

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“PSICOTERAPIA INDIVIDUAL DE APOYO PSICODINÁMICAMENTE  
ORIENTADA PARA MEJORAR SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y/O  
ESTRÉS SOCIO-LABORAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA”**

**PRESENTADO POR**  
**LIC. JACQUELINE VALLARINO PASCUAL**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:**  
**MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**2013**

5 /  
18 MAR 2014

Wbo .

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**Programa de Maestría en:** Psicología Clínica  
**Facultad de:** PSICOLOGÍA  
**Número de Código:** CE-PT-327-14-06-12-104  
**Nombre de la Estudiante:** Jacqueline Vallarino Pascual  
Cédula 8-777-639  
**Título al que aspira:** Magister en Psicología Clínica  
**Tema de Tesis:** Psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada para mejorar síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral en personal de enfermería.  
**Resumen Ejecutivo:** Este proyecto está basado en un diseño de investigación pre-experimental con pre-prueba / post-prueba; sin grupo control. En este estudio se evalúa la efectividad de diez sesiones de psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada aplicada a personal de enfermería con diagnóstico de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral. Esta investigación se complementa de forma cualitativa por medio del estudio de casos.  
**Nombre del Asesor:** Mgter. Ricardo López  
**Firma del Asesor:** \_\_\_\_\_  
**Firma de la Estudiante:** \_\_\_\_\_  
**Aprobado por:** \_\_\_\_\_  
Coordinador del Programa  
\_\_\_\_\_  
Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado  
**Fecha:** \_\_\_\_\_

## DEDICATORIA

A todo el personal de enfermería que lucha día a día en su labor incansable para procurar un alivio en la salud de las personas que más lo necesitan. Este trabajo es inspirado y elaborado para ustedes, esperando que más profesionales de la salud mental se esfuercen en brindarles el apoyo que merecen.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer en primer lugar a mi madre y a mi prometido, Daniel, que me han brindado todo el apoyo necesario, económico y emocional, durante este período de preparación profesional.

Agradezco al constante apoyo de colegas, amigos y conocidos que sin saberlo han hecho una gran diferencia en esta tesis. En especial a Isolda Guzmán que ha sido constante fuente de ayuda y fortaleza en este proceso.

Mi más sincero agradecimiento a todo el personal del Instituto Internacional de Psicoterapia – Panamá que fue una fuente importante de contención y apoyo, intelectual y emocional, durante el período de la maestría y tesis. Siempre apoyándome para ser más perseverante y lograr todas las metas propuestas.

Deseo resaltar también, cuan agradecida estoy con el profesorado de psicología. Primordialmente, mi asesor Ricardo López, por dedicar su tiempo y sus conocimientos en esta asesoría. De igual forma a Fabio Bethancourt que brindó un constante apoyo con las instalaciones de la clínica psicológica y a Gerardo Valderrama que desinteresadamente ofreció su tiempo y conocimientos como guía en la sección metodológica y estadística de esta investigación.

Especialmente, quiero agradecer al personal de enfermería que participó en este estudio. Gracias por haber confiado en mi profesionalismo y por todo el aprendizaje que adquirí junto a ustedes.

Finalmente, agradezco a todos los que incentivaron este logro tan importante en mi vida.

## **RESUMEN**

El objetivo de la presente investigación es ofrecer una intervención psicoterapéutica a personal de enfermería que presenten ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral; para luego analizar la efectividad de la estrategia terapéutica, a través de la mejoría del estado psicológico general de cada sujeto. La intervención se basó en diez sesiones semanales de psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada para reducir los síntomas presentes: ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral. Esta investigación se realizó utilizando un diseño pre-experimental con pre-post (sin grupo control), con estudio de casos. No se utilizó un análisis estadístico; por lo cual se efectuó un análisis descriptivo de la muestra. El estudio constó de tres sujetos con niveles elevados de estrés socio-laboral, algunos también presentaban la variable ansiedad y/o depresión. Los datos fueron evaluados por medio de tres escalas: Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung, Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y Escala de Apreciación de Estrés Socio-laboral. El análisis de los resultados muestran que la intervención terapéutica ayudó a disminuir la ansiedad y depresión en todos los sujetos; y en la mayoría, ayudó a reducir los síntomas de estrés socio-laboral.

## **ABSTRACT**

The present investigation had as main purpose carry on a psychotherapeutic intervention to nurses that exhibit anxiety, depression and/or social and labor stress; in order to analyze the effectiveness of the therapeutic strategy applied as it reflects in an improvement of their general psychological state. This intervention was based on ten weekly sessions of individual psychotherapy psychodynamically oriented to reduce exhibit symptoms: anxiety, depression and/or social and labor stress. This investigation was done using a pre-experimental design with pre-post (without control group), with cases study. Statistical analysis was not used; whereby made a descriptive analysis of the sample. The study consisted of three subjects with high social and labor stress levels, some also presented anxiety and/or depression. The data was evaluated via three scales: Zung's Anxiety Autoevaluation Scale, Zung's Depression Autoevaluation Scale and Social and Labor Stress Scale. The results demonstrate that the therapeutic intervention helped to reduce anxiety and depression in every subject; and in most, helped to reduce social and labor stress.

## ÍNDICE GENERAL

<b>Portada</b>	i
<b>Dedicatoria</b>	ii
<b>Agradecimiento</b>	iii
<b>Resumen / Abstract</b>	iv
<b>ÍNDICE DE DE CUADROS</b>	ix
<b>ÍNDICE DE GRÁFICAS</b>	x
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	xii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. SALUD MENTAL Y AFECCIONES PSICOLÓGICAS DENTRO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>	5
<b>1. Salud mental</b>	6
1.1. Definición de salud mental	6
1.2. Factores que influyen la salud mental	9
1.3. Importancia y fomento de la salud mental	11
1.4. Salud mental en enfermería	13
1.4.1. Características intrínsecas del personal de enfermería	13
1.4.2. Higiene mental en enfermería	16
<b>2. Afecciones psicológicas dentro del personal de enfermería</b>	18
2.1. Ansiedad patológica	18
2.1.1. Definición y criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada	18
2.1.2. Factores de riesgo que inciden en la aparición de ansiedad	20
2.1.3. Principales perspectivas de la ansiedad	22
2.1.3.1. Perspectiva biológica	22
2.1.3.2. Perspectiva psicodinámica	23

2.1.3.3. Perspectiva cognitiva	25
2.1.3.4. Perspectiva conductual	26
2.1.4. Ansiedad en enfermería	27
2.2. Depresión	28
2.2.1. Definición y criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor	28
2.2.2. Factores que inciden en la aparición de la depresión	29
2.2.3. Principales perspectivas de la depresión	33
2.2.3.1. Perspectiva biológica	33
2.2.3.2. Perspectiva psicodinámica	34
2.2.3.3. Perspectiva cognitiva	37
2.2.3.4. Perspectiva conductual	39
2.2.4. Depresión en enfermería	40
2.3. Estrés	42
2.3.1. Definición de estrés	42
2.3.2. Características de las situaciones estresantes	43
2.3.3. Estrés laboral	45
2.3.4. Factores de riesgo en el estrés laboral	46
2.3.5. Impacto del estrés laboral	49
2.3.6. Estrés laboral en enfermería	51
2.3.7. Tratamiento del estrés	54
<b>CAPÍTULO II. PSICOTERAPIA DE APOYO</b>	<b>56</b>
<b>1. Bases de la psicoterapia de apoyo</b>	<b>57</b>
1.1. Definición	57
1.2. Objetivos y metas	59
1.3. Efectividad y limitaciones	61
<b>2. Fases de la psicoterapia de apoyo</b>	<b>63</b>
2.1. Inicio de la terapia	63
2.2. Curso medio de la terapia	65
2.3. Terminación y traslado al cuidado futuro	66

<b>3. Principios de la técnica de apoyo: técnicas, estrategias e intervenciones</b>	<b>67</b>
3.1. Técnicas explicativas	68
3 1.1. Técnicas comunicativas básicas	69
3.1.2 Técnicas de confrontación	72
3.1.3 Técnicas de explicación, aclaración e interpretación	72
3 2. Intervenciones directivas	74
3.3. Aspectos importantes de la relación terapéutica	76
3.3.1. La relación de apoyo	77
3 3.2. La alianza terapéutica	80
<b>4. Psicoterapia de apoyo psicodinámicamente orientada</b>	<b>83</b>
<b>5. Aplicación de la psicoterapia de apoyo psicodinámicamente orientada</b>	<b>85</b>
5.1. Trastorno depresivo	85
5.2. Trastorno de ansiedad	87
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>89</b>
<b>1. Planteamiento del problema</b>	<b>90</b>
<b>2. Justificación</b>	<b>90</b>
<b>3. Objetivos de la investigación</b>	<b>92</b>
3.1. Objetivos generales	92
3.2. Objetivos específicos	92
<b>4. Hipótesis</b>	<b>93</b>
4.1. Hipótesis conceptual	93
4.2. Hipótesis operacional	93
4.3. Hipótesis estadísticas	94
<b>5. Estrategia de investigación</b>	<b>95</b>
<b>6. Variables de investigación</b>	<b>95</b>
6.1. Variable independiente	95
6.2 Variables dependientes	96
<b>7. Población y muestra</b>	<b>98</b>
7.1. Población	98
7.2. Muestra	98



7.2.1. Criterios de inclusión	98
7 2.2. Criterios de exclusión	99
<b>8. Tipo de muestreo</b>	<b>99</b>
<b>9. Instrumentos de medición y evaluación</b>	<b>100</b>
9.1 Entrevista psicológica e historia clínica	100
9 2 Examen del estado mental	101
9.3. Interpretación psicodinámica (metapsicología)	102
9.4. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (EAD)	105
9.5. Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung (EAA)	107
9.6 Escala de apreciación del estrés socio-laboral (EAE-S)	108
<b>10. Método de intervención</b>	<b>110</b>
<b>11. Procedimiento de investigación</b>	<b>111</b>
<b>12. Limitaciones y delimitaciones de la investigación</b>	<b>112</b>
<b>13. Modelo de análisis estadístico</b>	<b>113</b>
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS</b>	<b>114</b>
<b>1. Datos sociodemográficos y análisis descriptivo de la muestra de estudio</b>	<b>115</b>
<b>2. Datos obtenidos de la prueba de hipótesis y su análisis</b>	<b>116</b>
2.1. Variable ansiedad	116
2 2. Variable depresión	121
2.3 Variable estrés socio-laboral	126
<b>3. Historias clínicas e interpretación psicodinámica</b>	<b>137</b>
<b>4. Discusión</b>	<b>183</b>
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>185</b>
<b>1. Conclusiones</b>	<b>186</b>
<b>2. Recomendaciones</b>	<b>188</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>190</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>195</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>CUADRO I: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA</b>	<b>115</b>
<b>CUADRO II: ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG – COMPARACIÓN ENTRE LA PRE-PRUEBA Y POS-PRUEBA DEL GRUPO</b>	<b>116</b>
<b>CUADRO III: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG – COMPARACIÓN ENTRE LA PRE-PRUEBA Y POS-PRUEBA DEL GRUPO</b>	<b>121</b>
<b>CUADRO IV: ESCALA DE ESTRÉS SOCIO-LABORAL – COMPARACIÓN ENTRE LA PRE-PRUEBA Y POS-PRUEBA DEL GRUPO</b>	<b>126</b>
<b>CUADRO V: ANÁLISIS METAPSICOLÓGICO – COMPARACIÓN DE SUJETOS</b>	<b>181</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>Gráfica 1:</b> Comparación de puntajes obtenidos en pre-prueba y pos-prueba del EAA	117
<b>Gráfica 2:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas del EAA – Sujeto A	118
<b>Gráfica 3:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas del EAA – Sujeto B	119
<b>Gráfica 4:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas del EAA – Sujeto C	120
<b>Gráfica 5:</b> Comparación de puntajes obtenidos en pre-prueba y pos-prueba del EAD	122
<b>Gráfica 6:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas del EAD – Sujeto A	123
<b>Gráfica 7:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas del EAD – Sujeto B	124
<b>Gráfica 8:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas del EAD – Sujeto C	125
<b>Gráfica 9:</b> Comparación de puntajes obtenidos en pre-prueba y pos-prueba del EAE-S	127
<b>Gráfica 10:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor I – trabajo en sí mismo) del EAD – Sujeto A	128
<b>Gráfica 11:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor II – contexto laboral) del EAD – Sujeto A	129
<b>Gráfica 12:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor III – relación del sujeto con el trabajo) del EAD – Sujeto A	130

<b>Gráfica 13:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor I – trabajo en sí mismo) del EAD – Sujeto B	131
<b>Gráfica 14:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor II – contexto laboral) del EAD – Sujeto B	132
<b>Gráfica 15:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor III – relación del sujeto con el trabajo) del EAD – Sujeto B	133
<b>Gráfica 16:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor I – trabajo en sí mismo) del EAD – Sujeto C	134
<b>Gráfica 17:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor II – contexto laboral) del EAD – Sujeto C	135
<b>Gráfica 18:</b> Comparación pre-prueba/pos-prueba de las respuestas (factor III – relación del sujeto con el trabajo) del EAD – Sujeto C	136

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO N°1: Solicitud</b>	<b>196</b>
<b>ANEXO N°2: Consentimiento informado</b>	<b>197</b>
<b>ANEXO N°3: Escala de autoevaluación para la depresión de Zung</b>	<b>198</b>
<b>ANEXO N°4: Plantilla para evaluar la Escala de autoevaluación para la depresión de Zung</b>	<b>199</b>
<b>ANEXO N°5: Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung</b>	<b>200</b>
<b>ANEXO N°6: Plantilla para evaluar la escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung</b>	<b>201</b>
<b>ANEXO N°7: Escala de apreciación de estrés socio-laboral</b>	<b>202</b>
<b>ANEXO N°8: Historia clínica, análisis metapsicológico, examen mental y evaluación multiaxial</b>	<b>204</b>

## INTRODUCCIÓN

*“La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano”. Aldous Huxley.*

## INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería, normalmente, es el que convive más tiempo con los pacientes y les brinda un apoyo constante, sobretodo en hospitales especializados en padecimientos de alta gravedad y mortandad. Tomando esto en cuenta, se considera de gran importancia el prestar mayor atención a la salud, física y mental, de este personal para que puedan realizar su trabajo de manera adecuada sin exponer su salud a diferentes riesgos potenciales.

Muchos estudios han investigado la relación entre estrés y enfermedad, y se ha encontrado que tanto la enfermedad física como la inadaptación psicológica o emocional van seguidas de niveles altos de estrés. El rol del personal de enfermería, como parte del personal sanitario, se ve afectado por diferentes estresores como son: sobrecarga de trabajo y falta de personal, constante contacto con el sufrimiento y la muerte, relaciones con pacientes y familiares, relaciones con el resto del personal sanitario, infravaloración del trabajo realizado, insuficiencia de recursos materiales y/o trabajar en un ambiente físico inadecuado, entre otros.

Con frecuencia, las personas se sobreponen a las reacciones desadaptadas ante el estrés con el transcurso del tiempo, pero la ayuda de un experto puede acelerar el proceso. El clínico tiene dos funciones principales que son: proporcionar apoyo social a las personas que tienen problemas y, también, fortalecer la capacidad para el afrontamiento.

En el año 1996, Bestard y Larduet realizaron un estudio clínico-epidemiológico en Cuba con la finalidad de contribuir a caracterizar el estado de salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras del Hospital Psiquiátrico Provincial "Comandante Gustavo Machín". Entre los hallazgos más relevantes figuró la elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en este personal. De 187 enfermeras un 82.9% presentó alteraciones psíquicas entre las que se encontraron: trastornos del sueño (69.6%), astenia (69%), irritabilidad (61.9%), ansiedad (40.6%), depresión (29.6%), entre otras.

Mientras que Castañeda y García (2011) al realizar un estudio con 190 mujeres del Instituto Mexicano del Seguro Social detectaron que un 18.9% mostró depresión, un 9.5% presentó reacción de ansiedad, un 8.4% depresión moderada y un 1.1% depresión severa.

La ansiedad generalizada es un trastorno común. Un estudio realizado en tres ciudades descubrió que entre 4.1% y 6.6% de la población había experimentado un trastorno de ansiedad generalizada en su vida (Robins y Regier, 1991) Mientras que la causa de la ansiedad por lo general es difícil de identificar, es posible que desempeñen un papel los eventos del ambiente y las experiencias recientes. Sin embargo otro estudio, encontró que en una gran cantidad de casos de trastorno de ansiedad generalizada, los afectados habían experimentado sucesos negativos importantes e inesperados en los meses anteriores a que la ansiedad alcanzara proporciones clínicas (Blazer, 1987).

La mayoría de las personas con un trastorno de ansiedad generalizada tienen también, al menos, otro trastorno, en particular uno de tipo depresivo (Pini y otros, 1997)

En una investigación realizada en el Hospital Regional en Durango se evaluó la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal de enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. Se obtuvo una prevalencia de depresión de 20.3%, respecto a la población, 16.1% resultó con depresión leve y 4.2% con depresión moderada. En cuanto a la prevalencia de ansiedad, hubo un total de 40.7% en donde la ansiedad menor se manifestó en el 30.5%, el otro 10.2% presentó ansiedad mayor (Lerma, V.; Rosales, G y Gallegos, M , 2009).

La sintomatología dominante y las perturbaciones del comportamiento del paciente dictan el punto de partida para las intervenciones en la psicoterapia de apoyo.

Pinsker y Rosenthal (1992) describen la psicoterapia individual de apoyo como un tratamiento diádico caracterizado por el uso de medidas directas para mejorar los síntomas y para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, habilidades adaptativas y funciones psicológicas. Para lograr que se logren estos objetivos, el tratamiento debe de utilizar la



exploración de las relaciones, reales o transferenciales, y patrones de respuestas emocionales o conductuales tanto pasados como actuales.

