



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA DE ENSAME**

DEPRESIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN CUIDADOS MODERADOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Autores:

Br. Iza, Mónica
Br. Nuñez, Paola
Br. Laesprella, Carina
Br. Torres, Karen
Br. Weble, Karem

Tutores:

Prof. Agdo. Lic. Esp. Isabel Silva
Prof. Agdo. Mg. Álvaro Díaz

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2016

TABLA DE CONTENIDOS

★ GLOSARIO.....	Pág.3
★ RESUMEN.....	Pág.4
★ INTRODUCCIÓN.....	Pág.6
★ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	Pág. 7
★ OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	Pág.8
★ JUSTIFICACIÓN.....	Pág.9
★ MARCO TEÓRICO.....	Pág.11
★ DISEÑO METODOLÓGICO.....	Pág.18
★ DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	Pag.19
★ PRESENTACIÓN DE TABLAS Y GRÁFICAS.....	Pág.24
★ PLAN DE ANÁLISIS.....	Pág.39
★ CONCLUSIÓN.....	Pág.43
★ SUGERENCIAS.....	Pag.45
★ REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág.46
★ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	Pág.49
★ PRESUPUESTO.....	Pág.50
★ ANEXOS.....	Pág.51

AGRADECIMIENTOS

A familiares, amigos y compañeros por estar siempre a nuestro lado y confiar en nosotras.

A nuestros tutores por la orientación brindada, Licenciada Isabel Silva y Licenciado Álvaro Díaz.

A un Hospital Público de la ciudad de Montevideo.

GLOSARIO

ADAN	Departamento Adulto y Anciano
DSM IV	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EDM	Episodio Depresivo Mayor.
ENSAME	Enfermería en Salud Mental
IAE	Intento de autoeliminación
MSP	Ministerio de Salud Pública.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
TDM	Trastorno Depresivo Mayor.
LPEA	Leve Perturbación del Estado de Ánimo.
EDI	Estados de depresión intermitente
TFI	Trabajo Final de Investigación.

RESUMEN

El presente Trabajo de Investigación Final fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, programa Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, cursando el tercer ciclo, modulo seis, de Facultad de Enfermería-Universidad de la República. El tema que se abordó fue designado por los docentes del Departamento de Salud Mental (ENSAME) y Departamento de Salud del Adulto y Anciano, para el desarrollo del Trabajo Final de Investigación (TFI) requisito fundamental para culminar la carrera.

La Depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, causando un gran impacto físico, socioeconómico y del rol que se desempeña.

El quehacer de Enfermería en contacto directo con el padecimiento del usuario y entorno, la baja remuneración salarial, el multiempleo (34%)¹ horarios rotativos entre otros, puede generar un desgaste negativo para su salud y calidad de vida, y como consecuencias alteraciones del estado de ánimo.

Estudios realizados que vinculen la Depresión y Enfermería son escasos.

Nuestro propósito fue conocer si existen factores de riesgo de Depresión en el personal de Enfermería que trabaja en cuidados moderados de una institución Pública de la ciudad de Montevideo y el interés surge de nuestra propia experiencia y de la convivencia con nuestros pares en el entorno laboral.

El estudio desarrollado metodológicamente fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 84 Licenciados y Auxiliares en Enfermería.

Para la recolección de datos utilizamos la escala de Beck validada¹⁸ y un formulario de elaboración propia.

Los resultados destacan que, el 13% de la población estudiada mostró algún grado de depresión. Dentro de este 13% las variables: sexo masculino (única variable que no se vincula con la revisión bibliográfica), rango etario mayor a 46 años, antigüedad laboral mayor a 10 años, poseen multiempleo, horario laboral nocturno, divorciados, hijos a cargo y consumidores de nicotina y cafeína.

Esto nos permitió conocer la situación actual del personal que trabaja en cuidados moderados en este hospital y la relación con la Depresión. Destacamos la importancia de aplicar un instrumento de detección precoz que revele datos de aquellos que puedan padecer algún grado de depresión, para de esta manera poder transmitir la información a las autoridades institucionales con el objetivo de buscar herramientas o estrategias desde la dirección para mejorar u optimizar la salud mental de los trabajadores.

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Investigación Final fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, cursando el tercer ciclo, modulo seis, de Facultad de Enfermería-Universidad de la República.

El tema que se abordó fue designado por los docentes del Departamento de Salud Mental (ENSAME) y Departamento de Adulto y Anciano, para el desarrollo del Trabajo Final de Investigación (TFI) requisito fundamental para culminar la carrera.

Tiene como objetivo determinar si existen factores de riesgo de depresión en el personal de enfermería que trabaja en un servicio de cuidados moderados de un hospital público de la ciudad de Montevideo en un periodo de siete días del mes de setiembre del 2016.

Trata de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, cuyo Universo es el personal de Enfermería auxiliares y licenciados, que trabajan en un servicio de cuidados moderados. La muestra elegida está conformada por el mismo personal que se encontraba en el servicio y aceptó participar de nuestro trabajo de investigación.

Nuestras conclusiones apuntan a dejar un precedente en la institución con esta línea de investigación.

Los datos se obtuvieron por medio de un instrumento realizado y validado mediante una prueba piloto, por los investigadores y la aplicación de la escala de Beck. (Ver anexo II)

Dicha escala busca evaluar la tendencia y severidad de diferentes tipos de alteraciones del estado emocional o depresión. La importancia que adquiere la identificación de factores de riesgo para la depresión, hace que también puedan realizarse acciones, a partir de esta investigación, que estén focalizadas en la prevención, promoción de la salud mental de los trabajadores de la salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen factores de riesgo de depresión en el personal de enfermería que trabaja en un servicio de cuidados moderados de un hospital público de la ciudad de Montevideo en un periodo de siete días del mes de setiembre de 2016?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- ★ Identificar si existen factores de riesgo de depresión en el personal de enfermería que trabaja en cuidados moderados de un Hospital Público.

Objetivos Específicos:

- ★ Caracterizar a la población en estudio.
- ★ Determinar los factores de riesgo de depresión en el equipo de Enfermería.

JUSTIFICACIÓN

La Salud Mental de los auxiliares y licenciados en enfermería ha sido motivo de estudio ya que su actividad diaria está expuesta a sentimientos encontrados y ambigüedades de la profesión, el desempeño del enfermero es cuidar, tratar con la vida, el sufrimiento humano y la muerte, en un ambiente dinámico donde no hay lugar a errores humanos.

El interés de este estudio surge a raíz de que nos desempeñamos en esta profesión y convivimos día a día con esta realidad. La elección de hacerlo en cuidados moderados es debido a que en Uruguay este tipo de investigaciones que vinculan Depresión con enfermería están enfocadas mayoritariamente en áreas cerradas.

Estudios de depresión en enfermería a nivel internacional destaca que, en un hospital de EEUU, de una muestra de 150 enfermeras, el 21% presentaron depresión severa; cuyos factores de riesgo que predominaron son, sexo femenino, trabajo nocturno, dolencias físicas y trastornos del sueño.²

En un hospital de la Ciudad de México, de una muestra de 118 enfermeras, el 20,3% evidenció depresión, destacándose el sexo femenino, rango etario entre 39 a 43 años, son casados, respecto a lo laboral se destaca categoría de Enfermeras, turno matutino y el mayor porcentaje cuenta con una antigüedad laboral de entre 16 y 20 años.³

En otro de San Pablo, Brasil, de muestra de 67 enfermeros, estado civil, trabajo nocturno y doble jornada mostraron asociación con depresión (28,4%), fueron significativos también los porcentajes de trabajadores que relataron desanimo, tristeza y desesperanza⁴

En una institución médica del interior del Uruguay se estudiaron factores que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería; con una muestra de 33 funcionarios, el 30%, en su gran mayoría de sexo femenino, en edad adulta, consume psicofármacos y las causas más frecuentes son angustia, insomnio y tristeza.⁵

“La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio”

La depresión es una de las enfermedades con mayor aumento e incidencia en los últimos años en nuestro país y aun la menos tratada (OPS-OMS).⁶

La labor de Enfermería en ocasiones se caracteriza por tener multiempleo, 32.1% (según datos recabados del censo nacional de enfermería 2013), seguidos dentro de la misma institución o en instituciones diferentes, como ser turnos rotativos, trabajo nocturno y las características del medio donde se trabaja. Además de esto sumamos la baja remuneración salarial, falta de personal y como consecuencia la sobrecarga de trabajo y los riesgos a los cuales se exponen.

Por estos motivos consideramos fundamental la detección precoz de factores de riesgo de depresión en el personal de enfermería para su salud mental y por consiguiente un óptimo desempeño laboral.¹

RCO TEÓRICO

La presente investigación tiene como objetivo conocer la salud mental del personal de Enfermería, una profesión que se enfoca en el cuidado integral del ser humano.

La teórica Virginia Henderson hace referencia a que la función de enfermería es cuidar (preocupación por el bienestar de los demás) al individuo, enfermo o no, en actividades que contribuyan a su salud o su recuperación. Para que su labor sea eficaz la forma de abordar a

los usuarios tiene que ser controlada y ajustada permanentemente. Cada tarea realizada debe obedecer al juicio y la consideración.

El cuidado integral del usuario debe estar adaptado a su situación y pronóstico, es necesario establecer las prioridades en las diferentes áreas.

Con respecto al área de Cuidados Moderados Agudos incluye los pacientes internados en servicios de internación moderados médico quirúrgico, gineco-obstétrico, internación domiciliaria, u otros que pudieran existir en Hospitales de Montevideo y el Interior. ⁷

Para brindar cuidados de calidad es fundamental poseer un adecuado estado de salud mental y poder detectar alteraciones que puedan influir negativamente en esta. La depresión es una de las consecuencias del deterioro de la misma.

La salud mental es la actitud de vida y la aptitud para afrontar y adaptarse a las repetidas situaciones estresantes, adversas y también satisfactorias o gratificantes de la vida, de un modo aceptable. (Tuzzo-Garay 2005) ⁸

Las causas de la depresión son multifactoriales y aún hoy no están claramente definidas, en lo que respecta a los factores de riesgo la OMS lo define como “*cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión*”⁹, estos se podrían clasificar en cuatro grupos:

- Biológicos; se ha encontrado una correlación entre la depresión y déficit de noradrenalina y serotonina.
- Genéticos; las personas con antecedentes familiares de cualquier trastorno mental tienen mayor probabilidad de padecer depresión.
- Psicosociales; - personalidad depresiva
 - sucesos vitales estresantes negativos en la infancia como en la edad adulta
 - incidencia de sucesos negativos en los últimos tiempos,
 - pérdidas familiares y/o conyugales.

Sociodemográficos;

- sexo, con mayor incidencia en el sexo femenino.
- edad con mayor incidencia en el comienzo de la edad adulta y con una aparición más temprana en el sexo femenino.
- estado civil, las separaciones conyugales están asociados a síntomas depresivos.
- poder adquisitivo, el bajo ingreso y el desempleo está relacionado a síntomas depresivos. ¹⁰

Antecedentes históricos y filosóficos de la depresión

La palabra depresión proviene del latín “de y premere” (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo).

Se estima que la depresión perdura a lo largo del tiempo desde el desarrollo de la humanidad. En la antigüedad fue llamada melancolía y los síntomas se describieron en registros literarios y médicos. (ej: La Biblia) .

Melancolía fue la palabra que se utilizó como término médico.

“La melancolía es una alteración apirética del ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a tristeza y la pesadumbre”.

Los griegos antiguos pensaban que existía un estado de locura delirante, que producía un ánimo exaltado.

Hipócrates decía “si el miedo y la tristeza se prolonga, es melancolía”.

Durante la edad media la religión consideraba que la depresión provenía de los malos espíritus. Y fueron buscadas diferentes formas para ser tratada como azotes, sangrías, exorcismo y baños.

A medida que transcurrió el tiempo los conceptos y términos referidos a la melancolía o depresión fueron descifrados y especificados.

Meyer (Varel, 1830 -Tubinga, 1895 Químico y médico alemán) propuso que el término fuera depresión y no melancolía.¹¹

En la actualidad OMS refiere que *“La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.*

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por los especialistas en el ámbito de la atención primaria”¹²

¿Qué relación tiene la depresión con enfermería?

En lo que respecta a las últimas 3 décadas los cambios políticos, económicos y tecnológicos han afectado las condiciones laborales y la forma de trabajo.

El trabajo de enfermería se caracteriza por estar en contacto directo con el padecimiento del usuario y su entorno. Desarrollando su labor en un ambiente donde se convive con la vida, el sufrimiento humano y la muerte, desempeñando su tarea muchas veces bajo tensión. Todas estas condiciones pueden llevar a padecer trastornos afectivos emocionales, generando un

desgaste que puede presentar alteraciones en el humor como depresión, irritabilidad y ansiedad.

