDE A 33.80.

MUESTRA EL GRUPO DE "A.I." UNA MEDIA EN LA PRUEBA DE ZUNG DE 32.19 MAYOR QUE EL GRUPO DE "B.I." QUE ES DE 30.68, QUE LA DEL GRUPO "M.I." QUE ES DE 31.00 Y POR ULTIMO QUE EL GRUPO DE "N.I." CUYA MEDIA ES DE 28.47.

EN LA TABLA IV-5 SE EXPRESAN LOS RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES OBTENIDAS ENTRE LOS DATOS DE ANSIEDAD-RASGO Y ANSIEDAD ESTADO DEL IDARE; LOS DATOS DE ANSIEDAD-RASGO DEL IDARE Y EL ZUNG; LOS DATOS DE ANSIEDAD-ESTADO DEL IDARE Y ZUNG DE LOS CUATRO GRUPOS EN CUANTO A LA INCIDENCIA DE MUERTE INVESTIGADOS.

DENTRO DEL GRUPO DE "NULA INCIDENCIA DE MUERTE" LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y ANSIEDAD-ESTADO (EA) DEL IDARE FUE DE .48 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; LA CORRELACION DE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .47 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; Y LA CORRELACION DE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD-ESTADO (EA) DEL IDARE Y LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .12 NO SIGNIFICATIVA.

LA CORRELACION DE LOS PUNTAJES DEL GRUPO DE "BAJA INCIDENCIA DE MUERTE" EN ANSIEDAD-RASGO (RA) Y ESTADO DE ANSIEDAD (EA) DEL IDARE FUE DE .60 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .49 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; Y LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD-ESTADO (EA) DEL IDARE Y LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .33 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .05.

PARA EL GRUPO DE "MEDIANA INCIDENCIA DE MUERTE" LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y ANSIEDAD-ESTADO (EA) DEL IDARE FUE DE .62 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; LA CORRELACION ENTRE ANSIEDAD-RASGO (RA) DEL IDARE Y LOS PUNTAJES DE LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .56 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ANSIEDAD-ESTADO (EA) DEL IDARE Y LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .44 SIGNIFICATIVA MAS -- ALLA DEL .01.

POR ULTIMO, EN EL GRUPO DE "ALTA INCIDENCIA DE MUERTE" LA CORRELACION ENTRE ANSIEDAD-RASGO (RA) Y ESTADO DE ANSIEDAD (EA) DEL IDARE FUE DE .63 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES DE ESTADO DE ANSIEDAD (EA) DEL IDARE

Y LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .50 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01; LA CORRELACION ENTRE LOS PUNTAJES ANSIEDAD-ESTADO (EA) DEL IDA RE Y LA PRUEBA DE ZUNG FUE DE .40 SIGNIFICATIVA MAS ALLA DEL .01.

UTILIZANDO LA TABLA IV-6 (t_1) CON EL DISEÑO ESTADISTICO DE LA PRUEBA t LOS PUNTAJES DE LA PRUEBA DE ANSIEDAD-RASGO (RA) ENTRE EL GRUPO DE "N.I." Y "M.I." DIERON UNA $t = 2.22$, SIGNIFICATIVA A NIVEL DE .05; ENTRE EL GRUPO DE "N.I." Y "A.I." DIERON UNA $t=2.48$, SIGNIFICATIVA A UN NIVEL DE .02.

LA TABLA IV-7 (t_2) QUE SE OBTUVO EN LA PRUEBA t DE LOS PUNTAJES DE LA PRUEBA DE ANSIEDAD-ESTADO (EA) ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS NO SE ENCONTRARON NIVELES DE SIGNIFICANCIA.

LA TABLA IV-8 (t_3) MUESTRA LA PRUEBA t DE LOS PUNTAJES EN CUANTO AL ZUNG ENTRE EL GRUPO DE "N.I." Y "A.I." DIERON UNA $t=1.98$, SIGNIFICATIVA A NIVEL DE .05.

CUADRO 1

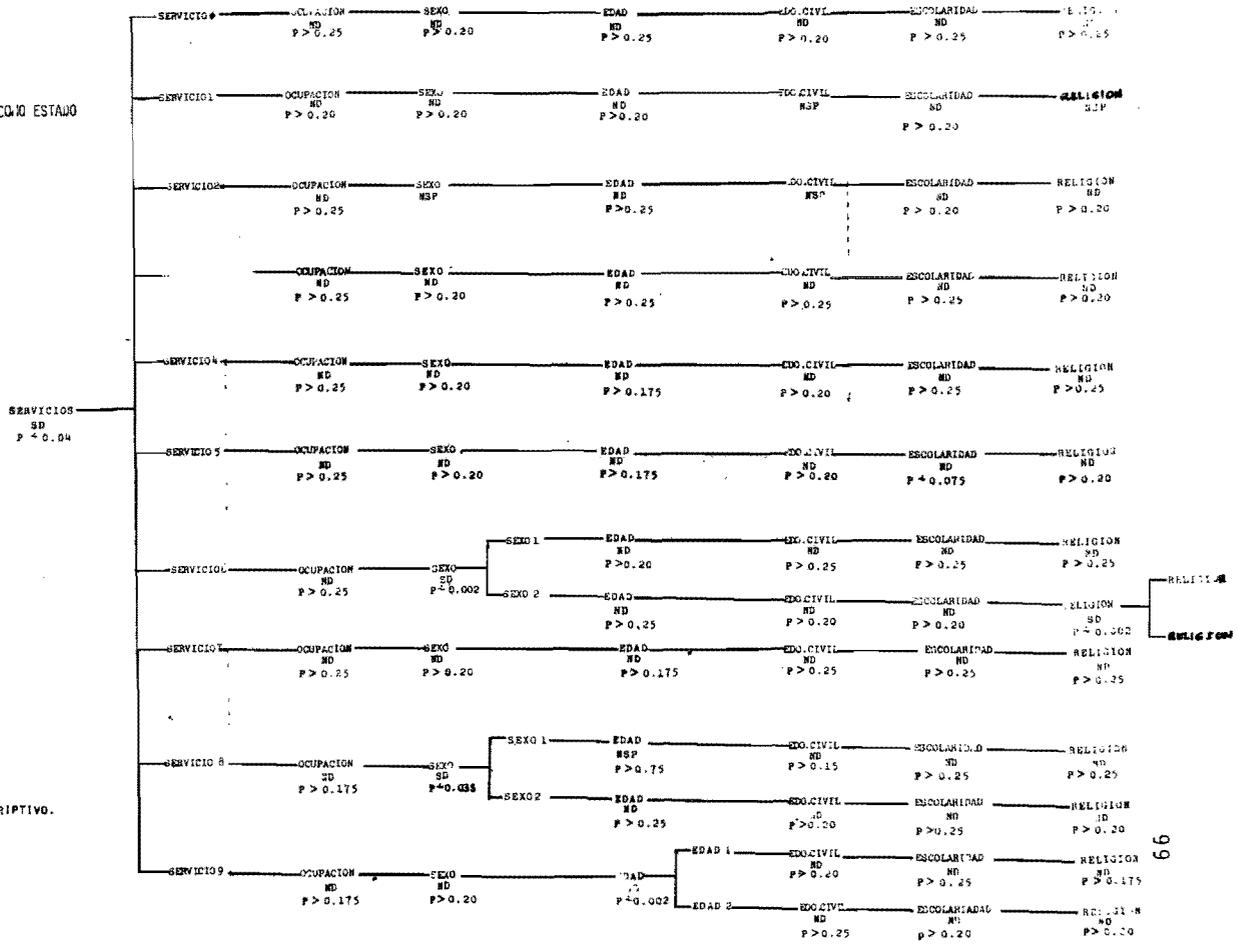
RESUMEN DE RESULTADOS DE DEPRISION (E)

SERVICIO 1	OCCUPACION NO P > 0.25	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NO P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.25	RELIGION NSP P > 0.25
SERVICIO 1	OCCUPACION NO P > 0.20	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NSP P > 0.20
SERVICIO 2	OCCUPACION NO P > 0.25	SEXO NSP P > 0.25	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20
SERVICIO 3	OCCUPACION NO P > 0.25	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20
SERVICIO 4	OCCUPACION NO P > 0.25	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20
SERVICIO 5	OCCUPACION NO P > 0.25	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20
SERVICIO 6	OCCUPACION NO P > 0.015	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20
SERVICIO 7	OCCUPACION NO P > 0.25	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20
SERVICIO 8	OCCUPACION NO P > 0.015	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20
SERVICIO 9	OCCUPACION NO P > 0.25	SEXO NO P > 0.20	EDAD NO P > 0.25	EDUC. CIVIL NSP P > 0.20	ESCOLARIDAD NO P > 0.20	RELIGION NO P > 0.20

SERVICIOS
NO
P > 0.03

CLAVES
P : NIVEL DE SIGNIFICANCIA DESCRIPTIVO.
SD : SI HAY DIFERENCIA.
NO : NO HAY DIFERENCIA.
NSP : NO SE PUEDE PROBAR.