La psicoterapia de apoyo es una forma de psicoterapia que usa técnicas probadas empíricamente para lograr los siguientes objetivos: 1) promover la relación de apoyo entre terapeuta-paciente, 2) mejorar las fortalezas, habilidades de afrontamiento y capacidad para usar apoyo ambiental en el paciente; 3) reducir la angustia subjetiva y disfunciones conductuales del paciente; 4) lograr que el paciente tenga un alto grado de independencia de su enfermedad psiquiátrica; y 5) fomentar en el paciente el mayor grado de autonomía en las decisiones respecto al tratamiento.

Éste tipo de psicoterapia alivia la ansiedad del paciente al aceptar y promover su dependencia durante un período de enfermedad física o de turbulencia emocional, cuando su organización defensiva no es adecuada para enfrentarse a la crisis. La psicoterapia de apoyo proporciona al paciente una figura materna bondadosa, que lo protege, le da seguridad y valor mediante la cordialidad, la empatía y la fuerza surgidas de la terapia. Durante un tiempo el terapeuta funciona como un aliado maduro del debilitado ego del paciente (Cameron, N., 1990).

El Proyecto de Investigación de Psicoterapia de la Fundación Menninger realizó un estudio a largo plazo sobre psicoterapia de apoyo con orientación psicoanalítica y psicoterapia expresiva con 42 pacientes. Los resultados iniciales mostraron que “la modalidad del tratamiento por sí mismo no tenía un efecto significativo en el resultado; sin embargo, los tratamientos de apoyo exitosos requieren una mayor habilidad en el terapeuta que los tratamientos expresivos” (Kernberg y col., 1972) Los resultados de ambos métodos tienden a converger, todos los cursos del tratamiento incorporan un gran número de elementos de apoyo y estos elementos representaron más de los cambios que los previstos, y los cambios (sin tener en cuenta el tratamiento utilizado para lograrlos) “comúnmente parecían indistinguibles unos de otros y representaban de igual manera cambios estructurales en el funcionamiento de la personalidad” (Wallerstein, 1989).

**CAPÍTULO I.**  
**SALUD MENTAL Y AFECCIONES PSICOLÓGICAS DENTRO DEL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA**

*“De todos los infortunios que afligen a la humanidad, el más amargo es que hemos de tener conciencia de mucho y control de nada”. Herodoto.*

## **CAPÍTULO I.**

### **SALUD MENTAL Y AFECCIONES PSICOLÓGICAS DENTRO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

#### **1. Salud mental**

##### **1.1. Definición de salud mental**

Para poder definir salud mental es primordial abordar el concepto salud. La Organización Mundial de la Salud (1946) considera que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con esta definición elimina la dualidad mente-cuerpo y establece la salud mental como parte integrante del término salud.

El concepto salud se debe entender siempre en un sentido amplio e integral. Es un concepto dinámico, que está ligado a las condiciones de vida, los avances científicos y a la evolución de la cultura. La salud y, por tanto, la salud mental, desde una perspectiva actual, se contempla como un proceso dinámico, por el cual todas las personas a lo largo de sus vidas atravesamos por diferentes períodos en los que el grado de salud varía dentro de ese proceso continuo: salud-enfermedad.

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Y alega que los problemas de salud mental tienen una gran importancia en todas las sociedades, contribuyen de forma significativa a la carga que suponen las enfermedades y a la pérdida de calidad de vida y suponen unos enormes costos económicos y sociales.

Según Jahoda (1958), la salud mental es “el ajuste del ser humano con el mundo y con otros, a un grado máximo de eficiencia y felicidad. No es tan solo la eficiencia o la satisfacción o el obedecer con agrado las reglas del juego. Es todo esto conjunto: un comportamiento social considerado y una feliz disposición creo yo, es una mente sana.”

La salud mental es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos genera como consecuencia un trastorno mental. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente.

Freud (1916), en su escrito “Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)”, definió la salud mental como la capacidad de amar y trabajar. Luego, Winnicott (1971) expandió el punto de vista de Freud puntualizando que la salud mental es la capacidad amar, trabajar y jugar. La capacidad de amar se refiere a la posibilidad de poder establecer relaciones auténticas e íntimas con otras personas donde se puede dar y recibir afecto sin excesivo miedo. La capacidad de trabajar se representa a la posibilidad de sentirse generativo, de sentir que lo que uno hace tiene sentido, de tener un cierto orgullo en las tareas que uno desempeña. Por último, la capacidad de jugar constituye la posibilidad de disfrutar de la actividad simbólica, al nivel que sea, y de poder disfrutar con otros en ese tipo de actividades.

Para Freud la salud mental consistía en una participación consciente y activa del individuo en cuanto a que acepta la realidad que lo rodea, sin negarla como en el caso del neurótico. Además de que el individuo sano mentalmente es capaz de transformar su entorno objetivamente y no en su imaginación.

En el artículo “El concepto de la salud mental” (2005), Pacheco menciona las siguientes características las cuales cumplen personas mentalmente sanas:

- Están satisfechas consigo mismo: manejan sus emociones de manera adecuada, tienen tolerancia a la frustración, se respetan a sí mismas, se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones, reconocen sus habilidades de forma adecuada, consiguen

placer de las cosas simples de la vida, tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.

- Se sienten bien con los demás: son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás, tienen relaciones personales satisfactorias y duraderas, confían en los demás y sienten que los otros confían en ellos, respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente, no se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice, se sienten parte de un grupo, se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta: enfrentan sus problemas a medida que se van presentando, aceptan sus responsabilidades, modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario, planifican para el futuro, tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas, se fijan sus metas ajustándose a la realidad, son capaces de tomar sus propias decisiones, consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen, hacen uso de sus dotes y aptitudes.

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de 'enfermedad' mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una 'buena' salud mental. En estos planteamientos radica la dificultad de una definición precisa y base para el concepto salud mental.

Cabe añadir que la Organización Mundial de la Salud establece que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás. Es importante tomar en cuenta que salud mental y enfermedades mentales no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido trastorno mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

## **1.2. Factores que influyen la salud mental**

La salud mental y los trastornos mentales están determinados por múltiples factores que interactúan entre sí: psicológicos, biológicos, sociales y económicos. La salud mental está vinculada a la conducta, por lo cual los problemas mentales, sociales y conductuales pueden interactuar e intensificar sus efectos sobre la conducta y el bienestar.

Las personas, durante todo su crecimiento y desarrollo, tienen que satisfacer determinadas necesidades básicas que influyen en el mantenimiento de la salud mental. Estas necesidades se satisfacen mediante distintos tipos de aportes: físicos, psicosociales y socioculturales (Caplan, 1964).

- **Aportes físicos:** influyen la estimulación sensorial adecuada, la realización de ejercicios físicos, y todos lo relacionado con el cuidado y la protección física de la persona. También son los que satisfacen las necesidades de alimentación y vivienda de la persona
- **Aportes psicosociales:** consisten en la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de los individuos. Influyen las relaciones directivas con los integrantes de la familia y con las demás personas. Estos aportes satisfacen las necesidades básicas de amor y de afecto, de limitación y control y de participación colectiva.
- **Aportes socioculturales:** están constituidos por los valores sociales y culturales que influyen en el desarrollo de la personalidad. Compartir con el resto de la sociedad valores culturales, históricos y proyectos comunes satisfacen necesidades de pertenencia y arraigo, y otorga a las personas mayor estabilidad y firmeza para afrontar con éxito las dificultades.

Los elementos que marcan una mayor vulnerabilidad a los trastornos mentales entre las personas desfavorecidas de cada comunidad son la inseguridad y el desaliento, el cambio social rápido y los riesgos de violencia y mala salud física. Las crecientes y persistentes desventajas socioeconómicas están reconocidas como uno de los mayores riesgos de salud mental para las personas y comunidades.

Algunos de los factores de riesgo a sufrir algún trastorno mental o que bien podrían alterar nuestra salud mental:

- **Sexo:** las diferencias de sexo influyen en el desarrollo de trastornos mentales tanto por sus factores hormonales y diferencias en los géneros, como por los atributos culturales dados a cada género.
- **Historial familiar:** los trastornos mentales podrían deberse a las dinámicas familiares a las cuales la persona está expuesta desde una temprana edad
- **Factor genético:** existe mayor predisposición de padecer una enfermedad mental si existe un pariente cercano que tenga trastorno mental.
- **Abuso de sustancias.** el abuso de nicotina, alcohol, marihuana, cocaína y otras drogas puede incrementar el riesgo de padecer trastornos mentales.
- **Condiciones médicas:** muchos trastornos mentales presentan comorbilidad con condiciones médicas variadas, también se pueden deber a efectos secundarios de la enfermedad o medicamentos suministrados.
- **Factores socioeconómicos y étnicos:** el pertenecer a un grupo minoritario (Inmigrante, ser pobre, entre otras.), ser discriminado o ser desempleado pueden ser factores que incrementen el riesgo de cierto tipo de trastornos mentales
- **Comorbilidad con otros trastornos mentales:** algunos trastornos mentales pueden presentarse en conjunto de un trastorno mental secundario.
- **Factores culturales:** la falta de apoyo social y las particularidades culturales pueden ser un factor de riesgo para ciertas enfermedades mentales.
- **Eventos estresantes en personas susceptibles:** la aparición de uno ó más eventos estresantes en personas susceptibles a desarrollar determinada patología puede ser un factor de riesgo notable.
- **Trauma en la niñez:** los niños que han soportado abuso, negligencia o trauma, incluyendo el presenciar un evento traumático, tienen un mayor riesgo de desarrollar algunos trastornos mentales.

Globalmente, se puede notar que los factores que determinarán la salud mental de forma negativa o positiva son muy variados y no son determinantes, dado que puede influir en la salud de algunas personas y no necesariamente influirá en la salud de otras.

### **1.3. Importancia y fomento de la salud mental**

Con el propósito de reducir el aumento creciente de la carga de los trastornos mentales y evitar los años de vida con discapacidad o la muerte prematura, debe darse prioridad a la prevención y promoción en salud mental. El acceso a la atención básica de salud mental debe estar disponible para todo el que la necesite. Esto significa que la salud mental ha de ser asequible, equitativa, accesible geográficamente, basada en la voluntariedad y de calidad adecuada.

La promoción de la salud es el proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla (OMS, 1986). Por lo tanto, está más vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, que sólo con una disminución de síntomas (Secker, 1998).

La promoción de la salud mental abarca una diversidad de estrategias, todas dirigidas a un impacto positivo en la salud mental. Al igual que todas las promociones de salud, la promoción de la salud mental implica acciones que crean condiciones de vida y ambientes que apoyan la salud mental y permiten a la persona adoptar y mantener un estilo de vida sano.

La Organización Mundial de la Salud alega que la promoción de la salud mental requiere que se adopten medidas multisectoriales, en las que participen diversos sectores del gobierno y organizaciones no gubernamentales o comunitarias. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar a los niños un comienzo saludable en la vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y la vejez.

El fomento de la salud mental consiste en una variedad de acciones enfocadas a modificar los principales obstáculos estructurales y de actitud, en la dirección de alcanzar resultados positivos de salud mental en la población (OMS, 2003). Existen diferentes grupos que cumplen un rol importante en el fomento de la salud mental como son (OMS, 2003):

- **Usuarios y familias:** estos influyen en las políticas y la legislación hasta proporcionar ayuda concreta a personas con trastornos mentales. También tienen un papel



primordial en la sensibilización del público en general: educando y apoyando a personas con trastornos mentales; denunciando tratos negativos hacia personas con trastornos mentales y funcionando como red de apoyo del enfermo.

- Organizaciones no gubernamentales conformadas por profesionales de la salud mental o profesionales interdisciplinarios: apoyan al enfermo y a sus familias respaldando y capacitando a personas con trastornos mentales y a sus familiares.
- Personal sanitario general y personal de salud mental: protegen los derechos del enfermo y enfatizan en la toma de consciencia de la necesidad de unos servicios mejores.
- Diseñadores de políticas y planificadores (ministerios de salud y sus secciones de salud mental): ponen en práctica las acciones de fomento directamente, con el fin de influir en el ámbito de la salud mental, y en los derechos civiles y sanitarios de la población y los usuarios. Incluso, pueden desarrollar múltiples actividades de fomento trabajando con los medios de comunicación.

Existe una gama de acciones que aumentan las probabilidades de que más personas gocen de mayor salud mental. Entre estas, encontramos las intervenciones de bajo costo, alto impacto y basadas en la evidencia destinadas a la promoción de la salud mental, las cuales incluyen:

- Intervenciones en la primera infancia
- Respaldo para los niños
- Empoderamiento socioeconómico de la mujer
- Apoyo social para la población anciana
- Programas destinados a los grupos vulnerables, incluyendo las minorías, la población autóctona, los inmigrantes y la población afectada por conflictos y catástrofes
- Actividades de promoción de salud mental en las escuelas
- Intervenciones de salud mental en el trabajo
- Normativas de vivienda
- Programas de prevención de la violencia
- Programas de desarrollo comunitario, entre otros.

En resumidas cuentas, un entorno que respeta y protege los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos también es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y libertad que proporcionan dichos derechos, es muy difícil mantener un alto nivel de salud mental.

#### **1.4. Salud mental en enfermería**

Las actividades que realiza el personal de enfermería frecuentemente los exponen a riesgos específicos con agentes biológicos, químicos, físicos y psicosociales. La propia índole de sus funciones les exige la confrontación con el sufrimiento humano, el dolor humano y la muerte. El personal se enfrenta a demandas físicas y emocionales no sólo de sus pacientes, sino también de sus familiares. Por estas y muchas más complejidades de la profesión es sumamente complicado mantener una salud mental adecuada en el personal y un ambiente propicio donde se pueda mantener la salud mental de cada persona

Cuando el personal de enfermería o de otra profesión sanitaria se ve invadido por malestares físicos y una salud mental no adecuada se notará una disminución en la calidad de ayuda brindada a los pacientes y familiares. Por esta razón es de suma importancia mantener una salud mental y física adecuada en el personal de salud

##### **1.4.1. Características intrínsecas del personal de enfermería**

Los miembros de los equipos médicos más susceptibles de ser afectados por el agotamiento emocional o el desgaste personal con la consiguiente pérdida de ilusiones o motivación, son las enfermeras. Sobre ellas gravitan con especial potencia tres estresores: la interacción íntima y continua con los enfermos y sus familiares, la sobrecarga del trabajo o el horario irregular y la falta de autonomía, o sea, la dependencia de las indicaciones del médico. Dada además la relativa ambigüedad de su papel profesional, los conflictos con los médicos y los auxiliares se producen con relativa insistencia.

Es muy común que las enfermeras renuncien al empleo o pidan el traslado por sentirse desprovistas de una vivencia de autorrealización suficiente o por ser objeto de un trato impetuoso por parte de los médicos o jefes.

Redfern (1981) encontró que las enfermeras obtienen mayor satisfacción de los aspectos intrínsecos de su trabajo, como por ejemplo: ayudar a las personas; mientras que los factores organizacionales proveían la mayor fuente de insatisfacción.

Existen características psicológicas esenciales en la práctica de la profesión de enfermería. Al hacer uso de éstas, se logrará cumplir un rol más adecuado y profesional, y así ayudar a los pacientes en su mejora continua. Algunas de estas características psicológicas son:

- **Adecuación de ánimos y emociones:** en las experiencias diarias muestran estados de ánimo como interés, ansiedad, sorpresa, placer, tristeza, frustración, rabia, entre otros. Diferentes situaciones le evocarán emociones de intensidades variadas. Deben poder manejar estos de forma asertiva para el beneficio del paciente.
- **Estar en sintonía con los significados de las experiencias:** ayudará a poder interpretar las situaciones y experiencias de los pacientes de nuevas formas, descubriendo nuevas posibilidades y significados. Estar en sintonía con los pacientes y sus preocupaciones permite al personal de enfermería ganar entendimiento y satisfacción de sus pacientes; ya que no aprenden sólo de sus propias experiencias, sino también de las experiencias de los pacientes y colegas.
- **Usar experiencias como eco** cada uno de estos profesionales usará su experiencia personal como un eco en su área laboral. Así las enfermeras que son madres podrán resolver mejor el problema de un bebé llorando (Holden y Klingner, 1988) y las enfermeras que han sufrido una experiencia dolorosa comprenderán mejor ésta (Holm y col., 1989).
- **Confianza en sí misma:** la confianza también acompaña al reconocimiento de sus propias limitaciones en el trabajo. Por medio del entendimiento y confianza que se da por medio de la experiencia, las enfermeras reconocen sus propias fortalezas y limitaciones.

- **Mantener esperanza realista:** la enfermera debe de encontrar un balance inculcando y manteniendo esperanza en la recuperación, pero sin dirigir al enfermo y a su familia a expectativas poco realistas

Se pueden recalcar tres procesos importantes íntimamente relacionados al trabajo del personal de enfermería:

- **Darse cuenta:** es más que ver, escuchar y evaluar. Es un proceso de interpretación Se da por medio de la experiencia previa en situaciones similares por las que se ha logrado un entendimiento Al darse cuenta interpretan la situación e identifican lo sobresaliente, lo que más se destaca.  
 “Mientras las enfermeras desarrollan experiencia, la destreza de sus cuerpos les da acceso a una situación con menos esfuerzo y sensibilidad aumentada” (Benner y Tanner, 1987). Se tornan cada vez más capaces de darse cuenta de las pequeñas variaciones. Notan patrones y cambios sutiles o brechas en los patrones y responden a ellos.
- **Entender:** es más que saber o reconocer superficialmente. Es una comprensión profunda de significados inherentes a la situación. Entender incluye compartir significados de fondo: compartir el significado de ser un paciente y una enfermera; compartir los significados culturales del lenguaje, expresiones faciales y experiencia humana. El entendimiento les permite notar cuando los pacientes no siguen un patrón esperado o usual. Les alerta sobre problemas que pueden surgir.
- **Actuar:** va más allá que el mero comportamiento o despliegue de actividades. Es practicar en una situación determinada.

