



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

“DR. BERNARDO SEPULVEDA G”

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

**SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA
VIOLENCIA DOMÉSTICA Y OTROS FACTORES
PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE
ENFERMERIA DEL IMSS**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DR. JOAQUÍN CASTILLO JOO



ASESORES

M en C. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

M en C. DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ

D en C. GUADALUPE AGUILAR MADRID

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2012.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO

**SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y OTROS
FACTORES PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL IMSS**

No de Folio 2011 3601 150

TESIS QUE PRESENTA

DR. JOAQUÍN CASTILLO JOO

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASESORES: DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
ASESORES METODOLÓGICOS: DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ
DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID

MÉXICO, D. F

FEBRERO 2012

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADE CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ
INVESTIGADOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO
CMN SIGLO XXI

D. en C. GUADALUPE AGUILAR MADRID
INVESTIGADORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO
CMN SIGLO XXI

DEDICATORIA

A Dios por iluminarme y estar a mi lado en cada paso que doy

A mi mamá por ser mi fuerza y mi motivación

A mi papá por ser mi ídolo y ejemplo a seguir

A mi hermana Cynthia por ser mi alma gemela

A mi hermana Denisse por enseñarme lecciones de vida

A mis sobrinos Daniela y Fernando por ser una luz en mi vida

A Natalia por su amor, apoyo y fe en mí

AGRADECIMIENTOS

A mis asesores de tesis, M. en C. Dr. Cuauhtémoc Juárez Pérez y D. en C. Dra. Guadalupe Aguilar Madrid, por compartir sus conocimientos, su paciencia, acompañarme en este camino y enseñarme que la constancia, el trabajo y la dedicación son la base del éxito.

A mi profesor titular del curso de psiquiatría y asesor teórico de tesis M. en C. Dr. Felipe Vázquez Estupiñán por sus enseñanzas y por ser ejemplo de un excelente psiquiatra y una mejor persona.

A todos los profesores de la especialidad de psiquiatría por sus grandes enseñanzas.

A mis amigos y compañeros en especial a Rocío por su amistad, ayuda y apoyarme en todos mis proyectos, Rafael gran amigo de residencia, Andrés, Pilar, Laura, lo logramos, y a las futuras generaciones Graciela, Martha, Claudia, Lorena, Héctor y Jorge.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
OBJETIVOS.....	20
MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
RESULTADOS.....	33
DISCUSIÓN.....	36
CONCLUSIONES.....	43
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
TABLAS.....	49
GRAFICOS.....	57
ANEXOS.....	59

RESUMEN

LA SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA VIOLENCIA DOMÉSTICA Y OTROS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL IMSS

ANTECEDENTES La violencia en contra de las mujeres es ampliamente reconocida como una grave violación de los derechos humanos y cada vez más identificada como un importante problema de salud pública, la cual conlleva consecuencias importantes en la salud mental, sexual, física y reproductiva. Es importante evaluar la prevalencia e incidencia de la violencia doméstica en el personal de enfermería y las repercusiones de esta sobre su salud mental.

Otros elementos que también influyen en la salud mental de los profesionales de la salud son los factores de riesgo psicosociales, que en conjunto tendrían la capacidad de afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador.

OBJETIVOS Identificar la frecuencia de la violencia doméstica, los factores psicosociales negativos y su relación con la salud mental del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) en un hospital de tercer nivel del IMSS en la Ciudad de México.

MATERIAL Y METODOS Fue un estudio transversal, descriptivo, la población en estudio fue el personal de enfermería de una unidad de tercer nivel del IMSS. Fue una muestra por conveniencia y se incorporaron en el estudio a todo el personal de enfermería que aceptó participar y firmar su carta de consentimiento. Los instrumentos de medición son los cuestionarios general, evaluación de trastornos mentales, violencia hacia la mujer, evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo, burnout, calidad de vida en el trabajo, e Inventario de violencia y acoso psicológico.

RESULTADOS Se estudiaron a 70 enfermeras, 100% del sexo femenino, se identificó una prevalencia de trastornos mentales del 47.1%. Los trastornos mentales más prevalentes fueron los del espectro de ansiedad y depresión; ocupando el primer lugar el trastorno de ansiedad generalizado con 20%, seguido del trastorno distímico con el 14.2%. La prevalencia de la violencia doméstica fue de 54.2%. Se encontró una relación entre la presencia de trastornos mentales y violencia doméstica en el 63.2% ($p=0.003$). Otros factores asociados a la presencia de trastornos mentales fueron mayor edad 36 vs 33 ($p=0.02$), ser el sostén económico de la familia, ($p<0.001$), y mayor antigüedad en el puesto de trabajo ($p=0.002$).

DISCUSIÓN En nuestro estudio, los resultados con respecto a la presencia de trastornos mentales en enfermería y la presencia de violencia doméstica fueron similares a las reportadas a nivel mundial y en la Ciudad de México. Los trastornos del espectro ansioso se presentaron con mayor frecuencia que los trastornos depresivos. Con respecto a la presencia de violencia doméstica, la violencia psicológica fue la más frecuente, seguido de violencia física y por último

violencia sexual, datos similares a los encontrados en la literatura. De acuerdo a nuestros resultados podemos inferir que el personal de salud que es expuesto a violencia doméstica, tiene más probabilidad de experimentar trastornos mentales. Otros factores de riesgo en los cuales no se encontraron diferencias significativas pero se presentaron elevados en las enfermeras fueron la presencia de síndrome de Burnout, violencia psicológica en el trabajo, factores de riesgo psicosociales como la doble presencia, estima, exigencias psicológicas e inseguridad y factores que afectan la calidad de vida como la administración del tiempo libre.

CONCLUSIONES En nuestro país no existen estudios en donde se evalúen en conjunto la salud mental del personal de enfermería y su relación con la violencia doméstica y otros factores de riesgo como el síndrome de Burnout, mobbing, calidad de vida y factores de riesgo psicosociales. Podemos concluir que en la etiología de los trastornos mentales encontrados en este estudio, participan diversos factores como la presencia de violencia doméstica, factores de riesgo psicosociales, ambiente laboral, calidad de vida, sumados a los factores neurobiológicos, neuroquímicos y neuroendocrinos ya conocidos.

1. Datos del alumno

Castillo
Joo
Joaquín
15 44 50 41
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Médico Cirujano
09718705-9

2. Datos de los asesores

Vázquez
Estupiñán
Felipe

Aguilar
Madrid
Guadalupe

Juárez
Pérez
Cuauhtémoc

3. Datos de la tesis

Salud mental y su relación con la violencia doméstica y otros factores psicosociales en el personal de enfermería del IMSS
p. 94
2012

INTRODUCCION

La violencia interpersonal ha sido tema de varios estudios de salud pública debido a su reciente incremento a nivel mundial, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Hofner, et al. 2005). A pesar de la enorme importancia en la identificación de este problema, muchos médicos y personal relacionado con la salud (incluyendo al personal de enfermería), están pobremente informados sobre los factores de riesgo en las personas que son víctimas de violencia doméstica, principalmente por su pareja y por otros integrantes de la familia; así como de los diferentes tipos de violencia que pueden experimentar a lo largo de sus vidas (Sugg 1999).

La violencia en contra de las mujeres es ampliamente reconocida como una grave violación de los derechos humanos, y cada vez más identificada como un importante problema de salud pública, la cual conlleva consecuencias importantes en su salud mental, sexual, física y reproductiva (García-Moreno 2006).

Es importante mencionar que tanto en México como a nivel mundial, se reporta una sorprendente proporción de lesiones físicas presente en las mujeres, causada por lesiones traumáticas intencionales por miembros de su propia familia. En los últimos años, la profesión dedicada al ramo de la salud, tanto en México como en otros países alrededor del mundo, han reconocido cada vez más la violencia familiar como una amenaza significativa para la salud de las mujeres. (Díaz 2001).

La identificación y el manejo de personas que sufren cualquier tipo de violencia doméstica son muy bajas; se estima que solo del 7% a 25% de casos a nivel mundial son identificados y del 60% al 90% de pacientes que experimentan dicha condición son manejados inadecuada o inapropiadamente. Solo del 2% al 7% de pacientes que son vistos en los servicios de consulta externa reportan ser víctimas de violencia doméstica, física o verbal y en menor grado violencia sexual (García 2006).

Los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, asistente médicas y trabajadoras sociales) por tener mayor contacto con los pacientes y su entorno, son los profesionales más indicados para identificar diferentes formas de violencia doméstica y su repercusión en la salud e integridad de las personas que experimentan esta condición. Estando las enfermeras y ayudantes de enfermería envueltas íntimamente en la atención de las personas que sufren violencia doméstica. (Sugg 1999).

Tomando en cuenta estas cifras, existen muy pocos estudios en donde se valora la prevalencia y la incidencia de la violencia doméstica en el propio personal sanitario, específicamente en las enfermeras y ayudantes de enfermeras, y las repercusiones en su salud, específicamente en su salud mental; considerando otros factores psicosociales que pudieran influir en la presentación de algún tipo de psicopatología. Los factores psicosociales, definidos como aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador (Kristenn 2003).

Pueden presentarse factores de riesgo psicosocial de diverso tipo como lo son factores de riesgo que producen efectos agudos, factores de riesgo que producen efectos crónicos y condiciones cotidianas que, aunque generan efectos de estrés leves, no pueden considerarse como factores de riesgo psicosocial. Se han realizado varios estudios demostrando que estos factores pueden afectar al propio personal de salud, siendo los médicos y las enfermeras personas vulnerables para la presencia de los mismos con repercusiones en su salud física y mental.

Dentro de los riesgos psicosociales se encuentran el Burnout (o síndrome de desgaste profesional), Mobbing (o acoso laboral), y otros factores psicosociales relacionados con el ambiente laboral que influyen negativamente en el desempeño del trabajador y en su salud mental, física y reproductiva. Se han realizado varios estudios en trabajadores de la salud, principalmente en médicos y enfermeras, evaluando diversos factores de riesgo psicosociales entre los cuales se incluyen el Burnout, el Mobbing o acoso laboral, factores ambientales y sociales de riesgo en los trabajadores como la inseguridad en el trabajo, la estima, la doble presencia y la calidad de vida y sus posibles repercusiones en la salud de quienes lo padecen.

El síndrome de Burnout es una de las manifestaciones de estrés laboral más estudiadas, definiéndose como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach 1981). El Mobbing o acoso laboral se define como aquellas situaciones en las que un empleado o trabajador sufre de ataques psicológicos continuos por parte de uno o varios miembros del grupo laboral, siendo sometido a una persecución y abuso que le produce importantes trastornos en la salud física y mental (Leymann 1996).

Es bien sabido que dichos factores de riesgo psicosociales representan por si mismos un factor exógeno fundamental en la génesis de trastornos mentales dentro de los cuales destacan la ansiedad y la depresión, así mismo situaciones que desencadenan estrés son en extremo habituales en la vida y frecuentemente esta presentes en el entorno laboral de las personas, siendo el caso en el personal de salud. Sumando dichos factores de riesgo, suponemos un importante agente asociado a la salud física y mental del trabajador, repercutiendo ampliamente en la calidad de la atención y en la propia calidad de vida y laboral de quien está expuesto a dichas condiciones (Blackmore et al, 2008).

VIOLENCIA

La violencia en contra de la mujer ha sido considerada un importante problema de salud pública así como un problema social trascendental en la mayoría de los países a nivel mundial. También ha sido denominada “violencia de género” debido a que se basa en la toma de una relación de “poder” que es desigual entre hombres y mujeres, en donde la mujer frecuentemente se encuentra en una situación de subordinación y expuesta a diferentes tipos de agresiones (Oliveira 2008; García 2008).

La violencia en contra del género femenino puede tomar diferentes formas, incluyendo abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual el cual es llevado a cabo principalmente por la pareja, violación o abuso sexual perpetrado por un

familiar, un conocido o un extraño, y otro tipo de violencia como el abuso sexual durante la infancia, el tráfico de mujeres para fines de prostitución; mutilación genital femenina (cultural) y asesinatos (García 2008).

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones (OMS 2002).

La forma más común de violencia de género es la violencia doméstica, cometida principalmente por la pareja, en donde se estima que del 20 al 50% de las mujeres a nivel mundial sufren algún tipo de violencia verbal, física o sexual por su pareja o ex pareja, al menos una vez en su vida (Oliveira 2008).

En otras revisiones de estudios de poblaciones alrededor del mundo, se encontró que entre el 10 al 69% de las mujeres reportaban violencia física por su pareja en algún momento de sus vidas, acompañada usualmente de violencia psicológica y sexual (Heise 2002; García 2002).

La violencia de pareja se refiere a la violencia ejercida por el hombre (en la mayoría de las ocasiones) o la mujer hacia su pareja, incluyendo a mujeres casadas, divorciadas o que vivan en unión libre (García 2006).

Dentro de los principales factores de riesgo para las mujeres que son víctimas de violencia doméstica se encuentran; las conductas masculinas para obtener el control de la relación (impedir a la mujer ver a sus amigos o restringir el contacto con sus familiares, preguntar en todo momento en que lugar se encuentra, obligarla a pedir permiso para realizar cualquier actividad o salir a la calle, etc), baja escolaridad en las mujeres, críticas por parte de la mujer a la opresión masculina, estereotipias sociales de hombres y mujeres basados en las diferencias sexuales, experiencia personal de violencia durante la infancia, pobreza y abuso de alcohol y otras sustancias en el hombre o en la mujer (Oliveira 2008; García 2008).

Una de las clasificaciones de violencia doméstica puede basarse en los tipos de violencia cometida en contra de la persona que es víctimas de ella, teniendo como ejemplo los siguientes:

- Violencia psicológica: Comprende agresiones verbales como insultos, humillaciones, intimidación o amenazas (Oliveira 2008).
- Violencia física: comprende situaciones en donde existen lesiones físicas como bofetadas, apretones, empujones, golpes con objetos o algo que puede lastimar, patear, morder, ahogar, usar o amenazar con pistola, cuchillo u otra arma (Oliveira 2008).
- Violencia sexual. Se define como la penetración del órgano reproductor masculino u otro objeto sin el consentimiento de la persona a través de la vagina, boca o ano. Predominando principalmente en niñas y mujeres (Oliveira 2008). Otros ejemplos de violencia sexual se encuentran: forzar físicamente a tener relaciones

sexuales, tener relaciones sexuales cuando ella no quiere porque se siente asustada o amenazadas y obligadas a participar en prácticas sexuales consideradas degradantes o humillantes (Oliveira 2008; García 2008).

El riesgo de intento de violación o violación perpetrada para una mujer en su vida asciende hasta el 20%. Las mujeres y niñas se encuentran en mayor riesgo de sufrir violencia sexual por parte de personas que ellas conocen (pareja, algún familiar, novio, vecino, conocido y menos frecuente un extraño. Algunos estudios muestran que entre el 20% de mujeres alrededor del mundo han reportado algún tipo de abuso sexual en la infancia. Así mismo el abuso sexual en la infancia ha sido relacionado con violencia sexual en etapas adultas (García 2008).

Así mismo la violencia se puede clasificar por su grado de intensidad en leve, moderada y grave, basado en la probabilidad de que un acto cause una lesión física, una convención que se ha utilizado en estudios anteriores (García 2006).

Si bien se han tratado de establecer otros factores de riesgo asociados a la violencia de pareja tales como el consumo de alcohol, la falta de empleo del varón, y los trastornos de la personalidad del agresor, diversos estudios demuestran que la asociación de dichos factores con la violencia de pareja no implica un relación causal sino más bien un papel como factores contribuyentes o detonadores de eventos de violencia que se dan en un contexto social y cultural más amplio.

En México, Los resultados de la Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres, muestran la dimensión de la violencia de pareja como problema de salud pública, los factores de riesgo asociados y sus consecuencias. La magnitud del problema es enorme: la encuesta arroja una estimación de la prevalencia de violencia de pareja entre las usuarias de los servicios de salud, de 21.5%, es decir, una de cada cinco mujeres padeció alguna agresión de su pareja en los 12 meses previos a la entrevista (Encuesta Nacional de Violencia 2003).

Dentro de las dificultades que representa identificar a las víctimas de violencia doméstica se encuentran las relacionadas a la confidencialidad de las personas que reportan conductas violentas en contra de su persona, preocupación sobre su propia seguridad al delatar al agresor, falta de reporte por parte de las víctimas de violencia del abuso a la cual fueron sujetas, la formación de profesionales de salud altamente capacitados para identificar y proporcionar la ayuda adecuada a víctimas de violencia doméstica, falta de proporcionar el conocimiento y la educación a la población y al personal de salud sobre la violencia doméstica, implicaciones legales, tiempo dedicado a la atención de las personas, falta de intervenciones efectivas e instituciones que brinden ayuda a mujeres víctimas de violencia, falta de información sobre como brindar ayuda a las personas, miedo de ofender al preguntar sobre violencia doméstica y presencia de sentimientos de tristeza, vergüenza, culpa y humillación por parte de las mujeres víctimas de violencia, dependencia económica, impunidad o porque la experiencia sufrida no es reconocida como violencia (Taket 2003; Richardson 2002; Gutmanis 2007) .

En México muy pocos estudios han explorado el impacto de la violencia en la salud de las mujeres; sin embargo, en un estudio que evaluó las causas de demanda de atención por lesiones intencionales en los servicios de urgencia hospitalarios en la Ciudad de México, ocasionadas por diferentes tipos de hechos violentos, identificó que la violencia familiar representó 19.6% de los casos, siendo las mujeres las más afectadas (72%) en comparación con los hombres (28%). El principal agresor de las mujeres fueron sus propias parejas y el grupo de mujeres entre 30 a 34 años edad fue el más afectado (Hijar et al 2002).

En México, al igual que otros países del mundo, se han realizado estudios previos sobre violencia familiar o de pareja, los cuales han arrojado prevalencias que fluctúan entre el 28% y 72%. Los resultados de estas investigaciones realizadas en el país sobre la magnitud y características de la violencia familiar y de pareja si bien han permitido documentar lo que conocemos hoy sobre el problema, no son comparables entre sí por razones metodológicas, y no nos brindan un panorama nacional.

El 8 de marzo del 2000, se publicó en el Diario Oficial la Norma Oficial Mexicana, NOM-190-SSA-1999. "Prestación de los Servicios de Salud, Criterios para la Atención de la Violencia Familiar". Sin duda, esta NOM constituye un avance muy importante para prevenir y atender la violencia familiar en el sector salud.

En la elaboración de esta norma hubo una amplia participación de expertas y expertos del país que trabajan tanto en la academia como de la sociedad civil. La finalidad de esta norma es contribuir a la prevención y atención de la violencia familiar, y obliga al personal de salud, tanto médicos como enfermeras y trabajadoras sociales, a brindar una atención de calidad y a identificar los rasgos, indicios y situaciones de violencia familiar. Adicionalmente, vincula al sector salud con el de justicia, al incluir un apartado para que se notifiquen los casos a las autoridades encargadas de la impartición de justicia. (Asamblea Salud 1996)

A pesar del enorme valor que tiene esta norma como una herramienta para prevenir y atender la violencia familiar en los servicios de salud, su difusión y la capacitación del personal de salud para aplicarla han sido muy precarias. No existen en la mayoría de los servicios de salud públicos, ni en los de seguridad social, programas específicos para hacerle frente a este problema, y el personal de salud muestra muchas veces resistencias importantes para involucrarse en lo que considera un asunto que no es de su competencia.

VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

Una de las razones por la cuales la violencia de pareja se ha convertido en una prioridad en los servicios de salud es que en gran medida afecta la salud de quienes son víctima de esta (Taket 2003). La violencia de pareja en contra de la mujer ha sido identificada como un problema de salud pública con serias consecuencias para la salud y un importante impacto social incluyendo los altos costos financieros (Gutmanis 2007).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud, han demostrado que la violencia de género tiene un impacto negativo en la salud mental, física, sexual y reproductiva de la mujer (Oliveira 2008).

La violencia doméstica en cualquiera de sus expresiones está asociada con altas tasas de padecimientos mentales, siendo los más sobresalientes la depresión, el abuso de sustancias (marihuana y alcohol) y trastornos del espectro ansioso (predominando el trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizado, fobias y trastorno de pánico), trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia y trastorno por atracones), disfunción sexual y baja autoestima; dichas situaciones predominando mas en el género femenino que en el masculino (Ehrensaft 2006).

La violencia doméstica se ha relacionado con resultados fatales para la salud mental de las personas que sufren de esta experiencia como homicidios, suicidio, alta mortalidad materna e infecciones de transmisión sexual. Así mismo, se ha relacionado con comportamientos nocivos para la salud (fumar, abuso de alcohol y drogas, conductas sexuales de riesgo, inactividad física, comer en exceso); problemas en la salud reproductiva (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, VIH, enfermedades ginecológicas, enfermedad pélvica inflamatoria, abortos muchos de ellos realizados de manera clandestina, complicaciones durante el embarazo, abortos involuntarios, bajo peso al nacer); alteraciones en la salud física (lesiones físicas, alteraciones en la capacidad funcional, síntomas físicos, discapacidad física u obesidad en diferentes grados) y problemas de salud crónicos como síndrome de dolor crónico, síndrome de intestino irritable, alteraciones gastrointestinales, síntomas somáticos y fibromialgia (Taket 2003; García 2008).

Específicamente la violencia sexual se ha relacionado con problemas en la salud mental de personas que han sufrido esta experiencia, reportando conductas y problemas psicológicos, baja autoestima y depresión e incremento en el uso de alcohol y otras sustancias. Y los problemas relacionados con la salud física como infecciones de transmisión sexual, lesiones en el sitio del abuso, fístulas vésico vaginales y rectales, embarazos no deseados, etc., (García 2008).