CUADRO 2
RESUMEN DE RESULTADOS DE ASISTENCIA COMO ESTADO
(X1)



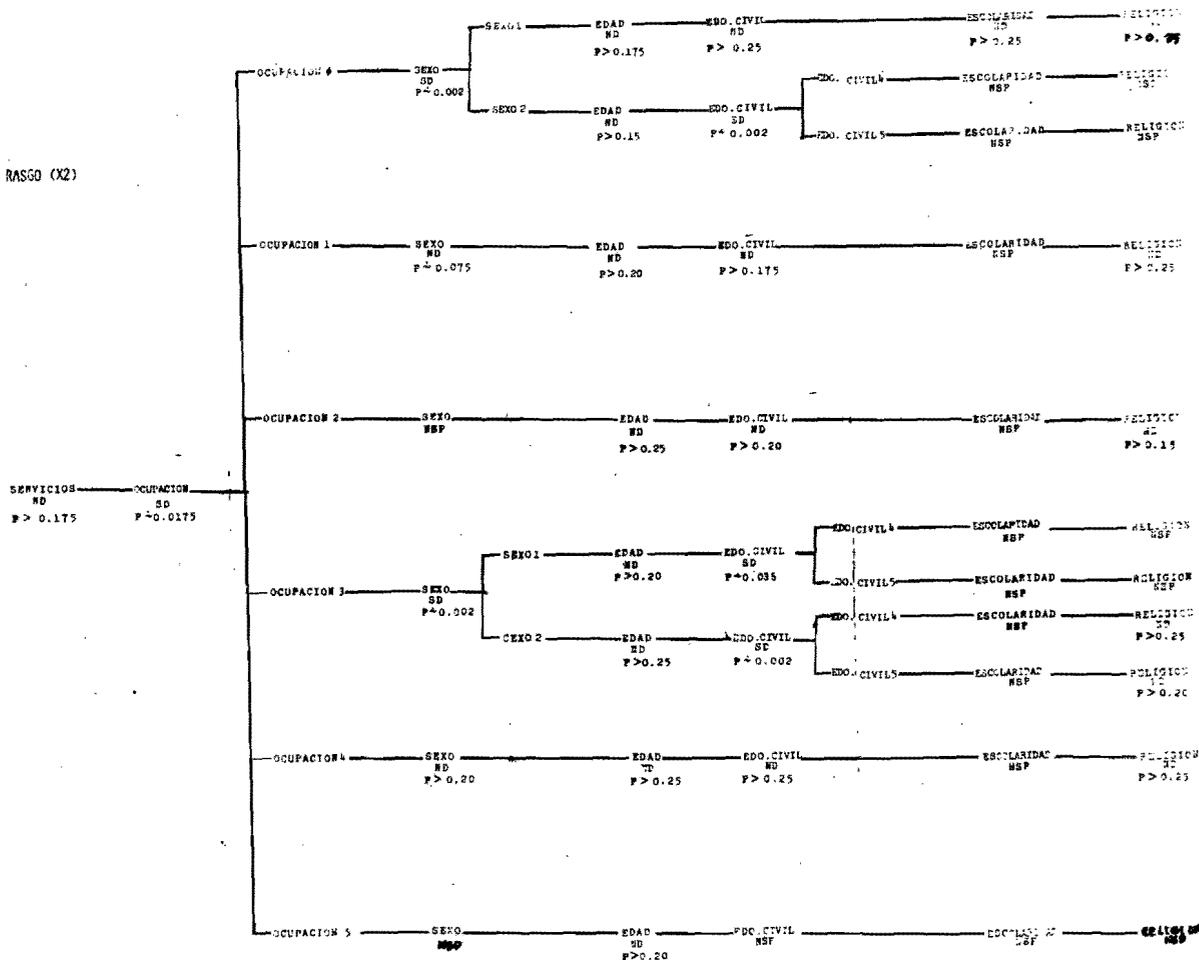
CLAVES

P : NIVEL DE SIGNIFICANCIA DESCRIPTIVO.
SD : SI HAY DIFERENCIA.
ND : NO HAY DIFERENCIA.
NSP: NO SE PUEDE PROBAR.

CD

CUADRO 3

RESUMEN DE RESULTADOS DE ANÁLISIS CONO RASGO (X2)



CLAVES

P : NIVEL DE SIGNIFICANCIA.
 SD : SI HAY DIFERENCIA.
 ND : NO HAY DIFERENCIA.
 NSP : NO SE PUEDE PROBAR.

CUADRO IV-4

MEDIAS DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS GRUPOS DE INCIDENCIA
DE MUERTE.

	Ss		Ar		Ae		Zung	
	M	De	M	De	M	De	M	De
GRUPO "A. I."	34.78	8.42	35.29	7.34	32.19	6.24		
GRUPO "M. I."	34.75	8.15	36.81	7.08	31.00	5.81		
GRUPO "B. I."	32.67	6.73	33.93	7.03	30.68	6.17		
GRUPO "N. I."	28.95	5.47	33.80	5.36	28.47	4.50		

CUADRO IV-5

CORRELACION DE LAS PRUEBAS

<u>Ss</u>	<u>Ar.</u>	<u>-Ae.</u>	<u>Ar.</u>	<u>Z</u>	<u>Ae - Z.</u>
GRUPO "A. I."	.63	(.01)	.50	(.01)	.40 (.01)
GRUPO "M. I."	.62	(.01)	.56	(.01)	.44 (.01)
GRUPO "B. I."	.60	(.01)	.49	(.01)	.33 (.05)
GRUPO "N. I."	.48	(.01)	.47	(.01)	.12 (NS)

CUADRO IV-6 (t_1)

COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS

ANSIEDAD - RASGO

GRUPOS COMPARADOS	t	P
GRUPO "N.I." VS GRUPO "B.I."	1.08	ND
GRUPO "N.I." VS GRUPO "M.I."	2.22	.05
GRUPO "N.I." VS GRUPO "A.I."	2.48	.02
GRUPO "B.I." VS GRUPO "M.I."	.57	ND
GRUPO "B.I." VS GRUPO "A.I."	.61	ND
GRUPO "M.I." VS GRUPO "A.I."	.01	ND

CLAVES:

P : NIVEL DE SIGNIFICANCIA

SD : SI HAY DIFERENCIA

ND : NO HAY DIFERENCIA

CUADRO IV-7 (t_2)

COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS

ANSIEDAD - ESTADO

GRUPOS COMPARADOS	t	P
GRUPO "N.I." VS GRUPO "B.I."	.63	ND
GRUPO "N.I." VS GRUPO "M.I."	1.64	ND
GRUPO "N.I." VS GRUPO "A.I."	.78	ND
GRUPO "B.I." VS GRUPO "M.I."	1.61	ND
GRUPO "B.I." VS GRUPO "A.I."	.72	ND
GRUPO "M.I." VS GRUPO "A.I."	.93	ND

CLAVES:

- P : NIVEL DE SIGNIFICANCIA
- SD : SI HAY DIFERENCIA
- ND : NO HAY DIFERENCIA

CUADRO IV-8 (t_3)COMPARACION ENTRE LOS GRUPOS
DEPRESION

GRUPOS COMPARADOS	t	P
GRUPO "A.I." VS GRUPO "B.I."	1.0	ND
GRUPO "A.I." VS GRUPO "M.I."	1.40	ND
GRUPO "N.I." VS GRUPO "A.I."	1.98	.05
GRUPO "B.I." VS GRUPO "M.I."	.18	ND
GRUPO "B.I." VS GRUPO "A.I."	.82	ND
GRUPO "M.I." VS GRUPO "A.I."	.90	ND

CLAVES:

P : NIVEL DE SIGNIFICANCIA

SD : SI HAY DIFERENCIA

ND : NO HAY DIFERENCIA

V.- ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

LA PRIMERA PARTE DEL ANALISIS SE REFIERE A LOS DATOS QUE MANEJAMOS CON ESTADISTICAS NO PARAMETRICAS Y QUE INCLUYE EL ANALISIS COMPARATIVO POR SERVICIO, OCUPACIONES, SEXO, EDAD, ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD Y RELIGION. ESTAS VARIABLES SON ANALIZADAS EN RELACION CON LA PRUEBA DE DEPRESION, ANSIEDAD-RASGO Y ANSIEDAD-ESTADO. LA SEGUNDA PARTE DEL ANALISIS SE REFIERE A LOS DATOS OBTENIDOS MEDIANTE ESTADISTICAS PARAMETRICA Y EN DONDE COMPARAMOS LOS DIFERENTES GRUPOS CLASIFICADOS DE ACUERDO CON EL GRADO DE INCIDENCIA DE MUERTE. IGUALMENTE MOSTRAMOS LAS CORRELACIONES QUE NOS INDICAN EL GRADO DE RELACION ENTRE LAS VARIABLES DEPRESION RASGO DE ANSIEDAD; DEPRESION ESTADO DE ANSIEDAD Y RASGO DE ANSIEDAD CON ESTADO DE ANSIEDAD.