Así, cada una de las personas que compone el personal de enfermería necesita contar con ciertas cualidades que muchas veces pueden exponerlas a sufrir dolor emocional causado por la relación con un tercero (paciente, familiares de pacientes) o debido al nivel de observación e introspección que requieren para ejecutar su trabajo exitosamente. Por esta razón, van creando fuertes defensas que les permitirán tolerar situaciones y emociones intensas en su trabajo.

#### **1.4.2. Higiene mental en enfermería**

Desde hace mucho se reconoce la importancia de tener una salud física adecuada para poder trabajar apropiadamente, más aún cuando se trabaja directamente con pacientes con múltiples complicaciones de salud, psicológicas, económicas y familiares. Hoy en día también se resalta la importancia de la salud mental en todo tipo de trabajadores, pero especialmente en los equipos de salud; para así salvaguardar tanto la salud propia como la de los pacientes y familiares que atienden. De esta forma, cuidar la higiene mental es una tarea personal diaria, un hábito que debemos de adquirir y una responsabilidad para con nosotros mismos y cuantos nos rodean.

La Organización Mundial de la Salud define la higiene mental como la ciencia y arte que tiene como objeto elevar al máximo las potencialidades del individuo para que rinda su mejor tributo al mundo y logre plenitud en su vida. Mientras que Roque (1999) plantea que la higiene mental es el conjunto de técnicas utilizadas para promover la salud mental y prevenir la enfermedad

Entre los propósitos de la higiene mental se encuentran: promover o preservar la salud mental de las personas y de la sociedad; prevenir los trastornos mentales y aplicar medidas terapéuticas para curar a los individuos. La higiene mental abarca algunas metas importantes que todo individuo debe de poder alcanzar para poder mantener una salud mental adecuada:

- Realización de sus potencialidades: proveer al individuo la oportunidad de desarrollar sus potencialidades al máximo.
- Felicidad: desarrollar una actitud positiva hacia la vida y el trabajo de manera que el individuo pueda llevar su vida de forma eficiente.
- Desarrollo armonioso: tanto de las capacidades físicas, mentales y espirituales para ajustarse a su medio social y contribuir con el bienestar de la sociedad
- Existencia efectiva: preparar al individuo para una existencia efectiva en la sociedad. Esto significa, prepararlo para una adaptación o ajuste social efectivo.

La higiene mental debe ser cuidada por cada individuo a través de hábitos positivos que le permitan mantener el equilibrio interno. Así, aparte de la salud física, entre los principales aspectos que el enfermero(a) ha de tener en cuenta para el cuidado de sí mismo se encuentran:

- **Ajuste emocional:** un buen ajuste emocional implica, sobre todo, el conocimiento de uno mismo y el dominio o control de los impulsos. El conocimiento de uno mismo suele ser una piedra clave para un buen ajuste emocional. Este conocimiento implica una atención continua a los propios estados internos.
- **Conocimiento (profesional y del medio) para manejarse de una manera más segura y asertiva.**
- **Habilidades para desarrollar una labor eficaz y una prevención/afrontamiento efectivo de conflictos o problemas:** los diferentes acontecimientos que ocurren en la vida diaria de las personas pueden alterar la capacidad de respuesta a los diferentes problemas y situaciones, y a la larga, influyen en la salud y bienestar personal. Aprender a afrontar estos acontecimientos puede ser una pieza clave para minimizar sus efectos.

Una situación de enfermedad afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella: familia, amigos e incluso profesionales. Cuando hay un buen ambiente en la sala, ambos los pacientes y el personal de enfermería se benefician (McGhee, 1961; Orton, 1981).

El apoyo tanto de los colaboradores como de los jefes es primordial para poder realizar un trabajo adecuado en profesiones sanitarias, lo que ayudará a que el personal no se abruma con facilidad por todas las tareas y emociones que brotan en dicho trabajo. Ser apoyado significa ser respetado y ayudado a encontrar maneras en las cuales manejar las responsabilidades de la posición. Además, incluye ser desafiado con responsabilidades, pero teniendo suficiente ayuda para manejarlo exitosamente.

Cuando la persona está bien consigo misma y su propio cuerpo, puede decirse que está en las mejores condiciones para ayudar a los demás.

Son precisamente las nuevas exigencias laborales y los estilos competitivos, los más relacionados con la aparición de nuevos problemas de salud, que si no se detectan y controlan a tiempo, suponen pérdidas (económicas y sociales) importantes, e igualmente una sociedad más deshumanizada y menos saludable.

## **2. Afecciones psicológicas dentro del personal de enfermería**

### **2.1. Ansiedad patológica**

#### **2.1.1. Definición y criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada**

La palabra ansiedad viene del latín 'anxietas' derivado de 'angere' que significa estrechar, y se refiere a un malestar físico muy intenso, que se manifiesta principalmente por respiración agitada. La ansiedad se presenta ante estímulos que el sujeto percibe como potencialmente peligrosos e incluye síntomas neurovegetativos, conductuales, cognitivos y vivenciales. La ansiedad patológica es desproporcionalmente intensa con relación a la supuesta peligrosidad del estímulo.

La ansiedad produce efectos subjetivos de tensión, nerviosismo, malestar, preocupación, aprensión e incluso puede llegar a sentimientos de pavor o pánico. Asimismo, produce dificultades para el mantenimiento de la atención y la concentración.

Según el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000), la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad, los síntomas predominantes son muy variables; pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a

caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Según el breviario del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) el trastorno de ansiedad generalizada está clasificado dentro de los trastornos de ansiedad y debe constar con los siguientes criterios:

- Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de 6 meses.
- Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- La ansiedad y preocupación se asocian a tres (ó más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):
  - inquietud o impaciencia
  - fatigabilidad fácil.
  - dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
  - irritabilidad.
  - tensión muscular.
  - alteraciones del sueño.
- El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I.
- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.



### **2.1.2. Factores de riesgo que inciden en la aparición de ansiedad**

La ansiedad aparece como respuesta a las situaciones estresantes de la vida diaria (como por ejemplo: conflictos laborales, situaciones de abandono, pérdida de algún ser querido, traumas sexuales, enfermedades crónicas o largas convalecencias, etc.), en asociación con otros trastornos médicos (incluyendo otros trastornos psiquiátricos), por la toma de determinados fármacos, o bien puede aparecer de forma primaria constituyendo el síntoma cardinal de los trastornos por ansiedad.

Mientras que la causa de la ansiedad por lo general es difícil de identificar, es posible que desempeñen un papel los eventos del ambiente y las experiencias recientes

Podemos mencionar algunos de los factores de riesgo del trastorno de ansiedad generalizada:

- **Sexo:** las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada que los hombres. Razones para esto incluyen factores hormonales, expectativas culturales (cuidar las necesidades de otras personas en casa, en la comunidad y en el trabajo), y mayor voluntad para visitar a los médicos y hablar acerca de su ansiedad.
- **Historial familiar:** los trastornos de ansiedad podrían deberse a causa de dinámicas familiares, así como el no lograr aprender habilidades efectivas para afrontar problemas, comportamientos de extrema protección, abuso y violencia.
- **Factor genético:** aproximadamente uno de cada cuatro parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados
- **Abuso de sustancias:** el abuso de nicotina, alcohol, marihuana, y cocaína puede incrementar el riesgo de trastorno de ansiedad general.
- **Condiciones médicas:** los pacientes con quejas físicas inexplicadas, síndrome del intestino irritable, migraña o condiciones de dolor crónico tienen un riesgo más alto de trastorno de ansiedad general
- **Factores socioeconómicos y étnicos:** miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a presentar un riesgo más alto de desarrollar

trastorno de ansiedad generalizada. Esto podría ser a causa de problemas para ajustarse a una nueva cultura, sentimientos de inferioridad, alienación y pérdida de fuertes lazos familiares.

- Comorbilidad con otros trastornos mentales: el trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia ocurre al mismo tiempo que la depresión. Los adolescentes con depresión parecen estar particularmente en riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada en la adultez. Un gran evento estresante o pequeñas situaciones estresantes de la vida pueden desencadenar ansiedad excesiva.
- Factores socio-culturales: la ansiedad está relacionada con una falta de conexiones sociales y un sentido incrementado de amenaza en el entorno.
- Eventos estresantes en personas susceptibles: la aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo o ser víctima de un crimen.
- Trauma en la niñez: los niños que han soportado abuso o trauma, incluyendo el presenciar un evento traumático, tienen un mayor riesgo de desarrollar ansiedad generalizada en algún momento de sus vidas.

Un estudio encontró que en una gran cantidad de casos de trastorno de ansiedad generalizada, los afectados habían experimentado sucesos negativos importantes e inesperados en los meses anteriores a que la ansiedad alcanzara proporciones clínicas (Blazer, 1987).

De esta forma, los trastornos de ansiedad pueden darse en cualquier persona. Algunas personas tendrán mayor predisposición que otras, dependiendo de su personalidad, su vulnerabilidad biológica y del soporte social en el que se desenvuelvan. Así, los sujetos con una organización estable de la personalidad necesitarán estímulos intensos o persistentes para descompensarse, mientras que las personas inestables pueden desequilibrarse ante estímulos irrelevantes.

### **2.1.3. Principales perspectivas de la ansiedad**

#### **2.1.3.1. Perspectiva biológica**

Para la mayor parte de los tipos de trastornos de ansiedad no se ha encontrado una causa orgánica directa, pero los hallazgos de la causa física en otras condiciones sugieren la posibilidad de que existan algunos lazos entre la ansiedad y el funcionamiento biofísico. Las personas cuyo sistema nervioso es particularmente sensible a la estimulación parecen más propensas a experimentar ansiedad severa. Determinados cerebros actúan a través de un mecanismo que les hace más proclives a padecer y no controlar la ansiedad que otros ante idénticas situaciones.

Las evidencias demuestran que los trastornos de ansiedad tienden a presentarse con mayor probabilidad en las personas con familiares que presenten algún trastorno de ansiedad (Andreasen y Black, 1991).

Un estudio descubrió que los hijos de las personas que recibieron tratamiento contra el trastorno de ansiedad eran más ansiosos y temerosos, tenían más dificultades en la escuela, se preocupaban más por los miembros de la familia y ellos mismos tenían más quejas somáticas que los hijos de padres normales (Turner, 1987). Estos niños eran siete veces más propensos a cumplir con los criterios para un trastorno de ansiedad que los niños en cuya familia no había antecedentes de un trastorno de ansiedad. Otro estudio de casi cuatro mil parejas de gemelos adultos trató de evaluar los efectos separados de los factores genéticos y del ambiente en la ansiedad y la depresión (Kendler, 1986). Existen fuertes evidencias de un factor genético y un efecto estadísticamente significativo, pero más débil para el factor del ambiente familiar.

El tratamiento de la perspectiva biológica se basa en la utilización de medicamentos en los pacientes. Varios medicamentos han probado ser beneficiosos para aquellos que tienen ansiedad generalizada y otros trastornos mentales (Sarason y Sarason, 2005). Los antidepresivos han probado ser de gran ayuda para estos pacientes, al igual que los ansiolíticos. Existen muchas variables a tomar en cuenta antes de iniciar un tratamiento biológico, así como tener el cuidado

de recetar de acorde a las cualidades de cada paciente y tomar en cuenta los efectos secundarios de la misma.

### **2.1.3.2. Perspectiva psicodinámica**

Los teóricos psicodinámicos y muchos otros clínicos consideran que los principales determinantes de los trastornos de ansiedad son los eventos intrapsíquicos y las motivaciones inconscientes. Valoran la ansiedad como una reacción de alarma que aparece cada vez que la persona se ve amenazada. La forma en que un individuo se adapta a la alarma de ansiedad depende de su intensidad, la señal que la provoca y la respuesta característica de la persona a las alarmas.

Una característica distintiva de la ansiedad es que una alarma se activa con frecuencia en ausencia de una fuente de peligro que se reconoce en forma consciente. Un peligro existe, pero su base es vaga o está por completo oculta.

De acuerdo con el punto de vista psicodinámico, las defensas de estas personas son inadecuadas para controlar o contener su ansiedad.

Los teóricos psicodinámicos con frecuencia mencionan las siguientes como causas de una ansiedad que alcanza proporciones clínicas: percepción de sí mismo como incapaz para controlar las presiones del ambiente, separación o anticipación de abandono, privación y pérdida de los apoyos emocionales como resultado de cambios repentinos en el ambiente, impulsos no aceptados o peligrosos que están cerca de irrumpir en la consciencia y las amenazas o anticipación de la desaprobación y el retiro del amor.

En cuanto a la experiencia interna de la ansiedad se toman en cuenta los estados afectivos, patrones cognitivos, estados somáticos y los patrones de las relaciones. Los estados afectivos están comúnmente relacionados con las cuatro situaciones de peligro básicas mencionadas por Freud (1926):

- Pérdida de una persona significativa: resultando en sentimientos de abandono que se expresan como ira, ansiedad, depresión y/o culpa;
- Pérdida de amor: experimentada como rechazo y usualmente acompañada por ira, ansiedad, depresión, culpa y sentimientos de ser de poca valía e incluso de no poder ser amado.
- Pérdida de la integridad física: comúnmente asociada a miedos de mutilación o daño a los órganos genitales; y
- Pérdida de la afirmación de la propia consciencia: resultando en ansiedad, culpa, vergüenza o sentimientos depresivos.

Además, el miedo de la pérdida de la autorregulación (ejemplo: pérdida del control de los propios sentimientos, pensamientos, sensaciones, movimientos, acciones, etc.) debe ser considerado

Los patrones de relación asociados a las personas ansiosas pueden incluir miedo al rechazo, expresiones de culpa (asignación de la culpa, evitar la culpa) y expresiones de conflictos sobre la dependencia (sentimientos de ser sofocado, asfixiado o ahogado y vacilación entre acercar y alejar a otros).

Según un estudio mexicano (Chávez-León, Lara y Ontiveros, 2006) los pacientes con trastorno de ansiedad, en comparación con sujetos sanos, usan defensas inmaduras y neuróticas como proyección, pasividad agresiva, fantasía, exoactuación, devaluación, desplazamiento, somatización y escisión. En comparación con los pacientes deprimidos, utilizan más las defensas neuróticas como somatización, devaluación e idealización.

El punto de vista freudiano involucra un conflicto entre las demandas del ello y del superyó, con el Yo sirviendo como mediador. La ansiedad ocurre cuando el Yo no es lo suficientemente fuerte para resolver el conflicto.

Según el punto de vista de la teoría de Sullivan, el miedo de desaprobación de la figura maternal es la base de la ansiedad. El amor condicional resulta en un Yo frágil y una falta de confianza en uno mismo. Por lo cual, el individuo con trastorno de ansiedad tiene baja autoestima, miedo al fracaso y fácilmente se siente amenazado.

La psicoterapia psicodinámica tiene como objetivo ayudar a las personas a exponer y manejar las raíces psicodinámicas de sus conductas desadaptadas. La mayoría de los psicoterapeutas piensan que esas conductas ocurren cuando una persona se preocupa por aliviar o eliminar la ansiedad. Consideran que por medio de la psicoterapia estas personas pueden obtener un 'insight' de las raíces inconscientes de la ansiedad y así dirigir su actividad hacia un cambio o una conducta más adaptativa

### **2.1.3.3. Perspectiva cognitiva**

El modelo cognitivo plantea que los estados de ansiedad tienen su origen en una percepción distorsionada de la realidad de carácter negativo y amenazante, que genera ideas y creencias erróneas acerca de la misma y del propio sujeto, traducándose en síntomas emocionales y somáticos y en conductas inadecuadas. La interpretación cognitiva de tipo amenazante, que el individuo hace del medio ambiente, se traduce en un estado neurofisiológico de alerta permanente, de excitación excesiva que a su vez incrementa la ansiedad.

De acuerdo con los teóricos cognitivos, los trastornos del pensamiento que ocurren sólo en ciertos lugares o en relación con problemas específicos son las fuentes de ansiedad. Estos tipos de pensamientos incluyen la valoración irreal de las situaciones y la constante sobrestimación de sus aspectos peligrosos. Así, la tendencia de pensamiento de una persona y su escenario mental se pueden considerar factores de vulnerabilidad que interactúan con las características de las

situaciones Desde este punto de vista, los sucesos precipitantes (la situación) provocan o aumentan una actitud subyacente o miedo (el factor de vulnerabilidad) y da lugar a la hipervigilancia. Conforme se hace más fuerte esta actitud, los pensamientos que se relacionan con el peligro se activan con mayor facilidad mediante situaciones menos específicas y menos evitables Como resultado de esto, el individuo ansioso rastrea de manera continua los estímulos internos y externos para detectar las señales de peligro

Las teorías cognitivas sugieren que hay una perturbación en el mecanismo central de la cognición o procesamiento de la información con una consecuente perturbación en las conductas y sentimientos La ansiedad es mantenida por el pensamiento distorsionado con una evaluación equivocada o disfuncional de la situación. El individuo se siente vulnerable y el pensamiento está distorsionado por lo cual se produce un resultado negativo.

Los terapeutas cognitivos emplean varias técnicas como son la reestructuración cognitiva, la interrupción del pensamiento y el ensayo cognitivo.

#### **2.1.3.4. Perspectiva conductual**

Los psicólogos conductistas centran su atención en las respuestas adquiridas y las tendencias de respuesta. Creen que los principios generales del aprendizaje se pueden aplicar a la comprensión de todas las conductas, incluyendo los trastornos de ansiedad De acuerdo con los teóricos conductistas, la ansiedad que alcanza proporciones clínicas es una respuesta que se aprende o adquiere, un síntoma que crean las condiciones del ambiente, con frecuencia dentro del hogar.

Los psicólogos conductuales se enfocarán en cambiar respuestas aprendidas y aprender nuevas respuestas para las situaciones que causan ansiedad (Sarason y Sarason, 2005). El tratamiento se basa en alterar las respuestas de una persona a situaciones que causen ansiedad y emociones fuertes no deseables.

La perspectiva conductual tiende a utilizar técnicas de exposición como son la desensibilización sistemática, la terapia implosiva y la exposición in vivo. En el tratamiento de la mayor parte de los trastornos de ansiedad, la exposición produce buenos resultados en forma constante.