La violencia doméstica no es un proceso mediante el cual se identifique como la génesis única de trastornos mentales que se pudieran presentar en personas que viven esta situación, tomando en cuenta que hay una importante continuidad entre trastornos psiquiátricos que inician desde la infancia y que posteriormente se desarrollan hasta la edad adulta, particularmente trastornos de conducta que se inician desde la infancia para posteriormente desarrollar en la etapa adulta depresión, abuso de sustancias y ansiedad (Costello 2003; Hofner 2005).

De la misma manera se ha documentado la relación que existe entre ser víctima de violencia durante la infancia y sufrirla durante la edad adulta y el desarrollo de enfermedades mentales como producto de la violencia o perpetuador de esta. Así mismo hombres y mujeres que han presentado historia de trastornos de la conducta tienen alto riesgo de estar envueltos en relaciones de violencia durante la edad adulta (Ehrensaft 2006).

En suma los niños que crecen con violencia doméstica tienen 30-60% más probabilidad de experimentar abusos y tienen tasas altas de problemas como trastornos del sueño, pobre rendimiento escolar, inestabilidad emocional, tartamudeo, conductas agresivas, disruptivas y suicidas, además los niños que viven con violencia doméstica aprenden a aceptar a la violencia como un método apropiado para resolver problemas y posteriormente repetir este patrón en la edad adulta (Taket 2003; Watts 2003).

VIOLENCIA EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA

A nivel mundial poco se sabe sobre la violencia de pareja entre las enfermeras y ayudantes de enfermeras. En México se han realizado pocos estudios relacionados con la violencia doméstica y su relación con el personal de enfermería (Díaz 2001).

Algunos estudios han evaluado la prevalencia de la violencia doméstica en la población general, encontrando que un gran porcentaje de mujeres adultas (aproximadamente el 30%), fueron víctimas de violencia doméstica. Otros estudios se han enfocado en la violencia durante el embarazo y la asociación entre depresión y violencia familiar, así como la relación entre consumo de alcohol y abuso de pareja; y abuso durante la infancia (Díaz 2001).

Así mismo se han informado estudios en enfermeras que reportan prevalencias similares de violencia de pareja y violencia durante la infancia, en comparación a países desarrollados como Estados Unidos con prevalencias entre el 13 y 60%. Además de las relaciones violentas entre parejas, existen similares proporciones entre los diferentes grupos socioeconómicos, con relación a la violencia física, sexual y psicológica en la edad adulta, teniendo una importante relación con la historia de violencia física durante la infancia, lo que es un factor de riesgo para presentar violencia durante la edad adulta. (Díaz 2001, García 2006).

El estudio más grande realizado en la Ciudad de México fue en 11 hospitales, se evaluaron a 1150 enfermeras, para medir la prevalencia de la violencia doméstica, así como de la violencia familiar durante la infancia, encontrando los una prevalencia de violencia física o sexual del 13% al 18%, 40% reportaron violencia psicológica, siendo las más comunes que su pareja controlara sus actividades diarias, limitar las relaciones con su familia y someterla utilizando constantemente un lenguaje ofensivo. Aproximadamente una de cada ocho mujeres en ambos grupos reportaron abuso sexual o físico durante la infancia. Además encontrando una importante relación entre el personal que sufrió cualquier tipo de violencia durante la infancia y la que presenta nuevamente violencia en la etapa adulta. (Díaz 2001)

En otros estudios de prevalencia realizados en México, citan cifras de entre el 20 y el 40% de violencia física o sexual (García 2006)

OTROS RELACIONADOS EN FACTORES PSICOSOCIALES EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Es importante considerar otros importantes factores de riesgo psicosociales relacionados con la salud mental, física y reproductiva de este sector laboral, que en muchos de los casos podrían generar situaciones como estrés crónico, o

cansancio emocional; provocando trastornos mentales, trastornos psicosomáticos o enfermedades médicas, e interfiriendo en sus actividades laborales.

FACTORES PSICOSOCIALES

El estrés, la ansiedad, la depresión, diversos trastornos psicosomáticos, trastornos cardiovasculares, enfermedades gastrointestinales, trastornos inmunitarios, alérgicos, o trastornos musculares como contracturas o dolor de espalda pueden ser debidos a la exposición de riesgos psicosociales en el trabajo. Los riesgos psicosociales son características de las condiciones de trabajo y concretamente de la organización del trabajo, nocivas para la salud (Kristensen 2003).

Los riesgos psicosociales se definen como aquellos aspectos del diseño del trabajo, de la organización y de la dirección del trabajo y sus contextos sociales y organizacionales que tienen el potencial de causar daño físico o psicológico (Gil Monte 2006).

Existen cuatro grandes grupos de riesgos psicosociales que se pueden identificar en el puesto de trabajo:

- El exceso de exigencias psicológicas del trabajo.
- La falta de control sobre los contenidos y las condiciones de trabajo y de posibilidades de desarrollo.
- La falta de apoyo social, de calidad de liderazgo, de previsibilidad o de claridad de rol en el trabajo.
- Las escasas compensaciones del trabajo.

Así mismo existe otro factor que afecta la salud: la doble presencia, que significa realizar dobles trabajos tanto en su propio trabajo como en su casa. La mayoría de las mujeres trabajadoras realizan la mayor parte del trabajo doméstico y familiar, lo que implica una doble carga de trabajo, si lo comparamos con hombres.

Además el trabajo familiar y doméstico implica exigencias que deben asumirse de forma voluntaria a las del trabajo remunerado y la organización de éste dificulta o facilita la compatibilización de ambos. Contribuyendo de manera global en la génesis de trastornos mentales como depresión y ansiedad, repercutiendo invariablemente en la calidad del trabajo y en la productividad individual de las mujeres que tienen ambos tipos de trabajos (Kristensen 2003).

ESTRES LABORAL

La palabra estrés significa provocar tensión. Se define, como el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar (Atance 1997).

Otra definición que abarca aspectos psicológicos menciona que es un desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en donde el fracaso en hacer frente a las demandas tiene consecuencias percibidas importantes (Gil-Montes 2006).

El estrés laboral afecta a más de 40 millones de trabajadores en la Unión Europea, y representa un gasto de 20 mil millones de euros en concepto de ausentismo laboral y costos sanitarios. El estrés laboral representa el segundo

mayor problema de salud laboral precedido del dolor lumbar, afectando a casi una tercera parte de los trabajadores en la Unión Europea (Del Río 2003).

Es un problema grave que afecta a los trabajadores, constituyendo un problema serio de salud pública, repercutiendo en la salud física y mental de los trabajadores con grandes consecuencias a nivel económico, social y personal. Suponiendo para la empresa mayor tasas de ausentismo, disminución del rendimientos laboral, disminución en la calidad de la atención y por último en abandono del mismo (Del Río 2003).

Hay diversos factores que pueden ser origen de estrés para las personas, se pueden ubicar en el ambiente externo del individuo (condiciones ambientales laborales), o estar ubicados en el ambiente interno del individuo.

Para que se desencadene una respuesta de estrés en el individuo, el sujeto debe interpretar que diversas situaciones van a tener consecuencias desagradables o penosas, en el caso de que no se modifiquen; por lo tanto lo que determina la respuesta a el estrés es lo que considera el sujeto como una demanda amenazante y difícil de controlar (Gil-Montes 2006).

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar una determinada situación (Gil-Montes 2006).

ACOSO LABORAL

Otro factor de riesgo psicosocial implicado en la salud mental de las enfermeras es el acoso laboral o “mobbing” el cual se considera uno de los principales riesgos a los que puede enfrentarse un trabajador, a lo largo de su vida laboral (González 2008).

El término *mobbing*, proviene del etólogo Konrad Lorenz que lo definió como el ataque de una coalición de miembros débiles de una misma especie contra otro individuo más fuerte que ellos. Se considera como un proceso de destrucción, compuesto por una serie de actuaciones hostiles que, tomadas de forma aislada, podrían parecer anodinas, pero cuya repetición constante tiene efectos perniciosos.

En al ámbito laboral, el concepto de *mobbing* o abuso psicológico se utiliza para describir situaciones en las que un empleado o trabajador sufre de ataques psicológicos continuos por parte de uno o varios miembros del grupo laboral, siendo sometido a una persecución y abuso que le produce importantes trastornos en la salud física y mental (Leymann 1997; Calero 2003). Se considera que existen tres tipos de *mobbing*:

Ascendente: Una persona con rango jerárquico superior en la organización se ve agredida por uno o varios subordinados. Generalmente se produce cuando se incorpora a la empresa y sus métodos no son aceptados por los trabajadores que se encuentran a su cargo, o porque ese puesto es anhelado por alguno de ellos.

Horizontal: Un trabajador se ve acosado por un compañero con el mismo nivel jerárquico, aunque es posible que tenga una posición superior, de forma no oficial. El ataque puede producirse por problemas personales o porque alguno de los miembros del grupo no acepta las pautas de funcionamiento aceptadas por el resto.

Descendente: Es la situación más habitual. Se trata de un comportamiento en el que la persona que ostenta el poder a través de desprecios, falsas acusaciones, e incluso insultos pretende minar el ámbito psicológico del trabajador acosado (Leymann 1997).

Existen condiciones de especial vulnerabilidad, que favorecen la aparición de *mobbing*, como los entornos en los que predomina y se favorece la competencia o en los que se presentan estilos de mando autoritarios. En lo que se refiere a las víctimas, frecuentemente son de edades menores a los 30 años y se ha observado mayor incidencia en trabajadores eventuales o temporales, que en los fijos.

En algunos estudios, se ha observado que son más comunes los casos de acoso laboral en mujeres que en hombres (González 2008).

Las consecuencias del *mobbing*, son amplias y variadas, afectando básicamente a la víctima en tres niveles:

Nivel individual: Con efectos cognitivos (apatía, dificultad para concentrarse, etc.), estrés, trastornos del sueño, fatiga, debilidad, suicidio en casos extremos, entre otros.

Nivel familiar: Aislamiento, problemas de pareja, conflictos con sus hijos, etc.

Nivel organizacional: Ausentismo, incremento en las tasas de incapacidades y accidentes, disminución de la productividad, clima laboral negativo en general (González 2008).

En lo referente a enfermedades que pudieran ser producidas por *mobbing* o acoso laboral, la sintomatología concreta es variada, según se ha constatado en diferentes estudios, clasificándola en dos grandes grupos, según las atribuciones de la propia víctima:

- a) Síntomas físicos: lumbalgias, artralgias, cefalea, problemas de memoria, hiporexia, taquicardia, disnea, vértigo, hipotensión, hipertensión, entre otros.
- b) Síntomas psíquicos: Irritabilidad, llanto fácil, trastornos del sueño, aislamiento social, ideas suicidas, etc. (González 2008)

Para determinar la presencia de *mobbing*, se requieren tres elementos mínimos: la presencia de comportamientos violentos de una o varias personas sobre otra(s), que éstos comportamientos se presenten de manera continua durante cierto tiempo y que exista la intencionalidad de destrucción psicológica y de obtener su salida de la organización o de dañar deliberadamente a la persona.

El personal de salud ha sido ya bastante estudiado en relación con los riesgos psicosociales; la sobrecarga laboral, la falta de equidad, el escaso reconocimiento, entre otros, son factores comunes que en cualquier profesión pueden conllevar al desgaste personal.

Aunado a los anteriores, en el área de la salud se pueden añadir algunas variables que son distintivas como: el contacto cotidiano con el dolor y la muerte, peticiones excesivas por parte del usuario, temor a cometer errores irreparables, agresiones físicas y verbales, etc. En los últimos años se ha considerado que ha habido una pérdida significativa del apoyo social y de la valoración que en otros tiempos gozaron los profesionales de la salud. (Juárez et al, 2005)

El servicio de enfermería se ha encontrado como un sector laboral afectado por *mobbing*, en estudios internacionales; al respecto, una encuesta nacional realizada en España, encontró que el *mobbing* es el riesgo psicosocial más frecuente entre el personal de enfermería, constituyendo el primer riesgo laboral para este sector; el 65% de las enfermeras encuestadas habían sufrido *mobbing* y el 80% presenciaron en el entorno laboral comportamientos de *mobbing*. Manifestaron que presentan problemas físicos y psíquicos a causa de conductas relacionadas con *mobbing* (Juárez et al, 2005).

El personal de enfermería que padece *mobbing* tiene un mayor promedio de días de baja laboral y ausentismo. Una gran parte toma una actitud pasiva y de indefensión y un bajo porcentaje de los casos recibe apoyo de sus compañeros.

No se sabe con exactitud porqué este sector laboral sea más vulnerable al *mobbing*, pero se ha especulado que puede deberse al perfil clásico de esta profesión, por ejemplo, la mayoría son mujeres, profesión de carácter asistencial, empatía y actitud de no confrontación, jerarquías marcadas, sistemas de trabajo burocráticos, ambiente laboral competitivo, entre otros. (Juárez et al, 2005).

BURNOUT EN EL PERSONAL DE SALUD

El concepto de Burnout fue utilizado por primera vez en 1974 por Freudenberger que lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación, que no produce el esfuerzo esperado. (Freudenberger 1974).

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, el cual se compone por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, además de la vivencia que tiene la persona de percibirse emocionalmente agotado. Otro nombre con el cual se le conoce a dicho síndrome es el "síndrome de quemarse por el trabajo" o "síndrome de desgaste profesional" (Maslach 1981).

El síndrome de Burnout es considerado como una fase avanzada del estrés laboral, en diversos tipos de profesionales, el cual está presente al fallar las estrategias de afrontamiento que el individuo suele utilizar; siendo un paso intermedio entre el estrés y las consecuencias físicas o mentales de este, así como repercusiones negativas en la organización para la cual labora el individuo que lo padece (Balanza 2003).

Todo profesional que trabaje e interactúe con individuos es candidato a presentar el síndrome. De hecho, profesiones relacionadas con el campo de la educación, docentes principalmente, también presentan importantes niveles

de estrés asistencial que los ha llevado al agotamiento profesional. Sin embargo, son muchos los estudios que han demostrado que el estrés característico de las profesiones de la salud, tales como médicos y enfermeras, es más alto que el de muchas otras profesiones.

Atender el dolor, la muerte y las enfermedades terminales, aunado a la sensación frecuente de no poder hacer nada o muy poco, resulta sumamente estresante; aún más cuando las situaciones que se tienen que enfrentar son de urgencia y las decisiones que se tomen son cuestiones de vida o muerte para los pacientes (De los Ríos-Castillo 2007).

En 1981 Maslach y Jackson propusieron tres dimensiones interrelacionadas para el síndrome de Burnout, las cuales constituían:

El cansancio emocional, que estima la vivencia de fatiga emocional por las demandas de trabajo, siendo el elemento central del síndrome.

La despersonalización que mide las respuestas de tipo impersonal y las actitudes negativas hacia los pacientes, con actitudes de aislamiento, y pesimismo y que se traducen como distanciamiento de los compañeros laborales y de los pacientes, originando una deshumanización en las relaciones interpersonales, desprecio hacia el entorno y en ocasiones tendencia a culpar a los demás de las propias frustraciones laborales.

Por último la tercera dimensión del síndrome de Burnout es *la realización personal*, que refleja la satisfacción personal y la competencia en la práctica del trabajo cotidiano (Maslach-Jackson 1981).

Diversos estudios han demostrado la presencia del síndrome de Burnout entre el personal médico y paramédico. Siendo el contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo las principales causas de este síndrome. En un estudio multicéntrico entre 248 médicos intensivistas de los Estados Unidos, el 40% presentó el síndrome con detrimento emocional, lo que coincide con otro estudio realizado en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos y a otros con trasplantes de médula ósea (Pereda-Torales 2009).

En México en un estudio realizado en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias, reveló que 10.9% presentaban cansancio emocional, 19.6% despersonalización y 74.9% de baja realización personal (Pereda-Torales 2009)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se realizó un estudio entre los médicos familiares, donde la prevalencia de síndrome de Burnout fue del 42.3% (Aranda 2005).

Las consecuencias sobre la salud de los trabajadores sanitarios que están expuestos a este síndrome son presencia de:

- Síntomas subjetivos: caracterizados por cefalea tensional, tensión muscular, acidez, palpitaciones, frigidez, impotencia, sensación de falta de aire, irritabilidad, dificultad para la concentración, pérdida de memoria.
- Cambios en el comportamiento; adicciones tanto lícitas como ilícitas, alteraciones del sueño (insomnio), ausentismo laboral y pérdida de la autoestima.

- Enfermedad física: hipertensión, flebitis, infarto agudo del miocardio, colitis, gastritis, prurito, eccema, psoriasis, dermatitis, etc.
- Alteraciones emocionales; ansiedad, depresión, alcoholismo y otras adicciones (De los Ríos Castillo 2007)

Dentro de los principales factores desencadenantes del síndrome de Burnout, se encuentran el ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral (condiciones laborales que rodean al individuo, ej, vibraciones, nivel de ruido, carga laboral).

El estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera; estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales (centralización, complejidad y formalización) como lo son falta de participación en la toma de decisiones, falta de autonomía, falta de apoyo social, técnico y emocional (Gil-Monte 2006). Otros factores que contribuyen a la aparición del síndrome de Burnout son el género, (el género masculino puntúa más alto en la despersonalización, y por el contrario el género femenino es mayor para el agotamiento emocional y la realización personal); la edad, presentándose más frecuentemente entre los 30 y 40 años de edad; el estado civil, siendo mayor en personas que no tienen pareja estable, profesionales empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, altruistas, entusiastas, obsesivos; falta de apoyo social (Gil-Monte 2007).

CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO

Con el pasar del tiempo, podemos percatarnos que existe cada vez más una necesidad mayor de mejorar nuestra calidad de vida, como individuos y como sociedad. Se ha identificado una situación económica y política que nos lleva a la escasez de recursos, tanto en el ámbito económico, como en el social e inclusive el ambiental. El mal uso de los recursos nos ha llevado a situaciones que generan pérdidas tanto a las instituciones como a los individuos, con el natural detrimento de la motivación de los trabajadores, la disminución de la calidad de los servicios que se prestan y la disminución de la calidad de vida y de los usuarios y de los trabajadores. (González 2009)

La calidad de vida ha sido definida de múltiples formas, de acuerdo al abordaje que se le dé, desde una simple percepción de las personas, en donde su evaluación se basa en las expectativas y proyectos de las mismas, pasando por definiciones economistas, en donde se define como nivel de vida, y se relaciona con la posesión de capacidades y bienes materiales, o la del punto de vista médico, que la define como bienestar médico y tiene que ver con la salud psicosomática del organismo, volviéndose su evaluación muy objetiva.

Se han identificado áreas o dimensiones que componen la calidad de vida que incluyen la renta per cápita, esperanza de vida al nacer, tasas de mortalidad, libertades políticas y sociales, dinero, propiedades, crecimiento económico integral, salud familiar, seguridad física y psicológica, relaciones interpersonales, entre otras. Sin embargo el consenso aproximado es la evaluación objetiva y subjetiva que la persona, hace respecto a lo logrado en la familia, amigos, estudio, ocio, y trabajo, así como el estado de salud dentro de su propio contexto social y cultural (González 2009).

En respuesta a la prolongación de vida que se ha logrado aún en presencia de enfermedades graves, se hace necesario evaluar la calidad de tiempo de vida que se logra en las personas; enfocándonos en la calidad de vida relacionada a la salud, en donde se pretende evaluar la cantidad de tiempo de vida desde la perspectiva del paciente y desde la perspectiva científica médica.

Por lo tanto de manera general podemos definir a la calidad de vida en el trabajo como un concepto multidimensional que se integra, cuando el trabajador, a través del empleo y bajo su propia percepción, ve cubiertas las siguientes necesidades personales; soporte institucional, seguridad e integración al puesto de trabajo y satisfacción por el mismo, identificando el bienestar conseguido a través de su actividad laboral y el desarrollo personal logrado, así como la administración de su tiempo libre. (González 2009).

La calidad de vida laboral comprende básicamente dos dimensiones, las que tienen que ver con el entorno en que se realiza el trabajo y las que se relacionan con la experiencia subjetiva de los trabajadores. La primera está relacionada con la identificación indicadores clásicos de productividad, los costos relacionados con la misma desde la eficiencia del trabajador y las mejoras objetivas del ambiente laboral, mejoras económicas y disminución de factores de riesgo.

La segunda dimensión se relaciona con la percepción de los trabajadores, identificando las condiciones relacionadas con el trabajo, el medio ambiente laboral, los beneficios y servicios obtenidos, las posibilidades de desarrollo personal, las relaciones humanas, etc. que puedan ser relevantes para la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral. (González 2009).

Poco es conocido sobre la satisfacción del trabajo del personal de enfermería, en un estudio realizado en Japón en un hospital psiquiátrico, con enfermeras y ayudantes de enfermeras, 1494 participantes en donde se les evaluó la intención de abandonar su trabajo, casi la mitad, el 44.5% reportan intenciones de dejar su trabajo actual, el 32.5% de estas enfermeras están insatisfechas con su trabajo y el 5.4% están muy insatisfechas en el trabajo que se encuentran actualmente. Estos resultados son muy importantes, debido a que sugieren insatisfacción en el trabajo, siendo perjudicial para la institución en donde laboran por la calidad de atención prestada a los pacientes (Ito 2009).

Otras de las principales causas de insatisfacción de las enfermeras se encuentran las largas horas de trabajo, las horas extraordinarias no remuneradas, tener que aceptar a los pacientes independientemente si tienen o no los recursos disponibles para cuidar de ellos y la falta de control sobre su trabajo (Ito 2009; Nolan 2003).

El incremento de la burocratización en los cuidados de la salud, condiciones poco atractivas de trabajo, pobre pago y estrés y cansancio emocional, están asociados a altas tasas de síndrome de Burnout y violencia en el lugar de trabajo. Parece ser que los servicios de salud han llegado a ser emocionalmente distantes y que las relaciones interpersonales entre los profesionales de la salud han sido remplazadas por los avances en la tecnología y por un sistema acelerado de gestión en la salud (Nolan 2003).