EN ESTE ESTUDIO CADA UNA DE LAS TRES VARIABLES DE RESPUESTA CONSIDERADAS X_1 , X_2 Y Z, FUE ANALIZADA POR SEPARADO, DE MANERA TAL QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS SE REPORTAN INDIVIDUALMENTE, A CONTINUACION:

A N A L I S I S :

DEPRESION (ZUNG)

1 SERVICIOS. EXISTE EVIDENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA, CON UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DESCRIPTIVO (N. S.D. DE 0.3) DE QUE HAY DIFERENCIA ENTRE LOS SERVICIOS. LA INFORMACION MUESTRAL ADEMAS SUGIERE QUE LOS SERVICIOS PUEDEN ORDENARSE EN FORMA CRECIENTE, RESPECTO AL INDICE

DE DEPRESION COMO SIGUE:

CUNAS II. (SERVICIO 0)

OTORRINOLARINGOLOGIA. (SERVICIO 2)

MEDICINA INTERNA. (SERVICIO 6)

TERAPIA INTENSIVA. (SERVICIO 8)

GINECO-OBSTETRICIA. (SERVICIO 3)

OFTALMOLOGIA. (SERVICIO 1)

NEUROCIROGIA. (SERVICIO 5)

ONCOLOGIA. (SERVICIO 7)

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (SERVICIO 9)

INFECTO CONTAGIOSOS. (SERVICIO 4)

II OCUPACIONES. DADO QUE ENTRE SERVICIOS SE OBSERVARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS, SE PROCEDIO A COMPARAR OCUPACIONES DENTRO DE CADA SERVICIO, ENCONTRANDO QUE SOLO EN EL CASO DE TERAPIA INTENSIVA, SE TIENE EVIDENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA (NSD APROXIMADO DE 0.0175) DE DIFERENCIAS RESPECTO A DEPRESION. CON LOS DATOS MUESTRALES SE PUEDEN ADEMAS ORDENAR LAS OCUPACIONES EN ORDEN CRECIENTE, RESPECTO A DEPRESION, COMO SIGUE:

MEDICO RESIDENTE. (OCUPACION 3)

MEDICO ADSCRITO. (OCUPACION 4)

OTROS. (OCUPACION 0)

AUXILIAR DE ENFERMERIA (OCUPACION 1)

JEFE DE SERVICIO. (OCUPACION 5)

ENFERMERA TITULADA. (OCUPACION 2)

III) SEXO. EL SIGUIENTE ANALISIS CORRESPONDIO A LA CLASIFICACION POR SEXO DENTRO DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS. SOLO EN LOS CASOS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES SE ENCONTRO EVIDENCIA DE DIFERENCIAS ENTRE SEXOS (NIVELES DE 0.002 EN AMBOS SERVICIOS).

EL ORDEN CRECIENTE EN CUANTO A DEPRESION EN LOS DOS SERVICIOS FUE:

MASCULINO. (SEXO 2)

FEMENINO. (SEXO 1)

EN EL CASO DEL SERVICIO TERAPIA INTENSIVA, SOLO HABIA PERSONAL FEMENINO EN LAS OCUPACIONES CERO Y UNO, Y EN ESTAS NO HUBO DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

VI) EDAD. ESTA VARIABLE ORIGINALMENTE REGISTRADA EN AÑOS CUMPLIDOS, SE RECLASIFICO PARA OBTENER TRES GRUPOS - DE EDAD:

0 A 30 AÑOS. (GRUPO 1)

31 A 45 AÑOS. (GRUPO 2)

MAYORES DE 45 AÑOS.(GRUPO 3)

LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EFECTUADAS EN TODAS LAS POBLACIONES EN DONDE ESTO FUE POSIBLE, TOMANDO EN - - CUENTA LOS RESULTADOS PREVIAMENTE OBTENIDOS, INDICAN QUE SOLO EN EL SEXO 1 (FEMENINO) DENTRO DEL SERVICIO 6 (MEDICINA INTERNA) SE TIENE EVIDENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA (NSD APROXIMADO DE 0.002) DE QUE LOS DOS GRUPOS DE EDAD QUE AHI SE ENCONTRARON SON DI

FERENTES RESPECTO A DEPRESION. EL ORDENAMIENTO OBSERVADO FUE:

31 A 45 AÑOS. (GRUPO 2)

0 A 30 AÑOS. (GRUPO 1)

V) ESTADO CIVIL. SE REALIZO LA PRUEBA EN TODOS LOS CASOS EN QUE FUE POSIBLE AL CONSIDERAR LOS RESULTADOS PREVIOS, ENCONTRANDOSE QUE EN NINGUN CASO SE CUENTA CON EVIDENCIA DE DIFERENCIA ALGUNA.

VI) ESCOLARIDAD. SE CONSIDERO LA SIGUIENTE CLASIFICACION: PRIMARIA, SECUNDARIA INCOMPLETA, SECUNDARIA COMPLETA, PREPARATORIA, ESTUDIANTE DE MEDICINA, PASANTE DE ENFERMERIA, ENFERMERA ESPECIALIZADA, MEDICO RESIDENTE Y MEDICO ESPECIALIZADO. CON ESTA CLASIFICACION E INCORPORANDO LOS RESULTADOS ANTERIORES NO SE ENCONTRO EVIDENCIA DE DIFERENCIAS.

VII) RELIGION. SE CONSIDERO LA SIGUIENTE CLASIFICACION: - CATOLICA, PROTESTANTE, EVANGELISTA, ATEO Y OTROS. EN NINGUNA DE LAS SUBPOBLACIONES CONSIDERADAS SE OBSERVAN DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA VARIABLE DEPRESION SE PUEDEN RESUMIR ENTONCES OBSERVANDO QUE SE ENCONTRO EVIDENCIA DE DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS 10 SERVICIOS, ENTRE OCUPACIONES EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, ENTRE SEXOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA Y ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD 1 Y 2 EN EL PERSONAL DEL SEXO FEMENINO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

ANSIEDAD - ESTADO

RESPECTO A LA VARIABLE X 1, QUE MIDE ANSIEDAD COMO UN ESTADO SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

- 1) SERVICIOS. AL LLEVAR A CABO LA PRUEBA POR SERVICIOS, SE OBSERVO QUE SE CUENTA CON EVIDENCIA SIGNIFICATIVA (NSD APROXIMADO DE 0.04) DE QUE LOS SERVICIOS PRESENTAN DIFERENTES INDICES DE ANSIEDAD. ORDENADOS, LOS SERVICIOS -- QUEDAN SEGUN EL SIGUIENTE ORDEN:

OFTALMOLOGIA.

GINECO-OBSTETRICIA

TERAPIA INTENSIVA

INFECTO CONTAGIOSO

CUNAS

UCIN

OTORRINOLARINGOLOGIA

NEUROCIROGIA

ONCOLOGIA

MEDICINA INTERNA

- II) OCUPACION. AL IGUAL QUE EN EL CASO DE DEPRESION, CON X1 UNA VEZ QUE SE EFECTUO LA PRUEBA POR SERVICIOS, SE LLEVO A CABO LA CORRESPONDIENTE RESPECTO A OCUPACION DENTRO DE CADA SERVICIO, ENCONTRANDOSE QUE EN NINGUN CASO EXISTE EVIDENCIA DE DIFERENCIAS ENTRE LAS OCUPACIONES.
- III) SEXO. EL SIGUIENTE ANALISIS QUE SE LLEVO A CABO FUE EL DE SEXO DENTRO DE CADA SERVICIO, Y COMO RESULTADO SE OB

SERVO QUE SOLO EN EL CASO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, SE CUENTA CON EVIDENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE QUE LOS SEXOS PRODUCEN NIVELES DIFERENTES DE ANSIEDAD. LOS NSD RESPECTIVOS FUERON DE (0.002 Y 0.035) APROXIMADAMENTE. EN AMBOS SERVICIOS EL ORDEN DE LOS SEXOS (RESPECTO A ANSIEDAD) RESULTO EL SIGUIENTE:

MASCULINO.

FEMENINO.

- IV) EDAD. SE OBSERVO QUE AL REALIZAR LAS PRUEBAS CORRESPONDIENTES EN TODAS LAS SUBPOBLACIONES PREVIAMENTE IDENTIFICADAS, SE CUENTA CON EVIDENCIA DE QUE EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES CON UN (NSD DE 0.002). EL ORDENAMIENTO CRECIENTE EN ESTE CASO ES EL SIGUIENTE:
- 0 A 30 AÑOS.
 - 31 A 45 AÑOS.
- V) ESTADO CIVIL. EN NINGUNO DE LOS CASOS EN DONDE FUE POSIBLE PROBAR DIFERENCIAS ENTRE LOS ESTADOS CIVILES SE ENCONTRO EVIDENCIA SIGNIFICATIVA.
- VI) ESCOLARIDAD. EN EL CASO DE ESTE CRITERIO, TAMPOCO SE ENCONTRARON INDICIOS DE DIFERENCIAS ENTRE DISTINTOS NIVELES DE ESCOLARIDAD.
- VII) RELIGION. FINALMENTE, EN CUANTO A RELIGION SE OBSERVO QUE SOLO PARA EL PERSONAL DEL SEXO MASCULINO EN EL SER

VICIO DE MEDICINA INTERNA, ES POSIBLE DETECTAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS (NSD APROXIMADO DE 0.002) ENTRE LAS RELIGIONES QUE AHI SE ENCONTRARON Y QUE SE PUEDEN ORDENAR:

ATEO. (RELIGION 1)

CATOLICA. (RELIGION 4)

EN RESUMEN, RESPECTO A LA VARIABLE X 1 QUE MIDE ANSIEDAD - COMO ESTADO, SE DETECTARON DIFERENCIAS ENTRE SERVICIOS, ENTRE SEXOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA, ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD 1 Y 2 DENTRO DEL SERVICIO DE UCIN Y FINALMENTE, ENTRE LAS CLASIFICACIONES CATOLICAS Y ATEO DEL PERSONAL DE SEXO MASCULINO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

ANSIEDAD - RASGO.

LA ULTIMA VARIABLE QUE FUE ANALIZADA FUE X 2 QUE MIDE ANSIEDAD COMO UN RASGO DE LA PERSONALIDAD EN LOS INDIVIDUOS. EN ESTE CASO EL PROCESO PRODUJO LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

- 1) SERVICIOS. CON ESTA VARIABLE NO SE OBSERVARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.
- II) OCUPACION. DEBIDO A QUE NO SE ENCONTRO DIFERENCIA ENTRE SERVICIOS, SE PROCEDIO A PROBAR OCUPACION SIN CONSIDERAR LA CLASIFICACION DE LOS PRIMEROS, ENCONTRANDOSE EVIDENCIA SIGNIFICATIVA (NSD DE 0.0175 APROXIMADAMENTE) DE QUE LAS OCUPACIONES RESULTAN DISTINTAS. EL ORDENAMIENTO DE LAS OCUPACIONES, ES EL SIGUIENTE:

MEDICO RESIDENTE.