Se ha considerado en diferentes estudios una profesión con niveles altos de trastornos psicológicos. Que son negativos para su salud y calidad de vida lo cual provoca ausentismo laboral, y afecta la calidad de trabajo.¹³

La doctora Margaret Chan Directora General de OMS en el plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020 manifiesta que, para tener un desempeño laboral eficiente, afrontar el estrés de la vida diaria, realizar aportes productivos a la comunidad y optimizar el potencial, es necesario tener una buena salud mental.¹⁴

Trastornos del Estado de ánimo

Estado de ánimo es cualquier factor prolongado que influye de forma profunda en la perspectiva personal, de uno mismo, los demás y el ambiente.

El afecto es la expresión externa de emociones que puede estar restringido o abatido, puede ser inexistente y/o cambiar rápidamente.

El trastorno del estado de ánimo consiste en una alteración emocional también denominada trastorno afectivo o del humor. Estos son frecuentes potencialmente mortales y sumamente tratables.

Los trastornos emocionales pueden ocurrir cuando un individuo está extremadamente feliz y/o triste, la gran mayoría de las personas que experimentan estos extremos emocionales e interfieren en su vida normal se transforman en emociones inadaptadas.

Los problemas emocionales pueden ir desde la manía a la depresión.¹⁵

Clasificación de los trastornos del estado de ánimo según Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV).

Episodios Afectivos

- Episodio Depresivo Mayor.
- Episodio Maníaco.
- Episodio Mixto.
- Episodio Hipomaniaco.

Trastornos Depresivos.

- Trastorno Depresivo Mayor.
- Trastorno Distímico.
- Trastorno depresivo no especificado.

Trastornos Bipolares.

- Trastorno Bipolar I.
- Trastorno Bipolar II.
- Trastorno Ciclotímico.
- Trastorno Bipolar no especificado.

Otros Trastornos

- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Trastorno del estado de ánimo no especificado.

Características de los trastornos ver anexo IV

Episodio Depresivo Mayor

La característica fundamental de este episodio es su duración, debe de existir por lo menos dos semanas y debe mantenerse la mayor parte del día. Los síntomas que no pueden faltar son un estado de ánimo deprimido y pérdida de interés en casi todas las actividades de la vida diaria.

El individuo también experimentará:

- Cambio en el peso y apetito.
- Sueño
- Falta de energía
- Desvalorización personal
- Culpa
- Dificultad para concentrarse
- Pensamiento, plan o intento suicida.

Además de los síntomas nombrados frecuentemente se acompaña de malestar clínico significativo, deterioro laboral y social. Muchas veces estos síntomas pueden pasar inadvertidos pero la persona deberá realizar un esfuerzo muy importante para parecer normal. El individuo en estas circunstancias describe este episodio como desesperanzado, triste y abatido “como en un pozo”.

El EDM puede manifestarse de diferentes formas, en algunos casos la persona responde con ira o insultando o muestra una frustración exagerada ante eventos simples de la vida diaria, otras veces ponen énfasis en quejas somáticas, dolores físicos o molestias.

También puede notarse en la expresión facial al borde del llanto. Casi siempre hay pérdida de interés y placer en sus actividades y en el deseo sexual. Aquellos que estudian o trabajan les representa una exigencia intelectual suelen ser incapaces de desempeñarse de forma

adecuada, dificultad para concentrarse, enlentecimiento del pensamiento, reducción del contacto emocional y de interés por los otros.

Es frecuente la idea suicida o intentos de autoeliminación, estas ideas pueden ser muy variables, pueden referir pensamientos transitorios (unos minutos) o recurrentes (un par de veces por semana). Pueden ser ideados, planificados obteniendo materiales para hacerlo (cuerdas, armas, medicamentos, etc.) para usarlos en algún momento que se sientan solos y así poder cometer el acto suicida.

Trastorno Depresivo Mayor. TDM

Se caracteriza por presentar uno o más episodios depresivos mayor sin presentar historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Tampoco trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias o enfermedades crónicas. TDM puede ser único o recidivante.

La gravedad del este trastorno se puede clasificar en leve, moderada, grave sin síntoma psicótico, o grave con síntoma psicótico. Este trastorno puede remitir de forma parcial o total.

Trastorno depresivo leve: 5 o 6 síntomas depresivos. Incapacidad de función leve o normal con gran esfuerzo.

Trastorno moderado: su gravedad es intermedia entre leves y graves.

Grave sin síntoma psicótico: presenta la mayoría de los síntomas depresivos.

Gran dificultad a nivel laboral, social y de relacionamiento.

Grave con síntoma psicótico: ideas delirantes y/o alucinaciones.

En remisión parcial: con algún síntoma de episodio depresivo mayor o sin síntomas con una duración menor de dos meses.

En remisión total: sin signos o síntomas en los últimos dos meses.

Generalmente comienzan en la tercera década de vida. Las personas con antecedentes familiares de depresión tienen mayor riesgo de desarrollar este trastorno. La depresión grave provoca alteraciones físicas y es mayor el riesgo de contraer enfermedades.

La tasa de mortalidad debido a este trastorno es elevada hasta el 15% de los individuos con trastornos depresivo mayor grave mueren por suicidio.¹⁶

Cuidados de personas con Depresión

Cuando hablamos de crisis podemos decir que es toda aquella situación en donde hay una ruptura del equilibrio normal de la vida, donde cabe destacar que aquellas técnicas que se utilizan habitualmente como resolución de problemas ya no funcionan.

El individuo no es capaz de afrontar aquellos acontecimientos que parecen insuperables y que en otras circunstancias lo afrontará de manera satisfactoria. De ser así es necesario la intervención de profesionales especializados.

Acercamiento al individuo, demostrar interés, brindar espacio de escucha y dedicarle tiempo, dejar al mismo decidir qué y cuánto desea contar.

Apoyar a la persona a tolerar su enfermedad hasta que este pueda pensar y ver su situación de una manera diferente, el profesional debe recalcar su interés si percibe en él ideas de muerte.

Hacerle saber al individuo que entiende sus sentimientos, contarle que ha tratado con otras personas que se sentían de la misma manera y que él es importante, sin exagerar en elogios ya que pensará que se siente compasión por él, aceptar su situación respetando sus silencios y sus lágrimas.

Tratar que el individuo deprimido no tome decisiones importantes (vender su casa, iniciar una separación, entre otros).

A medida que la persona avance satisfactoriamente ayudarlo a reorganizarse de forma real y esperanzadora, manifestándole que él puede lograr cambios positivos para su problema.

“Trate siempre al paciente con interés consideración y respeto. Una respuesta humana afectuosa tendrá un notable efecto beneficioso, aun cuando parezca que el enfermo no se da cuenta de lo que está sucediendo.”¹⁷

DISEÑO METODOLÓGICO

Se trata de una investigación de estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, que fue realizado en Uruguay, en un Hospital público en la ciudad de Montevideo.

Universo: Personal de Enfermería (auxiliares y licenciados de enfermería) de la unidad de cuidados moderados que se encuentran en los cuatro turnos en un período de 7 días del mes de Setiembre

Muestra: No probabilística por conveniencia, al personal de enfermería que se encontraba en el momento del estudio.

Criterios de inclusión

- Desarrollar funciones correspondientes al cargo de licenciado y auxiliar de enfermería de la unidad de cuidados moderados al momento del estudio.
- Estar presentes al momento de la aplicación del instrumento de medición.
- Aceptar participar de este estudio.

Criterios de exclusión:

- No estar presentes al momento del estudio.
- No aceptar participar del mismo.

Método de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento realizado y validado (prueba piloto con unidades planteadas a esa categoría y se comprobó su efectividad) por los investigadores y la escala de Beck, cuyo objetivo es valorar la actitud del individuo ante su bienestar y sus expectativas futuras,

Para realizarla la opción de respuesta será marcada con una X por cada pregunta señalando si las afirmaciones se ajustan o no a la situación personal de cada individuo. Está compuesto por ítems que se relacionan con síntomas depresivos como son la desesperanza, irritabilidad y culpa, síntomas físicos los cuales también se relacionan, como fatiga, pérdida de peso y deseo sexual.

Se realizó de forma personal y anónima al personal de enfermería que cumple función en cuidados moderados.

Se entregó el cuestionario al comienzo del turno y se retiró al final del mismo en los cuatro turnos.

Plan de tabulación y análisis.

Los datos recogidos del cuestionario se tabularon automáticamente en una planilla de cálculo de Excel; luego de finalizada la fecha de recolección de datos se realizó el análisis estadístico utilizando el programa SPSS 18.0 y el programa Microsoft Office Excel 2010.

Definición y medición de variables

- ★ Edad.
- ★ Sexo
- ★ Estado Civil.
- ★ Lugar de residencia.
- ★ Antecedentes personales.
- ★ Antecedentes familiares.
- ★ Consumo de sustancias psicoactivas.
- ★ Estructura familiar.
- ★ Ocio-Recreación.
- ★ Antigüedad laboral.
- ★ Multiempleo.
- ★ Número de hijos a su cargo.
- ★ Número de usuarios a su cargo.
- ★ Relacionamiento con pares de trabajo.
- ★ Categoría Profesional
- ★ Turno Laboral.

Edad

Definición teórica: Se define como el tiempo cronológico transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, es medido en años.

Definición operacional: Años cumplidos al momento de la investigación

Tipo de variable: cuantitativa, continua

Categoría I: de 25 a 35 años

Categoría II: de 36 a 45 año

Categoría III: de 46 a 55 años

Categoría IV: de 56 a 65 años

Sexo

Definición teórica: Presencia de cromosomas XX o XY en cariotipo.

Definición operacional: Hombre o Mujer.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Estado civil

Definición teórica: Se define como la condición personal o de pareja respecto a los derechos y obligaciones civiles.

Definición operacional: Soltero, casado, viudo, divorciado y unión libre.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Residencia

Definición teórica: lugar o zona geográfica en la que usualmente reside la persona

Definición operacional: Montevideo, Interior

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Antecedentes personales

Definición teórica: Patología y/o hábito que presenta el usuario.

Definición operacional: depresión, IAE, otros.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Antecedentes familiares

Definición teórica: hace referencia a ciertas enfermedades conocidas en familiares directos.

Definición operacional: depresión, suicidio, otras.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Consumo de sustancias psicoactivas

Definición teórica: sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de las funciones de este.

Definición operacional: nicotina, alcohol, cafeína, opiáceos, psicofármacos, cocaína, anfetaminas, cannabis y alucinógenos.

Tipos de variable: cualitativa nominal.

Estructura familiar

Definición teórica: miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, afinidad, adopción y matrimonio.

Definición operacional: nuclear, extendida, monoparental, homoparental, familia ensamblada, familia de hecho.

Ocio-Recreación

Definición teórica: se refiere a las actividades que el individuo practica en su tiempo libre.

Definición operacional: sí, no.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Antigüedad laboral

Definición teórica: Es el tiempo transcurrido entre el ingreso a la institución y la actualidad, es medido en años.

Definición operacional: antigüedad de 1 a 10 años, de 10 a 20 y >20 años.

Tipo de variable: cuantitativa ordinal.

Multiempleo

Definición teórica: Se caracterizan con multiempleo aquellas personas empleadas en más de un empleo a cuáles brindan servicios.

Definición operacional: sí, no.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Número de hijos a su cargo

Definición teórica: número de hijos que convivan y/o dependan económicamente de la persona.

Definición operacional: 0, 1, 2, 3 o más de 3.

Tipo de variable: cuantitativa discreta.

Número de usuarios a cargo

Definición teórica: Cantidad de individuos que reciben tratamiento y a los que se administra cuidados de enfermería por parte de la persona a la que se hace referencia.

Definición operacional: 1 a 5, 6 a 10, más de 10.

Tipo de variable: cuantitativa, discreta.

Relacionamiento con pares de trabajo

Definición teórica: Se define como aquellos vínculos que se establecen entre los trabajadores en el ámbito laboral. Mide si el vínculo entre los funcionarios de una misma institución es bueno o no.

Definición operacional: bueno, malo.

Tipo de variable: cualitativa nominal

Categoría Profesional

Definición Teórica: Se define por la actividad profesional que realice la persona, lo que le impone ciertos derechos y determinados deberes.

Definición operacional: Licenciada/o de Enfermería, Auxiliar de Enfermería.

Turno Laboral

Definición teórica: Es cada uno de los horarios de las jornadas de trabajo que presentan los servicios de actividad continuada.

Definición operacional: nocturno, matutino, tarde, vespertino.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLAS

Se priorizaron a partir de la tabla N° 18, que son aquellas que se vinculan con la escala de Beck, pero de la 1 a la 17 se encuentran en anexo V.