#### **2.1.4. Ansiedad en enfermería**

El grupo profesional de la salud más vulnerable para desarrollar ansiedad y estrés en su práctica profesional diaria lo constituye en particular el personal de enfermería. Este personal se caracteriza por el manejo de situaciones críticas, por su desempeño eficiente y efectivo, de ahí que diversos autores (Bowman, 1995; Novoa, 2005), han señalado que esta profesión conlleva a una gran responsabilidad y por ende a presiones, conflictos y cambios continuos en el desempeño de sus actividades asistenciales.

Las constantes y crecientes demandas que son vinculadas a la profesión de enfermería acaban desencadenando fatiga física y emocional, tensión y ansiedad en el profesional. Además, el ambiente de riesgo de vida, la sobrecarga de trabajo, la mala utilización de habilidades médicas, la dificultad para aceptar la muerte, el dolor, la escasez de recursos materiales y humanos, el ambiente extremadamente seco, refrigerado, cerrado y con iluminación artificial, la interrelación constante entre las mismas personas del equipo, los cambios de turno (o extensiones del mismo) y la toma de decisiones conflictivas relacionadas a la selección de los pacientes que serán atendidos, son factores apuntados como desencadenantes de ansiedad y disturbios psíquicos varios en el personal de enfermería.

El personal de enfermería acaba “contagiándose” de la inquietud, la ira y la ansiedad de los pacientes, una negatividad que amenaza con desbordar y afectar a las relaciones que mantienen con los demás, ya sean pacientes o compañeros de trabajo.

Claramente, los roles y actividades desarrolladas por el personal de enfermería que pueden causar estrés y ansiedad, varían de acuerdo a la antigüedad y al tipo de servicio, así como otros



factores de riesgos relacionados como es el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad del rol, así como las correspondientes al tipo de jornada de trabajo (si es excesiva), si se producen cambios de turno, si las posibilidades de promoción y desarrollo profesional son escasas o si las categorías profesionales no se corresponden con la realidad por falta de valoración de méritos, se puede producir una profunda frustración que genera estrés. (Gil-Monte, 2005, Mesa, 2005; Gamo, 2006)

## **2.2. Depresión**

### **2.2.1. Definición y criterios para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor**

El término depresión ha sido empleado para designar, tanto un estado afectivo normal (tristeza) como un síntoma, un síndrome y una o varias enfermedades. En esta investigación nos interesa particularmente el término desde el punto de vista de un síndrome o trastorno mental.

La depresión se puede definir como el trastorno afectivo que provoca la pérdida de la vitalidad general, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. Es uno de los trastornos mentales más comunes en el mundo

Según el breviario del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) el episodio depresivo mayor está clasificado dentro de los trastornos del estado de ánimo y debe constar con los siguientes criterios:

- Presencia de cinco (ó más) de los siguiente síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
  - estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
  - disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

- pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
  - insomnio o hipersomnia casi cada día.
  - agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
  - fatiga o pérdida de energía casi cada día
  - sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
  - disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
  - pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
  - Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.
  - Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

La depresión no es solamente una forma de tristeza extrema. Es un trastorno que afecta tanto el cerebro como el cuerpo, incluyendo la cognición, comportamiento, sistema inmunológico y sistema nervioso periférico.

### **2.2.2. Factores que inciden en la aparición de la depresión**

Uno de los principales factores de riesgo para la depresión es, sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas que los hombres a experimentar toda clase de estados depresivos. Los investigadores han tratado de comprender esta diferencia en términos culturales. En la cultura estadounidense, en general se considera más aceptable que las mujeres busquen ayuda por los problemas emocionales que los hombres. Es más probable que las mujeres consulten a los médicos o expertos en salud mental y que consideren sus

problemas desde un punto de vista psicológico, en lugar de verlos sólo en términos de síntomas físicos.

Sin embargo, estas explicaciones sobre una cantidad mayor de mujeres que buscan tratamiento para la depresión no aclaran la existencia de un índice general más alto para la depresión, porque la misma diferencia en el índice de trastornos depresivos para mujeres y hombres se encuentra en los estudios comunitarios, como el estudio ECA en el que las personas se contactan en forma aleatoria y no porque busquen ayuda. Los estudios prospectivos que realizan un seguimiento del mismo grupo a través del tiempo (como los estudios Stirling County y Lundby) también reportan los mismos descubrimientos. Una explicación que sugieren los investigadores interesados en el apoyo social y sus efectos en la salud es que, en tanto que las mujeres en general reciben más apoyo social que los hombres, también se espera que ofrezcan más apoyo (Shumaker y Hill, 1991). El hecho de dar este apoyo con frecuencia involucra a la persona en los problemas y causantes del estrés que experimentan otras personas, por esto las mujeres quizás experimenten más estrés que los hombres.

Los resultados de un estudio reciente apoyan la idea de que las mujeres tal vez experimentan más estrés debido a su papel como personas que ofrecen apoyo a los demás. El estudio descubrió que para el rango de edad de 25 a 45 años, gran parte de la diferencia en los índices de depresión entre hombres y mujeres se explicó por la tasa tan elevada de mujeres casadas, en comparación con los índices para mujeres u hombres (Paykel, 1991). Durante este período de edad, las mujeres casadas es probable que tengan un nivel de estrés más alto por su papel de cuidado de los hijos pequeños, además de sus funciones de apoyo a la familia y las responsabilidades en el trabajo.

Otro factor de riesgo de la depresión es la edad. El riesgo para un primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en las mujeres que tienen entre 20 y 29 años. Para los hombres, el período de riesgo similar es entre los 40 y 49 años de edad (Rorsman y otros, 1990).

Es muy probable que las características personales y el estrés del entorno y la pérdida (divorcio) tengan efectos recíprocos (Henderson, 1977; Bruce y otros, 1990). Vivir solo no parece ser un factor de riesgo, sobre todo para las mujeres.

Diversos factores pueden aumentar el riesgo de una persona para la depresión. Una concentración de sucesos estresantes durante un breve período de tiempo, que pueden incluir eventos como mudarse a otra ciudad, un empleo nuevo, la pérdida de una relación estrecha o una desilusión importante como el fracaso para obtener un empleo que se desea o la admisión a un programa académico, hacen que una persona sea más vulnerable a la depresión. Es probable que también desempeñen un papel importante otros factores a largo plazo, como antecedentes familiares de depresión o vivir con un padre deprimido (Weissman, 1987).

Además de los factores personales, se cree que otros más generales se relacionan con un mayor riesgo de depresión, entre los más notables están la vida en la ciudad y el desempleo. Otros factores socioeconómicos que se consideran relacionados con un aumento del estrés (ingreso bajo, un empleo de un nivel bajo y poca educación) no se asocian con los trastornos depresivos en el estudio ECA (Weissman y otros, 1990). En general, este estudio sugiere que el aumento en el riesgo a la depresión se relaciona con el rompimiento de lazos íntimos, el desempleo y la vida en la ciudad. Es probable que estos resultados ayuden a explicar otro descubrimiento que crea confusión y se ha observado durante algún tiempo: el grupo de nacimiento, o el año en que nació una persona, es un factor importante en la depresión.

En años recientes, la frecuencia e incidencia de la depresión parecen aumentar entre los jóvenes y disminuir entre las personas mayores (Klerman, 1988). Estos cambios se han observado en varios estudios importantes tanto en Estados Unidos como en Europa.

Según un estudio español realizado por Aragonès, Piñol y Labad en el 2008 se encontró que la depresión mayor tiene una comorbilidad de un 55.2% con el trastorno de ansiedad generalizada, 33.8% con el trastorno de pánico, 15.7% con la distimia y 6.6% con el trastorno de somatización. En los grupos de pacientes con comorbilidad la depresión fue más severa y con mayor impacto funcional.

Los problemas de depresión y alcoholismo usualmente van juntos, pero la evidencia sugiere que en los hombres el uso de alcohol precede a la depresión y en las mujeres la depresión precede al uso de alcohol (Revista Americana de Epidemiología, 1997) Drogas como el alcohol o la cocaína pueden activar un gen vinculado a la depresión y otros trastornos mentales (Post, 1993)

Durante la infancia, un estilo educativo muy crítico y que culpabiliza, con bajo nivel de afecto por parte de los padres (sobre todo de la madre), acompañado de un alto grado de control, puede predisponer a la aparición de cuadros depresivos en la edad adulta.

Resumiendo, algunos de los factores de riesgo de la depresión son:

- **Sexo:** las mujeres son más propensas que los hombres de sufrir de depresión.
- **Edad:** para las mujeres el período de riesgo más elevado es entre los 20 y 29 años, mientras que para los hombres es entre los 40 y 49 años de edad.
- **Historial familiar:** vivir con un padre deprimido o una crianza con padres que culpabilizan y critican los cuales proporcionan poco afecto y sean altamente controladores
- **Factor genético:** antecedentes familiares de depresión
- **Abuso de sustancias:** se ha encontrado que el alcohol disminuye los niveles de norepinefrina y serotonina, por lo cual es un depresor del sistema nervioso. El uso de cocaína y otras drogas también está vinculado a la depresión.
- **Condiciones médicas:** puede coexistir con enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes y Parkinson
- **Factores económicos:** desempleo o fracasos económicos.
- **Comorbilidad con otros trastornos mentales:** puede existir una comorbilidad con trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno de pánico, etc.), distimia y somatización.
- **Factores socio-culturales:** el año en que nació una persona puede estar vinculada a eventos culturales de la época afectándolo en su crianza y desarrollo (crisis, guerra, terrorismo, entre otros). Vivir en la ciudad también aumenta el riesgo de depresión.

- Eventos estresantes: una concentración de sucesos estresantes durante un breve período de tiempo o crisis del desarrollo pueden crear una mayor vulnerabilidad a la depresión. El rompimiento de lazos íntimos o apoyo emocional, pérdida de empleo y el duelo en general también pueden aumentar el riesgo a la depresión.

Estudios han demostrado que las personas que padecen depresión además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más graves, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas, a adaptarse con mayor dificultad a su condición médica y a tener que afrontar costos médicos más altos que aquellas que no tienen depresión coexistente. Investigaciones han obtenido una cantidad creciente de evidencia de que tratar la depresión también puede ayudar a mejorar la evolución de la enfermedad concurrente.

### **2.2.3. Principales perspectivas de la depresión**

#### **2.2.3.1. Perspectiva biológica**

La perspectiva biológica supone que la causa de la depresión se encuentra ya sea en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia.

Estudios de gemelos y familias sugieren con claridad un componente genético en la depresión grave. Un estudio (Gershon y otros, 1988) reveló que existe un riesgo mucho mayor de desarrollar una depresión grave si el gemelo idéntico de la persona padece de este trastorno (54%) que si lo padece el padre, el hermano o la hermana (16.6%). Las probabilidades de desarrollar este trastorno son aún menores si una persona no tiene parientes cercanos a quienes se les haya diagnosticado un trastorno así (5.8%). El estudio de Gershon también indica que aquellas personas que tienen parientes con un diagnóstico bipolar es casi tres veces más probable que desarrollen una depresión grave, que aquellas que no tienen ningún familiar con este diagnóstico (14.9% en comparación con 5.8%). Estas cifras señalan que tanto la depresión grave como los trastornos bipolares pudieran estar relacionados con la misma constitución genética.

Los estudios de las familias también demuestran que mientras más joven sea la persona cuando ocurre la primera depresión, es más probable que sus parientes también experimenten períodos de depresión (Weissman y otros, 1984). Los familiares de las personas que presentaron un episodio de depresión grave antes de los 20 años de edad, es ocho veces más probable que padezcan depresión que los familiares de los sujetos que no sufren de depresión. Los parientes de las personas que tenían más de 40 años cuando ocurrió la primera depresión, presentaron un riesgo poco mayor de sufrir depresión que los parientes de las personas no depresivas. Este aumento en el riesgo se encontró tanto para los familiares de los pacientes hospitalizados como para los de los individuos que no requirieron hospitalización (Weissman y otros, 1984)

A pesar que los factores genéticos parecen importantes en muchos casos de depresión, el mecanismo exacto de la herencia de ésta no es claro e incluso puede variar de una familia a otra. También es obvio que los factores no genéticos, ya sea físicos o que están relacionados con el entorno o las relaciones de una persona, también se requieren para producir la depresión, incluso en personas con una vulnerabilidad genética.

Cualquiera que sea el mecanismo mediante el cual se hereda el factor genético, sus influencias son bioquímicas. Es probable que la depresión sea un resultado de una falta de ciertos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro, es por esto que el tratamiento biológico implica el uso de agentes físicos, químicos y/o bioquímicos sobre los pacientes para producir cambios en la conducta

### **2.2.3.2. Perspectiva psicodinámica**

Sigmund Freud y Karl Abraham iniciaron el estudio psicológico de la depresión. Ambos describieron la depresión como una reacción compleja ante la pérdida (Abraham, 1911/1968; Freud, 1917/1957). La depresión, o melancolía, como Freud la llamó, es una aflicción confusa; excesiva, que con frecuencia no tiene relación con el entorno y al parecer es injustificada. Freud describió el duelo normal y la depresión como respuestas ante la pérdida de alguien o algo amado. Sin embargo, en contraste con el afligido duelo, una persona deprimida sufre “una

disminución extraordinaria del cuidado de sí misma, un empobrecimiento de su Yo a gran escala” (Freud, 1917/1957). Freud creía que una persona deprimida tenía una consciencia muy fuerte y castigadora; pensaba que una razón por la cual la consciencia se volvía tan fuerte era para controlar el enojo y los sentimientos agresivos que de otra forma lastimarían a los demás (Freud, 1930).

Las personas neurótico-depresivas tienen sus principales puntos de fijación en una fase infantil de dependencia oral. El neurótico depresivo muestra su enojo y resentimiento y expresa profundas necesidades de dependencia junto al miedo de volverse irremediablemente dependiente.

Edward Bibring (1953) sugirió una forma diferente de conceptualizar la depresión desde un punto de vista psicodinámico. Consideró la depresión como la expresión emocional de la impotencia del Yo para mantener un sentido del Yo deseado. Cambió la atención de un conflicto interno a las situaciones que hicieron que la persona se sintiera impotente.

Más adelante, otros psicoanalistas explicaron con detalle las ideas de Bibring al sugerir que la depresión se debía considerar una emoción negativa muy parecida a la ansiedad (Sandler y Joffe, 1965). De acuerdo con este punto de vista, la depresión después de la pérdida de un ser querido no se debía tanto a la pérdida de la persona, sino al estado de bienestar que la presencia de ésta proporcionaba.

John Bowlby (1980) opinaba que la separación de un niño de su madre u otra figura importante durante los primeros años de la niñez, ya fuera por enfermedad, viaje u otras razones, provocaba sentimientos de tristeza, enojo y ansiedad continua que podían afectar las relaciones emocionales de la persona en la edad adulta. Según Bowlby, las experiencias de la niñez que contribuían a estos sentimientos no son eventos aislados, sino que se desarrollan a partir de patrones a largo plazo de la interacción familiar.



Los estados afectivos experimentados por los individuos con depresión incluyen dos orientaciones emocionales generales que han sido descritas como patrones anaclíticos y patrones introyectivos (Blatt, 2004).

Los patrones anaclíticos, frecuentemente asociados con la ruptura de la relación con el cuidador primario, están caracterizados por sentimientos de impotencia, debilidad, inadecuación y agotamiento; miedos de ser abandonado, aislado y dejado sin amor; lucha por mantener un contacto físico directo con una persona gratificante; deseos de ser calmado, ayudado, alimentado y protegido; dificultad en tolerar la demora y aplazamiento; dificultad para expresar la ira y rabia (por miedo de destruir al otro como una fuente de satisfacción); y la valoración de cuidadores sólo por su capacidad de proveer la gratificación necesitada.

Los patrones introyectivos se caracterizan por autocríticas duras, punitivas, implacables; sentimientos de inferioridad, poca valía y culpa; un sentido de haber fallado en vivir de acuerdo a las expectativas y estándares; miedos de pérdida de aprobación, reconocimiento y amor de personas importantes; y miedos de la pérdida de aceptación de esfuerzos asertivos. La autoestima sufre mucho bajo estos ataques de autocríticas y miedo.

Los patrones de relacionarse pueden estar caracterizados por una necesidad insaciable o una hostilidad demandante. Los sentimientos de no poder ser amados y de tener poca valía pueden causar que los individuos deprimidos se adhieran a, se retiren de o se enemisten con personas con quienes anteriormente han tenido buenas relaciones

La depresión también depende de dos categorías: la pérdida de un objeto y la discapacidad de controlar al Yo. Todas estas defensas se dan por el conflicto que tiene el Yo con la pérdida del objeto. Esta corriente describe que las personas que padecen este trastorno viven la pérdida como algo terrible e insuperable y es por eso que se hunden en la depresión ya que tienen un conflicto interno demasiado fuerte como para poder salir adelante.

Algunos mecanismos de defensa usados por pacientes deprimidos típicamente incluyen negación, proyección, idealización y devaluación, identificación con el agresor, agresión pasiva y formación reactiva (Bloch y col., 1993; Brenner, 1975; Jacobson, 1971). Además, Novalis (1993) menciona en el libro Manual Clínico de Psicoterapia de Apoyo el uso de mecanismos de defensa como son la introyección ambivalente del objeto amado y regresión o fijación en la etapa oral del desarrollo.

La primera fase en la terapia psicodinámica es revelar los procesos inconscientes que determinan el comportamiento del paciente. Por lo general, estos descubrimientos se realizan mediante la plática y la interpretación de los pensamientos y sentimientos del paciente en la interacción con el terapeuta. La segunda fase del tratamiento consiste en ayudar al paciente a comprender la forma en que el presente es distinto del pasado distante en el cual carecía de autonomía y control. Así, al entender los conflictos subyacentes que provocaron la depresión, el paciente será capaz de encontrar soluciones prácticas que pueden resolver estos conflictos.