MEDICO ADSCRITO.

JEFE DE SERVICIO.

OTROS.

ENFERMERA TITULADA.

AUXILIAR DE ENFERMERIA.

III) SEXO. EN CADA UNA DE LAS OCUPACIONES, EN QUE FUE POSIBLE, SE LLEVO A CABO LA PRUEBA ENTRE SEXOS, OBSERVANDO SE QUE SOLO EN LA OCUPACION DE MEDICO RESIDENTE Y LA CLASIFICADA COMO OTROS, SE ENCUENTRAN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS (NSD APROXIMADOS DE 0.002). EN LOS DOS SERVICIOS EL ORDEN ENTRE LOS SEXOS RESULTO DE LA SIGUIENTE MANERA:

MASCULINO.

FEMENINO.

V) EDAD. LA PRUEBA ENTRE GRUPOS DE EDAD SE REALIZO EN TODAS LAS SUBPOBLACIONES EN QUE FUE POSIBLE Y EN NINGUN CASO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

VI) ESTADO CIVIL. RESPECTO A ESTA CLASIFICACION, SOLO SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN EL PERSONAL DEL SEXO MASCULINO DE LAS OCUPACIONES CLASIFICADAS COMO AYUDANTES (NSD DE 0.002) EN EL SEXO FEMENINO DE LA OCUPACION DE MEDICO RESIDENTE (NSD 0.035) Y EN EL SEXO MASCULINO, TAMBIEN DE LA OCUPACION DE MEDICO RESIDENTE (NSD DE 0.002). EL ORDEN DE ESTADOS CIVILES RESPECTO A LA VARIABLE X2 EN LOS TRES CASOS, ES EL SIGUIENTE:

OCASADO

SOLTERO.

VII) ESCOLARIDAD. RESPECTO A ESTE CRITERIO SOLO FUE POSIBLE EFECTUAR LAS PRUEBAS ENTRE RELIGIONES, SE OBSERVARON - DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS.

ASI PUES, EN LO QUE CONCIERNE A X2, SE OBSERVARON DIFE
RENCIAS ENTRE OCUPACIONES EN LAS ENFERMERAS, ENTRE SEXOS EN LAS
OCUPACIONES DE MEDICO RESIDENTE Y LAS CATALOGADAS COMO AYUDAN-
TES, ENTRE ESTADOS CIVILES EN EL PERSONAL TANTO DE SEXO MASCU
LINO COMO FEMENINO DE LA OCUPACION MEDICO RESIDENTE Y EL PERSONAL
DE SEXO MASCULINO CON OCUPACION CLASIFICADA EN LA CATEGORIA DE
AYUDANTES.

INTERPRETACION

EN VIRTUD DE LAS CARACTERISTICAS DE LA INFORMACION QUE SE MENCIONARON EN LA SECCION DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS, ES CONVENIENTE ESTABLECER QUE LOS DATOS REVISADOS NO SE PUEDEN GENERALIZAR A OTROS CASOS.

EN RELACION A LA H_{01} DONDE SE NIEGAN LAS DIFERENCIAS EN LAS CALIFICACIONES DE ANSIEDAD-RASGO Y ANSIEDAD-ESTADO ENTRE LOS GRUPOS DE NULA, BAJA, MEDIANA Y ALTA INCIDENCIA DE MUERTE, NOS REFERIMOS AL CUADRO IV-6 DONDE SE MUESTRAN LOS RESULTADOS DE LA COMPARACION DE ANSIEDAD-RASGO ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS Y AL CUADRO IV-7 DONDE MOSTRAMOS LAS COMPARACIONES EN LAS CALIFICACIONES DE ANSIEDAD-ESTADO.

COMO PUEDE OBSERVARSE DE LAS SEIS COMPARACIONES DEL CUADRO IV-6 SOLAMENTE ENCONTRAMOS DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE EL GRUPO DE "NULA INCIDENCIA" Y EL GRUPO DE "MEDIANA INCIDENCIA" (DIFERENCIAS MAS ALLA DEL .05) Y OTRA ENTRE EL GRUPO DE "NULA INCIDENCIA" Y EL GRUPO DE "ALTA INCIDENCIA" (MAS ALLA DEL .02).

ESTOS RESULTADOS INDICAN CLARAMENTE QUE LA DIFERENCIA EN "RASGO DE ANSIEDAD" ES NOTABLE ENTRE LOS GRUPOS EXTREMOS, NO OCURRIENDO LO MISMO EN AQUELLOS GRUPOS QUE SON CONTIGUOS. POR LO TANTO, PODRIAMOS INTERPRETAR ESTOS DATOS DE LA SIGUIENTE MANERA: LA ANSIEDAD-RASGO AUMENTA EN LOS GRUPOS UNA CORRELACION POSITIVA A MEDIDA QUE LOS SERVICIOS VAN PRESENTANDO MAYOR RIESGO DE MUERTE POR PARTE DE LOS PACIENTES. EL FENOMENO QUEDA CLARO CUANDO, COMO HEMOS DICHO, SON COMPARADOS LOS GRUPOS EXTREMOS.

DE ESTA MANERA ACEPTAMOS LA H_0 , EN LA COMPARACION DE "NULA INCIDENCIA VS BAJA INCIDENCIA"; EN LA COMPARACION "B.I." VS "M.I."; EN LA "B.I." VS "A.I." Y EN LA "M.I." VS "A.I." Y POR EL CONTRARIO LA RECHAZAMOS EN LAS COMPARACIONES DE "N.I." VS "M.I." Y "N.I." VS "A.I." ACEPTANDO EN ESTAS DOS ULTIMAS COMPARACIONES LAS HIPOTESIS ALTERNATIVAS.

EN CUANTO A LAS COMPARACIONES EN LA VARIABLE ANSIEDAD-ESTADO QUE SE MUESTRAN EN EL CUADRO IV-7 (t_2) RESULTADOS NOS ESTAN SEÑALANDO QUE NO HUBO DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN LAS 6 COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS, POR LO QUE SE ACEPTAN LAS 6 HIPOTESIS NULAS CORRESPONDIENTES Y SE RECHAZAN LAS HIPOTESIS ALTERNATIVAS.

EN RELACION CON LA HIPOTESIS NULA REFERENTE A LAS MISMAS -- COMPARACIONES, PERO RELACIONADAS CON LA ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG ENCONTRAMOS UNA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA VER CUADRO IV-8 -- (t_3) ENTRE EL GRUPO DE "N.I." Y "A.I." (MAS ALLA DEL .05) LO -- CUAL INDICA EL MISMO FENOMENO ENCONTRADO ANTERIORMENTE, A SABER, QUE SOLAMENTE SE APRECIA LA DIFERENCIA ENTRE LOS GRUPOS EXTREMOS NO OCURRIENDO LO MISMO CON LOS GRUPOS CONTIGUOS.

PODEMOS ENTONCES, RECHAZAR LA HIPOTESIS NULA SOLO EN ESTA COMPARACION DESCRITA Y ACEPTAR POR LO TANTO LA HIPOTESIS ALTERNATIVA CORRESPONDIENTE, ACEPTANDO SIN EMBARGO LAS HIPOTESIS NULAS EN LAS OTRAS COMPARACIONES.

SI CONSIDERAMOS LOS RESULTADOS GLOBALES DE LAS 3 TABLAS, PODRIAMOS DECIR QUE EN VIRTUD DE QUE LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS

RESPECTO A LA VARIABLE ANSIEDAD SE ENCUENTRAN SOLAMENTE EN ANSIEDAD-RASGO ES MUY PROBABLE QUE CIERTAS VARIABLES DE PERSONALIDAD DE LOS TRABAJADORES (QUE MERECE UNA INVESTIGACION MAS AMPLIA) HAYAN DETERMINADO DE ALGUNA MANERA LA SELECCION DE LOS SERVICIOS EN LOS CUALES HABRIAN DE TRABAJAR, ESTO ES; QUE LOS SUJETOS CON MAYORES ELEMENTOS ANSIOSOS, MUESTRAN PREFERENCIAS POR SELECCIONAR SERVICIOS DONDE EL RIESGO DE MUERTE, LA TENSION DE TRABAJO Y LAS EMERGENCIAS SON MAYORES. COMO HEMOS INDICADO, ESTA HIPOTESIS QUE SUGERIMOS MERECE CORROBORARSE EN OTRA INVESTIGACION QUE INVOLUCRE EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD DE ESTOS SUJETOS EN FORMA MAS EXHAUSTIVA.

POR OTRO LADO ENCONTRAMOS QUE LAS DIFERENCIAS OBSERVADAS EN LOS GRUPOS EXTREMOS ("N.I. VS "A.I.") INDICAN QUE LOS SUJETOS DE LOS SERVICIOS CON MAYOR RIESGO DE MUERTE TIENDEN A RESPONDER CON UNA DEPRESION SIGNIFICATIVAMENTE MAS ALLA QUE LA DE LOS SERVICIOS CON "N.I." ESTOS RESULTADOS EN SI MISMOS INDICAN LA MANERA EN QUE EL TIPO DE SERVICIO AFECTA A LOS INDIVIDUOS.