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGÚN DEPRESIÓN Y SEXO

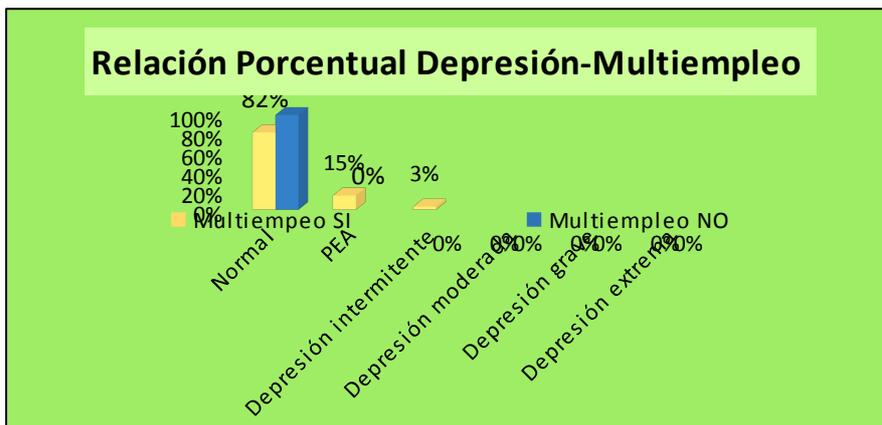
“Relación porcentual de la depresión con el sexo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°18:

Distribución porcentual según depresión y sexo	Masculino		Femenino	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	10	77%	63	89%
PEA	2	15%	7	10%
Depresión intermitente	1	8%	1	1%
Depresión moderada	0	0%	0	0%
Depresión grave	0	0%	0	0%
Depresión extrema	0	0%	0	0%
Total	13	100%	71	100%

Gráfico N°18:

“Relación porcentual de la depresión con el sexo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Sexo Masculino: Normal 77%; PEA 15%; Depresión intermitente 8%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*Sexo Femenino: Normal 89%; PEA 10%; Depresión intermitente 1%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN CON LA CATEGORÍA PROFESIONAL

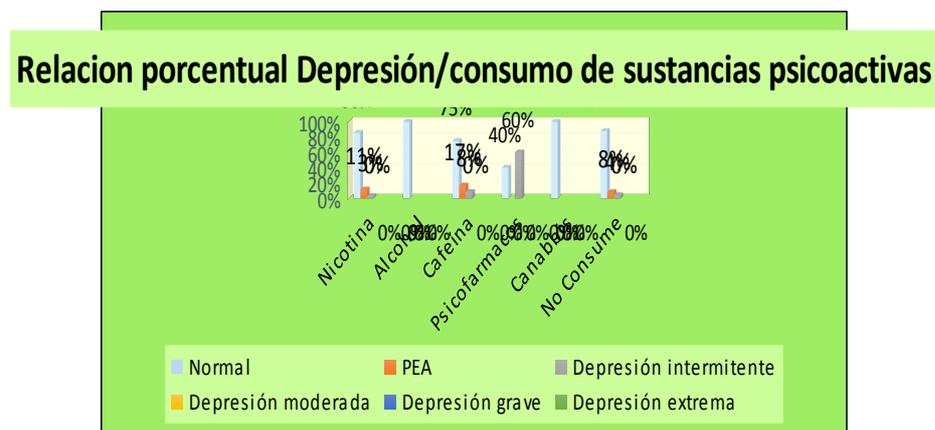
“Relación porcentual de la depresión con la categoría profesional, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°19:

Relación de Depresión y Categoría profesional	Auxiliar de Enfermería		Lic. En Enfermería	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	64	89%	9	75%
PEA	7	10%	2	17%
Depresión intermitente	1	1%	1	8%
Depresión moderada	0	0%	0	0%
Depresión grave	0	0%	0	0%
Depresión extrema	0	0%	0	0%
Total	72	100%	12	100%

Gráfico N°19:

“Relación porcentual de la depresión con la categoría profesional, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Aux. De enfermería: Normal 89%, PEA 10%; Depresión intermitente 1%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*Lic. En Enfermería: Normal 75%, PEA 17%; Depresión intermitente 1%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN CON EL MULTIEMPLEO

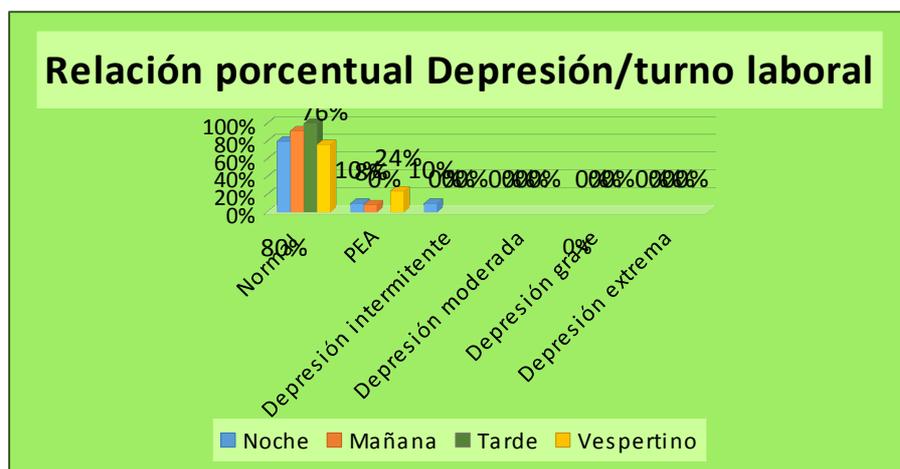
“Relación porcentual de la depresión con el multiempleo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°20:

Relación Depresión y Multiempleo	Multiempleo SI		Multiempleo No	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	49	82%	24	100%
PEA	9	15%	0	0%
Depresión intermitente	2	3%	0	0%
Depresión moderada	0	0%	0	0%
Depresión grave	0	0%	0	0%
Depresión extrema	0	0%	0	0%
Total	60	100%	24	100%

Gráfico N°20:

“Relación porcentual de la depresión con el multiempleo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Multiempleo SI: Normal 82%; PEA 15%; Depresión intermitente 3%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

* Multiempleo NO: Normal 100%; PEA, Depresión intermitente, Depresión moderada, grave y extrema.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN CON RECREACIÓN- OCIO.

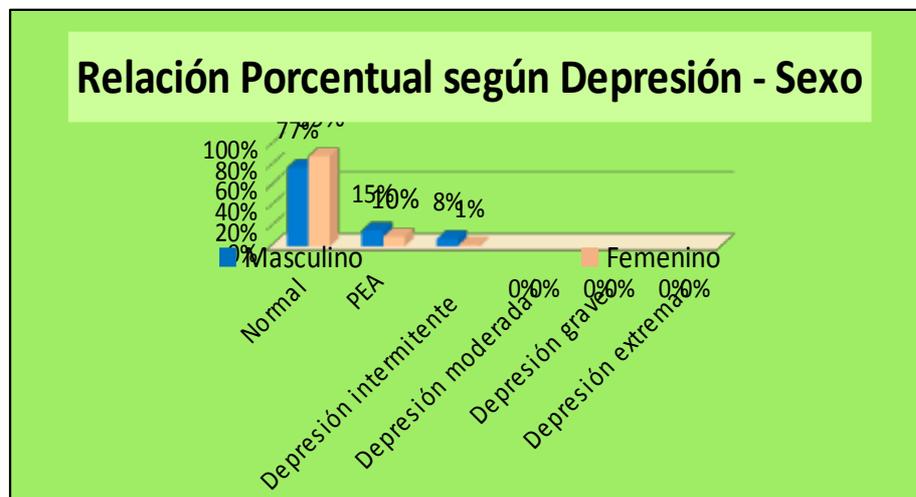
“Relación porcentual de la depresión con recreación- ocio, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°21:

Relación Porcentual Depresión y Ocio- Recreación	SI		NO	
	FA	FR%	FA	FR%
Normal	46	90%	27	82%
PEA	4	8%	5	15%
Depresión intermitente	1	2%	1	3%
Depresión moderada	0	0%	0	0%
Depresión grave	0	0%	0	0%
Depresión extrema	0	0%	0	0%
Total	51	100%	33	100%

Gráfico N°21:

“Relación porcentual de la depresión con recreación- ocio, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Recreación- Ocio SI: Normal 90%; PEA 8%; Depresión intermitente 2%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*Recreación- Ocio NO: Normal 82%; PEA 15%; Depresión intermitente 3%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN CON EL TIPO DE FAMILIA.

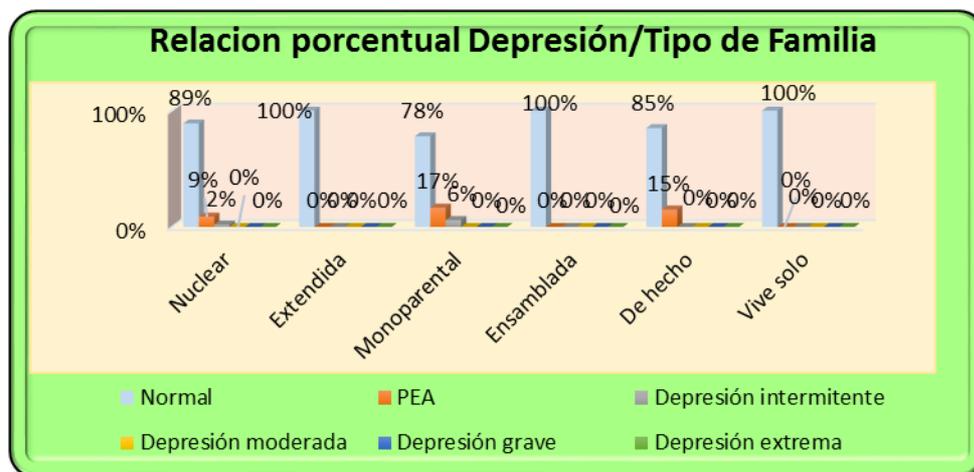
“Relación porcentual de la depresión con el tipo de familia, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°22:

Relación Porcentual Depresión y tipo de familia	Nuclear											
	FA	FR%										
Normal	40	89%										
PEA	4	9%										
Depresión intermitente	1	2%										

Gráfico N°22:

“Relación porcentual de la depresión con el tipo de familia, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Nuclear: Normal; 89%; PEA 9%; Depresión intermitente 2%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*Extendida: Normal 100%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

*Monoparental: Normal; 78%; PEA 17%; Depresión intermitente 6%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*Ensamblada: Normal 100%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

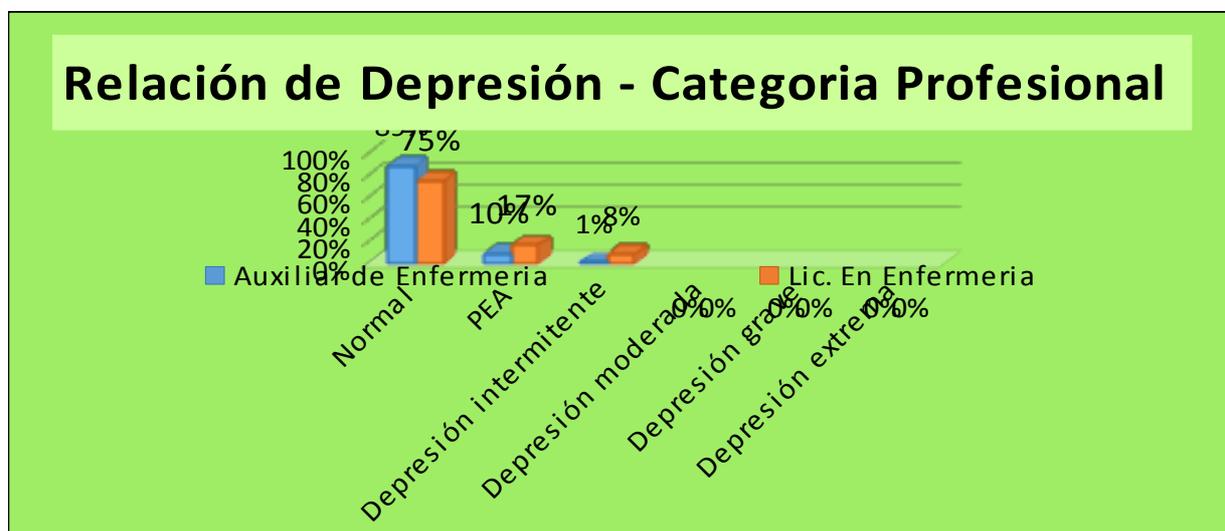
“Relación porcentual de la depresión con el consumo de sustancias psicoactivas, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°23:

Relación Porcentual Depresión y consumo de sustancias Psicoactivas	Nicotina		Alcohol		Cafeína		Psicofármacos		Cannabis		No consume	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Normal	30	86%	6	100%	6	75%	6	40%	6	100%	6	88%
PEA	4	11%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	8%
Depresión intermitente	1	3%	0	0%	0	8%	0	60%	0	0%	0	4%
Depresión moderada	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Depresión grave	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Depresión extrema	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Gráfico N°23:

“Relación porcentual de la depresión con el consumo de sustancias psicoactivas, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Nicotina: Normal 86%; PEA 11%; Depresión intermitente, moderada, grave, extrema 0%.

*Alcohol: Normal 100%.

*Cafeína: Normal 75%; PEA 17%; Depresión intermitente 8%, moderada, grave, extrema 0%.

*Psicofármacos: Normal 40%; PEA 0%; Depresión intermitente 60%, moderada, grave, extrema 0%.