JUSTIFICACION

La importancia de esta investigación radicó en que la violencia doméstica día a día cobra más importancia en la salud mental de las mujeres quienes son víctima de esta experiencia, repercutiendo en sus ámbitos sociales, laborales y familiares.

Varios estudios han examinado el conocimiento, las actitudes, las creencias, y la falta de detección oportuna en mujeres víctimas de violencia física, las tasas de violencia doméstica a las que son expuestas (principalmente) el género femenino en la población general; así como los conocimientos sobre la violencia doméstica y la identificación de esta en la población general; sin embargo hay muy pocos estudios que identifican la violencia domestica en el propio personal de salud (específicamente en las enfermeras y auxiliares de enfermeras) y su relación con la salud mental (Gutmanis et al 2007).

Aunque en los últimos años han aumentado las investigaciones relacionadas a la violencia doméstica, aún no conocemos el impacto real que representa en la salud mental y la calidad de vida de las personas que lo experimentan; por lo cual es importante evaluar al personal de salud (enfermeras y auxiliares de enfermeras) que son víctimas de esta e identificar los diferentes factores psicosociales, que están involucrados en el proceso de atención médica y las condiciones de trabajo en las que se desenvuelven.

Así mismo la relevancia del presente estudio fue lograr identificar otros factores de riesgo que pueden afectar la salud mental del personal de enfermería, identificando la prevalencia de violencia en este personal, los factores psicosociales negativos, estrés laboral y calidad de vida laboral, ya que esto probablemente impacta en la calidad de la atención otorgada a los pacientes, así como en sus relaciones laborales y sociales.

Hasta el momento, no existe ningún estudio en la literatura mundial en donde se demuestre la relación que puede haber, además de la violencia doméstica, entre diversos factores psicosociales como el Mobbing, Síndrome de Burnout, doble presencia ,estima, inseguridad en el trabajo y calidad de vida laboral, en relación a los trastornos mentales, evaluando dichos factores.

En la medida que conozcamos los resultados de este estudio, se podrá tener una estimación sobre como impactan estos factores en la calidad de atención a los usuarios, así como el impacto económico que podrían tener en relación a la salud mental y la disminución del rendimiento laboral del trabajador que está expuesto a esta situación.

El presente estudio fue factible en la medida que se contó con la colaboración de investigadores en el área de la salud en el trabajo, de psiquiatría, de la infraestructura, así como de la participación de las enfermeras de un Hospital de Alta Especialidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país se han realizado varios estudios para detectar la violencia doméstica como un problema importante de salud pública, se trata de estudios realizados en la población general, incluyendo principalmente a mujeres que se dedican al hogar o que se encuentran viviendo con su pareja, independientemente de su estado civil, encontrando prevalencias de hasta el 30%. Esta situación afecta la salud (en ocasiones física, pero principalmente mental) de las mujeres que son víctimas de violencia doméstica; además de repercusiones a nivel laboral y social

Tomando en cuenta que la violencia doméstica ocurre en todos los grupos socioeconómicos y socioculturales de países desarrollados como en vías de desarrollo y que la profesión de enfermería es una ocupación muy típica de las mujeres en México, las tasas de violencia doméstica en el personal de enfermería en México podrían reflejar las tasas para la población en general (Díaz 2001).

Además es fundamental identificar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras) y su relación con diversos factores psicosociales, asociados a la calidad de vida (o satisfacción), a sus relaciones de trabajo y la repercusión que tiene en la calidad de la atención al paciente. Por lo tanto los problemas a explorar son los siguientes:

1. ¿Cuál es la prevalencia de la violencia doméstica en el personal de enfermería del hospital CMNSXXI?
2. ¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades mentales en el personal de enfermería del hospital de especialidades CMNSXXI?
3. ¿Cuáles son los factores psicosociales relacionados con la salud mental en el personal de enfermería y su impacto en la calidad de vida laboral?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la frecuencia de la violencia doméstica, los factores psicosociales negativos y su relación con la salud mental del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) en el IMSS en la Ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la prevalencia de violencia doméstica en el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras) del IMSS
- Estimar la prevalencia de trastornos mentales en el personal de enfermería del IMSS que sufre o ha sufrido violencia doméstica
- Determinar la relación de la violencia doméstica y los factores psicosociales negativos con la salud mental del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras) y su calidad de vida en enfermeras del IMSS.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio Transversal en personal de enfermería de un Hospital de Alta Especialidad.

Población en estudio y tamaño de la muestra:

Se evaluó a 70 enfermeras, tanto enfermeras generales como auxiliares de enfermería, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Fue una muestra por conveniencia y se incorporaron en el estudio a todo el personal de enfermería que aceptaron participar y firmaron su carta de consentimiento.

Criterios de inclusión:

- Personal de enfermería: enfermeras y auxiliares de enfermeras que laboren en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, de la Ciudad de México.
- Sexo femenino
- Cualquier edad
- Cualquier tipo de contratación; base, contratos o confianza
- Cualquier estado civil (casadas, unión libre, divorciadas, solteras, viudas)
- Personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras) que firme su carta de consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Personal de enfermería del sexo masculino
- Personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras) que no aceptaron participar en el estudio.
- Personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras) que no firmaron su carta de consentimiento informado.
- Personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras) que no se encuentren laborando en el hospital al momento del desarrollo del estudio (vacaciones, incapacidad, licencias, permisos).

Criterios de eliminación:

- Personal que no haya contestado más de 80 % de los ítems de las encuestas.
- Personal que habiendo aceptado al principio y una vez iniciado el estudio quieran dejar de participar en el mismo.

Ubicación temporal y espacial:

El estudio se realizó en un periodo de 2 meses (mayo y junio), en el año de 2011, en el IMSS.

Procedimiento (descripción general del estudio):

Al personal de enfermería que aceptó participar, previo consentimiento informado, habiéndole señalando la confidencial y los fines de investigación, se les aplicaron los cuestionarios de forma voluntaria y anónima, explicando a los participantes previamente, qué son los riesgos psicosociales, la violencia doméstica y su relación con los trastornos mentales, así como la forma de contestar los cuestionarios y el objetivo del estudio, aclarando las dudas que se llegaron a presentar.

Aunado a las preguntas del inventario, se recolectaron datos de los participantes como: edad, género, estado civil, número de hijos a su cargo, otros familiares a su cargo, categoría o puesto de trabajo, antigüedad en el mismo, área del hospital en la cual labora, tipo de contrato y turno.

INSTRUMENTOS DE MEDICION

Presencia de Trastornos mentales en la muestra seleccionada (personal de enfermería).

Se utilizó el MINI International Neuropsychiatric Interview versión en español que es una entrevista diagnóstica estructurada que explora los principales diagnósticos del eje I del DSM IV y el CIE-10, con el fin de identificar la presencia de trastornos mentales en el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería).

La entrevista MINI International Neuropsychiatric Interview está dividida en módulos identificados por letras; en donde cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. En donde se le realizan a las personas entrevistadas unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren respuestas dicotómicas. Los módulos del MINI International Neuropsychiatric Interview son los siguientes: A) episodio depresivo mayor (con síntomas melancólicos), B) trastorno distímico, C) riesgo de suicidio, D) episodio maniaco (o hipomaniaco), E) trastorno de angustia, F) agorafobia, G) fobia social, H) trastorno obsesivo compulsivo, I) trastorno de estrés postraumático, J) dependencia (abuso) de alcohol, K) dependencia (abuso) de sustancias(no alcohol), L) trastornos psicóticos (trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), M) anorexia nerviosa, N) bulimia nerviosa, O) trastorno de ansiedad generalizada, P) trastorno antisocial de la personalidad (opcional).

Se evalúan el periodo actual (hasta los últimos 12 meses) de la presencia del trastorno a excepción del trastorno antisocial de la personalidad cuya evaluación se hace durante toda la vida del entrevistado. Al inicio de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos (Ferrando 2000).

Presencia de violencia doméstica en la muestra seleccionada

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario de violencia hacia la mujer, que es una adaptación para la Ciudad de México de la ESCALA TÁCTICA DEL CONFLICTO (CTS 2), la cual es un método ampliamente utilizado para identificar la violencia de pareja.

Por medio de este instrumento se identificó información detallada sobre los episodios de violencia psicológica, física o sexual, perpetrada por su pareja durante el último año. Este instrumento se ha utilizado en estudios realizados anteriormente en México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, quedando demostrada su eficacia para acopiar información sobre violencia de pareja en la sociedad mexicana.

De esta forma se obtuvieron datos para la conceptualización de la violencia de pareja en tres categorías: a) violencia física, conformada por una serie de conductas de agresión física de las que son víctimas las mujeres, b) violencia psicológica, conformada por una serie de conductas emocionalmente dominadoras y represivas de la pareja hacia la mujer, c) violencia sexual, que implica forzar físicamente a la mujer a tener relaciones sexuales.

Cada categoría se compone de 17 preguntas relacionadas con violencia física, 14 preguntas relacionadas con violencia verbal y 4 preguntas relacionadas con violencia sexual. Se clasifican las preguntas con una escala tipo Likert, con parámetros de nunca, una vez, varias veces, muchas veces.

Factores psicosociales en el trabajo

El instrumento que se utilizó será la versión corta del Cuestionario de Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo ISTAS21 (CoPsoQ) que es la adaptación para el Estado español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ).

Este instrumento está diseñado para identificar y medir la exposición a seis grandes grupos de factores de riesgo para la salud de naturaleza psicosocial en el trabajo; a través de una escala de Likert modificada. Los seis grupos de riesgos psicosociales que evalúa este instrumento son:

1. Exigencias psicosociales.
2. Trabajo activo y posibilidades de desarrollo (influencia, desarrollo de habilidades, control sobre los tiempos).
3. Apoyo social y calidad de liderazgo.
4. Inseguridad.
5. Doble presencia.
6. Estima.

Se suma la puntuación obtenida y se compara en cada uno de los apartados con los intervalos de puntuaciones establecidas, marcadas en verde, amarillo o rojo y se analiza el intervalo que incluya la puntuación sumada. El verde señala un nivel de exposición psicosocial más favorable para la salud, el amarillo señala un nivel de exposición psicosocial intermedio y el rojo señala un nivel de exposición psicosocial más desfavorable para la salud. (Kristensen 2003)

Apartado	Dimensión	Verde (puntos)	Amarillo (puntos)	Rojo (puntos)
1	psicosocial Exigencias psicológicas	De 0 a 7	De 8 a 10	De 11 a 24
2	Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	De 40 a 26	De 21 a 25	De 20 a 0
3	Inseguridad	De 0 a 1	De 2 a 5	De 6 a 16
4	Apoyo social y calidad de liderazgo	De 40 a 29	De 28 a 24	De 23 a 0
5	Doble presencia	De 0 a 3	De 4 a 6	De 7 a 16
6	Estima	De 16 a 13	De 12 a 11	De 10 a 0

Síndrome de Burnout

El instrumento que se utilizó fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) para identificar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermeras); a través de una escala de Likert modificada.

Las 3 dimensiones de esta escala son el cansancio emocional, con puntuación máxima de 54 puntos, mientras más alta sea la puntuación, mayor será el cansancio emocional; la despersonalización con puntuación máxima de 30 puntos, mientras más alta sea la puntuación mayor será la despersonalización y realización personal con puntuación máxima de 48 puntos, mientras más alta sea la puntuación mayor será la realización personal en el trabajo y a diferencia de los dos apartados anteriores, menor será la presencia de Síndrome de Burnout (Beltrán 2007).

Definición	Baja	Media	Alta
Cansancio emocional	-o = 18	19-26	+ o = 27
Despersonalización	-o = 5	6-9	+ o = 10
Realización personal	-+ = 40	34-39	+ o = 33

Las preguntas referentes a cansancio emocional tienen puntuación máxima de 54 puntos. A mayor puntuación, mayor será el cansancio emocional. Las preguntas referentes a despersonalización tienen puntuación máxima de 30 puntos. A mayor puntuación, mayor será la despersonalización.

Las preguntas referentes a la realización personal tienen puntuación máxima de 48 puntos. A mayor puntuación mayor será la realización personal en el trabajo y a diferencia de los 2 apartados anteriores, menor será la presencia de síndrome de Burnout (Toral 2004).

Calidad de Vida en el Trabajo

El instrumento que se utilizó será el Instrumento para medir la Calidad de Vida en el Trabajo CVT-GOHISALO, el cual fue elaborado y validado al identificar la escasez de herramientas para la medición de la calidad de vida en el trabajo.

Este instrumento consta de 74 ítems, los cuales representan indicadores que se agrupan en dimensiones; los que a su vez conforman siete dimensiones que se pueden medir de forma independiente. Utilizando una escala tipo Lickert otorgando valor de 0 a 4 a cada uno de los ítems, donde 0 corresponde a nada satisfecho, nunca, nada de acuerdo o nulo compromiso, 1 a poco satisfecho, poco, en desacuerdo y poco compromiso, 2 a regularmente satisfecho, algunas veces, más o menos de acuerdo, y regularmente comprometido, 3 equivale a satisfecho, casi siempre, de acuerdo, o comprometido y 4, corresponde a máxima satisfacción, siempre, totalmente de acuerdo o máximo compromiso.

Las siete dimensiones son:

1. Soporte institucional para el trabajo.
2. Seguridad en el trabajo.
3. Integración al puesto de trabajo.
4. Satisfacción por el trabajo.
5. Bienestar logrado a través del trabajo.
6. Desarrollo personal del trabajador.
7. Administración del tiempo libre.

De manera general, a mayor puntaje corresponde mejor calidad de vida en el trabajo y a menor puntaje corresponde poca satisfacción de vida en el trabajo. (González 2009)

Acoso laboral (Mobbing)

Se utilizó el Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO), ya validado en la población mexicana, el cual califica dos elementos:

- 1) La violencia psicológica en el trabajo en general
- 2) El acoso psicológico en el trabajo.

El Inventario, se compone de 22 reactivos que plantean una aseveración sobre algún elemento del acoso; en una primera columna, se solicitó que se señalara la frecuencia del comportamiento; en este apartado se proporcionan cinco opciones de respuesta (de 0 = nunca, a 4 = muy frecuentemente).

Esta columna indica la presencia de conductas de violencia psicológica, así como su duración e intensidad. En una segunda columna, se solicitó que se señalara la frecuencia de este comportamiento con relación a los compañeros de trabajo, para determinar la percepción de acoso psicológico y si el daño causado es deliberado o no; en esta columna se ofrecen tres opciones de respuesta: 1, menos que a mis compañeros, 2, igual que a mis compañeros y 3, más que a mis compañeros.

Al terminar el Inventario, se solicitó señalar quiénes son los que realizan las conductas contenidas en los reactivos (superiores, compañeros y subordinados) para determinar el tipo de acoso (ascendente, descendente u horizontal).

Para identificar cuáles son los tipos de conducta de violencia en el trabajo, el IVAPT-PANDO se divide en 3 factores:

- 1) Factor 1: Manipulación Para Inducir el Castigo (MIC), preguntas 4, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20.
- 2) Factor 2: Daños a la Imagen Pública (DIP), preguntas 1, 2, 3, 8, 16.
- 3) Factor 3: Obstáculos al desempeño laboral (ODL), preguntas 5, 6, 9, 10, 21, 22.

Al analizar cuál es el factor con más preguntas contestadas, indicativas de violencia, se pudo identificar el tipo de conducta más frecuente para así ayudar a establecer recomendaciones y/o programas preventivos.

Este Inventario se validó en la población mexicana en el año 2006; se reportó una validez relevante, de acuerdo al procedimiento de Guilford, de 0.77%; la confiabilidad se obtuvo con el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor estandarizado fue de 0.911, por lo que se consideró adecuado.

Cuestionario general

Se utilizó un cuestionario general que comprende 31 reactivos, divididos en dos secciones, que incluyen trece reactivos sobre factores sociodemográficos y dieciocho reactivos sobre factores laborales.

Factores socio demográficos relacionados

- Edad
- Estado civil
- Religión
- Número de hijos
- Es usted el principal sostén de la familia
- Con que personas vive usted
- Tipo de vivienda
- Tabaquismo
- Número de tabacos al día
- Alcoholismo
- Frecuencia de consumo

- Toxicomanías
- Presencia de enfermedades crónicas:

Factores laborales relacionados

- Formación académica
- Categoría
- Turno
- Antigüedad como enfermera en el IMSS
- Tipo de contrato
- Área de trabajo dentro del hospital
- Número de pacientes a cargo durante un turno en el IMSS
- Realiza guardias en el IMSS
- Realiza actividad docente
- Personal bajo su cargo en el IMSS
- Tiempo de traslado de su casa al trabajo
- Días de descanso a la semana
- Número de días de vacaciones al año por parte del IMSS
- Último periodo vacacional
- Número de trabajos (aparte del IMSS)
- Puesto que desempeña en el o los otros trabajos
- Años de antigüedad en el otro trabajo
- Cantidad de horas que labora en otro trabajo

Procedimiento para la captación de la información:

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

VARIABLE	DESCRIPCION	ESCALA DE MEDICIÓN
1. Edad	Años de vida cumplidos al momento del estudio	Escala cuantitativa discreta, en años.
2. Estado civil	Condición de soltería, matrimonio, divorcio, viudez, de cada persona	Escala cualitativa nominal 0. Soltero. 1. Casado 2. Unión libre 3. Divorciado 4. Viudo 5. Separada
3. Religión	Tipo de creencia hacia la divinidad	Escala cualitativa nominal
4. Número de hijos	Cantidad de hijos	Escala cuantitativa discreta
5. Sostén económico de la familia	Especificar si es el principal sostén económico de la familia	Escala cualitativa nominal dicotómica:

		0. No 1. Si
6. Personas que viven con usted	Familiares que viven con el trabajador	Escala cualitativa nominal
7. Tipo de vivienda	Especifica si la casa es propiedad o no del trabajador	Escala cualitativa nominal 0. Propia 1. Rentada
8. Tabaquismo	Consumo de cigarros	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
9. Número de tabacos al día	Cantidad de cigarros consumidos al día	Escala cuantitativa discreta
10. Alcoholismo	Ingesta de bebidas alcohólicas	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
11. Frecuencia de consumo	Cantidad de bebidas alcohólicas ingeridas en un periodo de tiempo	Escala cuantitativa discreta: 0. Diario o casi diario 1. Una a cuatro veces por semana 2. Una a cuatro veces por mes 3. Ocasionalmente
12. Toxicomanías	Consumo de algún tipo de droga	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
13. Enfermedades crónicas	Presencia o no de alguna enfermedad crónica	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES LABORALES.

VARIABLE	DESCRIPCION	ESCALA DE MEDICION
1. Escolaridad	Formación académica del trabajador	Escala cualitativa ordinal 0. Nivel técnico 1. Licenciatura 2. Posgrado
2. Categoría	Grado de la profesión de enfermería, sobre la cual se poseen habilidades específicas.	Escala cualitativa ordinal: 0. Auxiliar de enfermería 1. Enfermera general 2. Jefe de enfermeras 3. Otro
3. Turno	Horario laboral del trabajador.	Escala cualitativa nominal: 0. Matutino 1. Vespertino 2. Nocturno 3. Jornada acumulada 4. Móvil
4. Antigüedad como enfermera en el IMSS	Tiempo en que el trabajador ha permanecido en su empleo actual (en el IMSS).	Escala cuantitativa discreta (meses o años)
5. Tipo de contrato	Forma de contratación del trabajador con respecto al	Escala cualitativa nominal: 0. Base

	Instituto.	1. Interino (02) 2. Sustituto (08) 3. Confianza
6. Número de pacientes a cargo durante un turno en el IMSS	Número aproximado o exacto de pacientes a cargo en un turno de trabajo.	Escala cuantitativa discreta
7. Área de trabajo dentro del hospital	Área física o departamento específico dentro del hospital donde el trabajador labora.	Escala cualitativa nominal (urgencias, hospitalización, consulta externa, quirófano, terapia intensiva, etc.)
8. Realiza guardias en el IMSS	Actividades extra a su horario laboral, dentro de la misma institución.	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
9. Realiza actividad docente	Realización de actividades de enseñanza.	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
10. Personal bajo su cargo en el IMSS	Tiene personal a su cargo en esta institución	Escala cualitativa nominal dicotómica: 0. No 1. Si
11. Tiempo de traslado	Número de minutos u horas que emplea el trabajador en desplazarse de su hogar a su centro de trabajo.	Escala cuantitativa discreta: 0. Menos de 30 minutos 1. De 30 a 60 minutos 2. De 1 a 2 horas 3. Más de 2 horas
12. Días de descanso a la semana	Número de días de descanso del trabajador en una semana	Escala cuantitativa discreta
13. Número de días de vacaciones al año por parte del IMSS	Número de días de descanso de sus actividades laborales al año en el IMSS.	Escala cuantitativa discreta
14. Último periodo vacacional	Número de meses que han pasado desde su último periodo vacacional al día de hoy.	Escala cuantitativa discreta: 0. Menos de 1 mes 1. Menos de 3 meses 2. Menos de 6 meses 3. Menos de un año 4. Más de un año
15. Número de trabajos (aparte del IMSS)	Número de trabajos sin contar el que realiza en el IMSS como enfermero en otro Instituto o a nivel privado.	Escala cuantitativa discreta
16. Puesto que desempeña en el o los otros trabajos	Nombre del puesto o puestos que desempeña en otros trabajos aparte del IMSS	Escala cualitativa nominal
17. Años de antigüedad en el otro trabajo	Número de meses o años que lleva laborando en otros empleos	Escala cuantitativa discreta
18. Cantidad de horas que labora en otros trabajos	Número de horas que labora en otros empleos aparte del IMSS	Escala cuantitativa discreta

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LOS CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
1. Cuestionario MINI	Evalúa los principales diagnósticos del eje I del DSM IV y el CIE-10, se compone de 16 módulos: episodio depresivo mayor, trastorno distímico, riesgo suicida, episodio maniaco (o hipomaniaco), trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, dependencia (abuso) de alcohol, dependencia (abuso) de sustancias, trastornos psicóticos (trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos), anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno antisocial de la personalidad (opcional)	Cualitativa nominal
2. Cuestionario de violencia hacia la mujer	Evalúa 3 dimensiones: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual	Escala de Likert modificada de frecuencia
3. Cuestionario de riesgos psicosociales en el trabajo	Evalúa 6 dimensiones: Exigencias psicosociales, Trabajo activo y posibilidades de desarrollo (influencia, desarrollo de habilidades, control sobre los tiempos), apoyo social y calidad de liderazgo, inseguridad, doble presencia y estima.	Cualitativa nominal
4. Cuestionario de Burnout	Evalúa 3 dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal	Escala de Likert de frecuencia
5. Cuestionario de calidad de vida en el trabajo	Evalúa 7 dimensiones: Soporte institucional para el trabajo, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, satisfacción por el trabajo, bienestar logrado a través del trabajo, desarrollo personal del trabajador, administración del tiempo libre.	Cualitativa nominal
6. Cuestionario de violencia y acoso psicológico en el trabajo	Evalúa 2 dimensiones: violencia psicológica en el trabajo y acoso psicológico en el trabajo	Cualitativa nominal

LOGÍSTICA DE APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se capturaron en el programa de Excel 2007 y fueron analizados en el paquete estadístico Stata 10.