### **2.2.3.3. Perspectiva cognitiva**

La base de ésta perspectiva es la idea de que la misma experiencia puede afectar a dos personas en forma muy diferente. Parte de esta diferencia se debe a la manera en que cada persona considera el suceso debido a los conocimientos que cada una tiene sobre éste. Esta explicación parte del modelo de la distorsión cognitiva de Beck

Beck argumenta que la depresión es básicamente un trastorno del pensamiento más que del estado de ánimo. Cree que la depresión se puede describir mejor como una tríada cognitiva de pensamientos negativos sobre sí mismo, la situación y el futuro. Una persona deprimida malinterpreta los hechos en forma negativa, se concentra en los aspectos negativos de cualquier situación y además tiene expectativas pesimistas y desesperanzadas sobre el futuro. Beck sostiene que los conocimientos de las personas deprimidas difieren de los pensamientos de los individuos con trastornos de ansiedad (Beck y otros, 1987). Aquellas personas que experimentan ansiedad como síntoma primario tienen pensamientos que se concentran en la incertidumbre y

la preocupación por el futuro. Los pensamientos de las personas deprimidas se pueden enfocar en los aspectos negativos del pasado o reflejar un panorama negativo de lo que puede suceder en el futuro. La persona ansiosa se preocupa por lo que puede suceder y si será capaz de enfrentarlo, mientras que el individuo deprimido piensa en lo terrible que será el futuro y que será incapaz de controlarlo o mejorarlo.

Según Beck, una persona deprimida culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La consciencia de estos supuestos defectos se vuelve tan intensa que oscurece por completo cualquier concepto positivo de sí mismo. Cualquier situación ambigua se interpreta como una evidencia de un defecto, incluso cuando existen más explicaciones posibles. Beck también considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce su autoestima. Cada encuentro con otra persona se convierte en una oportunidad de una autoevaluación negativa. Beck planteó que la tendencia a tener estos pensamientos negativos tal vez se relacione con formas particulares de evaluar las situaciones que provienen de experiencias durante la niñez. Estos patrones de pensamiento, que se conocen como esquemas, afectan todos los elementos de la tríada cognitiva en el futuro.

Las investigaciones sobre los resultados o efectos de la psicoterapia dan lugar a algunas dudas sobre si estos conocimientos negativos provocan la depresión. Es posible que los pensamientos negativos sean sólo el resultado de la depresión y no su causa. En la actualidad, no está clara la respuesta a esta duda sobre la causalidad. Cuando los pacientes que participaron en la terapia cognitiva se compararon con aquéllos que recibieron drogas antidepresivas, la reducción de los conceptos depresivos en la mitad de las sesiones de terapia predijo un buen resultado final para aquéllos que participaban en la terapia cognitiva (DeRubeis y otros, 1990). El grado en el cual experimentaron conceptos depresivos en el mismo punto de la terapia no predijo un resultado positivo para los pacientes que recibían drogas antidepresivas. Los resultados sugieren que, a pesar que los cambios de conocimientos tal vez desempeñan un papel importante en la recuperación, no necesariamente provocan esta recuperación por sí solos.

En el tratamiento, la proporción de técnicas cognitivas que se utilizan depende de las habilidades del paciente y el grado de depresión, así como de los objetivos que se eligen para la terapia. Se utilizan técnicas como la detección de pensamientos automáticos y comprobar cómo influyen en las emociones, entrenamiento en observación y registro de cogniciones, registro de pensamientos automáticos, someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad, técnicas de re-atribución, entre otras

#### **2.2.3.4. Perspectiva conductual**

Este modelo considera a la depresión como una consecuencia de la falta de reforzamiento, ya sea en términos de una baja densidad de reforzamiento positivo (Ferster, 1973) o de tasas bajas de reforzamiento positivo contingente a las respuestas (Hoberson y Lewinsohn, 1974). También conceptualizan a la depresión en términos de control aversivo (Ferster, 1973; Grosscup y Lewinsohn, 1980) o en términos de pérdida de contingencias debido al castigo (Selgman, 1975). En otras palabras, los déficits conductuales son producto de la privación de reforzamiento o producto del castigo.

Los conductistas consideran que la depresión es el resultado de cambios en las recompensas y castigos que la gente recibe en sus vidas y que la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento. Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la depresión como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social que incluye dinero, prestigio y amor (Sarason y Sarason, 1975).

Para los conductistas, cuando las personas deprimidas se encuentran en situaciones estresantes, tienden a afrontarlas mediante el retraso (buscar más información antes de tomar alguna acción) y el intento de obtener apoyo emocional por parte de otras personas. La búsqueda excesiva del apoyo puede ser lo que hace que los demás se sientan incómodos y culpables y que traten de evitar el contacto con la persona deprimida. Es probable que las personas deprimidas se quejen mucho para ganarse la simpatía y el afecto (ganancia secundaria). Aunque, en un principio, aquéllos que reciben este tratamiento pueden responder

de manera apropiada; después de un tiempo es probable que empiecen a sentirse molestos o frustrados. Con el tiempo se forma un círculo vicioso en el cual la demostración de síntomas y frustración de la persona deprimida aumenta.

A pesar que las personas deprimidas en muchos casos parecen tener un panorama negativo de sus interacciones con los demás, existen evidencias considerables de que también causan una impresión negativa en otras personas debido a los déficits en sus habilidades sociales (Dykman y otros, 1991). Se produce una espiral negativa, en la cual los déficits reales en el desempeño constituyen los efectos del punto de vista negativo acerca de sí mismo. Las personas deprimidas no sólo son propensas a pensar que los demás responden ante ellas de manera negativa, sino que es más probable que las otras personas respondan en forma negativa debido a la carencia de habilidades sociales por parte del individuo deprimido. Una forma de romper este tipo de círculo vicioso es por medio del entrenamiento en habilidades sociales, una de las técnicas conductuales básicas que se emplean para dar tratamiento a los pacientes deprimidos.

Las técnicas utilizadas en el tratamiento conductual se basan en la modificación de algunas formas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. La relajación, el entrenamiento en adquisición de habilidades sociales, la asertividad, las técnicas de exposición a los factores estresantes son algunas de las técnicas utilizadas en esta perspectiva teórica (Comer, 2001).

#### **2.2.4. Depresión en enfermería**

El personal de salud no está inmune a los trastornos mentales y hay evidencias que indican que el personal de enfermería está en mayor riesgo de padecer una depresión a comparación de otros profesionales. Los estresores ocupacionales pueden ser unos de los factores causales. La depresión en este grupo puede inducir un serio daño a los pacientes.

La prevalencia de síntomas de depresión entre los trabajadores de enfermería viene siendo poco relatada y resulta muy difícil trabajar con este grupo a causa de sus horarios extensos y rotativos, y por su esquema defensivo.

El estrés laboral, sentir una falta de control y el cansancio físico y emocional son factores que contribuyen a la depresión. En un oficio donde hay tantas situaciones estresantes y con altas demandas físicas y emocionales no es una sorpresa que la depresión sea un resultado.

Un estudio realizado por '*Robert Wood Johnson Foundation's Interdisciplinary Nursing Quality Research Initiative*' (2012) demostró cómo la depresión de las enfermeras puede afectar la cualidad del cuidado que le proveen a sus pacientes. En el estudio encontraron que las enfermeras experimentan síntomas depresivos en un 18%, comparado con un 9% del público general que presentan síntomas depresivos

En estudios empíricos desarrollados en instituciones hospitalarias del Distrito Federal de México (Jiménez, 1990; Téllez, 2001) las psicólogas obtuvieron, a través de entrevistas al personal médico en el hospital, puntos de vista críticos acerca de la baja autoestima en el personal femenino de enfermería y plantearon la hipótesis de que posiblemente esta baja autoestima sea un factor de decisión para elegir la profesión. La violencia intrafamiliar está focalizada en estas trabajadoras y es frecuente que este grupo profesional tenga también conflictos de pareja.

El personal de enfermería deprimido, así como otras personas deprimidas, comúnmente manifiestan un estado de ánimo bajo, tienen dificultades para concentrarse y cometen más accidentes o errores de lo esperado; su habilidad de realizar tareas mentales o interpersonales puede estar comprometida, luchan con la administración y tienen menor rendimiento a comparación del personal sanitario no deprimido.

El personal de salud con depresión no suelen sufrir de forma individual. Su depresión comúnmente tiene un impacto negativo en sus compañeros de trabajo y posiblemente en la calidad de cuidado que proveen a los pacientes. Al igual que otros pacientes con depresión, se

muestran abrumados por los retos del trabajo. Su química corporal, y con ella la química de su cerebro, está afectada por una cascada de químicos relacionados con el estrés. Al sentirse sin energía y sin poder controlar su trabajo diario, se vuelven irritables, desafiantes y, algunas veces, irascibles. No constan con la energía que necesitan para luchar y mejorar las cosas en su trabajo. Se alejan de amigos y familiares (hasta de sus pacientes) y luego se sienten poco apoyados y devaluados. Esto puede llegar al punto de abandonar la profesión. Si a pesar de todo se mantienen en la profesión, puede que reciban a nuevos reclutas con un trato hostil: creando así un círculo vicioso y un ambiente poco adecuado para el cuidado de la salud.

## **2.3. Estrés**

### **2.3.1. Definición de estrés**

El concepto de estrés fue introducido por primera vez en el ámbito de la salud en el año 1926 por Hans Selye. El estrés, es la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante. Este término describe la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular. Posteriormente, el término se ha utilizado con múltiples significados y ha servido tanto para designar una respuesta del organismo, como para señalar los efectos producidos ante repetidas exposiciones a situaciones estresantes

Mc Grath (1970) define estrés como "un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)".

La Organización Mundial de la Salud define estrés como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción". El "estrés es 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".

El estrés desempeña un papel en la mayoría de las condiciones que constituyen la psicología anormal. Los trastornos del estrés que requieren atención médica son patológicos porque van más allá de las reacciones cognitivas y emocionales normales y esperadas, hasta los desafíos personales más severos. Muchas de las respuestas normales hacia el estrés se pueden convertir en reacciones anormales cuando los síntomas persisten y son excesivos. El control exitoso con frecuencia comprende la forma como el individuo de alguna manera enfrenta los sentimientos preocupantes como la tristeza o el enojo.

### **2.3.2. Características de las situaciones estresantes**

A lo largo de toda la vida nos vemos envueltos en diversas situaciones estresantes que tenemos que aprender a manejar por medio de técnicas de afrontamiento eficaces para poder tratar de manera más adecuada el estrés.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que existen ciertas características que parecen determinar el que una situación devenga como estresante, entre ellas se destacan:

- **Novedad:** la mayoría de las situaciones no son completamente nuevas y desconocidas, aunque la persona no se haya enfrentado nunca con la situación, normalmente existe un conocimiento previo sobre algunos aspectos de la misma. Si alguno de estos aspectos se asocia a daño, la situación se presentará como más estresante, aunque la novedad por sí misma pueda constituir también un estresor.
- **Impredecibilidad:** cuando no se puede prever una situación de daño, ésta se vivencia como más estresante. El individuo no puede prepararse para lo que va a ocurrir, ni anticipar sus conductas de afrontamiento. Además hay una menor sensación de control con respecto al medio lo cual aumenta el estrés.
- **Incertidumbre:** el no saber si algo va a ocurrir o no inhibe la anticipación de todas las conductas de afrontamiento.
- **Factores temporales:** inminencia, duración e incertidumbre temporal. La inminencia es el tiempo que pasa antes de que ocurra el acontecimiento, cuanto más inminente sea una situación, más estresante; ya que las conductas de afrontamiento apenas pueden



ser anticipadas. La duración es el tiempo que se prolonga el suceso: a más duradero, más estresante. La incertidumbre temporal se refiere a la ignorancia sobre cuándo acontecerá la situación.

- **Ambigüedad:** cuando la información para valorar la situación no es clara. La ambigüedad resta sensación de control del medio, con lo cual puede aumentar el poder estresante de la situación.
- **Programación de los acontecimientos estresantes según el ciclo vital:** determinados acontecimientos ocurren frecuentemente en determinados momentos de nuestro ciclo vital. El que estos hechos ocurran en estos momentos, o en otros que no son normales, determinan también el poder estresor del acontecimiento.

Los estresores pueden aparecer en diferentes contextos: laboral, familiar o social. Estos estresores provienen tanto de estímulos externos a la propia persona como de aspectos internos.

Los estresores internos pueden ser estímulos de características físicas, como la sensación de malestar por mala digestión, el dolor producido por una herida, una enfermedad; o de características más cognitivas como el recuerdo de una situación desagradable, pensamientos sobre la propia inutilidad o lo difícil que puede ser el futuro inmediato, sentimientos de culpa, ambiciones no conseguidas, entre otros.

Los estresores externos pueden provenir de aspectos físicos como la temperatura ambiental extrema, ruido o la luz intensa; o implicar aspectos cognitivos, por ejemplo: ver que dos personas hablan en voz baja y de vez en cuando lo miran y se ríen. Aunque funcionan como estresores tanto los aspectos físicos como los cognitivos, estos últimos son más frecuentes e importantes.

Finalmente, el impacto de la situación puede depender de las estrategias de afrontamiento que el sujeto puede utilizar para mitigar los efectos del estrés. Así, las personas con estrategias de afrontamiento más eficaces podrán manejar con más efectividad y de forma más asertiva una situación estresante que aquellos con estrategias de afrontamiento pobres o inadecuadas.

### 2.3.3. Estrés laboral

El concepto de estrés laboral, según aparece en los documentos españoles divulgativos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1997) desde una perspectiva integradora, lo define como "la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas" Aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

El estrés laboral es un estado patológico crónico ocasionado por las condiciones habituales de trabajo en las que se encuentra una persona. El trabajo puede provocar efectos negativos en las personas cuando no se organiza y estructura atendiendo a las necesidades y capacidades reales de los encargados de llevarlo a cabo, considerando como tal, al hombre en su sentido genérico. Es entonces cuando puede aparecer el estrés laboral.

Aparece cuando, como consecuencia del contenido o la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral, entre las que se destacan: apatía por el trabajo, astenia, dificultades en las relaciones interpersonales, disminución en el rendimiento laboral, tristeza, depresión, ansiedad, síntomas psicósomáticos que pueden llegar a generar la aparición de determinados trastornos psicofisiológicos, al igual que marcada insatisfacción laboral (Rowshan, 1997).

Se puede estudiar el estrés laboral desde tres perspectivas teóricas diferentes:

- El estrés laboral como factor ambiental: el estresor se define como una causa externa, un factor del entorno que conlleva demandas y exigencias que amenazan con desbordar los recursos disponibles.
- El estrés laboral como respuesta individual: tiende a focalizar la causalidad individual del estrés profesional. El entorno físico o social puede desbordar objetivamente a personas con recursos limitados para responder adecuadamente a las exigencias que el mismo les impone. En este sentido, el estrés consiste en el impacto personal de este desbordamiento.

- El estrés laboral como interacción ambiente-persona: focaliza la causalidad del problema en la misma interacción e influencia recíproca ambiente-persona (ambiente estresante donde trabaja una persona estresada o estresable). Éste es el enfoque más completo y más utilizado en la actualidad.

A pesar de que muchas personas opinan que el trabajo no es una actividad gratificante en sí misma, lo cierto es que su ausencia total o sólo el temor de quedar desempleado con todas las posibles consecuencias que ello implica suelen propiciar la aparición de problemas psicológicos en el adulto. Numerosos estudios ponen de manifiesto cómo los individuos sin empleo muestran progresiva disminución de su implicación personal, progresivo proceso de desencanto y desenganche social, fuertes sentimientos de humillación, resentimiento por la falta de ayuda, sentimiento de abandono por parte de los amigos y retraimiento social, al sentirse ciudadanos improductivos y dependientes (González Cabanach, 1998).

En resumidas cuentas, el estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave en la actualidad, ya que afecta a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental y también, en un nivel macro a los empleadores y a los gobiernos.

#### **2.3.4. Factores de riesgo en el estrés laboral**

El estrés puede tener efectos indeseables en la conducta, el pensamiento y el funcionamiento corporal. Diferentes personas reaccionan a desencadenantes del estrés en distintas maneras. Para las personas es especialmente difícil manejar varios desencadenantes del estrés si ocurren casi al mismo tiempo. Los efectos acumulados de estos estresores en un período prolongado, también pueden tener un efecto negativo en la salud mental y física de una persona

El estrés puede surgir de situaciones específicas o de transiciones del desarrollo. Los eventos estresantes varían en muchas formas: duración, severidad, capacidad de pronóstico, grado de pérdida de control, confianza en sí mismo y aparición repentina del estrés. El estrés puede deberse a un resultado de una crisis personal como ser una víctima.

La frustración, sobrecarga o estimulación excesiva, aburrimiento o tareas monótonas, baja autoestima, inseguridad, personalidad tipo A y ansiedad pueden estar vinculados al estrés.

Las transiciones de la vida, como asistir a la universidad, obtener un trabajo, tener un bebé y cambiar de domicilio también pueden ser estresantes. El alcanzar la vejez es un período especialmente estresante. La jubilación, los cambios en la estructura de la familia, la mayor susceptibilidad a las enfermedades y la falta de seguridad económica pueden contribuir a un estrés más agudo.

González Cabanach (1998) distingue algunas de las fuentes potencialmente estresantes en el contexto laboral, entre ellas destaca:

- Factores intrínsecos al propio trabajo, tales como: las condiciones físicas en que se realiza, la sobrecarga laboral, disponibilidad de recursos, el contenido de trabajo y otros.
- Factores relacionados con el desempeño de roles, por ejemplo: ambigüedad del rol, conflicto de roles, exceso o falta de responsabilidad, etc.
- Factores relacionados con las relaciones interpersonales que se generan en la vida laboral.
- Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional, por ejemplo: falta de congruencia, falta de competencia para desempeñar el puesto ocupado
- Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional, como son: falta de participación en la toma de decisiones, carencia de autonomía, entre otros.