*Cannabis: Normal 100%.

*No consume: Normal 88%; PEA 8%; Depresión intermitente 4%, moderada, grave, extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN CON ESTADO CIVIL.

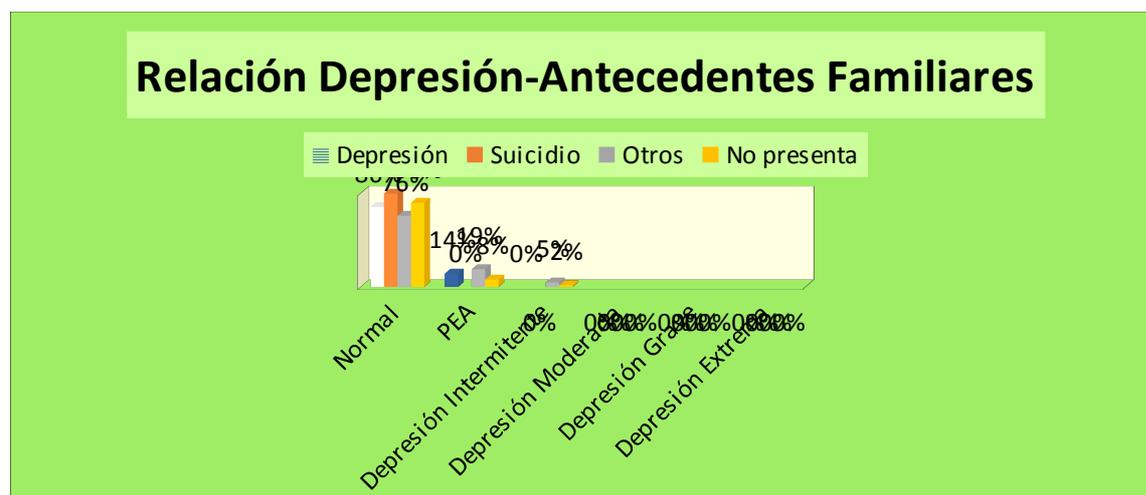
“Relación porcentual de la depresión con el estado civil, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°24:

Relación porcentual depresión y Estado Civil	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Unión libre	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Normal	21	91%	14	89%	1	100%	6	64%	9	90%
PEA	2	9%	7	27%	0	0%	3	27%	1	10%
Depresión intermitente	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Depresión moderada	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Depresión grave	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Depresión extrema	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Gráfico N°24:

“Relación porcentual de la depresión con el estado civil, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



- *Soltero: Normal 91%; PEA 9%; Depresión intermitente, moderada, grave, extrema 0%.
- *Casado: Normal 89%; PEA 7%; Depresión intermitente 4%, moderada, grave, extrema 0%.
- *Viudo: Normal 100%.
- *Divorciado: Normal 64%; PEA 27%; Depresión intermitente 9%, moderada, grave, extrema 0%.
- *Unión libre: Normal 90%; PEA 10%; Depresión intermitente, moderada, grave, extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN Y TURNO LABORAL.

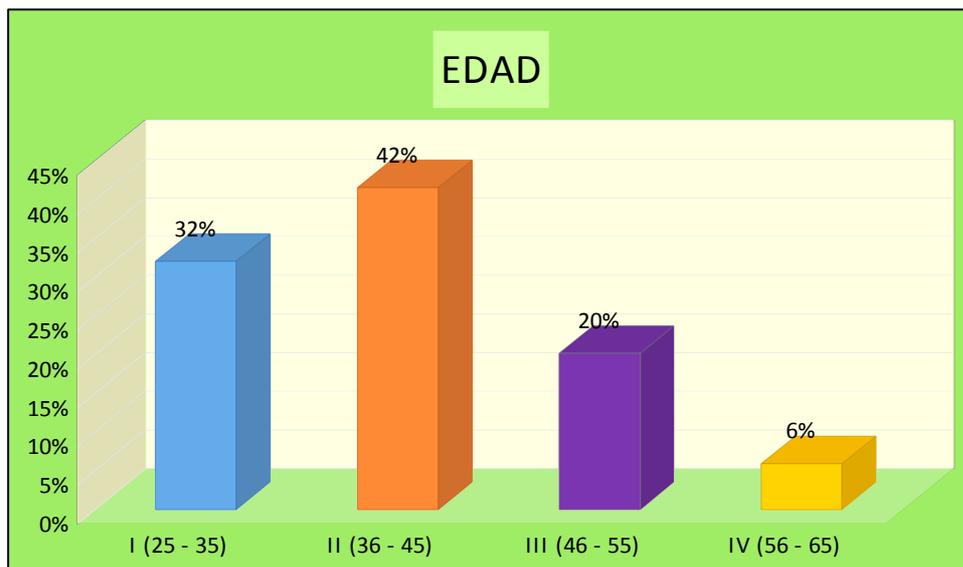
“Relación porcentual de la depresión y turno laboral, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°25:

Relación porcentual depresión y Turno laboral	Noche						
	FA						
Normal	16						
PEA	2						
Depresión intermitente	2						
Depresión moderada	0						

Gráfico N°25:

“Relación porcentual de la depresión y turno laboral, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Noche: Normal 80%; PEA 10%; Depresión intermitente 10%; Depresión moderada, grave, extrema.

*Mañana: Normal 92%; PEA 8%; Depresión intermitente, moderada, grave, extrema 0%.

*Tarde: Normal 100%.

*Noche: Normal 76%; PEA 24%; Depresión intermitente, moderada, grave, extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN Y LOS ANTECEDENTES PERSONALES.

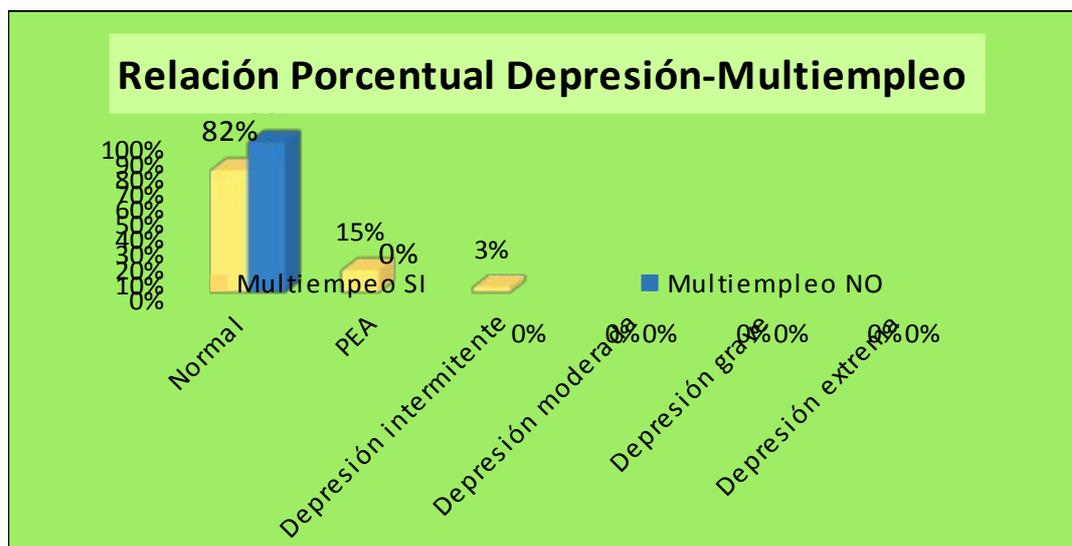
“Relación porcentual de la depresión y antecedentes personales, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°26:

Relación de Depresión y Antecedentes Personales	Depresi						
	FA						
Normal	3						
PEA	3						
Depresion Intermitente	0						
Depresión Grave	0						

Gráfico N°26:

“Relación porcentual de la depresión y antecedentes personales, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Depresión: Normal 50%; PEA 50%; Depresión intermitente, moderada, grave y severa 0%.

*IAE: 0%

*Otros: Normal 84%; PEA 11%; Depresión intermitente 5%, Depresión moderada, grave y severa 0%.

*No tiene: Normal 92%; PEA 7%; Depresión intermitente, moderada, grave y severa 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN Y LOS USUARIOS A CARGO.

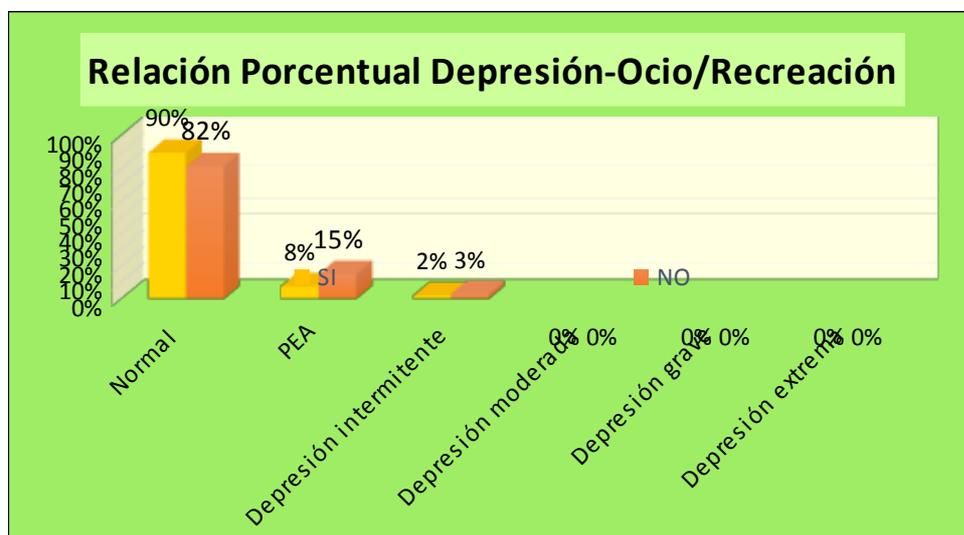
“Relación porcentual de la depresión y los usuarios a cargo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°27:

Relación de Depresión con Usuarios a Cargo	1-5					
	FA					
Normal	11					
PEA	2					
Depresión Intermitente	0					
	~					

Gráfico N°27:

“Relación porcentual de la depresión y los usuarios a cargo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*1 a 5 usuarios: Normal 85%, PEA 15%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

*6 a 10 usuarios: Normal 90%; PEA 8%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

* Mas de 10 usuarios: Normal 86%; PEA 8%; Depresión intermitente 6%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN Y LA EDAD.

“Relación porcentual de la depresión y edad, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°28:

Relacion porcentual depresión y Edad	25-35 añ							
	FA							
Normal	24							
PEA	2							
Depresión intermitente	1							
Depresión moderada	0							
Depresión grave	0							

Gráfico N°28:

“Relación porcentual de la depresión y edad, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*25 a 35 años: Normal 89%; PEA 7%; Depresión intermitente 4%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*36 a 45 años: Normal 94%; PEA 6%; Depresión intermitente 0%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*46 a 55 años: Normal 88%; PEA 6%; Depresión intermitente 6%; Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*56 a 65: Normal 80%; PEA 20%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN Y LA ANTIGÜEDAD LABORAL.

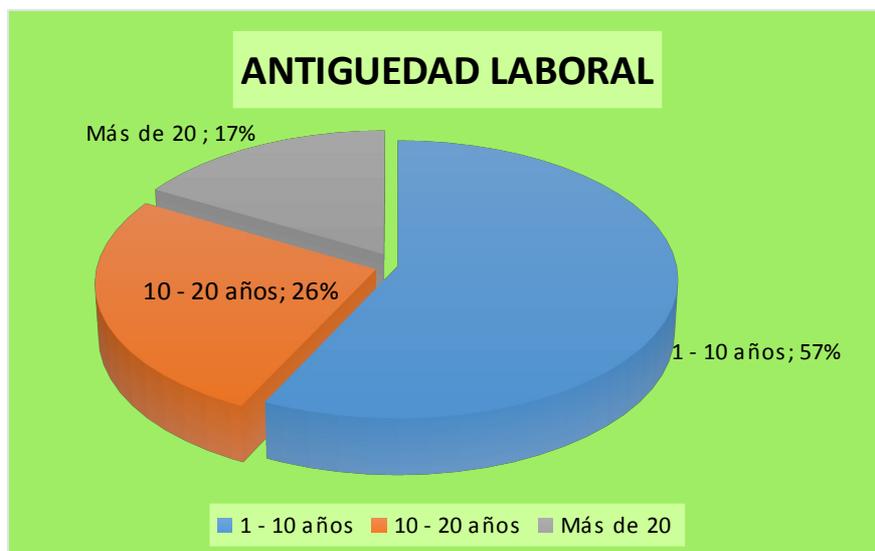
“Relación porcentual de la depresión y la antigüedad laboral, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°29:

Relación Depresión con Antigüedad Laboral						
	F/					
Normal	41					
PEA	5					
Depresión Intermitente	2					

Gráfico N°29:

“Relación porcentual de la depresión y la antigüedad laboral, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*1 a 10 años: Normal: 85%; PEA 10%; Depresión intermitente 4%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*11 a 20 años: Normal: 95%; PEA 9%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

*Mayor a 21: Normal: 79%; PEA 21%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN EL LUGAR DE RESIDENCIA.