Se realizó el análisis univariado, con el objetivo de identificar inconsistencia en la recolección y captura de los datos. Se analizó la distribución de las variables de interés, y se calcularon las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos, cuartiles) para las variables continuas. Para las variables categóricas se definieron categorías y sus puntajes (proporciones) de las pruebas psiquiátricas. Se continuó con el análisis bivariado, calculándose las diferencias de medias y proporciones entre los grupos, por género, edad, presencia o no de síndrome de Burnout, de acoso laboral y de calidad de vida.

RECURSOS:

Humanos:

- Investigador (Médico Residente de tercer año de la especialidad de Psiquiatría).
- Asesores de tesis investigadores de la Unidad de Investigación en Salud en el Trabajo (Médico Cirujano, Especialista en Medicina del trabajo, M en C. en Higiene Ocupacional y Doctora en Ciencias en Epidemiología).
- Asesor de tesis (Médico Cirujano, Especialista en Psiquiatría, Médico en Ciencias, Doctor en Ciencias).

Materiales:

- Computadora.
- Discos compactos.
- Fotocopias.
- Hojas de papel bond.
- Impresora y consumibles.
- Lápices.
- Paquete estadístico

Económicos:

Los propios del investigador (ayuda de beca institucional)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ya que fue una investigación con seres humanos, se cumplió con los principios éticos necesarios para su realización, para lo cual se presentó una Carta de Consentimiento Informado a los participantes del estudio, que garantizó los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y confidencialidad de la información clínica y genética individual, con base en la Ley General de Salud (Artículos 22-27, 34-56 y 100), la Declaración Universal sobre el Genoma y derechos humanos, promulgada por la UNESCO en 2003, el informe de Belmont de guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y la Declaración de Helsinki modificada en la 52ª. Asamblea General de Edimburgo, Escocia, octubre 2000, nota de clarificación sobre el párrafo 29, añadida por la Asamblea General, Washington 2002.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Diseño del protocolo												
Investigación bibliográfica												
Redacción del protocolo												
Presentación del protocolo al comité local de ética e investigación del hospital												
Aprobación del protocolo												
Modificaciones al protocolo												
Aplicación de encuestas												
Recolección y procesamiento de datos												
Análisis estadístico												
Elaboración de conclusiones												
Redacción de tesis												
Presentación de tesis a la UNAM												
Publicación de tesis												

RESULTADOS

Se estudiaron a 70 enfermeras; el 100% del sexo femenino. Promedio (DE) [min-max] de edad 34.2 (5.6) [24 - 56] años. El 45.7% (32) casadas y 40% (28) en unión libre. El 88.5% (62) tiene hijos, con promedio de 2 (1) [1 - 4] hijos. El 81.4% (57) viven con su esposo e hijos; 4.2%(3) viven con su esposo, 4.2%(3) viven únicamente con sus hijos y el resto 8.5% (6) viven con otros familiares (padres, hermanos, abuelos) (Tabla 1).

El principal sostén económico de la familia son el esposo, su pareja o sus padres en 72.8% y en 27.1%(19) fueron las enfermeras. Con vivienda propia el 58.5%(41) y en 41.4% (29) es rentada. El 82.8%(58) son católicas. Tabaquismo fue del 32.8%(23), con un consumo promedio de 2 (3), [1 a 15] cigarrillos al día. Ingesta de alcoholen el 54.2%(38); de los cuales el 45.7% (32) tienen un patrón de consumo ocasional y el 8.5%(6) de 1 a 4 veces por mes. Niegan consumo de drogas. El 24.2% (17) padece alguna enfermedad crónica; (Tabla 2).

El 67.1%(47) tienen nivel técnico, el 28.5%(20) licenciatura. La mayoría eran enfermeras generales con el 78.5%(55) y 18.5%(13) auxiliares de enfermería. El turno de trabajo predominante fueron el matutino y vespertino con 42.8%(30) respectivamente. La antigüedad promedio fue de 10.5 (3.3) [2 a 32] años laborando en el Instituto. La mayoría son de base 80%, (Tabla 2).

El área laboral que predominó fue Hospitalización 88.5%(62), urgencias 7.1%(5) y terapia intensiva 4.2%(3). El número promedio de pacientes atendidos por turno fue de 12 (1), [8 - 15] pacientes al día.

El 67.1%(47) realizan guardias en el IMSS y únicamente 12.8%(9) realizan actividades docentes. La mayoría no tiene personal a su cargo dentro del IMSS, 97.1%(68).

El tiempo que tardan para llegar a su trabajo es entre 30 a 60 minutos en un 52.8%(37), entre 1 y 2 horas el 35.7%(25), y 8.5%(6) emplean menos de 30 minutos. El 100%(70) descansa 2 días a la semana y un promedio de días vacacionales de 27 (11.4), [0 a 40] días vacacionales al año. El último periodo vacacional predominante en las enfermeras encuestadas fue de menos de 3 meses en 37.1%(26) (Tabla 2).

El 40% (28) tienen otro trabajo, laborando como enfermeras generales en un 75%(21), con jornada laboral de 8 horas 100%(28); con antigüedad promedio de 2 (3.3) [1 y 16] años de antigüedad.

TRASTORNOS MENTALES

El estudio identificó una prevalencia de trastornos mentales del 47.1% (33); de los cuales 34.2%(24) presentan un trastorno mental; 12.8%(9) dos trastornos mentales y 52.8%(37) no lo presentaron (Tabla 3).

Los trastornos mentales mas prevalentes fueron el Trastorno de Ansiedad Generalizado con 20%(14); Trastorno Distímico presente en 14.2%(10); Episodio Depresivo Recurrente 8.5%(6); Trastorno de Angustia 7.1%(5); Fobia Social y Episodio Depresivo Mayor de Reciente diagnóstico en 4.2%(3) respectivamente y solo 1.4%(1) Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se presentaron en total 42 trastornos mentales. (Tabla 3)

VIOLENCIA DOMÉSTICA

La prevalencia de violencia doméstica en nuestro estudio fue de 54.2% (38). La violencia física, se presentó en el 20%(14); con violencia física baja en 18.5%(13) y 1.4%(1) moderada. La prevalencia de violencia psicológica fue mayor, con el 54.2%(38); con violencia psicológica baja en el 40%(28) y 14.2%(10) moderada. La violencia sexual fue menor con el 8.5%(6), calificada como violencia sexual baja. Cabe mencionar que ninguna enfermera reportó violencia doméstica alta en ninguna de las tres categorías de las que se compone la violencia familiar. (Tabla 4)

OTROS FACTORES PSICOSOCIALES

VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO

La prevalencia de violencia psicológica fue reportada en 82.8%(58) alta; 7.1%(5) media y 10%(7) nula. La intensidad de la violencia psicológica fue reportada baja en 71.4%(50), y 18.5%(13) la reportaron media. La prevalencia de acoso psicológico en el trabajo fue nula o baja en 94.2%(66), y media-alta en 5.7%(4) y 4.2% (3) como acoso psicológico de tipo horizontal. (Tabla 5)

BURNOUT

La prevalencia del Síndrome de Burnout encontrado fue de 10% (7). La presencia de agotamiento emocional fue del 15.7% (11), de despersonalización el 21.4% (15) y 32.8%(23) carencia de realización personal; esta última fue la más elevada (Tabla 6).

FACTORES PSICOSOCIALES

En cuanto a los factores de riesgo psicosociales desfavorables, observamos la presencia de las Exigencias Psicológicas en 58.5%(41); en inseguridad en 80% (56); doble presencia en el 91.4% (64); en estima del 42.8% (30). Con relación al trabajo activo y posibilidades de desarrollo, y apoyo social y calidad de liderazgo tuvieron en la mayoría condiciones psicosociales favorables (Tabla 7).

CALIDAD DE VIDA LABORAL

Con relación a la administración del tiempo libre la prevalencia fue de 67.1% (47), representando un factor de riesgo en la escala de vida laboral. En las 6 restantes categorías, que incluyen soporte institucional, seguridad en el trabajo, integración al puesto de trabajo, bienestar logrado a través del trabajo y desarrollo personal logrado por el trabajo fueron calificados como factores de No riesgo en la mayor parte del personal de enfermería. (Tabla 8)

ASOCIACION CON LOS FACTORES DE RIESGO

Al realizar el análisis bivariado, aplicando la prueba de Chi², con la prueba exacta de Fisher, se comparó la prevalencia de trastornos mentales con los resultados significativos de cada una de las escalas aplicadas en este estudio. Quienes presentaban trastornos mentales, tenían un promedio de edad mayor (36 vs 33 $p=0.02$). Con relación al número de

hijos y al estado civil, no observamos diferencias (Tabla 9). También encontramos relación con el hecho de ser el sostén económico de la familia, ($p<.001$). No se observó diferencia con el turno de trabajo.

Con relación a la antigüedad y la presencia de trastornos mentales, la media de años fue mayor en quienes presentaban trastornos mentales ($p=0.02$). Con respecto al tipo de contratación y área laboral encuestada, no observamos diferencias; de igual manera con relación a asistir a guardias, el disfrute del último periodo vacacional, así como el tener otro trabajo (Tabla 9).

TRASTORNOS MENTALES Y PREVALENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Encontramos relación entre la presencia de trastornos mentales y violencia doméstica en el 63.2% (24) ($p=0.003$). Buscamos la relación de los diversos tipos de violencia doméstica, con relación a los diagnósticos de los trastornos mentales, sin embargo por la muestra tan pequeña, no se encontraron diferencias significativas entre ellas (Tabla 9).

TRASTORNOS MENTALES Y BURNOUT

Con respecto al síndrome de Burnout, no se encuentra una relación con la presencia de trastornos mentales.

En cuanto al síndrome de Burnout por categoría y trastornos mentales, en la dimensión de agotamiento emocional, es mayor la proporción de trastornos mentales en quienes presentan agotamiento emocional alto ($p=0.03$), en despersonalización, 21.2%(7) alta y en realización personal, 21.2%(7) presentaron carencia de realización personal baja.

TRASTORNOS MENTALES Y VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL TRABAJO

No se encontró relación entre la presencia de violencia psicológica en el trabajo y la presencia de trastornos mentales, sin embargo de 100%(33) de enfermeras con algún trastorno mental, 87.8% reportaron violencia psicológica alta en el trabajo, de las cuales el 66.6%(22) la reportan de baja intensidad.

TRASTORNOS MENTALES Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES LABORALES

En cuanto a los factores de riesgo psicosociales, no se encontró relación entre la presencia de estos y los trastornos mentales, sin embargo existieron 4 categorías con exposición psicosocial desfavorable que fueron Exigencias psicológicas, 72.7%(24), Inseguridad, 81.8%(27), Doble Presencia, 93.9%(31) y Estima, 42.4% (14).

TRASTORNOS MENTALES Y CALIDAD DE VIDA LABORAL

En relación a la calidad de vida laboral, la única categoría en rango de riesgo, fue la administración del tiempo libre, sin embargo no se encontró relación con los trastornos mentales. Del 100% (33) que presentaron algún trastorno mental el 66% (22) se encuentran en rango de riesgo para esta categoría (66.6%).

VIOLENCIA DOMESTICA Y BURNOUT

Por último a manera de hallazgo se encontró una relación entre la presencia de violencia doméstica y Burnout, sin embargo no fue significativa.

DISCUSIÓN

SALUD MENTAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

En nuestros resultados con respecto a la presencia de trastornos mentales en el personal de enfermería, se encontró una prevalencia del 47.1% (33), los cuales fueron similares y en algunos casos mayores con relación a otros estudios: 10 al 47.2% (Gaviria, et al 1991; Sharma, 1991; Gutmanis et al, 2005; Almiñán; Díaz; 2001 Jacques; 2002). La diferencia con los estudios en donde la prevalencia fue menor, posiblemente se podría explicar porque en estos lugares podrían existir menos factores de riesgos psicosociales al ser países más desarrollados y con mejor calidad de vida lo que podría disminuir los factores de riesgo y no tener tanto impacto en la salud mental del trabajador; sin embargo en estudios realizados en México, (Díaz 2001, García 2006) se reportan prevalencias que oscilan entre el 10 y 60%, lo que es muy similar a los resultados obtenidos por nosotros.

La media de edad con respecto a los trastornos mentales que obtuvimos fue de 36 años, lo que es ligeramente mayor con relación a otros estudios que describen una frecuencia entre los 20 y 30 años de edad (Gavira 1991, Sharma 1991, Almiñán 2001), tanto en otros países del mundo como en México (Díaz 2001, García 2006). Lo que podría significar en nuestro estudio que a mayor edad, el personal de enfermería podría tener mayor número de factores de riesgo de vulnerabilidad asociados para presentar algún trastorno mental.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos encontrados en nuestro estudio, todos estuvieron relacionados con trastornos depresivos y trastornos del espectro ansioso. Dentro de los trastornos depresivos diagnosticados en primer lugar aparece el trastorno distímico (depresión crónica) en 14.2%(10), seguido del episodio depresivo recurrente en 8.5%(6) y por último primer episodio depresivo mayor en 4.2% (3). El mayor porcentaje de trastornos mentales fueron los relacionados con el espectro ansioso, ocupando la primera posición el trastorno de ansiedad generalizado en 20%(14), seguido del trastorno de angustia en 7.15%(5) y por último se encontró fobia social y trastorno obsesivo compulsivo en 4.2% (3) y 1.4% (1) respectivamente, basado en los criterios diagnósticos del DSM IV TR. Estos resultados son similares con referidos por Sharma 1991, Jacques 2002 y Díaz 2001, quienes señalan prevalencias entre el 20 y 40% para trastornos depresivos y el 10 y 50% para los trastornos de ansiedad. Al igual que en México, los Trastornos depresivos ocupan del 30 al 54%, mientras que los trastornos de ansiedad, representan 25 al 60% del personal de enfermería (Díaz, 2001; García, 2006; Ortega 2006). Estos diagnósticos obtenidos, podríamos señalar que son los esperados, debido a que la frecuencia de trastornos mentales en la población general es mayor para trastornos depresivos y de ansiedad.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, podemos observar que los trastornos del espectro ansioso son aún más frecuentes que los trastornos depresivos, sin embargo en muchos casos es difícil su identificación, probablemente por causas como falta de identificación propia del personal de salud para reconocer este problema, así como cuestiones de cultura, culpa o vergüenza en concordancia con las afirmaciones de Díaz, (2001) y Olivera, (2008).

VIOLENCIA DOMÉSTICA

En relación a la presencia de violencia doméstica, en nuestro estudio se encontró una prevalencia de violencia física de 20%(14); psicológica de 54.2%(38) y sexual de 8.5%(6). Estos datos son muy similares con las diferentes prevalencias reportadas a nivel mundial, tanto en población general como en el personal de enfermería. En estudios realizados en el personal de enfermería, se reportan prevalencias ligeramente menores: física 8% al 42%, psicológica 19 al 59.3% y sexual 8.5% al 14% (Janssen, 1998; Gavira, 2001; Díaz, 2001; Oliveira, 2008). (Ver Cuadro 2).

En estudios similares pero en población general, las prevalencias reportadas han sido del 15 al 52% para la física, 10 al 65% para la psicológica y 13 al 45% para la sexual (Olivera, 2008; OMS, 2003; Taket, 2003; García, 2006; Gutmanis, 2007) (Ver cuadro 1).

En nuestros resultados al igual que en otros estudios, la presencia de violencia psicológica es la que predomina por encima de los otros dos tipos de violencia familiar; los tres tipos de violencia al igual que en la población general son similares a los reportados en el personal de enfermería; sin embargo los resultados que se encuentran en la literatura en ocasiones muestran prevalencias muy altas o muy bajas, lo que podría significar que aún hay falta de reconocimiento por parte de la persona que es víctima de esta situación, se habla que a nivel mundial solo del 7 al 25% de casos son detectados y del 60 al 90% de personas que experimentan esta condición son manejados inapropiadamente (Sugg 1999). Esta situación podría estar influenciada por el tipo de cultura en donde se realiza el estudio, la presencia de sentimientos de culpa, humillación o vergüenza de quienes padecen esta situación, la falta de reconocimiento por la persona que sufre la violencia, la confianza inspirada por el entrevistador al momento de realizar el estudio y la diversidad de instrumentos utilizados con los cuales se realiza la identificación de la violencia doméstica en donde los resultados pueden variar dependiendo de las características de la población estudiada. En este estudio se utilizó el cuestionario de violencia hacia la mujer, primer instrumento construido y validado en la Ciudad de México, derivado de la escala táctica del conflicto.

De igual manera, nuestros resultados en comparación con otros existentes en la literatura nos muestran que la violencia doméstica en el personal de salud es similar tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SALUD MENTAL

Los resultados de nuestro estudio, nos muestran que la violencia doméstica se encuentra relacionada con la presencia de trastornos mentales en donde de 100% (33) enfermeras con algún trastorno mental el 72.3% (24) presentaron violencia doméstica ($p=0.003$). Estos resultados demuestran la relación que existe entre la presencia de violencia familiar y los trastornos mentales, así como lo expresan diferentes estudios en donde la violencia doméstica se ha asociado con altas tasas de padecimientos mentales, con prevalencias entre 30-70% (Taket 2003), 20-75%(Watts 2003) y 30-60% (García 2006). Debido a los resultados de nuestro estudio, podemos inferir que el personal de salud que es expuesto a violencia doméstica, tiene más probabilidad de experimentar trastornos mentales, principalmente del espectro ansioso y

depresivo; sin dejar de lado otros problemas reportados por diferentes autores como baja autoestima, inseguridad, abuso de alcohol y sustancias y trastornos de alimentación (Taket 2003, Watts 2003).

En la presencia de trastornos mentales por diagnóstico específico y violencia doméstica, en nuestro estudio, no se obtuvieron resultados importantes debido al tamaño de la muestra, sin embargo se puede observar la presencia de violencia doméstica en gran parte de enfermeras que presentaron algún trastorno mental, como en el trastorno distímico (depresión crónica) en donde 60%(6) reportaron violencia física; el 100%(10) violencia psicológica y 30%(3) violencia sexual, ($p=0.001$, 0.003 y 0.009 respectivamente). De manera similar, en la literatura se ha encontrado relación entre violencia doméstica y trastornos mentales como depresión (40 a 70%), ansiedad (30 al 85%),(predominando el trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizado, fobias y trastorno de pánico), el abuso de sustancias (marihuana y alcohol), reportados en menor cantidad en personas del sexo femenino con prevalencias del 15 al 35%, , trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nervosa, bulimia y trastorno por atracones) con prevalencias entre el 5 y 15%, disfunción sexual y baja autoestima; (Ehrensaft 2006, García 2008, Taket 2003, Watts 2003).

BURNOUT

En nuestro estudio la prevalencia de Burnout fue de 10%(7). Diversos estudios han demostrado la presencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería, algunos similares a los resultados obtenidos en nuestro estudio y otros con resultados mayores. Se ha reportado una prevalencia a nivel mundial que oscila entre el 7 y el 47.1% (Atance, 2005; Pereda-Torales, 2009; Pera G 2002; Sánchez, 2004). En México se han reportado prevalencias entre el 15 y 42.3% (Aranda, 2005; Pereda, 2009) que son mayores a las presentadas en nuestro estudio.

En cuanto a los resultados por categoría, en nuestro estudio hay una frecuencia de agotamiento emocional del 15.7%(11), despersonalización 21.4%(15) y carencia de realización personal de 32.8%(23), cifras similares o menores con otros estudios: 10.9% a 25% en cansancio emocional, 19.6% a 32% en despersonalización y 43 a 74.9% baja realización personal (Pereda, 2009; Huerta 2004; Toral, 2004). RESUMIR LOS RANGOS

Posiblemente los resultados obtenidos por nosotros se deben a diversos factores, dentro de los cuales destacan que el mayor número de enfermeras encuestadas 88.5% (62), laboran en hospitalización, lo que posiblemente representaría menor estrés y agotamiento emocional, en comparación con otros servicios con condiciones de trabajo con mayor exigencia como urgencias, terapia intensiva o quirófano. Cabe mencionar que la categoría de baja realización personal fue la que presentó resultados mayores tanto en nuestro estudio como en estudios nacionales e internacionales; sin embargo esta categoría no es diagnóstica para presentar síndrome de Burnout en el cuestionario de Maslach que es el usado en la mayoría de países para detectar el síndrome de Burnout.