RESPECTO A LAS HIPOTESIS CORRELACIONALES, PRESENTAMOS EN EL CUADRO IV-5 LOS RESULTADOS DE LAS CORRELACIONES OBTENIDAS ENTRE LAS VARIABLES ANSIEDAD-RASGO Y ANSIEDAD-ESTADO DEL IDARE EN LOS 4 GRUPOS.

EN ESTA TABLA PUEDE OBSERVARSE QUE EXISTEN CORRELACIONES POSITIVAS Y SIGNIFICATIVAS ENTRE ANSIEDAD RASGO Y ESTADO EN LOS 4 GRUPOS, LO CUAL INDICA LA EXTREMA RELACION ENTRE ESTAS VARIABLES, AUNQUE TAMBIEN SE EXPRESA CIERTO GRADO DE INDEPENDENCIA ENTRE ELLOS YA QUE LAS CORRELACIONES NO SON DEMASIADO ALTAS. ESTO, CO

LATERALMENTE NOS ESTA HABLANDO QUE EL TEST DE SPIELBERGER ES CAPAZ DE DISCRIMINAR ENTRE ESTAS DOS MODALIDADES DE LA ANSIEDAD. EN CONSECUENCIA RECHAZAMOS EN LOS 4 GRUPOS LAS HIPOTESIS NULAS DE NO RELACION ENTRE ESTAS VARIABLES Y SE ACEPTAN LAS HIPOTESIS ALTERNATIVAS.

RESPECTO A LA RELACION ENTRE ANSIEDAD-RASGO Y DEPRESION ENCONTRAMOS TAMBIEN QUE ESTAS VARIABLES SE ENCUENTRAN CORRELACIONADAS EN FORMA SIGNIFICATIVA, AUNQUE NO SON TAN ALTAS COMO LAS COMPARACIONES ANTERIORES, LO CUAL NOS HABLA DE LA RELACION ENTRE ANSIEDAD-RASGO Y LA TENDENCIA A RESPONDER CON DEPRESION. SE RECHAZAN IGUALMENTE LAS 4 HIPOTESIS NULAS CORRELACIONALES Y SE ACEPTAN LAS ALTERNATIVAS.

LOS RESULTADOS DEL ANALISIS NO PARAMETRICO AL MEDIR LA ANSIEDAD COMO ESTADO (EA), DEMUESTRAN QUE SI HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS SERVICIOS, PERO EN LOS DE TERAPIA INTENSIVA Y UCIN SE REGISTRARON NIVELES DE ANSIEDAD-ESTADO MAS BAJOS DE LO ESPERADO. SOLO ONCOLOGIA SE MANTUVO CON UN NIVEL DE ANSIEDAD-ESTADO DENTRO DE LO PREVISTO.

MIENTRAS QUE EN EL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, EL NIVEL FUE MAYOR DE LO PREVISTO, LO CUAL ES UN DATO TOTALMENTE INESPERADO. HACIENDONOS SUPONER LA PRESENCIA DE FACTORES INDIVIDUALES QUE ESTEN ALTERANDO LA MEDIA.

DE ACUERDO A LA CLASIFICACION ENTRE SEXOS, SOLO SE OBTUVO DIFERENCIA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA, Y EN AMBOS, LAS MUJERES MANIFESTARON UN MAYOR GRADO DE ANSIEDAD-ESTADO. COMPORTAMIENTO SIMILAR AL QUE OBSERVAMOS

CON RESPECTO A LA VARIABLE DEPRESION. AMBOS SERVICIOS APUNTA UN NIVEL MAS ALTO EN CUANTO A DEPRESION Y ANSIEDAD-ESTADO EN COMPARACION CON LOS DEMAS SERVICIOS Y ESPECIALMENTE EN EL SERVICIO DE ENFERMERIA EL INCREMENTO ES MAYOR. LO QUE NOS ORIENTA A LAS SIGUIENTES PROPOSICIONES:

- 1.- EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA Y TERAPIA INTENSIVA, EN LOS CUALES LOS CUIDADOS INTENSIVOS A PACIENTES CON RIESGO DE MORIR, LA CARGA DE TRABAJO ES TAN COMPROMETEDORA EMOCIONALMENTE PARA EL PERSONAL SOMETIENDOS A ESTADOS DE TENSION POCO TOLERANTES QUE FAVORECE LA PRESENCIA DE REACCIONES DE ANSIEDAD Y DEPRESIVAS.
- 2.- ESPECIALMENTE EN LAS LABORES DE ENFERMERIA ES DONDE ESTAN COLOCADAS LA MAYOR CARGA DE TENSION, POR LAS RESPONSABILIDADES Y RUTINAS A QUE ESTA SOMETIDO ESTE TIPO DE PERSONAL. HECHO QUE CONCUERDA CON LA TESIS DE JACQUEZ Y MENZIES (1965) QUIENES SEÑALAN: "LAS ENFERMERAS DADO LA NATURALEZA DE SU PROFESION CORREN EL RIESGO DE VERSE INUNDADAS POR UN INTENSO E INCONTROLABLE SENTIMIENTO DE ANSIEDAD".

EN EL SERVICIO DE UCIN, EL PERSONAL CON EDADES ENTRE LOS 31 Y 45 AÑOS, REGISTRO UN MAYOR INDICE QUE LAS EDADES MENORES.

TAMBIEN EN ESTE CASO DEL ANALISIS DE LA ANSIEDAD COMO ESTADO, SE OBTUVO QUE UCIN Y TERAPIA INTENSIVA REGISTRARON INDIVIDUALMENTE COMO SERVICIOS UN NIVEL MENOR DE LO QUE SE ESPERABA Y LAS DIFERENCIAS CON RESPECTO A OTROS CRITERIOS JUSTO OCURRIERON EN ESTOS SERVICIOS, LO MISMO QUE EL CASO DE MEDICINA INTERNA DONDE LOS INDICES MAS SIGNIFICATIVOS EN CUANTO A ANSIEDAD -

SE REGISTRAN AHI. POR LO QUE SERIA INTERESANTE REALIZAR NUEVAS INVESTIGACIONES PARA PROFUNDIZAR MAS AL RESPECTO.

CON LAS MEDICIONES DE ANSIEDAD COMO RASGO, SE ENCONTRO QUE SI HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS DE SERVICIOS CLASIFICADOS POR INCIDENCIA DE MUERTE Y EL ORDEN QUE SE OBSERVA DE ACUERDO A ESTA VARIABLE ES EL MISMO QUE SE DEFINIO RESPECTO A LA INCIDENCIA DE MUERTE.

ENTRE OCUPACIONES, SIN DISTINGUIR SERVICIOS, SE ENCONTRO UN PATRON SIMILAR AL QUE SE REPORTO PARA LA MEDICION DE LA DEPRE-- SION, ES DECIR LOS MEDICOS: RESIDENTES Y ADSCRITOS, PRESENTAN LOS NIVELES MAS BAJOS, MIENTRAS QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA, NUEVAMENTE LOS MAS ALTOS. LO CUAL DEMUESTRA COMO EL PERSONAL DE ENFERMERIA ESTA RESPONDIENDO SENSIBLEMENTE CON UNA MAYOR ANSIE DAD-RASGO QUE EL DEMAS PERSONAL.

DE ACUERDO AL SEXO, SE OBSERVARON DIFERENCIAS EN EL PERSO-- NAL CUYA OCUPACION FUE LA DE RESIDENTE. EN ESTE CASO EL PERSO-- NAL FEMENINO ES EL QUE OBSERVA UN MAYOR PUNTAJE DE ANSIEDAD-- RASGO.

EL ANALISIS CON ESTA MEDICION DE LA ANSIEDAD, PRESENTO RE-- SULTADOS QUE CONTRASTAN CON LOS DOS ANTERIORES. EN GENERAL, SE PODRIA DECIR QUE LA CLASIFICACION DE LOS SERVICIOS POR INCIDEN CIA DE MUERTE TIENE UNA ASOCIACION DIRECTA CON EL NIVEL DE AN-- SIEDAD COMO RASGO DE LA PERSONALIDAD.

OTROS ASPECTOS DIGNOS DE TOMARSE EN CUENTA SON: EL PERSO-- NAL DE ENFERMERIA PARECE ESTAR MAS AFECTADO QUE EL PERSONAL ME

DICO, LAS MUJERES MAS QUE LOS HOMBRES Y EL PERSONAL SOLTERO MAS QUE EL CASADO, AUNQUE ESTOS PATRONES SOLO SE OBSERVARON EN SUB-POBLACIONES MUY ESPECIFICAS. EN CUALQUIER CASO, SERIA RECOMENDABLE REALIZAR NUEVAS INVESTIGACIONES EN ESTAS DIRECCIONES CONCE- DIENDO ESPECIAL IMPORTANCIA A LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTER-- NA, INFECTO-CONTAGIOSOS, TERAPIA INTENSIVA Y LA UNIDAD DE CUIDA DOS INTENSIVOS NEONATALES QUE PRESENTARON UN COMPORTAMIENTO NO PREVISTO.

CON LO QUE RESPECTA A LA MEDICION DE LA DEPRESION A TRAVES DEL CUESTIONARIO DISEÑADO POR ZUNG, SI SE PRESENTAN DIFERENCIAS CUANDO SE ANALIZAN LOS SERVICIOS INDIVIDUALMENTE, DE TAL FORMA QUE LOS SERVICIOS COMO: UCIN Y TERAPIA INTENSIVA CONSIDERADOS COMO DOS; DE LOS TRES SERVICIOS CON MAYOR INCIDENCIA DE MUERTE, MUESTRAN ALTOS INDICES DE DEPRESION.