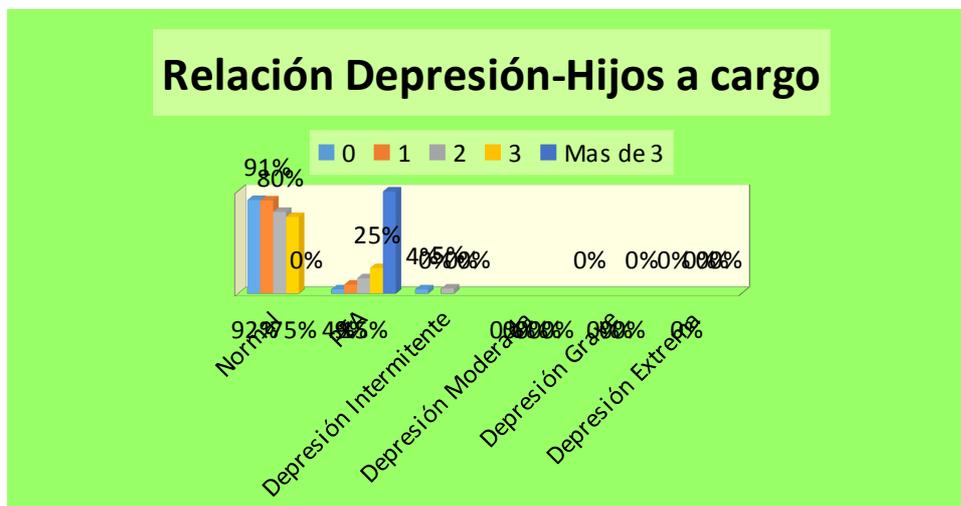
“Relación porcentual de la depresión y el lugar de residencia, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°30:

Relación Depresión con Lugar de Residencia				
Normal				
PEA				
Depresión Intermitente				

Gráfico N°30:

“Relación porcentual de la depresión y el lugar de residencia, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Montevideo: Normal 86%; PEA 12%; Depresión intermitente 3%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*Interior: Normal 93%; PEA 7%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

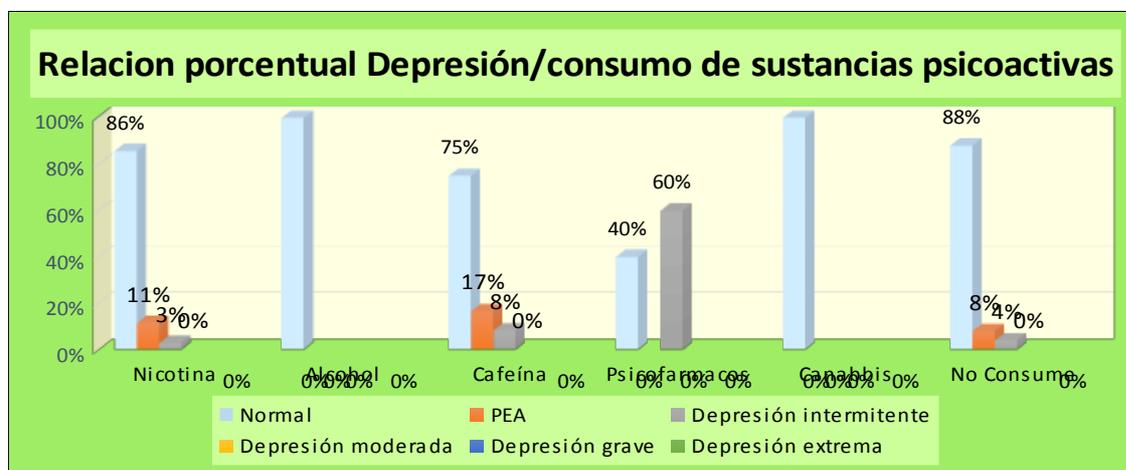
RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN Y NÚMERO DE HIJOS A CARGO.

“Relación porcentual de la depresión y número de hijos a cargo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°31:

Relación Depresión con Numero de hijos a cargo	0								
	FA	FR%							
Normal	22	92%							
PEA	1	4%							
Depresión Intermitente	1	4%							
Depresión Moderada	0	0%							
Depresión Grave	0	0%							
Depresión Extrema	0	0%							

Gráfico N°31:



Relación porcentual de la depresión y número de hijos a cargo, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016

*Sin hijos: Normal 92%; PEA 4%; Depresión intermitente 4%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

* 1 hijo: Normal 91%; PEA 9%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

* 2 hijos: Normal 80%; PEA 15%; Depresión intermitente 5%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

* 3 hijos: Normal 75%; PEA 25%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

*Más de 3 hijos: Normal 0%; PEA 100%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

RELACION PORCENTUAL DE LA DEPRESIÓN Y ANTECEDENTES

FAMILIARES.

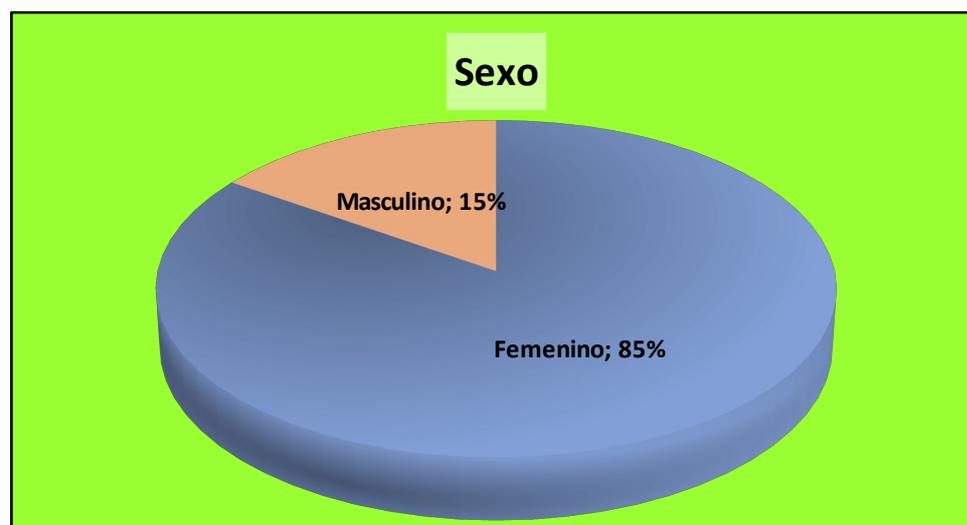
“Relación porcentual de la depresión y antecedentes familiares, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°32:

Relación Depresión con Antecedentes Familiares	Depresi							
	FA							
Normal	6							
PEA	1							
Depresión Intermitente	0							
Depresión Moderada	0							

Gráfico N°32:

“Relación porcentual de la depresión y antecedentes familiares, en la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Depresión: Normal 86%; PEA 14%; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

* Suicidio: Normal 100%; PEA; Depresión intermitente, moderada, grave y extrema 0%.

* Otros: Normal 75%; PEA 19%; Depresión intermitente 5%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

*No presenta: Normal 90%; PEA 8%; Depresión intermitente 2%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.

PLAN DE ANÁLISIS

Nuestro n estuvo conformado por 84 funcionarios (Licenciados y auxiliares de enfermería) que trabajan en cuidados moderados de una institución pública de la ciudad de Montevideo, en un período de 7 días del mes de Setiembre.

Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario, elaborado y validado por los investigadores y la escala de Beck, los mismos se entregaron a todos los funcionarios de los cuatro turnos que aceptaron participar de forma voluntaria y anónima.

Los datos recabados se presentaron en tablas de frecuencia absoluta, frecuencia relativa porcentual y gráficas para su posterior análisis.

En cuanto a la caracterización los resultados obtenidos fueron:

La población estudiada fue predominantemente femenina con un 85%; el 86% son auxiliares de enfermería y el 14% Licenciados de enfermería; con rango de edad de entre 25 y 35 años 32%; de 36 a 45 años 42%; entre 46 y 55 años 20% y de 56 a 65 años un 6%.

El 82% de los consultados residen en Montevideo y el 18% en el interior, dato que nos aportó mayor información para analizar, debido a que este no se evidencia como un factor de riesgo de depresión.

De la variable estado civil (de ambos sexos), son solteros un 27%; casados 33%; viudos un 2%; divorciados el 13% y con unión libre 24%.

En cuanto a estructura familiar presentan una familia nuclear el 54%; extendida el 5%; monoparental 21%; ensamblada 2%; de hecho 15% y el 1% vive solo.

Tienen un hijo a cargo el 40%; dos hijos el 24%; tres hijos el 6%; más de tres hijos 6% y no tienen hijos a cargo el 29% de los consultados.

El 7% tiene antecedentes personales de depresión; el 70% no tiene antecedentes; el 19% presenta otros antecedentes. Ninguno presentó antecedentes de IAE.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas el 42% de los encuestados consume nicotina; alcohol el 7%; cafeína el 14%; psicofármacos el 6%; cannabis el 1% y no consumen ninguna sustancia el 30%.

Realizan actividades de ocio y recreación el 61% de los encuestados.

En lo que respecta al turno laboral, predomina el matutino con el 29%; seguido del vespertino 25%; el nocturno 24% y la tarde un 23%.

Presentaron una antigüedad de entre 1 y 10 años el 57%; entre 10 y 20 años 26% y mayor de 20 años el 17% de los consultados. El 71% tienen dos o más empleos y el 29% solo uno, teniendo un buen relacionamiento con sus pares el 100%.

Sobre el número de usuarios a cargo el 17% tienen de uno a cinco; el 25% de seis a diez y más de diez usuarios a cargo el 58%.

En cuanto a los datos obtenidos por la escala de Beck:

El 87% de la población se ubica en el rango de NO Depresión, un 11% manifiesta tener una leve perturbación del estado de ánimo y el 2% estados de depresión intermitente.

En cuanto al comportamiento de las variables utilizadas en la caracterización de la población y relacionada a la escala de Beck aplicada se destacan las siguientes tendencias:

La población estudiada fue predominantemente femenina (85%), con respecto a las alteraciones del estado de ánimo el predominio es masculino, el 23% de los hombres mostraron algún grado de depresión mientras que la población femenina mostro un 16%.

Dato que no se asocia con estudios citados anteriormente en el marco teórico ya que estos hacen referencia a que la población femenina tiene mayor porcentaje de sufrir depresión.⁵

Con respecto a la edad, la franja etaria que predominó con algún grado de depresión fue la de 56-65 años con un 20%, de 46 a 55 años 12%, de 25-35 años el 11% y de 36 a 45 años el 6%.

Si bien no son resultados mayoritarios en cuanto a los porcentajes, son resultados a tener presente; nos muestra que existe personal de enfermería con algún grado de depresión según la escala de Beck y se presentan en todas las franjas etarias.

De la variable categoría profesional se observó que los Licenciados en Enfermería el 25% mostraron algún grado de depresión, cabe destacar que la frecuencia absoluta fue de 11. En cuanto a los auxiliares de Enfermería según escala de Beck, el 11% presentó algún grado de depresión.

En lo que refiere a actividades de ocio-recreación predominaron en conductas generadoras de salud, ya que un 61% afirmó tener actividades recreativas, al mismo tiempo de esta población el 10% mostraron algún grado de depresión. De los funcionarios que refirieron no tener ocio-recreación, el 18%.

El 18% que posee multiempleo presentó algún grado de depresión, dato que se evidencia como factor de riesgo en la incidencia de Depresión.⁴

Cabe destacar que el 100% de los funcionarios que refirieron no tener multiempleo no mostraron ninguna alteración del estado de ánimo.

Presentaron algún grado de depresión, los solteros 9%, casados un 11%, para unión libre 10% y el mayor porcentaje fueron divorciados con un 36%. Este dato se relaciona con los factores de riesgo citados en el marco teórico. Los viudos no mostraron alteraciones. A esto aportamos que la incidencia de la depresión en esta población tiene como factor de riesgo el estado civil.

En relación a Depresión con la estructura familiar destacamos que, el mayor porcentaje de algún grado de depresión fue para Monoparental con un 23%, dato que se asocia con los factores de riesgos¹⁰, un 15% familia De hecho y 11% para Nuclear.

De la variable hijos a cargo observamos que el 100% de la población estudiada presentó algún grado de depresión, en mayor porcentaje los que tienen más de 3 hijos a cargo con un 100%.

Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, en lo que respecta al consumo de psicofármacos el 60% mostró algún grado de depresión, es coincidente con lo anteriormente dicho⁵, de los consumidores de solo nicotina el 14% mostró algún grado de depresión al igual que los consumidores de cafeína el 25%, mientras que los consumidores de alcohol y cannabis no mostraron resultados de alteración, destacamos que la frecuencia absoluta de estos últimos fue de 3 funcionarios.

Quienes no consumen ninguna sustancia psicoactiva, el 11% mostró algún grado de depresión.