BURNOUT Y SALUD MENTAL

En nuestro estudio, del 100%(33) de enfermeras que presentaron algún trastorno mental, el 15.5%(5) presentaron síndrome de Burnout. En otros estudios se han encontrado prevalencias mayores entre Burnout y trastornos mentales entre 40 al 70% (Gil 1997, Peiró 1997, De los Ríos 2007), relacionado principalmente con trastornos depresivos, ansiosos, ausentismo laboral, baja autoestima, pobre calidad de la atención y trastornos psicósomáticos.

A pesar de la baja prevalencia de síndrome de Burnout en nuestro estudio es claramente visible que más de la mitad de las enfermeras que lo presentaron, tuvieron algún trastorno mental relacionado con ansiedad o depresión; posiblemente al aumentar el tamaño de la muestra podríamos incrementar la relación entre el síndrome y los trastornos mentales.

BURNOUT Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

Se encontró una mayor proporción entre síndrome de Burnout y violencia doméstica, sin embargo no se encontraron diferencias significativas entre ellos. Desafortunadamente no existen estudios de comparación entre violencia doméstica y síndrome de Burnout, sin embargo una hipótesis que se podría formular es que las enfermeras con Síndrome de Burnout podrían tener otro factor estresante en casa como la violencia doméstica, que aumente su presencia o intensidad.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL TRABAJO Y SALUD MENTAL

Con respecto a la evaluación de la violencia y el acoso psicológico en el trabajo (Mobbing); los resultados de nuestro estudio muestran una prevalencia de acoso psicológico (mobbing) de 4.2% (3), con predominio de acoso psicológico laboral horizontal, (ver tabla 5) contrario a lo encontrado en la literatura, en donde el acoso psicológico descendente es el más habitual, debido a diversos factores como son el ostentar el poder del superior ante sus subordinados para mantener su posición jerárquica o como una estrategia encaminada a forzar al trabajador a abandonar su trabajo (García 2007).

Dichas prevalencias de Mobbing en enfermería, son más bajas que las reportadas en estudios internacionales, en el personal de enfermería. El servicio de enfermería se ha encontrado como un sector laboral afectado por mobbing; en España, se encontró que el mobbing es el riesgo psicosocial más frecuente entre el personal de enfermería, el 65% de enfermeras habían sufrido mobbing y 80% presenciaron en el entorno laboral comportamientos de mobbing (Juárez 2005). Si bien no se cuenta con publicaciones nacionales, se encontró la presentación de un trabajo en el V Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Estudios del Trabajo (AMET), llevada a cabo en el 2006; realizado en un hospital del estado de Chihuahua, donde se aplicó el test de Langner al personal que aceptó participar en el estudio, encontrando una prevalencia de Mobbing en los Médicos residentes del 18.5%, del 16.5% en enfermeras Jefe de piso y del 14% en auxiliares de enfermería (Gil 2006).

La diferencia obtenida en la prevalencia del Mobbing en relación a las reportadas en la literatura internacional en el personal de enfermería, puede deberse a que se utilizaron diferentes instrumentos, que si bien todos ellos evalúan la presencia de Mobbing, no poseen las mismas características; se ha detectado que algunos otros instrumentos no satisfacen los criterios para determinar confiablemente el acoso laboral o Mobbing y para diferenciarlo de la violencia laboral, ya que no parecen capaces de determinar si los comportamientos de violencia tienen la finalidad del daño deliberado a la víctima o se dan como resultado de formas organizacionales específicas o incluso son derivadas de la misma cultura, por lo cual no permiten distinguir al Mobbing como una forma específica de violencia en el trabajo. (De lo anterior, surge el instrumento utilizado en el presente estudio, el IVAPT-PANDO que busca evaluar tanto la violencia laboral como el acoso laboral (Mobbing), para diferenciar una entidad de la otra. En estudios donde se ha aplicado este inventario, se han detectado prevalencias de Mobbing por debajo de las reportadas internacionalmente, infiriendo que puede deberse a que los otros instrumentos pudieran estar reportando prevalencias de violencia laboral sin especificar Mobbing como entidad única. El IVAPT-PANDO es el primer instrumento construido y validado en un país latinoamericano (García 2007).

La prevalencia de violencia en el trabajo fue mayor que la reportada en el acoso psicológico, 82.8% (58) reportan la presencia de violencia psicológica en el trabajo, con una intensidad baja el 94.2%(71.4%); lo que podría significar que en este grupo de enfermeras estudiadas el mobbing y la violencia psicológica no son factores que se presenten en su área laboral, en contraste con otros estudios. Posiblemente otro factor que pudiera influir en las diferencias encontradas con respecto a los reportes en la literatura, es el temor que pudiera existir por parte de los trabajadores de presentar represalias, lo que limitaría la veracidad de las respuestas.

En cuanto a la salud mental de las enfermeras, de 100% (33) con algún trastorno mental, el 87.8%(29) presentaron violencia psicológica alta en el trabajo, en donde el 66.6% reportan intensidad baja. Con estos resultados, aparentemente la presencia de mobbing y violencia psicológica en el trabajo, no serían considerados factores de riesgo para presentar trastornos mentales, al menos en este grupo de trabajadores, debido a las razones expuestas en párrafos anteriores.

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL

Diversos estudios se han encargado de reportar estrés y problemas de salud en el servicio de enfermería a nivel mundial relacionados con factores psicosociales, ambientales y culturales.

En nuestro estudio, de las 6 categorías de las cuales se compone el cuestionario de factores de riesgo psicosociales, 4 se clasificaron como exposición psicosocial desfavorable y dos exposición psicosocial favorable (trabajo activo y posibilidades de desarrollo 82.8%(58) y apoyo social y calidad de liderazgo 71.4%(50))

Dentro de las categorías con exposición psicosocial desfavorable se encuentran, las exigencias psicológicas en el trabajo con prevalencia de 58.5%(41); la inseguridad en el trabajo, 80%(56); doble presencia (fue la que reportó mayor prevalencia) con 91.4%(64) y estima con 42.8%(30).

En cuanto a la relación de trastornos mentales y los factores de riesgo psicosociales desfavorables, se encontró que del 100%(33) de enfermeras con algún trastorno mental, el 72.4%(24) reportaron exposición psicosocial desfavorable en la categoría de exigencias psicológicas ($p=0.07$); en inseguridad, 81.8%(27), siendo de las categorías que se relacionó más con la presencia de algún trastorno mental, tomando en cuenta que el resto de las enfermeras con algún trastorno mental 18.8%(6) lo reportaron como exposición psicosocial intermedia. La categoría con la exposición psicosocial desfavorable más elevada fue la de doble presencia en 93.9% (31). Por último la categoría de estima reportó 42.4% (14).

Todos estos resultados son muy similares con los presentados en otras literaturas a nivel mundial en enfermería: 28% problemas de ansiedad y depresión por factores como estima, reconocimiento de labores por sus superiores y doble presencia (Borrill 1995); 45% de trastornos mentales debido a factores relacionados con inseguridad en el trabajo y cambios en su organización (Thomas 1997); del 45 al 70 % de trastornos psiquiátricos y estrés relacionados con seguridad en el trabajo, estima y relación entre jefes y colegas (Decker 1997); 35 a 50% de alteraciones emocionales como depresión y ansiedad asociado a sobrecarga de trabajo y falta de soporte social (Vishwanath 1999); la calidad del ambiente de trabajo, el aumento en la carga de trabajo y el cansancio físico se encontraron como factores que afectan la satisfacción del trabajo de las enfermeras, (Niuka et al 2000).

A pesar de no encontrar en este estudio relación entre 3 categorías de exposición desfavorables y la presencia de trastornos mentales (posiblemente debido al tamaño de la muestra) claramente podemos observar la asociación que existe entre los factores de riesgo y la presencia de trastornos mentales, ya que en nuestro país debido principalmente a factores socioculturales, muchas enfermeras participantes en el estudio tienen una posición socioeconómica media baja, son amas de casa, con presencia de hijos y por la propia naturaleza de su trabajo como cuidadoras de la salud de otras personas, las hace vulnerables a presentar estos factores de riesgo con repercusión en su salud mental y por consiguiente en la calidad de la atención y en su rendimiento laboral.

Cabe mencionar que el instrumento usado para evaluar estas categorías fue el de evaluación de factores psicosociales ISTAS 21 versión corta, lo que únicamente nos da una idea sobre cuáles podrían ser factores de riesgo asociados con el personal de enfermería, por lo que tendríamos utilizar la versión larga para detallar con mayor precisión si hay relación entre los factores de riesgo y los trastornos mentales.

CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL

Con respecto a calidad de vida encontramos que la única categoría clasificada como factor de riesgo fue la de administración del tiempo libre, con una prevalencia del 67.1%(47), en donde se evalúan parámetros sobre la necesidad

de llevar trabajo a casa y la presencia del trabajador en su hogar, convivencia familiar y planeación de actividades diferentes a las de su trabajo.

En cuanto a la relación de trastornos mentales y calidad de vida en el trabajo, no encontramos diferencias significativas; sin embargo del 100%(33) enfermeras con algún trastorno mental el 66%(22), reportaron riesgo en la categoría de administración del tiempo libre en el cuestionario de calidad de vida laboral.

A pesar de que poco es conocido sobre la satisfacción del trabajo del personal de enfermería, nuestros resultados son similares a algunos encontrados en la literatura, como en Japón (Ito 2009) encontró prevalencias entre el 44.5% en la categoría de seguridad en área laboral, 56.3% en administración del tiempo libre y 32.5% en soporte institucional; en Inglaterra (Nolan 2003) reporta prevalencias del 35 al 60% en las categorías de administración de tiempo libre, satisfacción y desarrollo personal.

En nuestro estudio los resultados nos muestran que el parámetro más elevado como factor de riesgo en la calidad de vida es el de administración del tiempo libre, situación que se ha presentado en otros resultados como en los factores de riesgo psicosociales en donde se reporta doble presencia como riesgo elevado; esta relación que existe estas 2 categorías, se pudiera deber en gran medida a la cuestión sociocultural de nuestro país en donde muchas mujeres además de laborar, tienen hijos, tienen que ocuparse del trabajo en casa y en otras ser el sostén económico de la familia. Sin olvidarnos que muchas de ellas realizan guardias y por la misma naturaleza de trabajo el tiempo de convivencia con sus familias es reducido. De la misma forma al parecer el soporte institucional, la satisfacción, el bienestar y el desarrollo en el trabajo no son factores de riesgo en este estudio.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES Y SALUD MENTAL

Otros factores de riesgo sociodemográficos que tuvieron relación con la salud mental en nuestro estudio fue el ser el principal sostén económico de la familia, en donde del 100%(33) que presentaron algún trastorno mental, el 51%(17) son las encargadas de la economía en la familia ($p=0.000$). Los factores relacionados con la edad y la antigüedad ya se comentaron anteriormente, encontrando también una importante relación con la presencia de trastornos mentales.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los reportados en México y países latinoamericanos en donde las condiciones son similares en donde del 45 al 70% de enfermeras pertenecen al estrato socioeconómico medio y bajo, perciben bajos salarios, 40 al 60% tienen más de 2 trabajos con largas jornadas laborales, 30 a 50% realizan guardias nocturnas, y del 10 al 25% no tienen días de descanso en la semana (Díaz 2001, Olivera 2008, García 2006, Gil 2006).

Posiblemente los resultados que no se relacionaron con la salud mental en nuestro estudio puedan estar influenciados por el tamaño de la muestra, aunque como referimos anteriormente si encontramos algunos parámetros que tendríamos que ampliar para tratar de encontrar relación con trastornos mentales como el turno, al área de trabajo, realización de guardias y presencia de días vacaciones.

CONCLUSIONES

En México así como en otros países se han realizado diversos estudios sobre prevalencia de trastornos mentales, violencia doméstica, síndrome de Burnout, acoso y violencia psicológica en el trabajo, calidad de vida laboral y otros factores de riesgo psicosociales, por separado, los cuales han demostrado diversos resultados, con gran variabilidad en la prevalencia reportada en cada uno de los rubros mencionados, lo cual posiblemente se podría explicar por los diversos factores sociodemográficos, laborales y económicos de cada país, por factores socioculturales, por las condiciones y organización del trabajo, así como por la diferencia de criterios utilizados en cada una de las escalas que evalúan dichas condiciones.

En nuestro país no existen estudios en donde se evalúen en conjunto la salud mental del personal de salud y su relación con violencia doméstica y otros factores de riesgo psicosociales importantes como el Síndrome de Burnout, el Mobbing o acoso psicológico y los factores de riesgo propiamente relacionados con el ambiente laboral, las condiciones de trabajo y la realización personal de las enfermeras.

En este estudio encontramos una importante relación entre la presencia de violencia doméstica y trastornos mentales. A pesar de los reportes de prevalencia de los tres tipos de violencia investigadas en este estudio, aún existe una subestimación de dichos resultados, debido a varios factores, entre ellos, la pobre información que se tiene por parte del personal de enfermería sobre este problema, la falta de identificación del problema debido a situaciones socioculturales en donde aun es permitido que la violencia en cualquiera de sus dimensiones sea ejercida por parte del hombre hacia la mujer principalmente.

Otro tipo de violencia identificada en este estudio y en relación a las enfermeras que presentaron trastornos mentales es la violencia psicológica en el trabajo, que habla de un ambiente laboral desfavorable que condiciona disminución en la efectividad del trabajo el personal de enfermería con disminución en la calidad de la atención y su calidad de vida.

Adicional a la salud mental de los trabajadores y a los tipos de violencia expresados, existen diversos factores que se tienen que relacionar y tomar en conjunto para la presencia de trastornos mentales en el personal de enfermería.

Dentro de los factores de riesgo que se relacionaron con mayor fuerza en este estudio con la presencia de trastornos mentales se encuentran la edad, el estado civil, el nivel económico (específicamente ser el sostén económico de la familia), el turno de trabajo, la antigüedad en el trabajo, la presencia de múltiples trabajos, áreas laborales con presencia de mayor estrés como urgencias y terapia intensiva, la presencia de violencia doméstica, la presencia de violencia psicológica en el trabajo y diversos factores psicosociales relacionados como la estima, la doble presencia, las exigencias psicológicas del trabajo y la seguridad de mantenerlo. Así mismo factores de riesgo en la calidad de vida laboral como la administración del tiempo libre; y por último la presencia de síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout también contribuye en la aparición de síntomas psiquiátricos, visto este síndrome como una de las manifestaciones de estrés laboral más estudiadas, en donde el contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas de dicho síndrome.

Los factores de riesgo psicosociales, como inseguridad, estima, doble presencia y exigencias psicológicas, pudiera condicionar también alteraciones en la salud mental, al disminuirlos es posible que se logre disminuir los errores y los accidentes laborales, siendo más eficaces al ejercer sus tareas, reflejándose en una mejor atención y en una mayor calidad en los servicios prestados. Así mismo es importante lograr que el personal de salud sea capaz de reconocer los factores psicosociales negativos que pueden influir en su desempeño tanto laboral como en las actividades cotidianas de la vida diaria, es importante también que identifiquen y den importancia a la salud mental, reconociendo que influye negativamente en su vida y que repercute en su calidad profesional.

Por último al realizar este estudio, se logra ver que la etiología de los trastornos mentales en específico trastornos de ansiedad y trastornos depresivos es multifactorial, argumentando factores genéticos, alteraciones neurobiológicas, neuroquímicas, neuroendócrinas, factores psicosociales y ambientales, como sobrecarga emocional, violencia doméstica, violencia psicológica en el trabajo, doble presencia, estima, inseguridad en el trabajo, calidad de vida disminuida y situaciones de apoyo en el trabajo.

PREVENCIÓN

Se sugiere que la institución de salud elabore de acuerdo a sus actividades laborales ya establecidas, sus propias estrategias tanto para prevenir como para dar posibles soluciones a la salud mental de los trabajadores y al reconocimiento de la violencia doméstica y otros factores psicosociales relacionados con el personal de enfermería (Mobbing, burnout, calidad de vida).

El primer paso, es conocer las características de la población trabajadora y definir tanto sus actividades, como su área de trabajo, categoría y nivel académico. Posteriormente, realizar una división meramente teórica en relación con grupos de edades, estado civil y antigüedad, esto con la finalidad de ampliar la visión sobre los trabajadores que integran el área de enfermería.

Se recomienda informar a la población en riesgo acerca de qué es la violencia doméstica, cuales son los factores de riesgo psicosociales, qué es el Mobbing, el síndrome de Burnout, y el reconocimiento de trastornos psiquiátricos y definir sus características y sus diferentes formas de presentación, para que en caso de presentarse, pueda ser detectado a tiempo por el propio trabajador que lo sufra.

En la ley federal del trabajo, aún no se reconocen ciertas condiciones como el mobbing, burnout y otros factores de riesgo psicosociales como posibles predictores y perpetuadores de enfermedades psiquiátricas, por lo que sería importante la evaluación de estos en beneficio de la salud física y mental de trabajador.

De esta manera se necesita elaborar e implementar mecanismos de motivación que garanticen el reconocimiento social de los trabajadores y trabajadoras, implantar de una adecuada política de formación que contenga: habilidades para el desarrollo del trabajo, habilidades sociales en comunicación, asertividad, empatía y técnicas de trabajo en equipo, prevención de riesgos laborales, especialmente psicosociales.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Debido al tiempo que se tuvo para realizar el estudio, la muestra que se presentó es baja, por lo que se necesitará ampliar la muestra y extenderla a más servicios para corroborar la reproducibilidad de estos resultados.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio, se basan en el autorreporte de la percepción del trabajador evaluado, la cual puede llegar a ser subjetiva y es una limitación conocida de la evaluación de factores psicosociales.

Debido a que se trata de un estudio , el cual se requiere de la cooperación y confianza de parte de los encuestados, es difícil asegurar la veracidad de las respuestas, debido a varios factores que pueden influir como desconocimiento del tema, temor a ser evidenciados ante las autoridades del hospital o autoridades inmediatas, o provocación de sentimientos de vergüenza, culpa, humillación, que limite sus respuestas, sin embargo antes de realizar el estudio se recalcó que las encuestas y sus resultados siempre serán anónimos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Aranda-Beltrán, C; Pando-Moreno, M; Salazar-Estrada, J; Torres-López, T; Aldrete-Rodríguez, M; et al. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública* 2005;31(2):101-110.
- 2) Atance, M; Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista española de Salud Pública*. España. 1997; 71(3): 293-303.
- 3) Balanza, S; Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad, estrés, mobbing y burnout. *JANO*, España. 2003 Vol. LXV 499: 26-42.
- 4) Beltran, D; Factores sociodemográficos y laborales relacionados con el síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional en médicos especialistas de un hospital general de zona del valle de México. Tesis de post-grado. México 2007.
- 5) Blackmore, ER; Stansfeld, SA; Weller, I; Munce, S; Zagorski, BM; Stewart, DE; Major depressive episodes and work stress: results from a national population survey. *American Journal Public Health*. 2007; 97: 2088-93.
- 6) Calero, C; Navarro, R; El Mobbing o acoso psicológico en el Trabajo. Comisión Ejecutiva Nacional de la UGT del País Valenciano. España 2003 1-11.
- 7) Costello, E.J; Mustillo, S; Eranli, A; Keeler, G; Angold, A; Prevalence and development of psychiatry disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 2003; 60: 837-844.
- 8) Del Río, M; Perezagua, G; Vidal, G; El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Revista de Enfermería de Cardiología*. 2003; 28: 24-29.
- 9) De los Ríos-Castillo, J; Barrios, P; Ocampo, M; Ávila, T; Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007; 45: 493-502.
- 10) Díaz Olavarrieta, A; Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses aides. *Archives of Medical Research*, 2001; 22: 79-87.
- 11) Ehrensaft, M; Moffit, T; Caspi, A; Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 2006; 163: 885-889.
- 12) Encuesta Nacional sobre violencia en contra de las Mujeres. México 2003.
- 13) Ferrando, L; Bobes, J; Gilbert, J; Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español. 5.0.0 DSM-IV. Instrumentos de detección y orientación diagnóstica, 2000; 1-25.
- 14) Freudenberg, H; Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30:159-166.

- 15) García – Moreno, C; Jansen, H; Ellsberg, M; Heise, L; Watts, C; Prevalence of intimate partner violence; findings from the World Health Organization multi – country study on womens health and domestic violence. *Lancet*, 2006; 368 (9543): 260-269.
- 16) García-Moreno, C; Violence against women. *International Encyclopedia of Public Health*, 2008; 322: 491-500.
- 17) Gil-Monte P; la evaluación y diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). 1er Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud mental en el Trabajo. Morelos 2006.
- 18) González, R; Hidalgo, G; Salazar, J; Preciado, M; Instrumento para medir la calidad de vida en el trabajo CVT-GOHISALO. Manual para su aplicación e interpretación. 2009; 1-60.
- 19) González Trijueque, D; Delgado Marina, S; Acoso psicológico en el lugar de trabajo, Burnout y Psicopatología. Un estudio piloto con el BSI y el MB. *Boletín de Psicología*, noviembre 2008; 94: 47-56.
- 20) Gutmanis, I; Beynon, C; Tutty, L; Wathen, N; MacMillan, H; Factors influencing identification of and response to intimate partner violence; a survey of physicians and nurses. *British Medical Journal*, 2007; 12: 1-11.
- 21) Híjar M; Lozano R; Valdez R; Blanco J; Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México, *Salud Mental* 2002, vol. 25 (1): 35-42.
- 22) Hofner, C; Python, V; Martin, E; Gervasoni, J; Graz, B; Yersin, B; Prevalence of victims of violence admitted to an emergency department. *Emergency Medical Journal*, 2005; 22: 481-485.
- 23) Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. OMS 2007.
- 24) Ito, H; Eisen, S; Sederer, L; Yamada, O; Tachimori, H; Factors affecting psychiatric nurses intention to leave their current job. *Psychiatric Services*, 2001; 52: 232-235.
- 25) Janssen, P; Basso, M; Constanzo, R; The prevalence of domestic violence among obstetric nurses. *Womens Health Issues*, 1998; 8(5): 317-323.
- 26) Juárez-García, A; Hernández-Mendoza, E; Ramírez-Pérez, J; *Mobbing* un riesgo psicosocial latente en el trabajo de enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2005; 13(3): 153-160.
- 27) Kristensen, T; Instrumento para prevención de riesgos psicosociales. Versión Corta para pequeñas empresas y autoevaluación. 2003; 1-16.
- 28) Leymann, H; The Content and Development of Mobbing at Work. *European Journal Work Organizational Psychology*. 1996;5: 165-184.
- 29) Lozano AR. La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia doméstica contra las mujeres: el caso de la ciudad de México. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C.
- 30) Maslach, C; Schaufeli, W; Leiter, M; Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52:397-422.
- 31) Maslach, C; Jackson, S; Maslach Burnout Inventory. California: Consulting Psychologist Press; 1981: 1-15.
- 32) Nolan, P; Smojkis, M; The mental health of nurses in the UK. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2003; 9: 374-379.