Además, se deben tomar en cuenta los factores de personalidad como lo es la personalidad tipo A (personalidad autoestresora), que describe un estilo de comportamiento específico utilizado por algunas personas para responder a las situaciones cotidianas. Cabe añadir que las personas con una cierta personalidad tienden a buscar ciertos tipos de profesiones con mayor grado de exposición a los estresores laborales. Los rasgos de personalidad como ansiedad, introversión y rigidez predicen una mayor reacción ante conflicto de roles.

Cualquier situación o condición que presiona al individuo en su actividad laboral puede provocar la reacción de estrés. Incluso, en ocasiones, en que la situación objetivamente no sea muy estresante (por ejemplo, puede que sea agobiante para un individuo, pero que no lo sea para otro), si un individuo interpreta dicha situación como un peligro o como una amenaza potencial surgirá la reacción de estrés. Por lo tanto, aunque se haga un listado exhaustivo de factores que pueden desencadenar estrés, dicho listado será siempre incompleto. No obstante los siguientes factores laborales han sido recogidos en un amplio informe sobre el estrés laboral de la Comisión Europea (2000):

- Exceso y falta de trabajo
- Tiempo inadecuado para completar el trabajo de modo satisfactorio para uno mismo y para los demás
- Ausencia de una descripción clara del trabajo o de la cadena de mando
- Falta de reconocimiento o recompensa por un buen rendimiento laboral
- No tener oportunidad de exponer las quejas
- Responsabilidades múltiples, pero poca autoridad o capacidad de tomar decisiones
- Superiores, colegas o subordinados que no cooperan ni apoyan
- Falta de control o de satisfacción del trabajador por el producto terminado fruto de su trabajo
- Inseguridad en el empleo, poca estabilidad de la posición
- Verse expuesto a prejuicios en función de la edad, el sexo, la raza, el origen étnico o la religión
- Exposición a la violencia, amenazas o intimidaciones
- Condiciones de trabajo físico desagradables o peligrosas
- No tener oportunidad de servirse eficazmente del talento o las capacidades personales
- Posibilidad de que un pequeño error o una inatención momentáneos tengan consecuencias serias o incluso desastrosas
- Cualquier combinación de los factores anteriores

Las personas que están bajo estrés tienden a carecer de buenos hábitos de salud; siendo posible que fumen más, beban más alcohol, coman alimentos menos nutritivos y duerman menos.

Recapitulando, los factores estresantes pueden aparecer prácticamente en cualquier ocupación, profesión o puesto de trabajo y en cualquier circunstancia en que se somete a ese individuo a una carga a la que no puede ajustarse rápidamente.

### **2.3.5. Impacto del estrés laboral**

El estrés prolongado y de forma intensa puede afectar gravemente la salud, afectando así también el desempeño laboral y la vida personal. Como consecuencias del estrés se pueden desarrollar enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas (obesidad, diabetes), afecciones cutáneas, úlceras pépticas, depresión del sistema inmunitario, trastornos mentales (depresión, uso de drogas, insomnio, cefaleas), entre otros.

Uno de los impactos más relevantes en la actualidad es el *'burnout'* o síndrome de quemado por el trabajo. Éste es un estado persistente de desgaste físico y psíquico que se constituye como resultado acumulativo del estrés intenso y crónico vivido como una experiencia de crisis inescapable, asociada a un déficit de dispositivos de amortiguación de la misma (como la falta de apoyo social). Cabe destacar que algunos autores consideran el *'burnout'* sinónimo de estrés laboral, mientras otros autores marcan diferencias entre ambos términos. Para esta investigación se usará sólo el término estrés laboral o estrés socio-laboral para no caer en esta disyuntiva.

Cada persona que sufre de estrés está pagando un alto precio por su salud personal, pero también pagan un alto costo la empresa para la cual trabaja y la economía nacional pues trae como consecuencia:

- Absentismo
- Rotación o fluctuación del personal
- Disminución del rendimiento físico
- Disminución del rendimiento psicológico
- Afectaciones en la calidad del trabajo realizado
- Accidentes

- Indemnizaciones por conceptos de reclamación o certificados médicos, etc.

Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento. El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son:

- Por los cambios de hábitos relacionados con la salud,
- Por las alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune), y
- Por los cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

El estrés modifica los hábitos relacionados con salud. De manera que con las prisas, la falta de tiempo, la tensión y demás, aumentan las conductas no saludables como fumar, beber, o comer en exceso y se reducen las conductas saludables como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, entre otras. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud y otras.

El estrés puede producir una alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicósomáticas tales como dolores de cabeza por tensión, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales, etc (Labrador y Crespo, 1993); a su vez, el estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir inmunodepresión que aumenta el riesgo de infecciones (como la gripe) y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994).

El estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de sesgos o errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, de su conducta, de sus pensamientos o de algunas situaciones que a su vez le lleven a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, crisis de ansiedad, entre otros problemas psíquicos.

Resumiendo, muchos estudios han investigado la relación entre estrés y enfermedad, y se ha encontrado que tanto la enfermedad física como la inadaptación psicológica o emocional van seguidas de niveles altos de estrés. De esta forma, puede ocasionar una serie de perturbaciones sobre los procesos cognitivos superiores (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc.) y un deterioro del rendimiento en contextos académicos o laborales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1996)

### **2.3.6. Estrés laboral en enfermería**

Es imperativo que todo el personal de salud entienda, acepte y prevenga el papel que tiene el estrés en sus vidas, dado que tiene que tratar, en interacciones cara a cara, con pacientes en situaciones caracterizadas por sufrimiento físico, deformaciones, tumores y muerte

Florez Lozano (1994) sugiere que la insatisfacción laboral en el personal de enfermería se debe en parte a una evaluación diferencial de sobrecarga de trabajo, a problemas de turnos, a un exceso de burocracia, a conflictos con el equipo interdisciplinario, insuficientes recursos materiales, humanos y de seguridad en el trabajo, en la relación con la familia del paciente para afrontar las necesidades psicológicas de ésta. Por ello existen severos niveles de frustración profesional e incapacidad para reaccionar oportunamente ante una urgencia.

Es interesante notar que los niveles más altos de insatisfacción expresada por el sector de enfermería se relacionan con problemas interpersonales: conflicto con el equipo interdisciplinario y con recursos humanos.

Cooper (1983) menciona que los principales estresores entre el personal de enfermería, independientemente de su adscripción profesional, son:

- Tareas típicas de la profesión
- Carga del trabajo
- Muerte y moribundos
- Incertidumbre



- Responsabilidad
- Conflicto de roles
- Relaciones con pacientes, familiares de pacientes, médicos y otras enfermeras
- Conflicto trabajo-hogar
- El llenar las expectativas de los demás respecto al papel de ser enfermera.

Según estudios, gran cantidad de profesionales de enfermería se están mostrando más estresados por la falta de respeto en su lugar de trabajo, las largas horas de turno, la baja cantidad de personal, estar constantemente alrededor de pacientes enfermos, muertes e inclusive la pasión que llevan por cuidar a otros les impide muchas veces tomar el tiempo para cuidarse a sí mismos. Todo esto sumado al estrés de la vida diaria.

A causa del estilo de vida ocupado, gran parte del personal de enfermería no le presta atención a sus propios hábitos de alimentación. Muchas veces comen comida rápida o alta en grasas, sin tener suficientes nutrientes, lo que va llevando poco a poco a presentar ansiedad. También cabe mencionar el desajuste de horas en sus comidas y el saltarse una comida por estar muy ocupados en el trabajo

Una de las razones por las cuales se cree que el personal de enfermería está sufriendo es por el simple hecho de ser menospreciado por algunos de los pacientes y compañeros de trabajo. Además, consideran que hacen el trabajo "sucio" que el resto no quiere hacer: manejan los fluidos corporales numerosas veces por día, tratan con pacientes enfermos y moribundos, a veces también se encuentran pacientes groseros y muchas veces no les dan el reconocimiento debido por todo su ardua labor.

El estrés laboral es considerado como uno de los motivos principales del abandono de la profesión y absentismo dentro de los profesionales sanitarios y de la falta de personal de enfermería y se ha propuesto que sea considerada como una enfermedad profesional. Las profesiones asistenciales presumiblemente tienen una filosofía humanística del trabajo; sin embargo, estos profesionales se encuentran con un sistema deshumanizado y despersonalizado al que deben adaptarse. En esta situación hay una diferencia entre expectativas y realidad que

genera estrés. Por otro lado, cabe destacar que a las profesiones asistenciales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa implicación con gente que a menudo se encuentra en una situación problemática y donde la relación está cargada de sentimientos de frustración, temor y desesperación. Dicho de otra manera, las profesiones asistenciales tienen que tratar con personas que sufren y padecen, con las cuales debe establecerse una relación terapéutica que exige un gran autocontrol, a la vez una elevada responsabilidad, y está dotada de escasas gratificaciones y de una gran capacidad de generar frustración.

Además de las causas específicas mencionadas con anterioridad, también existen riesgos asociados al trabajo en el medio sanitario que se pueden considerar como factores causantes de un estrés menos específico. Estos riesgos laborales se pueden clasificar desde un punto de vista etiológico en:

- Riesgos físicos: incendios, explosiones, trauma sonoro, traumatismos y heridas, radiaciones, entre otros.
- Riesgos químicos: algunas sustancias pueden causar irritaciones, sensibilización alérgica, daños sobre diversos órganos.
- Riesgos biológicos: contagio de enfermedades infecciosas como sida, hepatitis B, etc.
- Riesgos psíquicos: conflictos, pérdida de autoestima, trastornos del sueño, irritabilidad, entre otros.

Un aspecto importante para el bienestar del personal de enfermería reside en las redes sociales de apoyo y de reconocimiento. Cuando tales redes sociales dejan de cumplir esa función, resultan incapaces de matizar y contrarrestar las consecuencias nocivas del estrés laboral.

Desafortunadamente, la mayoría del personal sanitario no está equipado para tolerar y manejar este tipo de estrés diariamente; y en Panamá no se les facilitan herramientas de afrontamiento, ni redes de apoyo para sobrellevar las situaciones estresantes intrínsecas a su trabajo.

### **2.3.7. Tratamiento del estrés**

Con frecuencia, las personas se sobreponen a las reacciones desadaptadas ante el estrés con el transcurso del tiempo, pero la ayuda de un experto puede acelerar el proceso. En este ámbito, el clínico tiene dos funciones principales:

- Proporcionar apoyo social a las personas que tienen problemas
- Fortalecer la capacidad para el afrontamiento

Es difícil recuperarse de un trastorno relacionado con el estrés si existe algún tipo de aislamiento en el aspecto social; ya que la mayor parte de las reacciones ante el estrés comprenden sentimientos de inadecuación y aislamiento. Muchas personas pueden recibir ayuda al ser escuchados y alentados de manera empática.

El enfoque psicodinámico hace énfasis en la relación entre el paciente y el terapeuta como un medio para facilitar el control adaptativo. Los seguidores de Freud describen sus esfuerzos en este aspecto como el reforzamiento del Yo del paciente. Cuando el Yo puede manipular la realidad de manera más efectiva, puede controlar las demandas incesantes del ello con menos estrés.

Numerosos procedimientos se utilizan en el tratamiento de los problemas relacionados con el estrés, entre estos tenemos la terapia de apoyo. Los pacientes que reciben terapia de apoyo acostumbran a comentar con alivio que el terapeuta no los critica directa ni indirectamente por la forma en que manejan las situaciones difíciles. En un ambiente de apoyo, los pacientes se pueden relajar lo suficiente para participar en la solución de problemas y la consideración minuciosa de las alternativas que antes parecían imposibles. En la terapia de apoyo, el terapeuta ofrece aceptación y una actitud no crítica para dar al paciente una oportunidad de relajarse lo suficiente para participar en la solución de problemas.

Mientras que las terapias cognitivo conductuales también poseen una amplia variedad de procedimientos sumamente valiosos para el tratamiento de problemas relacionados al estrés como son: relajación, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, entrenamiento en respiración, entre otros.

**CAPÍTULO II.**  
**PSICOTERAPIA DE APOYO**

*"El deseo del analista es el deseo del  
paciente, se juntan en un solo y único  
punto". Juan David Nasio*

## **CAPÍTULO II.**

### **PSICOTERAPIA DE APOYO**

#### **1. Bases de la psicoterapia de apoyo**

##### **1.1. Definición**

La psicoterapia de apoyo es un modo ecléctico de psicoterapia que está siendo practicada ampliamente en instituciones psiquiátricas públicas y clínicas privadas. Difiere de otros modelos en que no depende de ningún concepto o teoría preponderante. Utiliza diferentes teorías, entre ellas las teorías psicodinámicas, para comprender cómo cambian las personas

Las definiciones de psicoterapia de apoyo se han organizado alrededor de cuatro temas:

- Lo que el terapeuta espera lograr (objetivos): por ejemplo, mantener o mejorar la autoestima del paciente, minimizar o prevenir la recurrencia de síntomas, y maximizar las capacidades adaptativas del paciente (Pinsker y otros, 1991).
- Lo que el paciente quiere lograr (metas): por ejemplo, mantener o restablecer su funcionamiento al mejor nivel posible, tomando en cuenta las limitaciones de su personalidad, capacidad y circunstancias de vida (Ursano y Silberman, 1999).
- Lo que el terapeuta hace (técnica): por ejemplo, consejos, educación, dar aliento, entre otros.
- Lo que no es: por ejemplo, no se trata de una terapia expresiva.

Wallerstein (1988), siguiendo a Gill (1951), definió la psicoterapia de apoyo como una terapia destinada a reforzar las defensas y reprimir síntomas selectos (a favor de explorar otros), utilizando medios diferentes a la interpretación o '*insight*' para lograr estos objetivos.

Pinsker y Rosenthal (1992) describen la psicoterapia individual de apoyo como un tratamiento diádico caracterizado por el uso de medidas directas para mejorar los síntomas y para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, habilidades adaptativas y funciones psicológicas. Para lograr que se logren estos objetivos, el tratamiento debe de utilizar la

exploración de las relaciones, reales o transferenciales, y patrones de respuestas emocionales o conductuales, tanto pasados como actuales.

La psicoterapia de apoyo generalmente está caracterizada como una terapia en que el terapeuta juega un rol activo y directivo para ayudar al paciente a mejorar su funcionamiento social y habilidades de afrontamiento. El énfasis está sobre mejorar la conducta y sentimientos subjetivos más que sobre lograr un *'insight'* o comprensión de sí mismo.

Los principios de la psicoterapia de apoyo son los siguientes:

- Ayuda inmediata al paciente, que puede incluir una variedad de modalidades de tratamiento.
- Implicación en un sistema de apoyo familiar y social.
- Centrarse en el presente.
- Reducir la ansiedad a través de medidas de apoyo y medicación si fuera necesario
- Aclarar y resolver el problema mediante el uso de diversos procedimientos, incluidos el asesoramiento, la confrontación, el establecimiento de límites, la educación y el cambio ambiental.
- Ayudar al paciente a evitar crisis futuras y a buscar ayuda precozmente cuando se encuentre estresado.

Beitman y col. (1989) definió la psicoterapia de apoyo como técnicamente ecléctica, ya que no presupone una teoría particular de psicopatología; puede sacar lo necesario de las escuelas particulares de psicoterapia, incluyendo las siguientes: psicodinámica, cognitiva, conductual, interpersonal y experiencial. También es ecléctica en el sentido que puede referirse a diferentes síntomas con métodos terapéuticos potencialmente diferentes (Kramer, 1989)

En resumidas cuentas, la psicoterapia de apoyo puede ser definida como un esfuerzo para fortalecer las defensas adaptativas del paciente, reducir las defensas no adaptativas primitivas y facilitar una identificación positiva con el terapeuta mediante el suministro de apoyo afectivo y cognitivo, e intervención ambiental directa. Esta técnica fácilmente se adapta a todo terapeuta y paciente, siendo así una herramienta de gran utilidad en el ámbito terapéutico.

## 1.2. Objetivos y metas

La psicoterapia de apoyo apunta a minimizar los niveles de perturbación emocional por medio del apoyo al Yo, mejorando los mecanismos para sobreponerse y protegiendo la autoestima (Green, 2000). Según Rockland(1989), es una forma de psicoterapia que usa técnicas probadas empíricamente para lograr los siguientes objetivos:

- Promover la relación de apoyo entre terapeuta-paciente;
- Mejorar las fortalezas, habilidades de afrontamiento y capacidad para usar apoyo ambiental en el paciente;
- Reducir la angustia subjetiva y disfunciones conductuales del paciente;
- Lograr que el paciente tenga un alto grado de independencia de su enfermedad psiquiátrica; y
- Fomentar en el paciente el mayor grado de autonomía en las decisiones respecto al tratamiento

La psicoterapia de apoyo alivia la ansiedad del paciente al aceptar y promover su dependencia durante un período de enfermedad física o de turbulencia emocional, cuando su organización defensiva no es adecuada para enfrentarse a la crisis. Proporciona al paciente una figura materna bondadosa, que lo protege, le da seguridad y valor mediante la cordialidad, la empatía y la fuerza surgida de la terapia. Durante un tiempo, el terapeuta funciona como un aliado maduro del debilitado Yo del paciente.

Los objetivos de la psicoterapia de apoyo dependerán del tipo de paciente y la severidad de su psicopatología. Idealmente, el objetivo principal es reducir los síntomas, mejorar la moral y confianza del paciente, aumentar la autonomía (Pinsker, 1994) y ayudar al paciente a desarrollar un entendimiento de los síntomas y su origen. Sin embargo, a veces los objetivos pueden estar muy restringidos: por ejemplo, mantener a un paciente funcionando lo suficientemente bien para mantenerse en la comunidad, en lugar de ser internado en un hospital (Dewald, 1994).



Algunos individuos apenas están conscientes de sus sentimientos. Para ellos, un objetivo importante es reconocer, admitir, identificar y nombrar las emociones (Misch, 2000). En este caso, la tarea principal es incorporar la consciencia de los sentimientos en la fábrica de los recuerdos y vida actual.