La variable turno laboral reflejó que en el horario nocturno el 20% y vespertino 24% fueron los más destacados ya que ambos presentaron algún grado de depresión. El turno mañana y tarde no presentaron ninguna alteración.

Del dato Antecedentes familiares, observamos que la mayoría presentaron algún grado de depresión, a excepción de los que manifestaron tener antecedentes de suicidio los cuales no presentaron ninguna alteración según escala de Beck.

Los antecedentes personales son un factor de riesgo de sufrir depresión, nuestra investigación evidenció que el 14% de los que tenían antecedente familiar de depresión presentaron algún grado de depresión.

Aquellos que tienen como antecedente personal Depresión teniendo en cuenta que este es un factor de riesgo, la investigación evidenció que el 50% mostró algún grado de depresión. Los que manifestaron tener otros antecedentes personales el 16% como aquellos que no tienen (9%), ambos mostraron algún grado de depresión.

La variable usuarios a su cargo refleja que no hay una relación entre el volumen de estos y los niveles de Depresión, todos presentaron algún grado de depresión.

En cuanto a la antigüedad laboral se destaca que los que tienen más de 21 años de experiencia presentaron 21% algún grado de depresión, sin embargo, de 1-10 años de experiencia un 14%, y de 11-20 años un 5%.

CONCLUSIONES

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue detectar si existen factores de riesgo en el personal de enfermería que trabaja en cuidados moderados. Como universo tomamos al personal de enfermería (Auxiliares de Enfermería y Licenciados en Enfermería) que trabaja en un Hospital Público de la ciudad de Montevideo en el periodo de 7 días del mes de Setiembre del año 2016, donde la muestra obtenida fue de 84 funcionarios.

Con la finalidad de poder cumplir nuestros objetivos elaboramos un cuestionario para recolectar datos, y aplicamos la escala de Beck a todos aquellos funcionarios captados en dicho período y que aceptaron participar de manera voluntaria y anónima. Destacamos que se logró una exitosa adhesión de los mismos; cabe mencionar que 8 funcionarios no aceptaron participar del estudio, así como también 12 entregaron formularios en blanco.

Previamente fue aplicada una prueba piloto el día 13 del mes de junio a 10 funcionarios, no mostrando esta ninguna dificultad.

Luego de caracterizar y analizar la población estudiada podemos decir que logramos identificar factores de riesgo de depresión en el personal de Enfermería.

Con respecto al total de la muestra se destacó el sexo femenino, la franja etaria de adultos jóvenes, casados, con hogar constituido, tienen hijos a cargo, los Auxiliares de Enfermería, el turno laboral matutino, la antigüedad laboral de 1 a 10 años, con multiempleo, tienen más de 10 usuarios a cargo.

En cuanto a las puntuaciones de la escala de Beck para medir la presencia y gravedad de síntomas depresivos los resultados evidencian que, el 13% mostró algún grado de depresión. Dentro de este 13% se destacan el sexo masculino, el rango etario mayor a 46 años, la antigüedad laboral mayor a 10 años, los que poseen multiempleo, el horario laboral nocturno, los divorciados, los que tienen hijos a cargo y consumidores de nicotina y cafeína.

Esto nos permitió conocer la situación actual del personal que trabaja en cuidados moderados en este hospital y la relación con la Depresión destacando la importancia que tiene poder aplicar un instrumento de detección precoz que revele datos de aquellos funcionarios que puedan padecer algún trastorno del estado de ánimo o depresión.

SUGERENCIAS

- Transmitir la información a las autoridades institucionales con el objetivo de buscar herramientas o estrategias desde la dirección para mejorar u optimizar la salud mental de los trabajadores.
- Incorporar en la institución un instrumento que permita detectar precozmente factores de riesgo de Depresión.
- Crear un programa de prevención de la Depresión aplicando estrategias para mejorar la salud mental y calidad de vida, ya que la atención de enfermería podría deteriorarse y por ende afectar la calidad de los cuidados hacia los usuarios.
- Instruir al personal de Enfermería sobre signos y síntomas de Depresión, con el fin de lograr una consulta precoz y oportuna para evitar la potenciación de conductas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jornadas de recursos humanos del SNIS, 3as. Datos generales del censo de enfermería 2013. Montevideo: 20-22 agosto 2014. Ponencias. Montevideo: Ministerio de Salud Pública [Internet] 2014. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/28_Censo%20Enfermer%C3%ADa_Sergio%20N%C3%BA%C3%B1ez.pdf [consulta: 4 feb 2016].
2. Subhashni DSJ, Kayyali A. Predicting depression in nurses. American Journal and nursing [Internet] 2010; 110(2): 62-4. Disponible en: http://www.nursingcenter.com/lnc/journalarticle?Article_ID=966833 [consulta: 19 ene 2016].
3. Lerma Martínez VL, Rosales Arellano GV, Gallegos Alvarado M. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. CONAMED [Internet] 2009; 4(1): 5-10. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT-DIC_2009_supl1.pdf [consulta: 4 feb 2016].
4. Vargas D de, Dias Vieira AP. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de unidades de terapia intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del estado de Sao Paulo. Rev Latino Am Enfermagem [Internet] 2011; 19(5): 1114-21. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500008&script=sci_arttext&lng=es [consulta: 4 feb 2016].
5. Alvarez C, Lapido S, [Lorduguin F, Mantuani FM. Factores de riesgo que inciden en el consumo de psicofármacos en el personal de enfermería de una institución médica del interior del Uruguay. [tesis] [Internet]. 2011. Disponible en: www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2011/FE-0398TG.pdf [consulta: 29 oct 2016].
6. Organización Mundial de la Salud. La depresión. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> [consulta: 29 dic 2015].
7. Jornadas recursos humanos del SNIS, 2as. Estimación de necesidad de dotación de enfermería en la administración de servicios de salud del estado aplicación de una metodología. Montevideo; 29-30 agosto 2013. Ponencias. [Internet]. Montevideo: ASSE; 2013. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Estimacion_de_Necesidad_de_Enf_Harispe.pdf [consulta: 5 feb 2016].
8. Garay M, Tuzzo R, Díaz A. Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. Montevideo: UdelaR; 2006. p. 31.
9. Organización Mundial de la salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2016. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 26 mar 2016].
10. Ruiloba Vallejo J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 7a. ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 325-29.
11. Zarragoitia Alonso I. Depresión: Generalidades y particularidades. La Habana: Ciencias Médicas; 2011.

12. Organización Mundial de la salud. Depresión. [Internet]. 2016. Disponible en: www.who.int/topics/depression/es/ [consulta: 7 mar 2016].
13. García Rivera B, Maldonado Radillo S, Ramírez Barón M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Summa psicol UST [Internet] 2014; 11(1): 65-72. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0719-448x2014000100006&script=sci_arttext [consulta: 7 mar 2016].
14. Organización Mundial de la salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/ [consulta: 29 oct 2016].
15. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 300.
16. Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. 5ª ed. Barcelona: Harcourt Brace; 2011. p. 323-74.
17. Lipkin B, Cohen R. Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales. Barcelona: Doyma, 1989. p. 42-81.
18. Sanz J, García Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Vázquez C. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 3: propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. Clínica y Salud [Internet] 2005; 16(2): 121-42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180616104001> [consulta: 4 feb 2016].

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	ENERO	FEBRERO								
Búsqueda y organización de información										
Organización del protocolo										

PRESUPUESTO

TIPO DE GASTO	V/A	
FOTOCOPIAS		
Copias del protocolo		
Validación del		

- ✓ Fotocopias: Se utilizaron 6 por enfermero (Variables y Herramienta).
- ✓ Se realizaron cinco copias de protocolo.
- ✓ Encuadernación: 5.
- ✓ Bolígrafos: Se utilizaron 5 unidades.
- ✓ Transporte: Se contabilizo tanto el de ida como el de vuelta (transporte urbano).

ANEXOS

Anexo I

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En primera instancia se puso en conocimiento de nuestra investigación a la directora del hospital donde se realizó la investigación, mediante una carta autorizada por la Facultad de Enfermería y firmada por nuestros tutores y los investigadores que participaron en esta TFI.

Luego se solicitó la autorización de la misma al comité de Ética y área legal. Fue autorizada y nos notifican que al ser una investigación de carácter anónimo y voluntario no necesita consentimiento informado. Número de expediente 290063853 fecha 23 de agosto de 2016.

La investigación que se realizó contó con la confidencialidad, así también con las garantías éticas de la información que se recogió. En los formularios entregados al grupo de estudio se especificó que la información brindada será utilizada exclusivamente con fines didácticos. Se solicitó a cada uno de los funcionarios encuestados su autorización para formar parte de la población en estudio. Basado en el decreto N° 379/08.



Montevideo 4 de Julio de 2016

De: Facultad de Enfermería

A: Directora del Hospital Pasteur

Dra. Loreley Martínez

Por medio de la presente carta, 6 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, de Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Cátedra de Enfermería en Salud Mental, solicitamos a Uds. autorización para realizar el Trabajo Final de Investigación de la Carrera, titulado: "¿Existen factores de riesgo de depresión en el personal de enfermería que trabaja en un servicio de cuidados moderados en un Hospital Público de la ciudad de Montevideo?". El mismo será de carácter anónimo y voluntario. Contamos con la autorización de nuestros tutores: el Prof. Agdo.Mg. Alvaro Diaz y Prof.Agdo Lic.Esp..Isabel Silva.

Agradeciendo desde ya le informamos que el grupo está integrado por los siguientes estudiantes:

Br. Iza, Mónica	C.I.3.526.627-1	
Br. Nuñez, Paola	C.I.3.834.732-1	
Br. Laesprella, Carina	C.I.3.521.574-9	
Br. Torres, Karen	C.I.3.909.794-5	
Br. Karem, Weble	C.I.4.092.631-7	

Tutores:

Prof.Agdo.Mg. Lic. Alvaro Diaz

Prof.Agdo Lic.Esp..Isabel Silva.

31/8/16 *de autorizar*

HOSPITAL PASTEUR
MESA DE ENTRADA
08 JUL 2016
RECIBIDO

[Signature]
Dra. LORELEY MARTINEZ
DIRECTORA
HOSPITAL PASTEUR

1/9/16

[Signature]
Martín Saquierez
Secretaria - Dirección
Hospital Pasteur

de notificar

*Pr: Kora Webe por confirmada.
094 550035.*

Mont. *1/9/16*
Pase a *Cauk de Boetica*
a sus efectos
para su conocimiento
para su entrega

[Signature]
Silvana Umpiérrez
Dra. Secretaria - Dirección

Montevideo, 1/18/2016

*Notifíquese a servicio
de Cuidados Moderados
Completo, archivar en Dirección*

[Signature]
Dr. Diego Andrade
Asesor Legal
HOSPITAL PASTEUR

Mont. 1/9/16
Pase a Secretarías
a sus efectos
para su conocimiento
para su informe

<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Silvana Umpiérrez
Enc. Secretaría Dirección
Hospital Pasteur

2/09/2016.
Se notifica.

Lic. Solvey Martínez
del Departamento de Enfermería
HOSPITAL PASTEUR

Mont. 2/9/16
Pase a Secretarías
a sus efectos
para su conocimiento
para su informe

Archivar.
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Silvana Umpiérrez
Enc. Secretaría Dirección
Hospital Pasteur

Anexo II

Escala de Beck

Definición conceptual: Es un cuestionario establecido, que evalúa la tendencia y severidad de diferentes tipos de alteraciones del estado emocional o depresión.

Instrucciones para el profesional: por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. La opción de respuesta será marcada con una X por cada pregunta.¹⁸

Escala de Beck.