- 33) Oliveira, A; De Oliveira, A; Gender - violence against the female nursing staff of a Brazilian hospital in Sao Paulo City. *Rev Salude Publica*, 2008; 42: 1-9.
- 34) Pereda Torales, L; Márquez, F; Hoyos, M; Yáñez M; Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*. 2009; 32:399-404.
- 35) Richardson, J; Coid, J; Petruckevitch, A; Chung, W; Moorey, S; Feder, G; Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 2002; 324: 1-6.
- 36) Sugg, N; Thompson, R; Thompson, C; Maturo, R; Rivara, F; Domestic Violence and Primary Care. *Archives of Family Medicine*, 1999; 8: 301-306.
- 37) Taket, A; Nurse, J; Smith, K; Watson, J; Shakespeare, J; Lavis, V; et. al; Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal*, 2003; 327: 673-676.
- 38) Watts, S; Evaluation of health service interventions in response to domestic violence against women in Cadmen and Islington. Reports 1 and 2 London. London Borough of Cadmen, 2003; 1-8.
- 39) 49a Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 1996.

TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas y laborales del as enfermeras de un hospital de alta especialidad del IMSS (2011)

VARIABLES CONTINUAS	N	MEDIA	MEDIANA	RANGO	DE
Edad	70	34.2	34	24-56	5.62
Número de hijos	70	2	2	0-4	1.06
Número de cigarrros al día	70	1.7	0	0-15	2.97
Número de pacientes a cargo al día en un turno	70	12.1	12	8-15	1.05
Días de descanso a la semana	70	2	2	2-2	0
Días de vacaciones al año	70	27.78	30	0-40	11.47
Antigüedad en el IMSS (años)	70	10.5	9	2-32	5.73
Años de antigüedad en otro trabajo	28	2.05	0	0-16	3.39

Tabla 2. Características sociodemográficas y laborales de las enfermeras de un Hospital de alta especialidad del IMSS (2011)

VARIABLES	N		
Estado Civil	70	Soltera	6 (8.5%)
		Casada	32 (45.7%)
		Unión Libre	28 (40.0%)
		Divorciada	2 (2.8%)
		Separada	2 (2.8%)
Religión	70	Agnóstica	4 (5.7%)
		Católico	58 (82.8%)
		Cristiano	7 (10%)
		Testigo de Jehová	1 (1.4%)
Principal sostén económico de la familia	70	No	51 (72.8%)
		Si	19 (27.1%)
Personas con las que vive	70	Sola	1 (1.4%)
		Esposo	3 (4.2%)
		Hijos	3 (4.2%)
		Esposo e hijos	57 (81.4%)
		Otros familiares	6 (8.5%)
Tipo de vivienda	70	Propia	41 (58.5%)
		Rentada	29 (41.4%)
Tabaquismo	70	No	47 (67.1%)
		Si	23 (32.8%)
Consumo de bebidas alcohólicas	70	No	32 (45.7%)
		Si	38 (54.2%)
Frecuencia de consumo de alcohol	38	1 a 4 veces por mes	6 (8.5%)
		Ocasionalmente	32 (45.7%)

Presencia de enfermedades	70	No Si	53 (72.7%) 17 (24.2%)
Tipo de enfermedades	17	HAS DM2 HAS/DM2 Otras	5 (7.1%) 1 (1.4%) 5 (7.1%) 6 (8.5%)
Formación académica	70	Nivel técnico Licenciatura Posgrado	47 (67.1%) 20 (28.5%) 3 (4.2%)
Puesto de trabajo	70	Auxiliar de enfermera Enfermera general Jefe de enfermera	13 (18.5%) 55 (78.5%) 2 (2.8%)
Turno de trabajo	70	Matutino Vespertino Nocturno	30 (42.8%) 30 (42.8%) 10 (14.2%)
Tipo de contrato	70	Base 02 08 Confianza	56 (80.0%) 5 (7.1%) 8 (11.4%) 1 (1.4%)
Área laboral	70	Hospitalización Terapia intensiva Urgencias	62 (88.5%) 3 (4.2%) 5 (7.1%)
Realiza guardias en IMSS	70	No Si	23 (32.8%) 47 (67.1%)
Realiza actividades docentes	70	No Si	61 (87.1%) 9 (12.8%)
Personal a cargo	70	No Si	68 (97.1%) 2 (2.8%)
Tiempo de traslado de casa a trabajo	70	Menos 30 min 30-60 min 1-2 hrs Más 2 hrs	6 (8.5%) 37 (52.8%) 25 (35.7%) 2 (2.8%)
Último periodo vacacional	70	Menos 1 mes Menos de 3 meses Menos de 6 meses Menos de un año Más de un año	20 (28.5%) 26 (37.1%) 15 (21.4%) 5 (7.1%) 4 (5.7%)
Número de trabajos aparte del IMSS	70	Ninguno Uno	42 (60%) 28 (40%)
Puesto que desempeña en otro trabajo	28	Auxiliar de enfermera Enfermera general Jefe de enfermeras	6 (8.5%) 21 (75%) 1 (1.4%)
Años de antigüedad en otro trabajo	28	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 16	4 (5.7%) 1 (1.4%) 7 (10%) 3 (4.2%) 4 (5.7%) 1 (1.4%) 1 (1.4%) 2 (2.8%) 1 (1.4%) 2 (2.8%) 1 (1.4%) 1 (1.4%)
Horas que labora en el otro trabajo	28	8hrs	28 (40%)

Tabla 3. Trastornos mentales evaluados con el MINI en las enfermeras de un Hospital de Alta Especialidad del IMSS. (2011)

Variable		
Episodio depresivo mayor	Si	3 (4.2%)
	No	67 (95.7%)
Episodio depresivo mayor recurrente	Si	6 (8.57%)
	No	64 (91.4%)
Trastorno distímico	Si	10 (14.2%)
	No	60 (85.7%)
Trastorno de angustia	Si	5 (7.14%)
	No	65 (92.8%)
Fobia social	Si	3 (4.2%)
	No	67 (95.7%)
Trastorno obsesivo compulsivo	Si	1 (1.4%)
	No	69 (98.5%)
Trastorno de ansiedad generalizado	Si	14 (20%)
	No	56 (80%)
Total de trastornos mentales		42
Número de trastornos mentales por enfermera	Sin trastorno	37 (52.8%)
	Un trastorno	24 (34.29%)
	Dos trastornos	9 (12.86%)
Prevalencia de trastornos mentales en el personal de enfermería	No	37 (52.8%)
	Si	33 (47.1%)

MINI (mini international neuropsychiatric interview)

Tabla 4. Prevalencia de la violencia doméstica, evaluada con el cuestionario VHM en enfermeras de un hospital de alta especialidad del IMSS. (2011)

VARIABLES		N (Porcentaje)	Prevalencia Total
Violencia Doméstica			38 (54.2%)
Violencia Física Clasificación	Sin violencia	56 (80%)	14 (20%)
	Baja	13 (18.5%)	
	Moderada	1 (1.4%)	
	Alta	0	
Violencia Psicológica Clasificación	Sin violencia	32 (45.7%)	38 (54.2%)
	Baja	28 (40%)	
	Moderada	10 (14.2%)	
	Alta	0	
Violencia Sexual Clasificación	Sin violencia	64 (91.4%)	6 (8.5%)
	Baja	6 (8.5%)	
	Moderada-Alta	0	

VHM (VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES)

Tabla 5. Prevalencia de violencia y acoso psicológico en el trabajo, evaluadas con IVAPT-PANDO en enfermeras de un Hospital de Alta Especialidad en el IMSS. (2011)

VARIABLES		
Presencia de violencia psicológica	Nula	7 (10%)
	Media	5 (7.1%)
	Alta	58 (82.8%)
Intensidad de violencia psicológica	Nula	7 (10%)
	Baja	50 (71.4%)
	Media	13 (18.5%)
	Alta	0
Acoso psicológico en el trabajo	Nula o baja	66 (94.2%)
	Media	1 (1.4%)
	Alta	3 (4.2%)
Causales	Ausente	66 (94.2%)
	Ascendente	1 (1.4%)
	Horizontal	3 (4.2%)
	Descendente	0

Tabla 6. Prevalencia de las dimensiones y el síndrome de Burnout evaluadas con el cuestionario de Maslach en enfermeras de un Hospital de Alta Especialidad del IMSS (2011)

VARIABLES		
Agotamiento emocional	Leve	37 (52.8%)
	Moderado	22 (32.4%)
	Grave	11 (15.7%)
Despersonalización	Leve	28 (40%)
	Moderado	27 (38.5%)
	Grave	15 (21.4%)
Carencia de realización personal	Buena	16 (22.8%)
	Media	31 (44.2%)
	Escasa	23 (32.8%)
Presencia de Burnout	No	62 (90%)
	Si	7 (10%)

Tabla 7. Prevalencia de las categorías de factores de riesgo psicosociales evaluadas con el cuestionario ISTAS-21 en Enfermeras de un Hospital de Alta Especialidad del IMSS (2011)

VARIABLES		
Exigencias psicológicas	Exposición psicosocial favorable	10 (14.2%)
	Exposición psicosocial intermedia	
	Exposición psicosocial desfavorable	19 (27.1%)
		41 (58.5%)
Trabajo activo y posibilidades de desarrollo	Exposición psicosocial favorable	58 (82.8%)
	Exposición psicosocial intermedia	
	Exposición psicosocial desfavorable	10 (14.2%)
		2 (2.8%)
Inseguridad	Exposición psicosocial favorable	0
	Exposición psicosocial intermedia	
	Exposición psicosocial desfavorable	14 (20%)
		56 (80%)
Apoyo social y calidad de liderazgo	Exposición psicosocial favorable	50 (71.4%)
	Exposición psicosocial intermedia	
	Exposición psicosocial desfavorable	14 (20%)
		6 (8.5%)
Doble presencia	Exposición psicosocial favorable	3 (4.2%)
	Exposición psicosocial intermedia	
	Exposición psicosocial desfavorable	3 (4.2%)
		64 (91.4%)
Estima	Exposición psicosocial favorable	13 (18.5%)
	Exposición psicosocial intermedia	
	Exposición psicosocial desfavorable	27 (38.5%)
		30 (42.8%)

ISTAS 21 (Cuestionario de factores de riesgo psicosociales)

Tabla 8. Prevalencia de las categorías de calidad de vida, evaluadas con el cuestionario de escala de vida laboral, en enfermeras de un Hospital de Alta Especialidad del IMSS (2011)

VARIABLES CATERGÓRICAS		
Soporte institucional	No riesgo	70 (100%)
	Riesgo	0
Seguridad en el trabajo	No riesgo	70 (100%)
	Riesgo	0
Integración al puesto de trabajo	No riesgo	69 (98.5%)
	Riesgo	1 (1.4%)
Satisfacción por el trabajo	No riesgo	62 (88.5%)
	Riesgo	8 (11.4%)
Bienestar logrado a través del trabajo	No riesgo	54 (77.1%)
	Riesgo	16 (22.8%)
Desarrollo personal logrado por el trabajador	No riesgo	68 (97.1%)
	Riesgo	2 (2.8%)
Administración del tiempo libre	No riesgo	23 (32.8%)
	Riesgo	47 (67.1%)

Tabla 9. Relación entre trastornos mentales y violencia doméstica, Burnout, violencia psicológica en el trabajo, riesgos psicosociales, calidad de vida y factores sociodemográficos y laborales en enfermeras de un Hospital de Alta Especialidad del IMSS (2011)

		Sin trastornos mentales	Con trastornos mentales	P
Violencia Doméstica	No	62.1% (23)	27.2% (9)	0.003
	Si	37.8% (14)	72.7% (24)	
Violencia física	No	94.5% (35)	63.6% (21)	0.005
	Leve	5.4% (2)	33.3% (11)	
	Moderada	0%	3.% (1)	
Violencia psicológica	No	62.1% (23)	27.2% (9)	0.002
	Leve	35.1% (13)	45.4% (15)	
	Moderada	2.7% (1)	27.2% (9)	
Violencia sexual	No	97.3% (36)	84.8% (28)	0.063
	Leve	2.7% (1)	15.1% (5)	
Burnout	No	94.5% (35)	84.8% (28)	0.175
	Si	5.4% (2)	15.1% (5)	
Agotamiento emocional	Bajo	62.1% (23)	42.4% (14)	0.037
	Medio	32.4% (12)	30.3% (10)	
	Alto	5.4% (2)	27.2% (9)	
Despersonalización	Bajo	37.8% (14)	42.4% (14)	0.918
	Medio	40.5% (15)	36.3% (12)	
	Alto	21.6% (8)	21.2% (7)	
Carencia de realización personal	Bajo	24.3% (9)	21.2% (7)	0.227
	Medio	35.1% (13)	54.5% (18)	
	Alta	40.5% (15)	24.2% (8)	
VIOLENCIA PSICOLOGICA EN EL TRABAJO				
Violencia psicológica en el trabajo	Nula	13.5% (5)	6% (2)	0.532
	Media	8.1% (3)	6% (2)	
	Alta	78.3% (29)	87.8% (29)	

Intensidad de la violencia psicológica en el trabajo	Nula	13.5% (5)	6% (2)	0.156
	Baja	75.6% (28)	66.6% (22)	
	Mediana	10.8% (4)	27.7% (9)	
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES				
Exigencias psicológicas	Favorable	18.9% (7)	9% (3)	0.076
	Intermedio	35.1% (13)	18.1% (6)	
	Desfavorable	45.9% (17)	72.7% (24)	
Inseguridad	Intermedio	21.6% (13)	18.1% (6)	0.719
	Desfavorable	78.3% (29)	81.8% (27)	
Doble presencia	Favorable	5.4% (2)	3% (1)	0.778
	Intermedio	5.4% (2)	3% (1)	
	Desfavorable	88.1% (33)	93.9% (31)	
Estima	Favorable	18.9% (7)	18.1% (6)	0.991
	Intermedio	37.8% (14)	39.3% (13)	
	Desfavorable	43.2% (16)	42.4% (14)	
CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO				
Administración del tiempo libre	No riesgo	32.4% (12)	33.3% (11)	0.936
	Riesgo	67.5% (25)	66.6% (22)	
FACTORES LABORALES				
Sostén económico	No	94.5% (35)	48.4% (16)	0.000
	Si	5.4% (2)	51.5% (17)	
Turno	Matutino	37.8% (14)	48.4% (16)	0.294
	Vespertino	51.3% (19)	33.3% (11)	
	Nocturno	10.8% (4)	18.1% (6)	
Realización de guardias	No	24.3% (9)	42.4% (14)	0.108
	Si	75.6% (2)	57.5% (19)	
Otros trabajos	No	62.1% (23)	57.5% (19)	0.696
	Si	37.8% (14)	42.4% (14)	

CUADROS

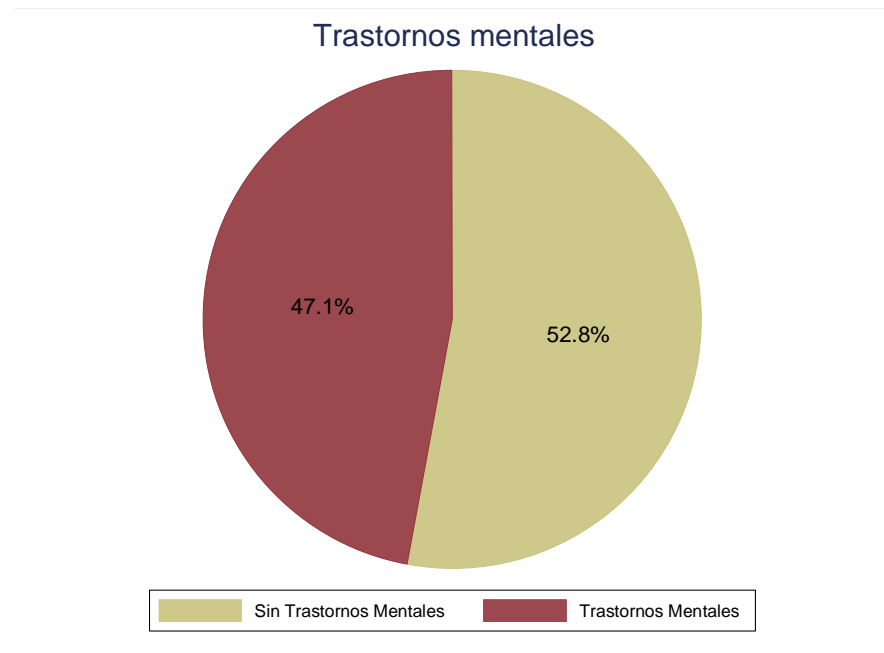
Cuadro 1. Prevalencia de violencia doméstica a nivel mundial en población general

Prevalencias de Violencia Doméstica a nivel mundial						
Autor y año	Tipo de estudio	N	Instrumentos usados	Resultados		P
Taket 2003	Transversal	855	Escala Táctica de Conflicto	V. física	25%	< 0.001
				V. psicológica	45%	
				V. sexual	13%	
OMS 2003	Multicéntrico	24097	Cuestionario de violencia doméstica	V. física	15-51%	<0.001
				V. psic.	30-60%	
				V. sexual	15-45%	
García-Moreno 2006	Metaanálisis	35 países a nivel mundial	Escala táctica de conflicto	V. física	10-52%	< 0.001
				V. psic.	10-65%	
				V. sexual	10- 30%	
Gutmanis 2007	Transversal	N 322	Escala Táctica de conflicto	V. física	35%	< 0.001
				V. psicológica	50%	
				V. sexual	15%	

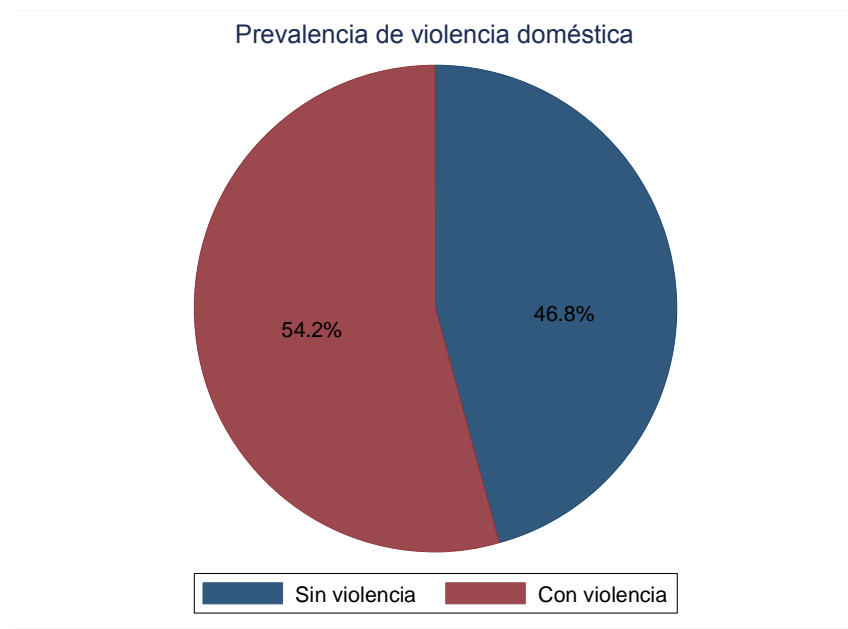
Cuadro 2. Prevalencia de violencia doméstica a nivel mundial en enfermería

Autor y año	Tipo de estudio	N	Instrumentos usados	Resultados	P
Janssen 1998	Transversal	198	Cuestionario de violencia familiar	Violencia física 14.6% Violencia psicológica 26.9% Violencia sexual 8.5%	<0.05
Gavira 2001	Transversal	243	Escala Táctica de conflicto	Violencia física 8% Violencia psicológica 19%	<0.001
Díaz Olavarrieta 2001	Transversal	1150	Cuestionario de violencia doméstica	Violencia física 14% Violencia psicológica 40% Violencia sexual 14%	
Oliveira 2008	Transversal	179	Escala Táctica de Conflicto	Violencia física 42.5% Violencia psicológica 59.3% Violencia sexual	