LO CUAL COMPRUEBA EN CIERTA MEDIDA LA HIPOTESIS PROPUESTA EN LA INVESTIGACION DE QUE EL PERSONAL QUE LABORA CON PACIENTES DE RIESGO DE MORIR PRESENTA UN NIVEL MAS ALTO DE DEPRESION QUE AQUEL OTRO PERSONAL QUE MANEJA PACIENTES SIN RIESGO DE MUERTE.

DEL EXAMEN CONJUNTO DE LOS DOS ANALISIS SE PUEDE APUNTAR - QUE: LA UNIDAD DE UCIN REGISTRO UN NIVEL DE DEPRESION INESPERA DAMENTE BAJO AL IGUAL QUE EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. - - MIENTRAS QUE EL SERVICIO DE INFECTO-CONTAGIOSOS ALCANZA EL NI- VEL MAS ALTO DE DEPRESION.

EL HECHO DE QUE LA UNIDAD DE INFECTO-CONTAGIOSOS (II) DEL GRUPO DE MEDIANA INCIDENCIA DE MUERTE, MUESTRE UN NIVEL ALTO,

EN RELACION CON TODOS LOS DEMAS SERVICIOS, NOS HACE PENSAR EN FACTORES COMO: EL SUPERCONTROL EN LAS INDICACIONES, LA RUTINA AGOBIANTE, LA UTILIZACION DE LA MAXIMA ESCRUPOLOSIDAD Y ASEPSIA, EL MANEJO EN LA MAYORIA DE LOS CASOS DE PACIENTES EN ESTADO CRITICO Y CONTAGIOSO, ESTEN INTERVINIENDO EN EL ESTADO DE ANIMO DE ESTE PERSONAL.

APARECE TAMBIEN UN FENOMENO IMPORTANTE DE REVISAR Y ES EN RELACION AL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA: PERTENECE AL GRUPO DE MAYOR INCIDENCIA DE MUERTE; LOS RESULTADOS SEÑALAN UN ALTO NIVEL EN CUANTO A DEPRESION, Y FUE EL UNICO EN DONDE SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS DENTRO DE LA OCUPACION, ESPECIALIFICAMENTE CON EL JEFE DE SERVICIO Y LAS ENFERMERAS. ELLO NOS ESTARIA HABLANDO COMO LA CARGA DE TRABAJO ESTA DEPOSITADA EN LA PERSONA DE MAYOR AUTORIDAD Y EN AQUELLAS CUYO TRABAJO Y LA RUTINA DE ATENCION A LOS PACIENTES INCREMENTAN LA TENSION. TAMBIEN PUDIERA DARSE EL CASO DE QUE LOS RESULTADOS OBEDECIERAN A UN PROBLEMA PARTICULAR DEL JEFE DE SERVICIO, COMO SERIA UN TRASTORNO EMOCIONAL Y LA RESPUESTA DEPRESIVA TUVIERA MAS QUE VER CON UN CONFLICTO INTERNO PREVIO Y NO UNA REACCION A UNA SITUACION DE TRABAJO.

UN SIMILAR COMPORTAMIENTO SE OBSERVA EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. LOS RESULTADOS SEÑALAN NIVELES BAJOS DE DEPRESION, PERO IGUALMENTE SE DETECTARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO A SEXO Y EDAD. LO QUE PODRIA INTERPRETARSE COMO DE IGUAL MANERA LAS ENFERMERAS DEBIDO A LA CALIDAD DE SU TRABAJO Y TAREAS AGOBIANTES DE SU LABOR FAVORECEN UNA SITUACION DE TRA

BAJO POCO TOLERANTE, MANIFESTANDOLO A TRAVES DE UNA REACCION ANSIOSA DEPRESIVA.

ENTRE SEXOS SE OBSERVARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LOS SERVICIOS DE: UCIN (GRUPO A.I.) Y MEDICINA INTERNA (GRUPO M.I.). ASIMISMO FUERON LAS MUJERES LAS QUE REGISTRARON EL MAYOR INDICE DE DEPRESION. LO CUAL PODRIAMOS INTERPRETAR COMO EN ESTOS SERVICIOS IGUALMENTE LAS ENFERMERAS CUYA POBLACION ES SIGNIFICATIVAMENTE FEMENINA, SON LAS QUE MUESTRAN LOS INDICES MAS ELEVADOS DE DEPRESION.

FINALMENTE, EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA, LAS MUJERES CON UNA EDAD MENOR DE 30 AÑOS RESULTARON CON MAYOR INDICE DE DEPRESION QUE LAS DE UNA EDAD ENTRE 30 Y 45 AÑOS. CON LOS DATOS OBTENIDOS EN ESTE RENGLON PODRIAMOS INTERPRETAR QUE: EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE TODO EL MAS JOVEN SE HAYA MAS AFECTADA POR LA DEPRESION.

EN RESUMEN SE PUEDE DEDUCIR CON RESPECTO AL FACTOR DEPRESION QUE LOS SERVICIOS DE INFECTO-CONTAGIOSOS, MEDICINA INTERNA Y TERAPIA, UCIN Y TERAPIA INTENSIVA (DOS DEL GRUPO DE "A" - I." PRESENTARON UN COMPORTAMIENTO ESPECIALMENTE INTERESANTE EN CUANTO A NIVELES SIGNIFICATIVOS ALTOS DE DEPRESION, QUE EN CIERTA MEDIDA RESPONDE A LA HIPOTESIS INICIALMENTE PLANTEADA QUE A MAYOR EXPOSICION CON LA MUERTE ES MAS FACTIBLE LA TENDENCIA A ESTADOS DEPRESIVOS POR LA TENSION EMOCIONAL Y LA CONSTANTE AMENAZA DE PERDIDA QUE ESTO SIGNIFICA.

VI. SUMARIO Y CONCLUSIONES.

SE HA REALIZADO EN ESTE ESTUDIO UNA INVESTIGACION COMPARANDO EL GRADO DE ANSIEDAD-RANGO, ANSIEDAD-ESTADO Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO QUE LABORA EN VARIOS SERVICIOS CLASIFICADOS EN 4 GRUPOS DE ACUERDO CON EL GRADO DE INCIDENCIA DE MUERTE (ALTA, MEDIANA, BAJA Y NULA) DE LOS PACIENTES QUE ALLI SE INTERNAN.

EL FENOMENO DE LA MUERTE HA RECIBIDO MAYOR ATENCION DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL, ANTROPOLOGICO QUE PSICOLOGICO. HA SIDO APARENTEMENTE MAS FACIL SUPERAR EL HECHO SOCIAL O ANTROPOLOGICO APLICADO A LA HUMANIDAD EN GENERAL, QUE A CADA INDIVIDUO PERSONALMENTE. LAS DESCRIPCIONES DEL COMPORTAMIENTO DE GRUPOS SOCIALES, SUENAN OBJETIVAS Y SISTEMATICAS Y NO PROVOCAN EMOCIONES ACERCA DE LA MUERTE NI EN EL INVESTIGADOR NI EN EL LECTOR. ESTE TIPO DE ABORDAJE SIGUE UN PATRON COMPULSIVO, CREANDO DEFENSAS ALREDEDOR DE LA DOLOROSA REALIDAD DE LA MUERTE. AQUELLOS QUE TRATAN AL PACIENTE MORIBUNDO SE ENCUENTRAN EN UNA POSICION CRUCIAL ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. DE AQUI LA IMPORTANCIA DE LA ACTITUD EMOCIONAL DEL PERSONAL, HACIA EL PACIENTE MORIBUNDO Y HACIA LA MUERTE EN GENERAL, FACTOR DETERMINANTE DE PATRONES DE CONDUCTA POSTERIORES.

ESTAMOS DE ACUERDO CON VACHON (1978), JACQUES Y MENZIES --- (1970), HAY Y CASSAM (1981) DE QUE: AQUELLOS QUE TRABAJAN CON PACIENTES EN RIESGO DE MORIR PUEDEN A LA LARGA SENTIRSE RODEADOS POR LA MUERTE Y SUCUMBIR A LA DEPRESION Y SENSACION DE IM-

POTENCIA. ASIMISMO ESTOS FACTORES INCONSCIENTES PUEDEN OCASIONAR UNA TENSION CONSIDERABLE Y DAÑO. NOSOTROS PENSAMOS QUE FACTORES TANTO CONSCIENTES COMO INCONSCIENTES MOTIVAN A LOS INDIVIDUOS A TRABAJAR CON PACIENTES EN RIESGO DE MORIR. ES PROBABLE QUE CIERTAS VARIABLES DE PERSONALIDAD EN ELLOS, DETERMINEN DE ALGUNA MANERA LA SELECCION DE SERVICIOS MAS TENSIONANTES. - ESTO ES: QUE LOS SUJETOS CON MAYORES ELEMENTOS ANSIOSOS, MUESTREN PREFERENCIA POR SELECCIONAR SERVICIOS DONDE EL RIESGO DE MUERTE, LA ANSIEDAD Y LAS EMERGENCIAS SON MAYORES.

CONSIDERANDO ESTOS ASPECTOS ES QUE HEMOS SUPUESTO QUE: LA EXPOSICION DEL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO AL FENOMENO DE LA MUERTE PODRIA AFECTAR EN FORMA VARIABLE FACTORES DE PERSONALIDAD COMO SON LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION.

PARA LLEVAR A CABO TAL ESTUDIO SE UTILIZARON PRUEBAS DE -- SPIELBERGER QUE MIDEN ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO Y LA ESCALA DE LA DEPRESION DE ZUNG. LOS RESULTADOS GLOBALES INDICAN:

1.- EXISTEN RELACIONES ENTRE LA ANSIEDAD RASGO Y LA ANSIEDAD ESTADO, EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS. GRUPOS EXTREMOS.