TRISTEZA

No me siento triste	0	
Me siento triste	1	
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	2	
Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo	3	

PESIMISMO

No me siento especialmente desanimado de cara al futuro	0	
Me siento desanimado de cara al futuro	1	
Siento que no hay nada por lo que luchar	2	
El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán	3	

SENSACIÓN DE FRACASO

No me siento fracasado	0	
He fracasado más que la mayoría de las personas	1	
Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro	2	
Soy un fracaso total como persona	3	

INSATISFACCIÓN

Las cosas me satisfacen tanto como antes.	0	
No disfruto de las cosas tanto como antes	1	
Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas	2	
Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo	3	

CULPA

No me siento especialmente culpable	0	
-------------------------------------	----------	--

Me siento culpable en bastantes ocasiones	1	
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.	2	
Me siento culpable constantemente	3	

EXPECTATIVAS DE CASTIGO

No creo que esté siendo castigado	0	
Siento que quizás esté siendo castigado	1	
Espero ser castigado	2	
Siento que estoy siendo castigado	3	

AUTODESPRECIO

No estoy descontento de mí mismo	0	
Estoy descontento de mí	1	
Estoy a disgusto conmigo mismo	2	
Me detesto	3	

AUTOACUSACIÓN

No me considero peor que cualquier otro	0	
Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores	1	
Continuamente me culpo por mis faltas	2	
Me culpo por todo lo malo que sucede	3	

IDEAS SUICIDAS

No tengo ningún pensamiento de suicidio	0	
A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré	1	
Desearía poner fin a mi vida	2	
Me suicidaría si tuviese oportunidad	3	

EPISODIOS DE LLANTO

No lloro más de lo normal	0	
Ahora lloro más que antes	1	

Lloro continuamente	2	
No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga	3	

IRRITABILIDAD

No estoy especialmente irritado	0	
Me molesto o irrito más fácilmente que antes	1	
Me siento irritado continuamente	2	
Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban	3	

RETIRADA SOCIAL

No he perdido el interés por los demás	0	
Estoy menos interesado en los demás que antes	1	
He perdido gran parte del interés por los demás	2	
He perdido todo interés por los demás	3	

INDECISIÓN

Tomo mis propias decisiones igual que antes	0	
Evito tomar decisiones más que antes	1	
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes	2	
Me es imposible tomar decisiones	3	

CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL

No creo tener peor aspecto que antes	0	
Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo	1	
Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo	2	
Creo que tengo un aspecto horrible	3	

ENLENTECIMIENTO

Trabajo igual que antes	0	
Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo	1	

Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo	2	
Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea	3	

INSOMNIO

Duermo tan bien como siempre	0	
No duermo tan bien como antes	1	
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme	2	
Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme	3	

FATIGABILIDAD

No me siento más cansado de lo normal	0	
Me canso más que antes	1	
Me canso en cuanto hago cualquier cosa	2	
Estoy demasiado cansado para hacer nada	3	

PÉRDIDA DE APETITO

Mi apetito no ha disminuido	0	
No tengo tan buen apetito como antes	1	
Ahora tengo mucho menos apetito	2	
He perdido completamente el apetito	3	

PÉRDIDA DE PESO

No he perdido peso últimamente	0	
He perdido más de 2 kilos	1	
He perdido más de 4 kilos	2	
He perdido más de 7 kilos	3	

PREOCUPACIONES SOMÁTICAS

No estoy preocupado por mi salud	0	
----------------------------------	---	--

Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc	1	
Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas	2	
Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas	3	

BAJO NIVEL DE ENERGÍA

No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo	0	
La relación sexual me atrae menos que antes	1	
Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes	2	
He perdido totalmente el interés sexual	3	

Puntuación Total	Nivel de Depresión
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema

Anexo III

Iniciales		
Fecha		
Edad		
Sexo	Masculino	<input type="checkbox"/>
	Femenino	<input type="checkbox"/>
Estado Civil	Soltero	<input type="checkbox"/>
	Casado	<input type="checkbox"/>
	Viudo	<input type="checkbox"/>
	Divorciado	<input type="checkbox"/>
	Unión Libre	<input type="checkbox"/>
Residencia	Montevideo	<input type="checkbox"/>
	Interior	<input type="checkbox"/>
Estructura Familiar	Nuclear	<input type="checkbox"/>
	Extendida	<input type="checkbox"/>
	Monoparental	<input type="checkbox"/>
	Homoparental	<input type="checkbox"/>
	Ensamblada	<input type="checkbox"/>
	De hecho	<input type="checkbox"/>
Número de hijos a su cargo	0	<input type="checkbox"/>
	1	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>
	Más de 3	<input type="checkbox"/>
Antecedentes Personales	Depresión	<input type="checkbox"/>
	IAE	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>
Ocio - Recreación	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Categoría Profesional	Licenciado/a de Enfermería	<input type="checkbox"/>
	Auxiliar de Enfermería	<input type="checkbox"/>
Turno Laboral	Nocturno	<input type="checkbox"/>
	Matutino	<input type="checkbox"/>
	Tarde	<input type="checkbox"/>
	Vespertino	<input type="checkbox"/>
Antigüedad Laboral	1 a 10 años	<input type="checkbox"/>
	10 a 20 años	<input type="checkbox"/>
	Más de 20 años	<input type="checkbox"/>
Multiempleo	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Número de usuarios a su cargo	1 a 5	<input type="checkbox"/>
	6 a 10	<input type="checkbox"/>
	Más de 10	<input type="checkbox"/>
Relacionamiento con los pares de trabajo	Bueno	<input type="checkbox"/>
	Malo	<input type="checkbox"/>
Antecedentes Familiares	Depresión	<input type="checkbox"/>
	Suicidio	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>
Consumo de sustancias psicoactivas	Nicotina	<input type="checkbox"/>
	Alcohol	<input type="checkbox"/>
	Cafeína	<input type="checkbox"/>
	Opiáceos	<input type="checkbox"/>
	Psicofarmacos	<input type="checkbox"/>
	Cocaína	<input type="checkbox"/>
	Anfetaminas	<input type="checkbox"/>
	Cannabis	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	

Nuclear: formada por la madre, el padre y los hijos.

Extendida: formada por parientes cuyas relaciones no son únicamente entre padres e hijos.

Monoparental: formada por uno solo de los padres y sus hijos.

Homoparental: formada por una pareja homosexual y sus hijos.

Ensamblada: está formada por agregados de dos o más familias.

De Hecho: cuando la pareja convive sin ningún enlace legal.

entamente elevado, irritable y expansivo. Estos síntomas deben de durar por lo menos una semana, la alteración del estado de ánimo debe estar acompañado por lo menos tres de los siguientes síntomas:

-Autoestima exagerada o grandiosidad

-Lenguaje verborreico

-Alteración psicomotriz

-Necesidad de dormir disminuida

-Distraibilidad ante estímulos banales

-Fuga de ideas

-Exceso en actividades placenteras (social, laboral, estudios, sexual) muchas veces con consecuencias graves.

Estos síntomas no se deben a ninguna sustancia o enfermedad médica.

La alteración excesiva del estado de ánimo provoca deterioro social, laboral o de relacionamiento con los demás, puede necesitar hospitalización para evitar daños a consecuencia de sus actos resultante del empobrecimiento de su juicio crítico (pérdida del trabajo, económico, comportamiento agresivo, actividades ilegales).

Episodio Mixto

Este episodio se caracteriza porque la duración de sus síntomas es de al menos una semana y la persona manifiesta estados de ánimo que se alternan con rapidez entre EDM y episodio maníaco.

La alteración del episodio mixto suele incluir agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideas suicidas.

Los síntomas no están asociados al consumo de sustancias o enfermedad

Episodio Hipomaníaco

Existe un estado de ánimo claramente distinto al habitual, es persistentemente elevado, expansivo e irritable y dura al menos cuatro días, durante este período deben existir tres o cuatros síntomas que se detallan a continuación:

-autoestima exagerada o grandiosidad.

- Disminución de la necesidad de dormir.
- Verborragia.
- Fuga de ideas.
- Distraibilidad ante estímulos banales.
- Aumento de actividad de forma intencionada o agitación psicomotora.
- Excesiva actividad placentera que puede tener consecuencias graves.

Esta alteración es claramente observada por los demás y no presenta síntomas psicóticos.

Trastorno Distímico.

Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo crónico que deberá estar presente por lo menos 2 años la mayor parte del día y debe presentar dos o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza

El tratamiento se clasifica según la edad de inicio:

- Inicio temprano: los síntomas distímicos aparecen antes de los 21 años, estas personas poseen más posibilidades de desarrollar EDM.
- Inicio Tardío: inicia luego de los 21 años.

Trastorno depresivo no especificado

Los síntomas de este trastorno no cumplen con los criterios de ningún trastorno del estado de ánimo, pero si presentan síntomas de depresión.

Trastorno Bipolar I

Trastorno caracterizado por uno o más episodios maníacos o mixtos, sin episodios depresivos previos, sin enfermedad médica asociada ni inducida por sustancias.

Trastorno Bipolar II

Se caracteriza por presentar historia de diez o más episodios depresivos mayores, al menos un episodio hipomaniaco.

La persona no deberá haber presentado ningún episodio maníaco o mixto.

La sintomatología del episodio bipolar II provoca gran malestar, deterioro laboral y social.

Trastorno Ciclotímico

Es caracterizado por presentar una duración de por lo menos dos años de periodos con síntomas hipomaníacos y periodos con síntomas depresivos.

Los síntomas no se deben a enfermedad médica o efecto de sustancias.

Trastorno Bipolar no Especificado

Este trastorno no cumple con ningún trastorno bipolar específico, pero sí incluye características de los trastornos bipolares.¹⁶

PRESENTACIÓN DE GRÁFICOS Y TABLAS

SEXO

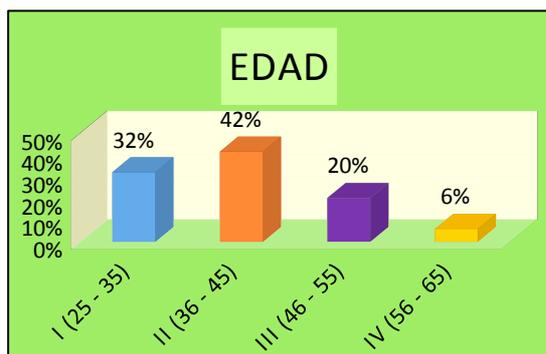
“Distribución porcentual de la población de la muestra según sexo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N° 1:

Sexo	F/	
Femenino	71	
Masculino	15	
Total	86	

Gráfico N° 1:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según sexo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*El 15% de la población son hombres y el 85% mujeres.

EDAD

“Distribución porcentual de la población de la muestra según franjas etarias, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°2:

Edad		
I (25 - 35)		
II (36 - 45)		
III (46 - 55)		
IV (56 - 65)		
Total		

Gráfico N°2:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según franjas etarias, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*32% entre 25 y 35 años; 42% entre 36 y 45; 20% entre 46 y 55 y el 6% entre 56 y 65 años.

ESTADO CIVIL

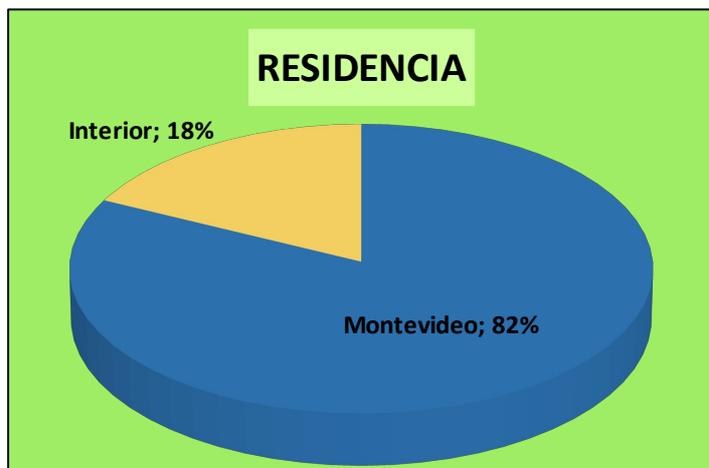
“Distribución porcentual de la población de la muestra según estado civil, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°3

Estado Civil		
Soltero		
Casado		
Viudo		
Divorciado		
Unión Libre		

Gráfico N°3

“Distribución porcentual de la población de la muestra según estado civil, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Soltero 27%, Casado 33%, Viudo 2%, Divorciado 13%, Unión Libre 24%.

LUGAR DE RESIDENCIA

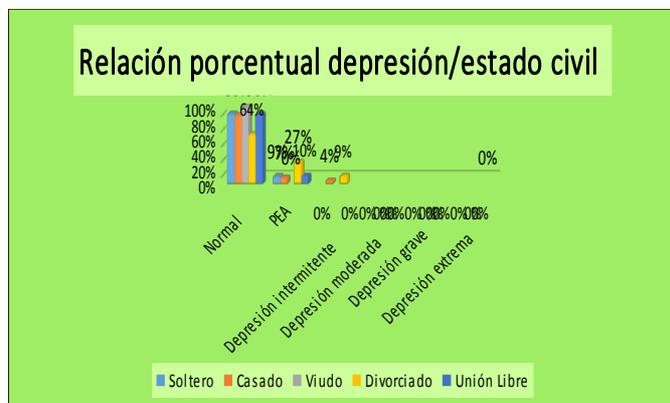
“Distribución porcentual de la población de la muestra según lugar de residencia, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°4:

RESIDENCIA	FA	FR%
Montevideo	69	82%
Interior	15	18%
Total	84	100%

Gráfico N°4

“Distribución porcentual de la población de la muestra según lugar de residencia, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*18% reside en el interior y el 82% en Montevideo

ESTRUCTURA FAMILIAR

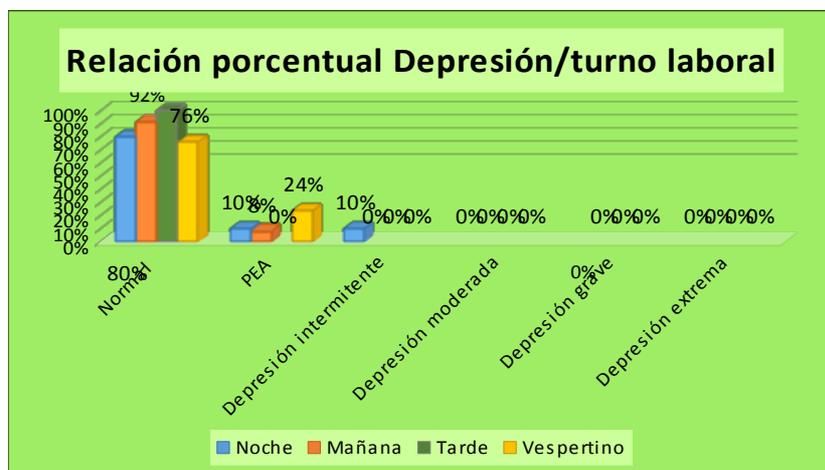
“Distribución porcentual de la población de la muestra según estructura familiar, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°5:

Estructura Familiar	FA	FR%
Nuclear	45	54%
Extendida	5	6%
Monoparental	18	21%
Homoparental	0	0%
Ensamblada	2	2%
Solo	1	1%
De hecho	13	15%
Total	84	100%

Gráfico N°5:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según la estructura familiar, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Nuclear 54%, Extendida 6%, Monoparental 21%, Homoparental 0%, Ensamblada 2%, Solo 1%, De hecho 15%.