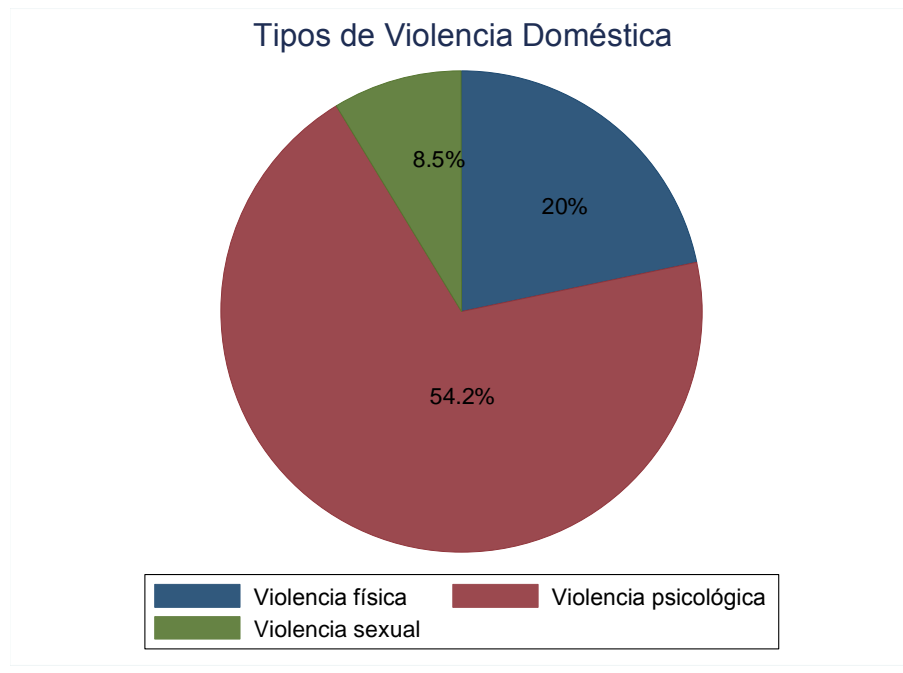
GRAFICAS



Gráfica 1. Prevalencia de trastornos mentales en enfermeras de un hospital de alta especialidad IMSS 2011



Gráfica 2. Prevalencia de violencia doméstica en enfermeras de un hospital de alta especialidad IMSS 2001



Gráfica 3. Tipos de violencia doméstica en enfermeras en un hospital de alta especialidad IMSS 2011

ANEXOS

ANEXO 1

El objetivo de esta encuesta es entender mejor los sentimientos y las emociones de las enfermeras e identificar qué aspectos de la enfermería son los más estresantes. La participación en esta encuesta es VOLUNTARIA y las respuestas son ANÓNIMAS. La información obtenida será ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL. Por favor conteste con la mayor sinceridad posible y no deje preguntas sin contestar.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES (ISTAS 21)					
APARTADO 1			No. FOLIO:		
PREGUNTA	RESPUESTA				
<i>Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas</i>	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
1. ¿Tienes que trabajar muy rápido?	4	3	2	1	0
2. ¿La distribución de tareas es irregular y provoca que se te acumule el trabajo?	4	3	2	1	0
3. ¿Tienes tiempo de llevar al día tu trabajo?	0	1	2	3	4
4. ¿Te cuesta olvidar los problemas del trabajo?	4	3	2	1	0
5. ¿Tu trabajo en general es desgastador emocionalmente?	4	3	2	1	0
6. ¿Tu trabajo requiere que escondas tus emociones?	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 1 a la 6.				
	Puntos:				
APARTADO 2					
PREGUNTA	RESPUESTA				
<i>Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas</i>	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
7. ¿Tienes influencia sobre la cantidad de trabajo que se te asigna?	4	3	2	1	0
8. ¿Se tiene en cuenta tu opinión cuando se te asignan tareas?	4	3	2	1	0
9. ¿Tienes influencia sobre el orden en el que realizas tus tareas?	4	3	2	1	0
10. ¿Puedes decidir cuando haces un descanso?	4	3	2	1	0
11. Si tienes algún asunto personal o familiar, ¿puedes dejar tu lugar de trabajo al menos una hora sin tener que pedir un permiso especial?	4	3	2	1	0
12. ¿Tu trabajo requiere que tengas iniciativa?	4	3	2	1	0
13. ¿Tu trabajo permite que aprendas cosas nuevas?	4	3	2	1	0
14. ¿Te sientes comprometido con tu profesión?	4	3	2	1	0
15. ¿Tienen sentido tus tareas?	4	3	2	1	0
16. ¿Hablas con entusiasmo de tu institución/empresa a otras personas?	4	3	2	1	0

APARTADO 3					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
<i>En estos momentos ¿estás preocupado por...</i>					
17. ...lo difícil que sería encontrar otro empleo en el caso de que hubiera un paro laboral?	4	3	2	1	0
18.si te cambian las tareas contra tu voluntad?	4	3	2	1	0
19.si te varían el salario (que no te lo actualicen, que te lo bajen)?	4	3	2	1	0
20. ...si te cambian el horario (turno, días de la semana, horas de entrada y salida) contra tu voluntad	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 17 a la 20.				
	Puntos:				
APARTADO 4					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
21. ¿Sabes exactamente qué margen de autonomía tienes en tu trabajo?	4	3	2	1	0
22. ¿Sabes exactamente qué tareas son de tu responsabilidad?	4	3	2	1	0
23. En tu institución, ¿se te informa con suficiente antelación de los cambios que pueden afectar tu futuro?	4	3	2	1	0
24. ¿Recibes toda la información que necesitas para hacer bien tu trabajo?	4	3	2	1	0
25. ¿Recibes ayuda y apoyo de tus compañeras o compañeros?	4	3	2	1	0
26. ¿Recibes ayuda y apoyo de tu superior inmediato/a?	4	3	2	1	0
27. ¿Tu lugar de trabajo se encuentra aislado de tus compañeros o compañeras?	0	1	2	3	4
28. En el trabajo, ¿sientes que formas parte de un grupo?	4	3	2	1	0
29. ¿Tus jefes inmediatos planifican bien el trabajo?	4	3	2	1	0
30. ¿Tus jefes inmediatos se comunican bien con los trabajadores y trabajadoras?	4	3	2	1	0

APARTADO 5					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Este apartado está diseñado para personas trabajadoras que conviven con alguien (pareja, hijos, padres), SI VIVES SOLO (A) NO RESPONDAS, pasa directamente al apartado 6					

Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para esta pregunta.					
31. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces?					
Soy el/la responsable principal y hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas.			4		
Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas.			3		
Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas			2		
Sólo hago tareas puntuales			1		
No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas			0		
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
32. Si faltas algún día de casa, ¿las tareas domésticas que realizas quedan sin hacer?	4	3	2	1	0
33. Cuando estás en tu institución, ¿piensas en las tareas domésticas y familiares?	4	3	2	1	0
34. ¿Hay momentos en que necesitarías estar en tu trabajo y en casa a la vez?	4	3	2	1	0
APARTADO 6					
PREGUNTA	RESPUESTA				
Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes frases:	SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES	SÓLO ALGUNA VEZ	NUNCA
35. Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	4	3	2	1	0
36. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario	4	3	2	1	0
37. En el trabajo me tratan injustamente	0	1	2	3	4
38. Si pienso en todo el trabajo y el esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado	4	3	2	1	0
	Suma los puntos de tus respuestas de la 35 a la 38.				
	Puntos:				

ANEXO 2

INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO (IVAPT-PANDO)		
<p>El cuestionario que está usted a punto de contestar tiene como intención conocer algunos aspectos de las relaciones psicológicas en el lugar de trabajo. Para ello se requiere que <u>conteste los dos incisos</u> con sus preguntas. El primero, que es el inciso (A), se refiere a la frecuencia con la que <u>ocurre lo que se pregunta, y el segundo (B) alude a la frecuencia con que eso le ocurre con respecto a sus compañeros.</u></p>		
No. FOLIO:		
RESPUESTAS:		
A)	B)	
4. Muy frecuentemente.	1. Menos que a mis compañeros	
3. Frecuentemente.	2. Igual que a mis compañeros.	
2. Algunas veces.	3. Más que al resto de mis compañeros.	
1. Casi nunca.		
0. Nunca.		
PREGUNTAS		
	A	B
1. Recibo ataques a mi reputación.		
2. Han tratado de humillarme o ridiculizarme en público.		
3. Recibo burlas, calumnias o difamaciones públicas.		
4. Se me asignan trabajos o proyectos con plazos tan cortos que son imposibles de cumplir.		
5. Se me ignora o excluye de las reuniones de trabajo o en la toma de decisiones.		
6. Se me impide tener información que es importante y necesaria para realizar mi trabajo.		
7. Se manipulan las situaciones de trabajo para hacerme caer en errores y después acusarme de negligencia o de ser un(a) mal(a) trabajador(a).		
8. Se extienden por la empresa rumores maliciosos o calumniosos sobre mi persona.		
9. Se desvalora mi trabajo y nunca se me reconoce que haya hecho algo bien.		
10. Se ignoran mis éxitos laborales y se atribuyen maliciosamente a otras personas o elementos ajenos a ellos, como la casualidad, la suerte, la situación del mercado, etc.		
11. Se castigan mis errores o pequeñas fallas mucho más duramente que al resto de mis compañeros(as).		
12. Se me obstaculizan las posibilidades de comunicarme con compañeros y/o con otras áreas de la empresa.		
13. Se me interrumpe continuamente cuando trato de hablar.		
14. Siento que se me impide expresarme.		

CONTINÚA INVENTARIO DE VIOLENCIA Y ACOSO PSICOLÓGICO EN EL TRABAJO		
A)	B)	
4. Muy frecuentemente.	1. Menos que a mis compañeros	
3. Frecuentemente.	2. Igual que a mis compañeros.	
2. Algunas veces.	3. Más que al resto de mis compañeros.	
1. Casi nunca.		
0. Nunca.		
PREGUNTAS		
	A	B
15. Se me ataca verbalmente criticando los trabajos que realizo.		
16. Se me evita o rechaza en el trabajo (evitando el contacto visual, mediante gestos de rechazo explícito, desdén o menosprecio, etc.).		
17. Se ignora mi presencia, por ejemplo, dirigiéndose exclusivamente a terceros (como si no me vieran o no existiera).		
18. Se me asignan sin cesar tareas nuevas.		
19. Los trabajos o actividades que se me encargan requieren una experiencia superior a las competencias que poseo, y me las asignan con la intención de desacreditarme.		
20. Se me critica de tal manera en mi trabajo que ya dudo de mi capacidad para hacer bien mis tareas.		
21. Tengo menos oportunidades de capacitarme o formarme adecuadamente que las que se ofrecen a otros compañeros.		
22. Se bloquean o impiden las oportunidades que tengo de algún ascenso o mejora en mi trabajo.		
23. *La(s) persona(s) que me produce(n) lo arriba mencionado es (son): Marca con una "X" la o las opciones que consideres		
Mi(s) superior(es)		
Mis compañero(s) de trabajo		
Mis subordinado(s)		

ANEXO 3

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA LABORAL Las siguientes preguntas, reflejan el grado de satisfacción con respecto a los diferentes tópicos marcados y se contestan en una escala que va del 0 al 4. Marca con una "X" la respuesta que corresponda a lo que sientes.

No. Folio: _____

	<i>Nada Satisfecho</i>	<i>Muy Poco Satisfecho</i>	<i>Poco Satisfecho</i>	<i>Medianamente Satisfecho</i>	<i>Totalmente Satisfecho</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1. Con respecto a la forma de contratación, con que cuento en este momento, me encuentro					
2. En relación con la duración de mi jornada de trabajo me encuentro					
3. Con respecto al turno de trabajo que tengo asignado me encuentro					
4. En cuanto a la cantidad de trabajo que realizo, mi grado de satisfacción es					
5. Es el grado de satisfacción que siento por la forma en que están diseñados los procedimientos para realizar mi trabajo					
6. Este es el nivel de satisfacción que tengo con respecto al proceso que se sigue para supervisar mi trabajo					
7. El siguiente es mi grado de satisfacción con respecto al salario que tengo					
8. Comparando mi pago con el que se recibe por la misma función en otras instituciones que conozco me siento					
9. El siguiente es el grado de satisfacción que tengo en cuanto al sistema de seguridad social al que estoy adscrito					
10. Es mi grado de satisfacción con respecto a los planes de retiro con que se cuenta en este momento en la institución					
11. Es mi grado de satisfacción con respecto a las condiciones físicas de mi área laboral (ruido, iluminación, limpieza, orden, etc.)					
12. Es mi satisfacción con respecto a las oportunidades de actualización que me brinda la institució					

	<i>Nada Satisfecho</i>	<i>Muy Poco Satisfecho</i>	<i>Poco Satisfecho</i>	<i>Medianamente Satisfecho</i>	<i>Totalmente Satisfecho</i>
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
13. Mi grado de satisfacción por el tipo de capacitación que recibo por parte de la institución es					
14. Mi grado de satisfacción por trabajar en esta institución (comparando con otras instituciones que conozco), es					
15. Con relación a las funciones que desempeño en esta institución, mi nivel de satisfacción es					
16. Mi grado de satisfacción por el uso que hago en este trabajo de mis habilidades y potenciales es					
17. Mi grado de satisfacción al realizar todas las tareas que se me asignan es					
18. Grado de satisfacción que siento del trato que tengo con mis compañeros de trabajo					
19. Es el grado de satisfacción que tengo con respecto al trato que recibo de mis superiores					
20. Satisfacción que siento en relación a las oportunidades que tengo para aplicar mi creatividad e iniciativa en mi trabajo					
21. Con respecto al reconocimiento que recibo de otras personas por mi trabajo me siento					
22. Mi grado de satisfacción ante mi desempeño como profesional en este trabajo es					
23. Con respecto a la calidad de los servicios básicos de mi vivienda me encuentro					
24. El grado de satisfacción que siento con respecto a las dimensiones y distribución de mi vivienda, relacionándolos al tamaño de mi familia es					

Las siguientes preguntas se contestan en escala de **frecuencia** que va del 0 al 4 y de acuerdo a la perspectiva personal. Marca con una "X" la respuesta que corresponda a lo que sientes.

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
25. La necesidad de llevar trabajo a casa se presenta					
26. Se me ha indicado de manera clara y precisa la forma en que debo de hacer mi trabajo					
27. Me dan a conocer la forma en que se evalúan los procedimientos que sigo para realizar mi trabajo					
28. Recibo los resultados de la supervisión de mi trabajo como retroalimentación					
29. Considero que mi salario es suficiente para satisfacer mis necesidades básicas					
30. Considero que recibo en cantidad suficiente los insumos necesarios para la realización de mis actividades laborales					
31. Considero que la calidad de los insumos que recibo para la realización de mis actividades laborales es la requerida					
32. Corresponde a la frecuencia en que en mi institución se respetan mis derechos laborales					
33. Tengo las mismas oportunidades que los compañeros de mi categoría laboral, de acceder a cursos de capacitación					
34. Me siento identificado con los objetivos de la institución					
35. ¿Qué tanto percibo que mi trabajo es útil para otras personas?					
36. Mi trabajo contribuye al logro de objetivos comunes con mis compañeros de trabajo					
37. Me siento motivado para estar muy activo en mi trabajo					
38. Disfruto usando mis habilidades y destrezas en las actividades laborales diarias					
39. Cuando surgen conflictos en mi trabajo, éstos son resueltos por medio del diálogo					

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
40. Busco los mecanismos para quitar los obstáculos que identifico en el logro de mis objetivos y metas de trabajo					
41. Cuando se me presentan problemas en el trabajo, recibo muestras de solidaridad por parte de mis compañeros					
42. Obtengo ayuda de mis compañeros para realizar mis tareas, cuando tengo dificultad para cumplirlas					
43. Existe buena disposición de mis subordinados para el desempeño de las actividades laborales y la resolución de problemas					
44. Mi jefe inmediato muestra interés por la Calidad de Vida de sus trabajadores					
45. Mi jefe inmediato se interesa por la satisfacción de mis necesidades					
46. Mi jefe inmediato se interesa por conocer y resolver los problemas de mi área laboral					
47. Cuento con el reconocimiento de mi jefe inmediato, por el esfuerzo en hacer bien mi trabajo					
48. Cuento con el apoyo de mi jefe para resolver problemas y simplificar la realización de mis tareas					
49. Cuando tengo problemas extralaborales que afectan mi trabajo, mi jefe está en disposición de apoyarme					
50. Recibo retroalimentación por parte de mis compañeros y superiores en cuanto a la evaluación que hacen de mi trabajo					
51. En mi institución se reconocen los esfuerzos de eficiencia y preparación con oportunidades de promoción					
52. Considero que tengo libertad para expresar mis opiniones en cuanto al trabajo sin temor a represalias de mis jefes					
53. Mi trabajo me brinda la oportunidad de hacer frente a cualquier situación adversa que se me presente					

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
	0	1	2	3	4
54. Recibo de parte de los usuarios o clientes de la institución muestras de reconocimiento por las actividades que realizo					
55. Mi trabajo me permite cumplir con las actividades que planeo para cuando estoy fuera del horario de trabajo					
56. Mis actividades laborales me dan la oportunidad de convivir con mi familia					
57. Mis horarios de trabajo me permiten participar en la realización de actividades domésticas					
58. Mis actividades laborales me permiten participar del cuidado de mi familia (hijos, padres, hermanos, otros)					
59. Cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades diarias (vestir, caminar, trasladarse, alimentarse, etc)					
60. Cuento con la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales para el desempeño de mis actividades laborales					
61. En mi trabajo se me realizan exámenes de salud periódicos (por parte de la institución)					
62. Mi trabajo me permite acceder en cantidad y calidad a mis alimentos					

	Nada de acuerdo	Muy poco de acuerdo	Poco de acuerdo	Medianamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	0	1	2	3	4
63. Las oportunidades de cambios de categoría (movimientos de escalafón) se dan en base a curriculum y no a influencias					
64. Tengo la posibilidad de mejorar mi nivel de vida en base a mi trabajo en esta institución					
65. Considero que el puesto de trabajo que tengo asignado va de acuerdo con mi preparación académica y/o capacitación					
66. Mi trabajo contribuye con la buena imagen que tiene la institución ante sus usuarios					
67. Considero que el logro de satisfactores personales que he alcanzado se deben a mi trabajo en la institución					
68. Mis potencialidades mejoran por estar en este trabajo					
69. Considero que mi empleo me ha permitido tener el tipo de vivienda con que cuento					
70. Considero que el trabajo me ha permitido brindar el cuidado necesario para conservar la integridad de mis capacidades físicas, mentales y sociales					
71. Desde mi perspectiva, mi ingesta diaria de alimentos es suficiente en cantidad y calidad					
72. Los problemas de salud más frecuentes de los trabajadores de mi institución, pueden ser resueltos por los servicios de salud que me ofrece la misma					
	<i>Nulo compromiso</i>	<i>Muy poco compromiso</i>	<i>Poco compromiso</i>	<i>Moderado compromiso</i>	<i>Total compromiso</i>
73. Es el grado de compromiso que siento hacia el logro de mis objetivos con respecto al trabajo					
74. Es el grado de compromiso que siento hacia el logro de los objetivos de la institución					

ANEXO 4

ESCALA BURNOUT.

Por favor conteste con la mayor sinceridad posible y no deje preguntas sin contestar.

Instrucciones: Marque con una "X" la casilla que corresponda, de acuerdo a las opciones.

PORFAVOR NO DEJE CASILLAS EN BLANCO.

No. FOLIO: _____

	Nunca	Menos de 10 veces por año	Una vez por mes	2 a 3 veces por mes	Una vez por semana	2 a 5 veces por semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.							
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.							
5. Creo que trato algunas personas como si fuesen objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.							
8. Me siento quemado por mi trabajo.							
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							

	Nunca	Menos de 10 veces por año	Una vez por mes	2 a 3 veces por mes	Una vez por semana	2 a 5 veces por semana	Todos los días
15. No me preocupo realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.							
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo manejo mis problemas emocionales con mucha calma.							
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.							

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER

Las siguientes preguntas buscan indagar sobre la violencia que han sufrido las mujeres. La participación en esta encuesta es voluntaria y las respuestas son anónimas. La información obtenida será absolutamente confidencial. Por favor conteste con la mayor sinceridad posible y no deje preguntas sin contestar.

Por favor, ELIGE UNA SOLA RESPUESTA para cada una de las siguientes preguntas. En la última casilla anote de acuerdo a su percepción de severidad que valor le otorga a cada pregunta en un rango de 1 nada severo y 100 completamente severo					
Durante los últimos 12 meses, su pareja:	Nunca	Una vez	Varias veces	Muchas veces	Alguna vez en la vida
1) ¿La ha empujado a propósito?					
2) ¿La ha sacudido, zarandeado o jaloneado?					
3) ¿Le ha torcido el brazo?					
4) ¿La ha jaloneado del pelo?					
5) ¿La ha golpeado con la mano o el puño?					
6) ¿La ha pateado?					
7) ¿Le ha golpeado el estómago?					
8) ¿Le ha aventado algún objeto?					
9) ¿La ha encerrado bajo llave?					
10) ¿La ha amarrado?					
11) ¿La ha golpeado con algún palo, cinturón o algún objeto doméstico?					
12) ¿Le ha quemado con un cigarro?					
13) ¿La ha tratado de ahorcar o asfixiar?					
14) ¿La ha agredido con alguna navaja, cuchillo o machete?					
15) ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?					
16) ¿La rebaja o menosprecia?					

<i>Durante los últimos 12 meses, su pareja:</i>	<i>Nunca</i>	<i>Una vez</i>	<i>Varias veces</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Alguna vez en la vida</i>
17) ¿La insulta?					
18) ¿Se puso celoso o sospecha de sus amistades?					
19) ¿Le dice cosas como que está poco atractiva o fea?					
20) ¿Se puso a golpear o a patear la pared o algún mueble?					
21) ¿Se puso a destruir algunas de sus cosas?					
22) ¿La amenazó con golpearla?					
23) ¿La amenazó con alguna navaja, cuchillo o machete?					
24) ¿La amenazó con alguna pistola o rifle?					
25) ¿Le hizo sentir miedo de él?					
26) ¿La amenazó con matarla?					
27) ¿La amenazó con matarse a sí mismo?					
28) ¿Se opone a que trabaje o estudie?					
29) ¿Siente usted que la controla o vigila?					
30) ¿Le impide que visite a sus amistades o familiares?					
31) ¿Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no esté dispuesta?					
32) ¿La amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él?					
33) ¿Usa la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted contra su voluntad?					
34) ¿La obliga a tener sexo oral en contra de su voluntad?					
35) ¿La obliga a tener sexo anal en contra de su voluntad?					