En conjunto, los objetivos incluyen el reducir ansiedad, promover estabilidad y aliviar síntomas. Estos objetivos se logran trabajando en el “aquí y ahora”, en lugar de en el pasado

Entre las metas frecuentes de la psicoterapia de apoyo se encuentran:

- Reducir las disfunciones del comportamiento
- Reducir la angustia mental subjetiva
- Apoyar y mejorar las fortalezas del paciente y sus habilidades de afrontamiento; así como su capacidad para utilizar apoyo del medio ambiente
- Maximizar la autonomía del tratamiento
- Lograr la máxima independencia posible de la enfermedad psiquiátrica.

Algunos ejemplos de estas metas pueden ser:

- Resolver crisis agudas
- Disminuir las conductas no apropiadas
- Mejorar las habilidades sociales
- Resolver conflictos externos
- Mejorar la autoestima
- Prevenir recaídas, deterioro y hospitalización
- Mejorar la percepción de la realidad (del paciente, de los otros y del mundo)
- Fortalecer las defensas saludables
- Debilitar las defensas no adaptativas
- Maximizar el apoyo familiar y social.

Entre las metas que son infrecuentes en la psicoterapia de apoyo encontramos.

- *'Insight'* y comprensión del sí mismo
- Exploración de experiencias interpersonales
- Exploración de experiencias internas
- Resolución de conflictos intrapsíquicos
- Restructuración de la personalidad

La psicoterapia de apoyo no presupone bajo funcionamiento, psicosis o enfermedad mental crónica, aunque éstas características probablemente la conviertan en un modo preferido de tratamiento. Los métodos y objetivos de la psicoterapia de apoyo son igualmente aplicables a pacientes de alto funcionamiento que se encuentran en crisis o que tienen acceso limitado a terapias más intensas.

### **1.3.Efectividad y limitaciones**

Diferentes estudios han establecido la vasta aplicación y eficacia de la psicoterapia de apoyo, demostrando que es válida para todo tipo de pacientes y todo tipo de trastornos psicológicos

En el Boston Psychotherapy Study (Gunderson y otros, 1984), una muestra de 95 pacientes esquizofrénicos fueron tratados con un tipo de psicoterapia de apoyo orientada a la adaptación de la realidad o una psicoterapia exploratoria orientada al *'insight'*. Después de dos años, los resultados mostraron diferencias mínimas en sólo 3 de 10 áreas de evaluación. La psicoterapia de apoyo resultó ligeramente superior en la reducción de hospitalizaciones y mejora de la función laboral, mientras que la psicoterapia exploratoria fue modestamente superior para mejorar el funcionamiento del Yo. Dado el costo de la hospitalización, la psicoterapia de apoyo fue claramente más costo-efectiva.

El Proyecto de Investigación de Psicoterapia de la Fundación Menninger realizó un estudio a largo plazo sobre psicoterapia de apoyo con orientación psicoanalítica y psicoterapia expresiva a 42 pacientes. Inicialmente, los resultados mostraron que "la modalidad del tratamiento por sí

mismo no tenía un efecto significativo en el resultado; sin embargo, los tratamientos de apoyo exitosos requieren una mayor habilidad en el terapeuta que los tratamientos expresivos” (Kernberg y otros, 1972). Una variable importante que se correlacionó con el resultado del tratamiento fue la fortaleza del Yo. Basado en el descubrimiento de que los pacientes con baja fortaleza del Yo, inicialmente se beneficiaban más con tratamientos expresivos que con tratamientos de apoyo. Por este motivo, Kernberg (1984) prescribió un papel un tanto limitado de la psicoterapia de apoyo en el tratamiento de trastornos severos de la personalidad. En contraste, el análisis subsecuente de Wallerstein llevó a lo que parecían conclusiones radicales:

- Los resultados de ambos métodos tienden a converger más que discrepar.
- Todos los cursos del tratamiento incorporan un gran número de elementos de apoyo y estos elementos representaron más cambios que los previstos.
- Los cambios (sin tener en cuenta el tratamiento utilizado para lograrlos) “comúnmente parecían indistinguibles unos de otros y representaban de igual manera cambios estructurales en el funcionamiento de la personalidad” (Wallerstein, 1989).

Una revisión de estudios realizados entre 1986 y 1992, mostró que la psicoterapia de apoyo es efectiva para una variedad de condiciones psiquiátricas y medicas, las cuales incluyen: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, estrés post traumático, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, abuso de sustancias y estrés asociado con cáncer de mama y dolor de espalda (Rockland, 1993).

Desde un punto de vista individual, la psicoterapia de apoyo puede ser evaluada en función de tres criterios clínicamente válidos. En primer término, el criterio del terapeuta como profesional especializado, el mismo que procurará despojarse de juicios antojadizos para evaluar con objetividad. En segundo lugar, el paciente (la persona interesada) y que justamente el cambio que ocurra será evaluando su propia conducta. El tercer criterio, será la actuación del paciente en la vida cotidiana; la forma como enfrenta la vida en sus diversas manifestaciones: ascenso social, matrimonio feliz, desempeño eficiente en su trabajo, mejores relaciones sociales, etc. Esto nos dará una pauta de que la psicoterapia de apoyo ha sido efectiva.

No obstante, a pesar de la flexibilidad de la psicoterapia de apoyo, se le encuentran algunas limitaciones como son:

- No se enfoca en el conflicto inconsciente, transferencia y resistencia; por lo cual tienden a marcarla como superficial.
- No usa de forma consistente las técnicas didácticas y consejo comúnmente encontrados en las terapias cognitivas y conductuales.
- Los pacientes son vistos menos frecuentemente que en otras terapias.
- Algunas veces no se podrán cumplir los objetivos propuestos en terapia, otras veces se cumplirán parcialmente
- Como se espera que el psicoterapeuta de apoyo sea abiertamente amigable, puede incurrir en un riesgo de violar los límites profesionales y el encuadre.

En resumen, la psicoterapia de apoyo puede ser de mucho provecho y gran efectividad para todo tipo de pacientes, en especial para los que no pueden encarar una terapia más profunda (alto costo económico o por debilidad yoica). La flexibilidad de esta terapia es una de sus características más importantes; pero cabe destacar que, al igual que en otras psicoterapias, su efectividad dependerá del nivel de experiencia y manejo adecuado del terapeuta.

## **2. Fases de la psicoterapia de apoyo**

La psicoterapia de apoyo se puede dividir en tres fases: inicio de la terapia, curso medio de la terapia y, por último, terminación y traslado al cuidado futuro.

### **2.1. Inicio de la terapia**

Braier (1981) refiere que esta etapa corresponde a las entrevistas iniciales, las cuales ocupan un papel decisivo en el futuro del proceso terapéutico a desarrollarse. Para el autor anteriormente citado, las entrevistas iniciales tienen como finalidad el establecimiento de la relación terapéutica, la confección de la historia clínica, la evaluación diagnóstica y pronóstica, la

devolución diagnóstico-pronóstico, el convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento, la explicitación del método de trabajo y la fijación de las demás normas contractuales.

Se debe establecer un encuadre terapéutico claro, para esto se debe determinar cuándo serán las sesiones, así como su duración, frecuencia y los arreglos por días feriados. Además, acordar si el paciente podrá comunicarse con el terapeuta por teléfono u otro medio alternativo a la terapia y estipular los costos de la terapia de haber alguno.

Es importante que el terapeuta trate que el paciente esté cómodo desde el primer encuentro; lo cual se logra cuando se brinda una atmósfera emocionalmente segura en un ambiente clínico adecuado. El terapeuta mantiene seguridad emocional cuando conserva un continuo nivel de interés, mientras evita implícitamente usar su percibido poder superior para influir al paciente.

Existen dos tipos de escucha que se deben de tomar en cuenta en todo proceso psicoterapéutico desde el inicio de la terapia: la escucha personal y la escucha profesional. La escucha personal es cuando el terapeuta empieza por aprender sobre la vida del paciente desde su punto de vista y empieza a desarrollar sentimientos y reacciones hacia el paciente. Mientras que la escucha profesional consiste en aplicar estructuras y categorías a las declaraciones del paciente. En éste tipo de escucha, la impresión inicial puede variar, pero uno debe iniciar viendo si las defensas del paciente son, en general, primitivas o sofisticadas y más específicas

Mientras el terapeuta comienza a responder al paciente (en las sesiones iniciales y subsecuentes), deberá desarrollar un estilo al que el paciente sea receptivo. Dentro de este aspecto de comunicación, también es importante utilizar metáforas según la modalidad sensorial de preferencia (visual, auditiva, táctil, etc ) del paciente.

La empatía es la experiencia emocional y cognitiva que tiene el terapeuta sobre cómo es la experiencia del paciente, debe ser desarrollada en el terapeuta y transportada al paciente. Compartiendo una "base emocional" con el paciente, el terapeuta aprende a perseguir activamente los sentimientos menos obvios del paciente (Havens, 1978).

Una alianza terapéutica positiva puede tener un valor predictivo para el éxito de la terapia, es importante evaluar tempranamente el estado de esta alianza. Una buena alianza terapéutica se correlaciona con la atención temprana a los sentimientos problemáticos del paciente sobre el terapeuta (Foreman y Marmar, 1985).

Se debe generar una expectativa de ganancias y metas realistas. Las psicoterapias pueden ser efectivas porque generan una expectativa de éxito. Las expectativas positivas deben ser fomentadas y las expectativas negativas minimizadas.

En el transcurso de la terapia, el terapeuta puede encontrar un diagnóstico secundario, comúnmente un trastorno de personalidad

## **2.2. Curso medio de la terapia:**

El curso medio de la terapia no tiene un patrón consistente en la psicoterapia de apoyo. Una pregunta común en esta fase es: ¿estamos progresando? En la psicoterapia de apoyo, el progreso es medido por las declaraciones del paciente. Si sus declaraciones están subjetivamente menos cargadas de ansiedad, si su conducta es menos perturbadora y si el paciente se encuentra menos discapacitado por su enfermedad, entonces podemos alegar que hay un progreso en el tratamiento.

Lo que los pacientes aprenden en psicoterapia de apoyo comúnmente no es expresado en palabras, sino mostrado por medio de conductas.

En esta etapa se muestran, aclaran, confrontan, trabajan y se vuelven a trabajar de forma repetida los patrones, conductas y defensas no adaptativas del paciente. Simultáneamente, se continúan alentando y fortaleciendo las conductas y defensas adaptativas del paciente.

En el transcurso del tratamiento psicoterapéutico, el terapeuta debe evaluar continuamente el nivel de fortaleza de la personalidad del paciente. Pacientes con bajo nivel de organización de

la personalidad que utilicen defensas inmaduras y tengan dificultad con la constancia de objeto, regulación de afecto y contención, requerirán más intervenciones de apoyo. Los pacientes con altos niveles de organización de la personalidad pueden obtener suficiente apoyo por medio del encuadre tradicional del tratamiento y del trabajo conjunto de desarrollar *'insights'* que lleven a nuevas adaptaciones y estrategias de afrontamiento. Para estos pacientes la experiencia de la comprensión con énfasis en la sintonía (*'attunement'*) y en el correcto entendimiento puede contener suficiente apoyo para lograr un avance efectivo.

La transición entre la etapa intermedia y la final es a veces muy gradual y sutil, otras veces se ve determinado por la cantidad de sesiones preestablecidas en el contrato terapéutico.

### **2.3. Terminación y traslado al cuidado futuro:**

La fase de terminación inicia cuando se da la fecha de culminación y acaba cuando ha finalizado la terapia. Las principales tareas de esta etapa son la re-elaboración de los temas que durante la terapia fueron de mayor importancia y que tienden a reaparecer con gran intensidad al final del tratamiento. También se debe de trabajar sobre las reacciones de pérdida, miedo al futuro, dependencia hacia la terapia o terapeuta, entre otras. Un aumento de la ansiedad y sintomatología es común en esta etapa.

En esta fase hay que tomar en cuenta si la terapia se terminó por mutuo acuerdo o por decisión del paciente o terapeuta. También será de importancia si la terapia se realizó de forma completa y exitosa, si estaba progresando exitosamente o en un punto muerto por una relación positiva o negativa. Hay pacientes que tienen enfermedades crónicas o remisiones, en estos casos será de gran valor considerar "¿Qué actitud el paciente tendrá hacia un futuro tratamiento?". Esperando que el paciente pueda identificar su enfermedad y buscar ayuda terapéutica cuando lo necesite nuevamente.

En general, el criterio para la terminación en psicoterapia de apoyo es el logro de los objetivos que al principio fueron propuestos para el tratamiento. Sin embargo, los objetivos

tempranos deben ser considerados relativos y sujetos a cambios, debido a que en ocasiones es posible que se hayan establecidos objetivos muy altos o bajos de modo que en algún momento de la psicoterapia sea necesario un ajuste

La terminación generalmente es manejada de manera diferente por cada terapeuta y puede no ser una terminación absoluta, más bien una atenuación gradual de la relación.

### **3. Principios de la técnica de apoyo: técnicas, estrategias e intervenciones**

La psicoterapia de apoyo psicodinámicamente orientada está definida por sus objetivos, métodos y técnicas. En este tipo de terapia se busca fundamentalmente aliviar los sufrimientos del paciente, más que reestructurar su personalidad. Se basa en la confrontación y en la clarificación, posibilitando la expresión de sentimientos, reforzando las defensas y ofreciendo al paciente un marco de contención para sus ansiedades.

La estrategia básica de la psicoterapia de apoyo es crear una atmósfera segura, en la cual el paciente pueda trabajar junto al terapeuta, para superar los obstáculos internos y externos que evitan el logro de las metas del paciente.

La psicoterapia de apoyo está ideada para ayudar a una persona a superar breves períodos traumáticos o especialmente difíciles. El terapeuta ayuda al paciente a ventilar sus emociones reprimidas y a reforzar las defensas que disponga, moviéndose únicamente al nivel consciente y sintomático. Se les recomienda a los terapeutas establecer y conservar un estado de aprendizaje, manteniendo la ansiedad del paciente en un nivel óptimo. Para implementar esta estrategia exitosamente, el terapeuta debe pensar analíticamente mientras mantiene una actitud de objetividad.

La estrategia en la psicoterapia de apoyo es el mapeo cuidadoso y gradual de las dificultades interpersonales dominantes del paciente y de sus síntomas neuróticos, los cuales reflejan



conflictos inconscientes Recurre al uso de la modificación psicoterapéutica dirigida a reforzar soluciones adaptativas de los conflictos inconscientes en todas las áreas disponibles a la exploración psicoterapéutica, con la utilización particular de la aclaración, la confrontación y el uso de la transferencia como técnica principal de tratamiento. La estrategia implica fomentar una mejor adaptación a las necesidades internas y externas, más que los esfuerzos de cambio estructural intrapsíquico.

En la psicoterapia de apoyo, las defensas son alentadas cuando sirven para proteger al individuo de ansiedad u otros efectos desagradables. Sólo cuando las defensas no cumplen un rol adaptativo son cuestionadas

Rockland propone que todas las psicoterapias involucran intervenciones de apoyo y exploratorias, y que la terapia debe “basarse en el más completo entendimiento posible del núcleo de los conflictos, maniobras defensivas, funciones del Yo, organización del superyó y relaciones objetales del paciente”.

Muchos de los principios de la técnica de apoyo son empleados en otros tipos de terapias. Los principios comúnmente más utilizados pueden ser divididos en técnicas explicativas e intervenciones directivas.

### **3.1. Técnicas explicativas**

Puede ser de gran ayuda pensar en las diferentes técnicas explicativas organizándolas por su funcionamiento en distintos niveles, empezando por la superficie y, luego, trabajando hacia niveles más profundos. De esta manera, se han definido tres niveles de técnicas: comunicación, confrontación y, por último, explicación, aclaración e interpretación.

Todas las técnicas no se pueden utilizar en el paciente en una ocasión específica, ya que algunas se contradicen. Más bien se trata de recurrir a la técnica en el momento en que sea más adecuado y beneficioso para la terapia.

### **3.1.1. Técnicas comunicativas básicas**

El primer nivel abarca las técnicas comunicativas básicas. La psicoterapia de apoyo es conducida por medio de un estilo de comunicación parecido al de una conversación. Los silencios generalmente se evitan, porque tienden a elevar los niveles de ansiedad en el paciente. Debe haber un intercambio de aportes entre paciente y terapeuta. Se deben evitar las preguntas desafiantes: preguntas comenzando con “por qué”, ya que aumentan la ansiedad y amenazan la autoestima.

Técnicas comunicativas como son: las habilidades de conversación, la escucha y el manejo de la empatía, han sido elaboradas al referirnos anteriormente a la fase de inicio de la terapia. Otras como la transferencia, la prueba de realidad, el mejoramiento de la autoestima, la reafirmación y repetición serán explicadas a continuación.

#### **3.1.1.1. La transferencia**

El término transferencia encuentra su especificación psicoanalítica cuando designa una estructura de relación original entre el analizado y el analista, dentro de la cura. Laplanche y Pontalis proponen comprender el término como “el proceso mediante el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos en el marco de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, en el marco de la relación analítica. Se trata, en este caso, de una repetición de prototipos vividos con un marcado sentimiento de actualidad”.

El manejo de la transferencia es un factor importante dentro de este nivel. Es necesario mantener una transferencia balanceada, por lo cual se deben tomar en cuenta los siguientes elementos:

- Ajuste o regulación, sin interpretación, de las percepciones erróneas extremas del paciente.
- Regulación de la distancia entre el terapeuta y el paciente.
- Auto-revelación juiciosa.
- Generación de expectativas consistentes.

En definitiva, la transferencia no es un fenómeno únicamente consciente sino que depende tanto de representaciones conscientes como de las inconscientes. La misma es un proceso de adjudicación de roles inscriptos en el mundo interno de cada sujeto. Además debe ser entendida como la manifestación de sentimientos inconscientes que apuntan a la reproducción de situaciones.