NUMERO DE HIJOS A CARGO

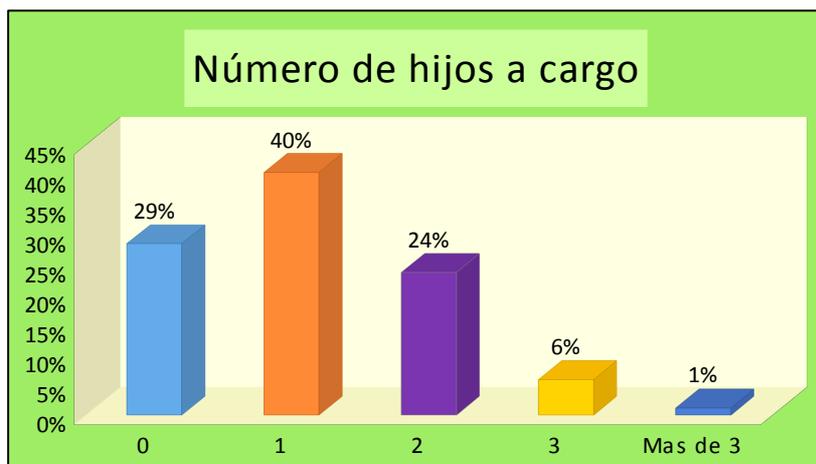
“Distribución porcentual de la población de la muestra según número de hijos a cargo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°6:

Nº de Hijos a cargo		
0		
1		
2		
3		
Más de 3		

Gráfico N°6:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según número de hijos a cargo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*El 29% no tiene hijos a cargo, 40% 1 hijo, 24% 2 hijos, 6% 3 hijos y el 1% tiene más de 3.

ANTECEDENTES PERSONALES

“Distribución porcentual de la población de la muestra según antecedentes personales, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°7:

Antecedentes Personales	FA	FR%
Depresión	6	7%
IAE	0	0%
Otros	19	23%
No tiene	59	70%
Total	84	100%

Gráfico N°7:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según antecedentes personales, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*El 7% presenta depresión, 0% IAE, 23% otros y el 70% no tiene.

OCIO- RECREACIÓN

“Distribución porcentual de la población de la muestra según Ocio- Recreación, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°8:

Ocio - Recreación	FA	FR%
SI	51	61%
NO	33	39%
Total	84	100%

Gráfico N°8:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según Ocio- Recreación, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



- Ocio-Recreación: si 61%, No 39%

CATEGORÍA PROFESIONAL

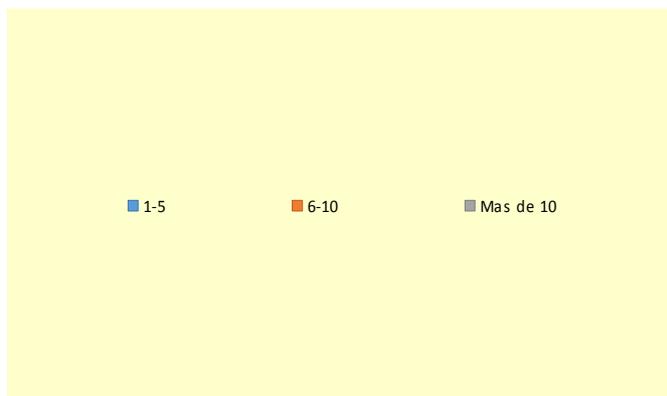
“Distribución porcentual de la población de la muestra según Categoría profesional, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°9:

Categoría Profesional	FA	FR%
Licenciado	12	14%
Auxiliar	72	86%
Total	84	100%

Gráfico N°9:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según Categoría profesional, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*14% Lic. De Enfermería, 86% Auxiliares de Enfermería.

TURNO LABORAL

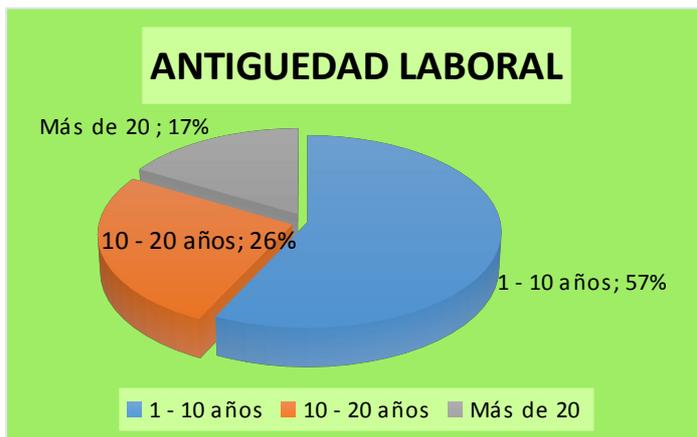
“Distribución porcentual de la población de la muestra según Turno laboral, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°10:

Turno Laboral		
Nocturno		
Matutino		
Tarde		
Vespertino		
Total		

Gráfico N°10:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según Turno laboral, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Nocturno 24%, Matutino 29%, Tarde 23%, Vespertino 25%.

ANTIGÜEDAD LABORAL

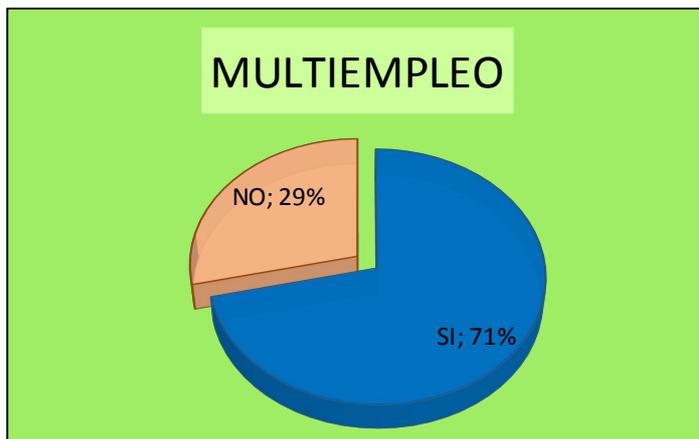
“Distribución porcentual de la población de la muestra según Antigüedad laboral, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°11:

Antigüedad Laboral	FA	FR%
1 - 10 años	48	57%
10 - 20 años	22	26%
Más de 20	14	17%
Total	84	100%

Gráfico N°11:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según Antigüedad laboral, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*De 1 a 10 años 57%, de 10 a 20 años 26%, más de 20 años 17%.

MULTIEMPLEO

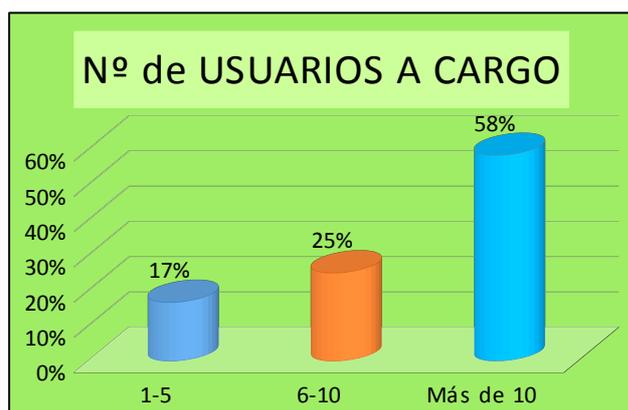
“Distribución porcentual de la población de la muestra según Multiempleo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°12:

Multiempleo	FA	FR%
SI	60	71%
NO	24	29%
Total	84	100%

Gráfico N°12:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según Multiempleo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Tienen multiempleo el 71%, no tienen 29%

NUMERO DE USUARIOS A CARGO

“Distribución porcentual de la población de la muestra según número de usuarios a cargo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°13:

Nº de usuarios a cargo	FA	FR%
1-5	14	17%
6-10	21	25%
Más de 10	49	58%
Total	84	100%

Gráfico N°13:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según número de usuarios a cargo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*De 1 a 5 usuarios 17%, de 6 a 10 el 25%, más de 10 58%.

RELACIONAMIENTO CON LOS PARES DE TRABAJO

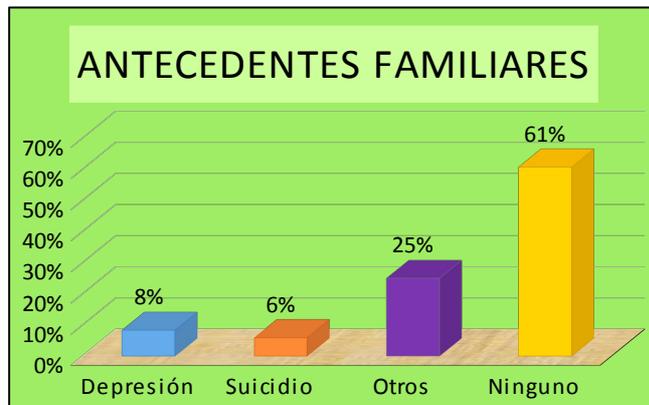
“Distribución porcentual de la población de la muestra según relacionamiento con los pares de trabajo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°14:

Relacionamiento con pares de trabajo	FA	FR%
Bueno	84	100%
Malo	0	0%
Total	84	100%

Gráfico N°14:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según relacionamiento con los pares de trabajo, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Relacionamiento bueno: 100%.

ANTECEDENTES FAMILIARES

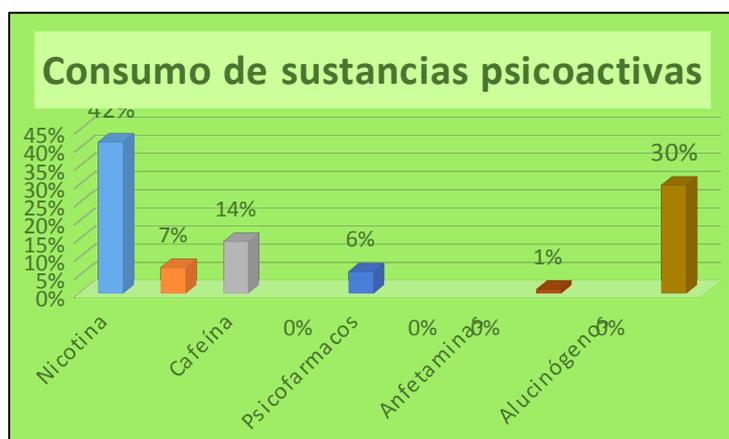
“Distribución porcentual de la población de la muestra según Antecedentes familiares, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°15:

Antecedentes Familiares	FA	FR%
Depresión	7	8%
Suicidio	5	6%
Otros	21	25%
Ninguno	51	61%
Total	84	100%

Gráfico N°15:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según Antecedentes familiares, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Depresión 8%, Suicidio 6%, Otros 25%, No tienen 61%

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

“Distribución porcentual de la población de la muestra según consumo de sustancias psicoactivas, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°16:

Consumo de sustancias psicoactivas		
Nicotina		
Alcohol		
Cafeína		
Opiáceos		
Psicofarmacos		

Gráfico N°16:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según consumo de sustancias psicoactivas, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



Nicotina 42%, Alcohol 7%, Cafeína 14%, Cocaína, Opiáceos y Anfetaminas 0%, Cannabis 1%, No consume 30%.

ESCALA DE BECK

“Distribución porcentual de la población de la muestra según escala de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”

Tabla N°17:

Distribución según escala de Beck	FA	FR%
Normal	73	87%
Leve perturbación del estado de ánimo	9	11%
Depresión intermitente	2	2%
Depresión moderada	0	0%
Depresión grave	0	0%
Depresión extrema	0	0%
Total	84	100%

Gráfico N°17:

“Distribución porcentual de la población de la muestra según escala

de Beck, en un hospital público de la ciudad de Montevideo, en el período de siete días del mes de Setiembre del año 2016”



*Normal 87%, Leve perturbación del estado de ánimo 11%, Estados de depresión intermitente 2%, Depresión moderada, grave y extrema 0%.