2.- QUE NO EXISTEN EN LOS 4 GRUPOS EXTREMOS EN LO QUE SE REFIERE A ANSIEDAD ESTADO, PERO QUE EXISTEN EN LOS GRUPOS EXTREMOS EN ANSIEDAD RASGO. IGUAL QUE ESTAS VARIABLES INTERACTUAN CON OTRAS POR EJEMPLO: SERVICIOS, EDAD, SEXO, ESCOLARIDAD, ESTADO CIVIL.

LOS HALLAZGOS SUGIEREN LA NECESIDAD DE INVESTIGAR CON MAYOR AMPLITUD LA MANERA EN QUE OTROS FACTORES DE PERSONALIDAD -

AFECTAN LA RESPUESTA HUMANA ANTE EL FENOMENO DE LA MUERTE. ES EVIDENTE QUE DEBEN CONSIDERARSE TAMBIEN EFECTOS SOCIALES. ESTO ES, LOS DATOS NOS ESTAN INDICANDO QUE EL PERSONAL QUE LABORA - CON PACIENTES DE MAYOR INCIDENCIA DE MUERTE, MUESTRAN UN MAYOR GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. DE ACUERDO CON ESTOS RESULTADOS PODRIA PLANTEARSE LA POSIBILIDAD DE UNA MAYOR ATENCION Y CUIDADO DEL PERSONAL CON ENFASIS ESPECIAL EN LA DISPOSICION Y HABILIDAD PARA TOLERAR ALTOS NIVELES DE TENSION.

TODO ESTO CONLLEVA A LA NECESIDAD DE UTILIZAR PROGRAMAS DE SALUD MENTAL Y ESTABLECER ALGUN TIPO DE NORMAS QUE PERMITAN LIBERAR LA INTENSIDAD DEL STRESS EN SERVICIOS COMO: ONCOLOGIA, - TERAPIA INTENSIVA, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL Y MEDICINA INTERNA. ESTOS PROGRAMAS PODRIAN ESTAR ENCAMINADOS A ASPECTOS COMO: PERIODOS DE VACACIONES MAS FRECUENTES, AYUDA PSICOTERAPEUTICA A LOS SERVICIOS PARA IDENTIFICAR Y NEUTRALIZAR - LOS CONFLICTOS, PROMOVER POR PARTE DEL JEFE DE LOS SERVICIOS - LA PRESENCIA DE UN FORO DENTRO DEL CUAL TODOS LOS MIEMBROS PARTICIPEN, INTERVALOS DE DESCANSO DURANTE LAS HORAS TRABAJO, TRATAR DE REGULAR LA ESTANCIA DEL PACIENTE MUY DE CERCA CON EL OBJETO DE EVITAR QUE EL PERSONAL NO SE SOBRECARGUE DE TRABAJO. - SELECCION Y ENTRENAMIENTO PREVIO DEL PERSONAL PARA DESEMPEÑARSE EN ESTOS SERVICIOS.

DE LAS INVESTIGACIONES SIMILARES A LAS NUESTRAS EN LAS QUE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESION JUEGAN UN PAPEL VITAL EN LAS RELACIONES MEDICAS, PUEDEN CONDUCIR A LA PSICOLOGIA CLINICA A SUGERIR CAMBIOS EN LAS ESTRUCTURAS SOCIALES DE TRABAJO PARA EL - -

EJERCICIO DE LA ATENCION HOSPITALARIA.

ESTE TRABAJO PUEDE SER EN MEXICO EL PIONERO DE UNA INVESTIGACION ABUNDANTE PARA HALLAR SOLUCIONES A PROBLEMAS MEDICOS; - PARA CONFIRMAR ESTA RELACION DE LOS EFECTOS DE LA ANSIEDAD SOBRE EL PERSONAL QUE LABORA CON PACIENTES EN RIESGO DE MORIR; Y PARA EMPLEAR OTRA CLASE DE INSTRUMENTOS QUE PERMITAN UNA MAYOR AMPLITUD EN LA OBTENCION DE DATOS.

B I B L I O G R A F I A

1. ABRAHAM, K.: A SHORT STUDY OF THE DEVELOPMENTS OF THE LIBIDO VIEW IN THE LIGHT - OF MENTAL DISORDERS. SELECTED - PAPERS ON PSYCHOANALYSIS. HOGART PRESS. 1948.
2. ADLER, A.: CONOCIMIENTO DEL HOMBRE. ED. AUSTRAL. MADRID. 1962.
3. AGUSTIN, SAN.: OB. COMP. VOL. V. MADRID. 1959.
4. ANTHONY, J.: DEPRESSION AND HUMAN EXISTENCE. CHAPTER II. CHILD HOOD DEPRESSION ED. BY JAMES ANTHONY AND THERESE BENEDEK. ED. LITTLE BROWN AND CO. N. Y. 1975.
5. A. P. A. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOC. DIAGNOSTIC AND STATISCAL MANUAL: MENTAL DISORDERS. WASHINGTON D. C. 1952.
6. BECK, A. T. : INVENTORY FOR MEASURING DEPRESSION. ARCH. GEN PSYCHIAT. 4: 5-61-67. 1961.
7. BOWLBY, J.: ATTACHMENT AND LOSS. VOL. III. SADNESS AND DEPRESSION. BASIC. BOOKS. N. Y. 1950.
8. BOWLBY, J.: SEPARATION ANXIETY. INT. JOURNAL OF PSYCH. 41: 89-113. 1960.
9. CAPLAN, J. G.: INCIDENCE AS A PARENTAL LOSS IN

CHILDREN WITH DEPRESSED MOOD. J.
OF CHILD PSYCHOL AND PSYCHIATRY
10: 416-422. 1962.

10. CASSEM, N.; HACKETT, I.: SOURCES OF TENSION FOR THE CORONARY CARE UNIT NURSE. AMER. JOURNAL NURS. 72: 1426-1430. 1972.
11. CATTELL, R.; SCHEIR, I.: THE NATURE OF ANXIETY. PSYCHOL, REP. MONOG. SUPPL. 5: 351-358. 1958.
12. CATTELL, R.; SCHEIR, I.: NEUROTICISM AND ANXIETY. N. Y. ED. RON PRESS. 1961.
13. CERDA, E.: UNA PSICOLOGIA DE HOY. ED. HARDER. BARCELONA. 1969.
14. CONOVER, W. J.: PRACTICAL NON PARAMETRIC STATUS. ED. WILEY AND SONS. N. Y. 1971.
15. CLYDE, S.: CONSTRUCTION AND VALIDATION OF EMOTIONAL ASSOCIATION. CIT EN ZUNG, A.: SELF RATING DEPRESSION SCALE. ARCH. GEN. PSYCHIAT. 12: 63-70. 1961.
16. DE LA FUENTE, PSICOLOGIA MEDICA. FONDO DE CULTURA ECONOMICA. 1959.
17. DESCARTES, R.: PRINCIPIOS DE FILOSOFIA. MADRID. 1940.
18. ENGLISH, H.; ENGLISH, A.: A COMPREHENSIVE DICTIONARY. L. G. N. Y. 1958.

19. FENICHEL, OTTO.: TEORIA GENERAL DE LAS NEUROSIS, ED. PAIDOS. ARGENTINA 1975.
20. FISCHER, E.: THEORIES OF ANXIETY. HARPER AND -- ROW. N. Y. 1971.
- 21.- FISCHL, J.: HISTORIA DE LA FILOSOFIA. BARCELONA. ED. HERDER. 1968.
22. FREUD, S.: DUELO Y MELANCOLIA (1917). ED. BIBLIOTECA NUEVA. MADRID. 1968.
23. FREUD, S.: OBRAS COMPLETAS. VOL. I. ED. BIBLIOTECA NUEVA. MADRID. 1968.
24. FREEDMAN, A.; KAPLAN, H.; SADOCK, B.: COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. SALVAT. ESPAÑA. 1977.
25. GLASS, A.: ANXIETY AND STRESS WELFARE. PROGRESS IN PSYCHOTHERAPY. GRUNE AND STRATON. N. Y. 1957.
26. GONZALEZ, M. Y ALVAREZ, R.: ACTITUDES FRENTE A LA MUERTE EN EL MEDICO LA MUERTE Y EL MORIR.
27. GRINKER, R.: PSYCHOSOMATIC APPROACH TO ANXIETY. AM. J. PSYCHOL. 113: 443-447. 1956.
28. GRINBERG, L.: CULPA Y DEPRESION: ESTUDIO PSICOANALITICO. BIB. DE PSIC. PROFUNDA. ED. PAIDOS. ARGENTINA. 1978.
29. GROSS, A.: NURSES., FEELINGS ABOUT WORKING WITH DYING PATIENTS. ABSTRACT, HOSP. MANAGE, STUD. 14: 2-64. 1977.