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

**Versión en Español 5.0.0
DSM-IV**

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert

Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto

University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

Nombre de paciente:	Número de protocolo:
Fecha de nacimiento:	Hora de inicio de entrevista:
Nombre de entrevistador:	Hora de término de la entrevista:
Fecha de la entrevista:	Duración total:

MÓDULO	PERIODO EXPLORADO	+	DSM-IV	CIE-10
A.EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 semanas)		299.20-296.26 episodio único	F32.x
EDM RECURRENTE	Recidivante		296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS	Actual (2 semanas)		296.20-296.26 episodio único	F32.x
B. TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (2 años)		296.30-296.36 recidivante	F33.x
C.RIESGO SUICIDA	RIESGO: Leve Moderado Alto		300.4	F34.1
D. EPISODIO MANÍACO	Actual Pasado		296.00-296.06	F30.x-F31.9
D.EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual pasado		296.80-296.89 300.01/300.21	F31.8- F31.9/F34.0 F40.01-F41.0
E.TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes) De por vida		300.22	F 40.00
F. AGORAFOBIA	Actual			
G.FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)		300.23	F40.1
H.TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)		300.3	F42.8
I.TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)		309.81	F43.1
J.DEPENDENCIA DE ALCOHOL/ABUSO	Últimos 12 meses Últimos 12 meses		303.9 305.00	F10.2X F10.1
K.DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses		304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L.TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida Actual		295.10-295.90/297.1 297.3/293.81/293.82 293.89/298.8/298.9	F20.XX-F29
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual		296.24	F32.3/f33.3
M.ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 mes)		307.1	F50.0
N.BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 mes)		307.51	F50.2
ANOEXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual		307.1	F50.0
O.TRASTRONO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 mes)		300.02	F41.2
P.TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	De por vida		301.7	F60.2

INSTRUCCIONES GENERALES

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren unas respuestas de sí o no.

PRESENTACIÓN:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos) se presentan en un **recuadro gris** una o varias preguntas «**filtro**» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

CONVENIOS:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos. *Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS»* no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (→) indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

Frasas entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o). Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse SÍ en la MINI.

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(→ Significa: Ir a la casilla y rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente módulo)

A1. ¿En las dos últimas semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2. ¿En las dos últimas semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
¿Codifico SÍ en A1 y A2 o en A2?	NO	SÍ	
A3. En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas			
A3a. ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo? (Variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 3.5\text{kg}$ para una persona de 70kg)	NO	SÍ	3
A3b. ¿Tiene dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despierta a media noche, se despierta temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
A3c. ¿Casi todos los días hablaba o se movía más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
A3d. ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
A3e. ¿Casi todos los días, sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
A3f. ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
A3g. ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto?	NO	SI	9
CODIFICÓ MÁS SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)	NO	SÍ EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL	
SI UN PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MODULO B:			
A4a. ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO →	SÍ	10
A4b. ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ E.D.M.RECIDIVANTE (11)	
<u>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)</u>			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un círculo NO y continuar con el siguiente módulo)			
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3=SÍ) EXPLORAR LO SIGUIENTE:			
A5a. ¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
A5b. ¿Durante el período más graves del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban? SI NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerle sentir mejor aunque sea temporalmente?	NO	SÍ	12
A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas			

A6a. ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
A6b. ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SÍ	14
A6c. ¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volverse a dormir?	NO	SÍ	15
A6d. ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTRIZ)?	NO	SÍ	
A6e. ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
A6f. ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpabilidad desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?	NO	SÍ	
		<p style="text-align: center;">EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</p>	

B. <u>TRASTORNO DISTIMICO</u>			
SÍ LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MODULO			
B1. ¿En los dos últimos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO →	SÍ	17
B2. ¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de 2 meses o más en el que se sintiera bien?	NO	SÍ →	18
B3. Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
B3a. ¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
B3b. ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
B3c. ¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
B3d. ¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
B3e. ¿Tuvo dificultades para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	23
B3f. ¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3	NO	SÍ	
B4. ¿En los síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su funcionamiento en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO →	SÍ	25
CODIFICÓ SÍ EN B4	NO	SÍ	
		<p style="text-align: center;">TRASTORNO DISTÍMICO</p>	

C. <u>RIESGO DE SUICIDIO</u>			
DURANTE ESTE ÚLTIMO MES:			
C1. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2. ¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3. ¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4. ¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5. ¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A LO LARGO DE SU VIDA:			
C6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ POR LO MENOS SÍ EN 1 RESPUESTA?	NO	SÍ	Riesgo Suicida
SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) ESPECÍFIQUE EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO	1-5 LEVE () 6-9 MODERADO () ≥ 10 ALTO ()		

D. <u>EPISODIO (HIPO) MANÍACO</u>			
(⇒ Significa: ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
D1a. ¿Alguna vez ha habido un período en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol)	NO	SÍ	1
ESPECÍFIQUE: “Exaltado” o “Eufórico”; estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.		SÍ →	
SI SÍ: D1.b ¿En este momento se siente “exaltado” eufórico” o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2a. ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones en las que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
SI SÍ: D2b ¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a o EN D2a?	NO →	SÍ	
D3 SI D1b o D2B = SÍ: EXPLORAR SÓLO EPISODIO ACTUAL SÍ D1b y D2b = SÍ: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO			

DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE SENTÍA EXALTADO, LLENO DE ENERGÍA O IRRITABLE NOTÓ QUE:			
D3a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podía hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
D3b ¿Necesitaba dormir menos (p.ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
D3c ¿Habla usted sin parar o tan deprisa que los demás tienen dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
D3d ¿Sus pensamientos pasan tan deprisa por su cabeza que tiene dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
D3e ¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
D3f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
D3g. ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias? (p. ej. Se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI EN D1a ES NO (EPISODIO PASADO) O SI D1b ES NO (EPISODIO ACTUAL))?	NO →	SÍ	
D4 ¿Duraron sus síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO HIPOMANÍA	SÍ MANÍA	12
¿CODIFICÓ NO EN D4? ESPECÍFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO	NO	SÍ EPISODIO HIPOMANÍA ACTUAL PASADO	
¿CODIFICÓ SÍ EN D4? ESPECÍFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO	NO	SÍ EPISODIO MANIA ACTUAL PASADO	

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(→ Significa: Rodear con un círculo NO es E5 y Pasar directamente a F1)

E1a. ¿En más de una ocasión tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las que la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO →	SÍ	1
E1b. ¿En estas crisis o ataques alcanza su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO →	SÍ	2
E2. ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3. ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en la que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de las crisis?	NO	SÍ	4
E4. Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
E4a. ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
E4b. ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
E4c. ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
E4d. ¿Sentía falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
E4e. ¿Tenía la sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
E4f. ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
E4g. ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
E4h. ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
E4i. ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
E4j. ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
E4k. ¿Tenía miedo de que estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
E4l. ¿Tenía alguna parte del cuerpo adormecida o con hormigueo?	NO	SÍ	16
E4m. ¿Tenía sofocos o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y POR LO MENOS EN MENOS DE 4 DE E4?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA	
E6 SI E5 = NO, ¿CODIFICO SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1	NO	SÍ CRISIS ACTUAL CON SÍNTOMAS LIMITADOS	
E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL (18)	
			82

F. <u>AGORAFOBIA</u>			
F1. ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o un ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
SI F1= NO, RODEE CON UN CIRCULO NO EN F2			
F2. ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	AGORAFOBIA ACTUAL (20)
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?	NO	SÍ	TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTÍA ACTUAL)?	NO	SÍ	TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA ACTUAL
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) Y CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?	NO	SÍ	AGORAFOBIA ACTUAL SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA

G. <u>FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)</u>			
(→ significa: ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo no en cada una y continuar con el siguiente modulo)			
G1. ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió la humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales	NO →	SÍ	1
G2. ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO →	SÍ	2
G3. ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita o sufre en ellas?	NO →	SÍ	3
G4. ¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de la intensa molestia?	NO	SÍ	FOBIA SOCIAL ACTUAL (4)

H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

<p>H1. ¿En este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsivos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusivas o angustiosas? (p.ej. la idea de estar sucio, contaminado, o tener gérmenes, o miedo a estar contaminar a otros, o temor a hacerle daño a alguien sin querer, o temor a actuar en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas) (NO INCLUIR PREOCUPACIONES OBSESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, EL ACOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PODRÍA DERIVAR DE LA ACTIVIDAD Y PRODRÍA QUERER EVITARLAS SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)</p>	<p>NO → H4</p>	<p>SÍ</p>	<p>1</p>
<p>H2. ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?</p>	<p>NO → H4</p>	<p>SÍ</p>	<p>2</p>
<p>H3. ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no se son impuestos desde el exterior?</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ OBSESIONES (3)</p>	
<p>H4. ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar u ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ COMPUSIONES (4)</p>	
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?</p>	<p>NO →</p>	<p>SÍ</p>	
<p>H5. ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?</p>	<p>NO →</p>	<p>SÍ</p>	<p>5</p>
<p>H6. ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?</p>	<p>NO</p>	<p>SÍ TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (6)</p>	

I. <u>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</u>			
(→ Significa: ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO y continuar con el siguiente modulo)			
1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazados de muerte o en su integridad física? Ejemplos de acontecimientos traumáticos: accidentes graves, atraco, violación, atentado terrorista, ser tomado como rehén, secuestro, incendio, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catastrofe natural	NO →	SÍ	1
12. ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p.ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO →	SÍ	2
13. En el último mes:			
13a. ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
13b. ¿Ha tenido dificultades para recordar alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
13c. ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
13d. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
13e. ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
13f. ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va acortando debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DEL 13a?	NO →	SÍ	
14 Durante el último mes:			
14a. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
14b. ¿Ha estado particularmente irritable o le daban ataques de coraje?	NO	SÍ	10
14c. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
14d. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
14e. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	NO →	SÍ	
15. ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	
		SÍ TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL (14)	

J. <u>ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL</u>			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
J1. ¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO →	SÍ	1
J2. En los últimos 12 meses:			
J2a. ¿Necesita beber más para conseguir los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SÍ	2
J2b. ¿Cuándo reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p.ej. Temblores, sudoración, agitación)?	NO	SÍ	3
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA			
J2c. ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
J2d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
J2e. ¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de los efectos?	NO	SÍ	6
J2f. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido al consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
J2g. ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas físicos o mentales?	NO	SÍ	8
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	NO	SÍ DEPENDENCIA A ALCOHOL	
J3 En los últimos 12 meses.			
J3a. ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?	NO	SÍ	9
J3b. ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría algún peligro físico, por ejemplo, conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquina?	NO	SÍ	10
J3c. ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
J3d. ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS EN J3?	NO	SÍ ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

K. <u>TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS</u>			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinales.			
K1a. ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	NO →	SÍ	
Rodee con un círculo todas las sustancias que haya usado:			
ESTIMULANTES: Anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes			
COCAÍNA: Inhalada, intravenosa, crack, speedball			
NARCÓTICOS: Heroína, morfina, opio, demerol, metadona, codeína, percodan, darvon			
ALUCINOGENOS: LSD, mescalina, peyote, PCP, hogos, éxtasis, MDA, MDMA			
INHALANTES: Pegamento, éter, óxido nitroso, poppers			
MARIHUANA: Hachís, THC, pasto, hierba, mota			

TRANQUILIZANTES: Benzodiacepinas, barbitúricos OTRAS SUSTANCIAS: ESPECIFIQUE			
K1b. Si existe el uso concurrente o sucesivo de varias sustancias o drogas, especifique con una paloma qué droga/clase de droga va a ser explorada en la entrevista a continuación Sólo una droga/clase de droga ha sido utilizada Sólo la clase de droga más utilizada es explorada Cada droga es examinada individualmente			
K2 Considerando su uso (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE SELECCIONADO) en los últimos 12 meses			
K2a. ¿Ha notado usted que necesitaba una mayor cantidad de (nombre/clase droga) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
K2b. ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizarla (nombre/clase de droga) tuvo síntomas de abstinencia (dolor, temblor, fiebre, debilidad, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones dificultad para dormir, o se sentía ansioso, agitado, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor	NO	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTO SÍ EN ALGUNA			
K2c. ¿Ha notado que cuando usted usaba (nombre/clase de la droga seleccionada) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
K2d. ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre/clase de droga seleccionada) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
K2e. ¿Los días que utilizaba (nombre/clase de droga seleccionada) empleaba mucho tiempo (más de 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de los efectos o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
K2f. ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de los pasatiempo, estado con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
K2g. ¿Ha continuado usando (nombre/clase de droga seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S:	NO	SÍ → DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	
K3. Considerando su uso de (nombre/clase de droga seleccionada) en los últimos 12 meses:			
K3a. ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (nombre/clase de droga) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le causo problemas? CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONO PROBLEMAS	NO	SÍ	8
K3b. ¿Ha estado intoxicado con (nombre/clase de la droga seleccionada) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej. Conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una maquina)?	NO	SÍ	9
K3c. ¿Ha tenido algún problema legal debido a su sudo, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
K3d. ¿Ha continuando usando (nombre/clase de droga seleccionada) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11

L. TRASTORNOS PSICÓTICOS

(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)

Pida un ejemplo para cada pregunta contestada afirmativamente, codifique sí sólo para aquellos ejemplos que muestren claramente una distorsión del pensamiento o de la percepción o si no son culturalmente apropiados, antes de codificar, investigue si las ideas delirantes califican como extrañas o raras.

Las ideas delirantes son “extrañas” o raras si: son claramente absurdas, improbables, incomprensibles, y no pueden derivarse de experiencias de la vida cotidiana.

Las alucinaciones son “extrañas” o raras si: una voz hace comentarios sobre los pensamientos o los actos de la persona, dos o más voces conversan entre sí.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener:

L 1.a ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: pida ejemplos para descartar un verdadero acecho	NO	SÍ	EXTRAÑOS SÍ	1
L 1b. SI SÍ ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ →L6	2
L 2a. ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	3
L 2b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	4
L 3a. ¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	5
L 3b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	6

L 4a. ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, la televisión, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	7
L 4b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	8
L 5a. ¿Considera sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	9
L 5b. SI SÍ: ¿Actualmente cree usted en esto?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ → L6	10
L 6a ¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON IDENTIFICADAS COMO “EXTRAÑAS” SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: SI SÍ: ¿Escucho una vez que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escucho dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ SÍ	11
SI SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → L8b	12
L 7a. ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS	NO	SÍ	EXTRAÑAS SÍ	13
L7b. SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	14

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR:

L 8b. ¿Presenta el paciente actualmente lenguaje desorganizado, incoherente o	NO	SÍ	EXTRAÑO	15
---	----	----	---------	----

con marcada pérdida de las asociaciones?			SÍ	
L 9b. ¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento catatónico o desorganizado?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	16
L 10b. ¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista (aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje (alogia) o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con determinada finalidad)?	NO	SÍ	EXTRAÑO SÍ	17
L 11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS "b"? O ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE EXTRAÑO) EN 2 O MÁS DE LAS PREGUNTAS "b"?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	
L 12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS "a"? O ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA	18
L 13a. ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) O EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO →	SÍ		
L 13b. SI CODIFICÓ SÍ EN L13a: Anteriormente me dijo usted que tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido/a o exaltado/a o particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que acabo de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS EN L1b a L7b) ¿Se limitan exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido/a o exaltado/a o irritable?	NO	SÍ	SÍ TRASTORNO DEL ESTADO DE ANMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL	19

M. <u>ANOREXIA NERVIOSA</u>			
M1a. ¿Cuál es su estatura?	cm		
M1b ¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	Kg		
M1c. ¿Es el peso del paciente inferior al peso mínimo correspondiente a su estatura? (VER TABLA)	NO →	SÍ	
En los últimos tres meses:			
M2 ¿A pesar de su peso bajo, evita engordar?	NO	SÍ	1
M3 ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2
M4a. ¿Se consideraba gordo/a, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
M4b. ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
M4c. ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO →	SÍ	5
M5 ¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO →	SÍ	
M6 SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO →	SÍ	6
PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6? PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?	NO	SÍ ANOREXIA NERVIOSA	

		ACTUAL	
Mujer estatura/peso			
Pies/pulgadas 4,9 4,10 4,11 5,0 5,1 5,2 5,3 5,4 5,5 5,6 5,7 5,8 5,9 5,10			
Libras 84 85 86 87 89 92 94 97 99 102 104 107 110 112			
cm 144,8 147,3 149,9 152,4 154,9 157,5 160,0 162,6 165,1 167,6 170,2 172,7 175,3 177,8			
kg 38 39 39 40 41 42 43 44 45 46 47 49 50 51			
Hombre estatura/peso			
Pies/pulgadas 5,1 5,2 5,3 5,4 5,5 5,6 5,7 5,8 5,9 5,10 5,11 6,0 6,1 6,2 6,3			
Libras 105 106 108 110 111 113 115 116 118 120 122 125 127 130 133			
cm 154,9 157,5 160,0 162,6 165,1 167,6 170,2 172,7 175,3 177,8 180,3 182,9 185,4 188,0 190,5			
kg 47 48 49 50 51 51 52 53 54 55 56 57 58 59 61			
Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y el sexo del paciente, tal como requiere el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la <i>Metropolitan Life Insurance Table of Weights</i> .			
<u>N. BULIMIA NERVIOSA</u>			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnosticas, rodear con un circulo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
N1. ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO →	SÍ	7
N2. ¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO →	SÍ	8
N3. ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO →	SÍ	9
N4. ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO →	SÍ	10
N5. ¿Influye grandemente en la opinión que tiene usted de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO →	SÍ	11
N6. ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO Ir a N8	SÍ	
N7. ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (kg)? ENTREVISTADOR: ESCRIBA ENTRE PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUNETRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA	NO	SÍ	12
N8. ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTO A N8?	NO	SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
	NO	SÍ	

N8. ¿CODIFICÓ SÍ EN N7?		ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO PURGATIVO ACTUAL
-------------------------	--	---

O. <u>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</u>			
(→ Significa: Ir a las casillas diagnósticas, rodear con un círculo NO en cada una y continuar con el siguiente módulo)			
O1a. ¿Se han sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO →	SÍ	1
O1b. ¿Se presentan preocupaciones casi todos los días?	NO →	SÍ	2
CODIFICA SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS	NO →	SÍ	3
O2. ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO →	SÍ	4
O3. CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS			
En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
O3a. ¿Se sentía inquieto, intranquilo, agitado?	NO	SÍ	5
O3b. ¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
O3c. ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
O3d. ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
O3e. ¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
O3f. ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?	NO	SÍ	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

ANEXO 7

<u>CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO</u>	Área de codificación
Folio	
1.- Edad (años cumplidos)	
2.- Estado civil	
<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Separada	
3.- Religión	
4.- Mencionar numero de hijos y edades 1 2 3 4 5 6	
5.- ¿Es usted el principal sostén económico de su familia?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
6.- ¿Con que personas vive usted?	
7.- Tipo de vivienda	
<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada	
8.- ¿Usted fuma actualmente?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
9.- Número de cigarros al día	
10.- ¿Actualmente consume bebidas alcoholicas?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
11.- ¿Con que frecuencia consume bebidas alcoholicas?	
<input type="checkbox"/> Diario o casi diario <input type="checkbox"/> 1 a 4 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 a 4 veces por mes <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	
12.- ¿Ha consumido alguna droga o sustancia adictiva? Si su respuesta es positiva indique cual	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
13.- ¿Padece usted alguna enfermedad? Si su respuesta es positiva indique cual(es).	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
14.- ¿Cuál es su formación académica?	
<input type="checkbox"/> Nivel técnico <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado	
15.- ¿Cuál es su categoría o puesto de trabajo?	
<input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermera <input type="checkbox"/> Enfermera General <input type="checkbox"/> Jefe de enfermera <input type="checkbox"/> Otro	
16.- ¿Cuál es su turno?	
<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Jornada Acumulada <input type="checkbox"/> Movil	
17.- ¿Antigüedad en el IMSS? (en meses o años)	
18.- ¿Tipo de contrato?	
<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> Confianza	
19.- Área del hospital en la cual labora:	
20. Número de pacientes a cargo durante un turno en el IMSS	

21.- ¿Realiza guardias en el IMSS?	
<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Si	
22.- ¿Realiza actividad docente en el IMSS?	
<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Si	
23.- ¿Tiene personal bajo su cargo en el IMSS? Si su respuesta es positiva indique cuantos	
<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Si	
24.- ¿Cuánto es el tiempo de traslado de su casa a su trabajo en el IMSS?	
<input type="checkbox"/> 0 Menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> 1 30 a 60 minutos <input type="checkbox"/> 2 1 a 2 horas <input type="checkbox"/> 3 Más de 2 horas	
25.- ¿Cuántos días de descanso tiene a la semana?	
26.- Número de días de vacaciones al año por parte del IMSS	
27.- ¿Cuándo fue su último periodo vacacional?	
<input type="checkbox"/> 0 Menos de 1 mes <input type="checkbox"/> 1 Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> 2 Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 3 Menos de un año	
<input type="checkbox"/> 4 Más de un año	
28.- Número de trabajos (aparte del IMSS)	
29.- Puesto que desempeña en el o los otros trabajos	
30.- Años de antigüedad en el otro o los otros trabajos	
31.- Cantidad de horas que labora en el otro o los otros trabajos	

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D. F., a ____ de _____ de 2011

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado “La salud mental y su relación con la violencia doméstica y otros factores psicosociales en el personal de enfermería del IMSS”, registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número _____.

El objetivo del estudio es “identificar la frecuencia de la violencia doméstica, los factores psicosociales negativos y su relación con la salud mental del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) en el IMSS en la Ciudad de México.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas que me ocuparán 30 minutos, durante los cuales se me aplicarán siete escalas. Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo en esta Institución. De la misma manera, mi información será destruida en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

Nombre y firma del paciente

Dra. Guadalupe Aguilar Madrid

Testigo