30. HACKET, T; CASSEM, V.: THE CORONARY UNIT: AN APROISALITS PSYCHOLOGIC HAZARDS. N. ENG. J. MED. 279: 1365-1370. 1968.
31. HAY, D; OKEN, D.: THE PSYCHOLOGICAL STRESS OF INTENSIVE CARE UNIT. JAMA. 208: 332-334. 1972.
32. HALL, C.; LINDZEY, G.: THEORIES OF PERSONALITY. W. AND SONS N. Y. 1970.
33. HILLMAN, J.: EMOTION N. U. P. 1961.
34. HORNEY, K.: EL NUEVO PSICOANALISIS. FONDO DE CULTURA ECONOMICA. MEXICO. 1950.
35. IZARD. C. E.; TOMKINS, J.: ANXIETY AS NEGATIVE EFFECT: IN SPIELBERGER ANXIETY AND BEHAVIOR. A. P. 1971.
36. JACOBSON, E.: DEPRESSION, THE OEDIPUS CONFLICT IN THE DEVELOPMENT OF DEPRESSIVE MECHANISMS. PSYCHOANALYTIC STUDY OF THE CHILD. 12; 541-560. 1943.
37. JACOBSON, E.: THE SELF AND OBJECT. WORLD. N. Y. 1964.
38. JACOBSON, G.: CRISIS THEORY AN TREATMET STRATEGY: SOME SOCIAL CULTURAL AND PSYCHODYNAMIC CONSIDERATIONS. J. NERV. MENT. DIST. 141: 209-217. 1965.
39. JACQUES, E.; MENZIES J.: LAS INSTITUCIONES COMO DEFENSAS SOCIALES CONTRA LA ANSIEDAD. ED. PAIDOS. ARGENTINA. 1970.

40. JAMES, W., CIT. LA FILOSOFIA EN SUS TEXTOS. ED.
POR MARIAS J.: LABOR. BARCELONA. 1950.
41. JUNG, K. G.: PSICOLOGIA DEL INCONSCIENTE. ZURICH.
RASHER. 1948.
42. JUNG, K. G.: ENERGETICA PSIQUICA Y ESENCIA DEL
SUEÑO. ED. PAIDOS. ARGENTINA. 1934.
43. KLEIN, M.: A CONTRIBUTION TO THE PSYCHOGENE-
SIS OF MANIAC DEPRESSIVE STATES.
IN CONTRIBUTION TO PSYCHOANALYSIS.
MC. GRAW HILL. N. Y. 1948.
44. LADER, M.: CLINICA ANXIETY. MED. BOOKS. LON-
DON. 1971.
45. LARA TAPIA, H.: ALGUNAS NORMAS PARA LA MEDICION DE
LARA TAPIA, L.: LA DEPRESION. REV. NEURO. PSIQ.
17: 5-15. 1976.
46. LEHMAN, B.: PHARMACOTHERAPY OF TENSION AND
ANXIETY. SPRINGFIELD. 1970.
47. LESSE, S.: ANXIETY ITS COMPONENTS DEVELOPMENT
ANT TREATMENT. GRUNE AND START.
N. Y. 1970.
48. LEVITT, E.: THE PSYCHOLOGICAL OF ANXIETY. N.
Y. 1967.
49. MAHLER, M.: THE PSYCHOLOGICAL BRITH OF HUMAN
INFANT. BASIC BOOKS PUB. N. Y.
1975.

50. MAINE DE BIRAN, F.: INTRODUCTION SUR LES LECONS DE PHILOSOPHIE DE M. LAROMIGUIRE. ED. GOUTHIER. PARIS. 1941.
51. MALEBRANCHE, N.: DE LA RECHERCHE DE LA VARIE. LES OUVRES. ED. J. SIMON. PARIS. 1871.
52. MALMO, R.: ANXIETY AND BEHAVIORAL AROUSAL. PSYCHOL. REV. 64: 176-287. 1957.
53. MALMQUIST, C.: DEPRESSION IN CHILDHOOD AND ADOLESCENT. N. ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. 284-295. 1971.
54. MARIAS, J.: LA FILOSOFIA EN SUS TEXTOS, ED. LABOR. BARCELONA. 1950.
55. MARTIN, B.: THE ASSESMENT OF ANXIETY BY PSYCHOLOGICAL BEHAVIORAL MEASURES. PSYCHO. BULL. 58. 1961.
56. MC. DONALD, M.: A STUDY OF THE REACTION OF NURSE RY SCHOOL CHILDREN TO DEATH OF A CHILD'S MOTHER. PSYCHOAN. STUDY OF THE CHILD. 19: 358-375. 1966.
57. MC. REYNOLDS.: THE ETHIOLOGY OF SCHIZOPHERENIA. B. B. N. Y. 1960.
58. NADELSON, T.: THE PSYCHIATRIST IN THE SURGICAL INTENSIVE CARE UNIT. A CONSIDERATION OF STAFF ROLES. ARCH. SURG. 111: 118-119. 1976.

59. NAGERA, H.: CHILDREN'S REACTION TO THE DEATH OF IMPORTANT OBJECTS. PSYCHOANALYTIC STUDY OF THE CHILD. 25: 360-398. 1970.
60. NOYES Y KOLB.: PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. W. B. SAUNDERS. CO. 1958.
61. PIERON, H.: DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. ED. KAPELUZ. ARGENTINA. 1965.
62. PLATON.: LA REPUBLICA. ED. UNAM. MEXICO: 1970.
63. PRICE, T.; BERGEN, B.: THE RELATIONSHIP TO DEATH AS A SOURCE OF STRESS FOR NURSES ON A CORONARY UNIT. OMEGA 8: 229-238. 1977.
64. RADO, S.: THE PROBLEM OF MELANCHOLIA. INT. J. OF PSYCHOANAL. 9: 420-428. 1928.
65. QUIJANO: LA ACTITUD DEL MEDICO ANTE LA MUERTE INMINENTE. GACETA MEDICA DE MEXICO. 113: 3-4. 1977.
66. RANK, OTTO.: THE TRAUMA OF BIRTH. HARCOURT BRADCE. N. Y. 1929.
67. REDONDO, J.: ORTIZ, V.: EFECTOS DE LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO SOBRE LA INTELIGENCIA EN LA PRACTICA QUIRURGICA. TESIS UNAM. MEXICO. 1973.

68. REMUS, J.: EL DUELO PATOLOGICO EN LA ORFAN-
DAD. CUADERNOS DE PSICOANALISIS.
MEXICO. ENERO-MARZO 1965.
69. RILEY, J. W.: THE DYING PATIENT. RUSSELL SAGE
FOUNDATION. N. Y. 1970.
70. ROSS, C.: NURSES' PERSONNEL DEATH CONCERNS
AND RESPONSES TO DYING PATIENT -
STATMENTS. NURS. RES. N. Y. 27:
64-68. 1978.
71. ROSEN, H.: THE IMPACT OF PSYCHIATRIC INTEN-
SIVE CARE UNIT ON PATIENT AND --
STAFF. AM. J. PSYCHIATRY. 132:
549-551. 1975.
72. RILEY SCHREIBAUM, D.: APPROACHES AND DEVELOPMENTS IN THE
STUDY OF ATTITUDES TO DEATH: DES-
CRPTIONS OF MEETINGS WITH PHYSI-
CIANS AND IMPRESSIONS OF THEIR -
ATTITUDE ON THIS SUBJECT. ISRAEL.
ANN. PSYCHIAT. REALT. DISC. ISRAEL.
13: 259-269. 1975.
73. SCHACHTEL, ED.: METAMORPHOSIS. B. B. N. Y. 1969.
74. SIEGEL, S.: NON PARAMETRIC STATICS FOR THE BE-
HAVIORAL SCIENCES. MAC-GRAW HILL
N. Y. 1956.
75. SIEGEL, SL: ESTADISTICA NO PARAMETRICA. ED.
TRILLAS. MEXICO. 1979.
76. SOLIS, H.: EL QUE LLEGA A SER MEDICO. ENFOQUE
PSICOSOMATICO EN ODONTOLOGIA. UNIV.

- AUTONOMA DE N. LEON. GRUPO DE ESTUDIOS ODONTOLÓGICOS DE N. L. 1969.
77. SOLIS, H.: LA PERSONALIDAD DEL PSIQUIATRA. LEIDO EN EL COLEGIO DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA. MONTERREY. 1963.
78. SPIELBERGER, CH.: ANXIETY AND BEHAVIOR. A. P. N. Y. 1971.
79. SPIELBERGER, CH., DIAZ GUERRERO, R.: INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO. EL MANUAL MODERNO. MEXICO. 1973.
80. SPITZ, R.: EL PRIMER AÑO DE LA VIDA DEL NIÑO. FONDO DE CULTURA ECONOMICA. MEXICO. 1969.
81. SPITZ, R.: ANACLYTIC DEPRESSION. PSYCHOANALYTIC STUDY OF THE CHILD. 2: 312-342. 1946.
82. SPINOZA, B.: ETHICA. LATURZA. TRAD. DE S. GENTILE. 1914.
83. SULLIVAN, H. S.: THE INTERPERSONAL THEORY OF PSYCHIATRY. NORTON. N. Y. 1953.
84. VACHON, M. S.: MOTIVATION AND STRESSES EXPERIENCED BY STAFF WORKING WITH THE TERMINAL III. DEATH. EDUC. TORONTO, 2: 113-122. 1978.
85. WEBSTER.: NEW COLLEGIATE DICTIONARY. FREE - PRESS. SPRINGFIELD MASS. 1956.
86. WOLFENSTEIN, M.: LOSS, RAGE AND REPETITION. PSYCHOA

NALYTIC STUDY OF THE CHILD. 24:
432-460. 1966.

87. ZUNG, W. W. K.: A SELF RATING DEPRESSION SCALE.
ARCH. OF GENERAL PSYCHIATRY. 12:

88. ZUNG, W. W. K.: ACROSS CULTURAL SURVEY OF DEPRES-
SIVE SYMPTOMATOLOGY IN NORMAL --
ADULTS J. CROSS CULT. PSYCHOLOGY.
3: 177-183. 1972.