### 3.1 1.2. Prueba de realidad

La prueba de realidad es la operación de discriminación que pertenece al sistema consciente y que permite distinguir aquello que proviene de las estimulaciones externas, de lo que procede de la energía interna

Por medio de la comunicación, el terapeuta puede verificar cómo el paciente percibe la realidad (si hay distorsión patológica o no) y poder corregir su versión de realidad de ser necesario. Si el mundo del paciente está patológicamente distorsionado, el terapeuta debe ayudarlo a corregir su visión y quizás ayudar al paciente a entender cómo esta distorsión surgió. El terapeuta tendrá que compensar las deficiencias del paciente, ya sea temporalmente o indefinidamente. En términos psicoanalíticos, éste aspecto de la terapia se considera como la función de Yo auxiliar.

El terapeuta puede enseñar la prueba de la realidad mediante la sugerencia de resultados de conducta, con interpretaciones alternativas de una situación o con los comentarios de una tercera persona, o adscribiendo motivaciones alternativas a la conducta de otro que el paciente puede estar malinterpretando.

### 3.1.1.3. Mejoramiento de la autoestima

Mantener o mejorar la autoestima es muy importante en la psicoterapia de apoyo. Una persona puede ayudar a la autoestima de otra, transmitiéndole: aceptación, aprobación, interés, respeto o admiración. La aceptación y respeto no se brindan por medio del habla. El terapeuta comunica interés en el paciente haciendo evidente que recuerda sus conversaciones y está consciente de los gustos y actitudes del paciente. La aceptación se comunica por medio de la evitación de discusiones y críticas.

La técnica de mejoramiento o incremento de la autoestima ayuda a mejorar la adaptación del paciente a su mundo. Involucra enunciados específicos sobre las creencias y comportamientos del paciente. Se puede utilizar como prueba de realidad, pero es importante que sea empleada de forma realista. Con mucha frecuencia, lo indicado es contrarrestar el impacto traumático de la necesidad misma de buscar ayuda para un problema emocional o mental.

### 3.1.1.4 Reafirmación y repetición

Las técnicas de reafirmación y repetición sirven para convertir los afectos del paciente en palabras; es una técnica útil para pacientes que expresan afectos extremos como odio, ira, ansiedad o depresión e impotencia. Otras veces es necesario que el terapeuta fomente la ventilación y expresión del afecto, sobre todo cuando la información cognitiva o el afecto necesitan ser expresados y no se están logrando comunicar. El terapeuta debe de promover selectivamente la expresión de algunos afectos y la supresión de otros, basándose en su conocimiento de lo que el paciente puede manejar en determinado momento.

Entre otras técnicas de comunicación se encuentran. observación, expresión de interés y preocupación, comentar, obtener informes actuales de la vida del paciente con énfasis en el aquí y ahora, etc

### **3.1.2. Técnicas de confrontación**

Las técnicas de confrontación se utilizan cuando el terapeuta comienza a lidiar con inconsistencias en la conducta del paciente y empieza a hacerle notar las discrepancias entre las metas establecidas y sus acciones. Psicodinámicamente, estas discrepancias pueden ser indicativos de conflictos subyacentes en la estructura psíquica.

La confrontación implica la existencia del conflicto y aborda las conductas defensivas del paciente. Se utiliza para abordar defensas no adaptativas, mientras que las defensas adaptativas son alentadas. La mayor parte del tiempo es preferible pensar en la confrontación como “comparación” o su definición etimológica “ir hacia” (encarar). Esto se debe a que el paciente necesita sentir que él o ella y el terapeuta están encarando el problema juntos.

### **3.1.3. Técnicas de explicación, aclaración e interpretación**

Mientras el terapeuta empieza a descubrir, en la conducta del paciente, más aspectos y motivaciones escondidas; explorará facetas del ‘self’ que pueden ser desconocidos para el paciente, encontrando: conductas positivas y negativas, habilidades ocultas y fortalezas, así como también tendencias autodestructivas. Estos puntos pertenecen a un área más profunda de la personalidad del paciente, por lo cual se utilizarán las técnicas de explicación, aclaración e interpretación.

La explicación es la forma de intervención más general en esta categoría. Se refiere a ofrecer las causas, contribuir a los factores, motivos, razones, mecanismos de acción y procesos detrás de los sentimientos, pensamientos y conductas del paciente.

La aclaración es una interpretación relativamente superficial que revela aspectos desconocidos o no reconocidos de la vida del paciente, sin ahondar en los motivos, miedos, deseos o defensas escondidas. A menudo implica capturar un pensamiento fugaz que ha sido dejado de lado por el paciente; el terapeuta reitera y subraya su importancia. Dicho de otro modo, consiste en expresar de forma resumida lo que el paciente ha dicho al terapeuta de forma no elaborada. Con esta técnica se logra que ambas partes acuerden el tema específico que está siendo discutido, ayuda a organizar el pensamiento del paciente proporcionándole estructura, y demuestra que el terapeuta está escuchando y atendiendo lo que el paciente está diciendo.

La interpretación es una explicación que da sentido a la conducta o pensamiento del paciente. Generalmente, logra que el paciente esté consciente de algo que anteriormente no era consciente. Una interpretación puede vincular pensamientos, emociones y conductas relacionados con personas en la vida actual o pasado del paciente, o en relación al terapeuta.

En la tradición psicoanalítica, la interpretación relaciona los sentimientos, pensamientos y conductas actuales del paciente con procesos o eventos psicológicos del pasado o presente, generalmente inconscientes. Sin embargo, utilizaremos la interpretación para referirnos a cualquier explicación que sea específica para el paciente, manteniéndola en un nivel superficial y con una fuerza mitigada. El ritmo y tiempo ('timing') de las interpretaciones también son cruciales. Interpretaciones prematuras pueden ser erróneas y, por lo tanto, inútiles y engañosas. Incluso cuando es correcta, una interpretación prematura puede ser ineficaz o ser pasada por alto. Peor aún, podría enojar al paciente, crear ansiedad e interrumpir la terapia.

En la terapia de apoyo, la interpretación es generalmente más limitada en cuanto a alcance. Se enfatiza en las relaciones presentes más que en las pasadas; los afectos e impulsos son rara vez interpretados.

El terapeuta que realiza terapia de apoyo tiende a trabajar con pacientes frágiles que pueden ser asustados por interpretaciones prematuras o profundas. Una técnica de interpretación para los terapeutas que aplican psicoterapia de apoyo es la interpretación inexacta. La interpretación

inexacta es el término más general que aplica a las interpretaciones que son en parte ciertas, pero no completamente. Estas interpretaciones inexactas, según Glover (1931), también pueden proporcionar comportamientos sustitutos y desplazados, y explicaciones que permitan alivio a las preocupaciones del paciente y a sus sentimientos disfóricos. Éste tipo de intervención prevendrá la ansiedad y las respuestas regresivas.

Mientras que los terapeutas psicodinámicos se esfuerzan en interpretar la experiencia cuando hay un afecto fresco (recién evocado), el terapeuta de apoyo preferirá esperar hasta que el paciente esté emocionalmente frío sobre la experiencia (Pine, 1986). Esto mitiga el potencial impacto crítico o humillante de la interpretación. Por razones similares, Pine recomienda a los terapeutas a limitar o cerrar las asociaciones del paciente sobre la interpretación, para introducir interpretaciones tentativas, para darle al paciente la oportunidad de detener la discusión y para preparar al paciente para la interpretación, dejándole saber previamente en la sesión que el tema será discutido más tarde

Tanto las explicaciones como las interpretaciones pueden ser genéticas o contemporáneas. Ambas son agentes útiles para el cambio terapéutico, no necesariamente por medio del *'insight'*, más bien porque resultan en cambios en la autoestima, sentimientos y repertorio de conductas del paciente.

### **3.2. Intervenciones directivas**

Por medio de las intervenciones directivas, el terapeuta ofrecerá al paciente lo que necesita cuando éste no lo puede proveer a sí mismo. La psicoterapia de apoyo depende mayormente de medidas directas.

Entre las intervenciones directivas de mayor importancia se encuentran:

- **Sugestión:** en su sentido más común, se trata de sugerir nuevas estrategias, conductas o actividades al paciente para cumplir con las necesidades del mismo. Esta técnica, descansa sobre la creencia de que puede actuar directamente sobre un estado afectivo, una expresión o un síntoma para anularlo o transformarlo.
- **Consejo:** debe estar cimentado por el campo de conocimientos y habilidades propias del terapeuta. El consejo provee un beneficio tremendo al paciente que no pueden tomar decisiones por sí solo; pero crea una paradoja inherente: los pacientes que no lo necesitan lo pedirán, mientras que los pacientes que lo necesitan se resistirán al mismo.
- **Permisos:** muchas veces los pacientes necesitan que el terapeuta les de permiso de enojarse, deprimirse o lamentar una pérdida. Otras veces el terapeuta debe negar el permiso de abandonar, renunciar o hacerse algún daño.
- **Delimitación del encuadre:** es comúnmente necesaria en el trabajo de apoyo. Este aspecto ayudará a que el paciente moldee sus conductas a unas más apropiadas y gratificantes. También ayuda a transmitir la preocupación del terapeuta por el bienestar del paciente, y registra los derechos del terapeuta y la necesidad del paciente de respetarlos. La delimitación del encuadre mejora la relación terapéutica, haciéndola más segura y predecible. Dentro de esta delimitación se harán prohibiciones absolutas, las cuales se limitarán a la violencia y acciones que atenten contra la vida.
- **Función educadora del terapeuta:** por la cual ayuda a educar o proveer información verdadera y objetiva al paciente. Desde otra perspectiva, el terapeuta es un educador sobre enfermedad mental. Que el paciente reciba educación sobre su condición ha sido cada vez más reconocido como un factor importante en el cumplimiento médico y cura.

El terapeuta debe utilizar la mayor cantidad de oportunidades para reforzar las conductas deseables en el paciente. El elogio y los cumplidos dichos de forma sincera pueden ser muy efectivos, si son aplicados apropiadamente. La naturaleza de la psicoterapia de apoyo permite el modelamiento y la identificación con el terapeuta.



En general, se hace necesaria una intervención directiva en aquellas ocasiones en las que el paciente se encuentre sin los recursos psicológicos necesarios, sólo hasta el preciso instante en que el paciente los adquiera o los recupere y logre una necesaria autonomía y capacidad de elaboración.

### **3.3. Aspectos importantes de la relación terapéutica**

La relación terapéutica es una de las variables más importantes para producir un resultado positivo en la psicoterapia (Gaston, 1990; Horvath y Symonds, 1991).

En "La dinámica de la transferencia", Freud (1912, 1976) planteó que el primer objetivo del tratamiento es desarrollar un vínculo entre paciente y terapeuta, señalando la importancia que tiene que el analista mantenga un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste establezca una relación positiva con el analista, disipando las actitudes de resistencia que se manifiestan al principio de la terapia

En la psicoterapia de apoyo, la relación paciente-terapeuta es una relación entre dos adultos con un propósito en común. Uno provee un servicio que el otro necesita, parecida a todas las relaciones profesionales. El terapeuta le debe al paciente respeto, completa atención, honestidad y un esfuerzo vigoroso para lograr el propósito fijado por medio de la utilización de sus conocimientos y habilidades profesionales. La Interacción puede ser amistosa, pero los dos individuos no serán amigos. El paciente puede necesitar amor, pero el terapeuta no se convertirá en su amante Si el terapeuta habla describiendo sus propias experiencias, pensamientos o sentimientos, debe considerar si esto sería un beneficio para el paciente El terapeuta alienta el desarrollo de sentimientos positivos; si el paciente trae a colación la presencia de sentimientos positivos, el terapeuta los acepta sin intentar hacer que el paciente los entienda Los sentimientos positivos del paciente sobre el terapeuta, hasta si son moderadamente irreales, son útiles para mantener la alianza terapéutica y, a la vez, son potencialmente útiles para lograr la identificación con el terapeuta.

La relación terapeuta-paciente involucra una persona que tiene el poder de brindar ayuda y una persona que necesita ayuda. Kleinke (1995) plantea que la importancia de desarrollar una buena relación terapéutica para el éxito de la terapia ha sido documentado en una importante cantidad de estudios empíricos (Saltzman et al , 1976; Waterhouse y Strupp, 1984; Orlinsky y Howard, 1986; Luborsky, Barber y Crits-Christoph, 1990) y es posible sostener que probablemente la característica común más reconocida para la efectividad de la psicoterapia sea la trascendencia que entraña la relación terapéutica. En psicoterapia, la relación es lo que cura (Yalom, 1980).

La terapia de apoyo demanda mucho de las habilidades del terapeuta. Requiere un entendimiento del rol de la historia de desarrollo en la formación de la enfermedad del paciente, a través del entendimiento de los efectos de la alianza terapéutica y la transferencia en la relación paciente-terapeuta. Como la relación con el paciente es menos estructurada y está más sujeta a cambios rápidos e inesperados, la psicoterapia de apoyo puede ser una forma difícil de tratamiento para mantener por un largo período.

### **3.3.1. La relación de apoyo**

La psicoterapia de apoyo es utilizada para ayudar a los pacientes a superar situaciones difíciles. Toda persona que busca ayudar a un paciente por medio de la psicoterapia debe proveer el tipo y la cantidad de apoyo que el paciente necesita. Cuando no se logra proveer este apoyo significa un fracaso en el tratamiento terapéutico.

Al conducir una psicoterapia de apoyo, el terapeuta mantiene una actitud de empatía, interés y preocupación. El terapeuta funciona de forma parecida a un padre (o madre) sano y amoroso que provee con el necesario aliento y dirección al paciente. Utilizando los conceptos de Winnicott se puede expresar que el terapeuta suficientemente bueno, como la madre suficientemente buena, en ciertos momentos será crítico y “malo” ante los ojos del paciente, pero a la larga actúa fomentando el desarrollo y crecimiento sano del paciente.

Desde las investigaciones de Jerome Frank a principios de la década del 60, es bien sabido que la calidad del vínculo interpersonal establecido entre la persona que consulta en busca de ayuda y el profesional que se ofrece para ayudarlo está claramente relacionada con la mejora que pueda lograr el primero. De esta manera, el paradigma psicoterapéutico de Jerome Frank (1975) consiste en cuatro características comunes en todas las psicoterapias:

- Una relación estructurada, confiable y emocional que impulse la moral del paciente
- Un marco de tratamiento con un ambiente de seguridad y santuario
- Un esquema conceptual o modelo explicativo para los problemas del paciente que provea una base lógica para el tratamiento del paciente y su alivio
- Procedimientos terapéuticos consistentes con el esquema conceptual que alivien la ansiedad del paciente y alienten nuevas conductas.

Los primeros dos elementos mencionados por Frank proveen la base para la relación de apoyo, engendrando la activación emocional necesaria para el cambio conductual e incluso el aprendizaje cognitivo. Utilizando el paradigma de Frank, se puede decir que la relación de apoyo hace posible algunas estrategias específicas de cambio (Parloff, 1986):

- Prueba de realidad y el aprendizaje de nuevas conductas de afrontamiento
- Aprendizaje cognitivo y experiencial
- Realce de la autoestima por medio del dominio, competencia y éxito.

Los elementos deseables y necesarios en una relación de apoyo se dividen en.

- Los elementos que el encuadre permite:
  - Un nivel de actividad de moderado a alto en ambos participantes
  - Estructura terapéutica
  - Comunicación bilateral
  - Uso complementario de medicación
  - Uso complementario de otros tratamientos y terapias
- Los elementos que el terapeuta muestra:
  - Una actitud activa y de compromiso
  - Voluntad de desarrollar y contribuir a una relación real
  - Un intento de desarrollar una transferencia positiva

- Empatía y preocupación por el paciente
  - Aceptación libre de prejuicios sobre el estado actual del paciente
  - Apoyo de los saludables esfuerzos adaptativos del paciente
  - Respuestas que no condenen o moralicen los fallos del paciente
  - Voluntad de entender
  - Respeto por el paciente como ser humano
  - Interés genuino en las actividades de la vida del paciente y su bienestar
  - Un intento de sentir agrado por el paciente y, algunas veces, expresar este agrado
  - Autorización máxima de la autonomía del paciente para hacer decisiones sobre el tratamiento y su vida
- Los elementos que el paciente muestra.
    - Voluntad para hablar sobre eventos de su vida
    - Aceptación del rol de apoyo del terapeuta
    - Voluntad para participar en el programa terapéutico y adherirse a la estructura terapéutica

La relación de apoyo es una relación real entre el paciente y el terapeuta basada en respeto mutuo, comunicación y participación emocional. Una relación positiva entre terapeuta y cliente es un predictor positivo de buenos resultados terapéuticos (Keijsers, Schaap y Hoogduin, 2000).

Un aspecto de gran importancia en la relación de apoyo es la contención emocional. La contención emocional se da cuando una persona recibe y entiende la comunicación emocional de la otra sin sentirse abrumado por la información, lo procesa, y luego comunica comprensión y entendimiento de vuelta a la otra persona. Este proceso es sumamente importante en el proceso terapéutico, ya que puede restablecer la capacidad de poder pensar en la otra persona (Douglas, 2007).

El apoyo y la seguridad explícitos se manifiestan en expresiones de aprobación del terapeuta o de su propia identificación con las emociones, expresiones y conducta del paciente. Al hacer estas afirmaciones, el terapeuta de hecho le está prestando al paciente su propio Yo más fuerte y su menos severo superyó (Bellak y Small, 1970).

En la psicoterapia de apoyo orientada psicodinámicamente siempre es el Yo el que es apoyado en sus diferentes funciones. El apoyo puede lograrse directamente, enfocándose en funciones del Yo problemáticas, o indirectamente, por medio de la disminución de las presiones en el Yo ocasionado por las otras tres agencias psíquicas: el ello, superyó y la realidad externa.

Una relación de apoyo no es amistad, pero puede incluir elementos encontrados en la amistad. La relación de apoyo requiere que el terapeuta y el paciente compartan actitudes con relación a las metas del tratamiento y de los roles que cada uno juega. Por ejemplo, el terapeuta como ayudante y el paciente siendo ayudado para lograr las metas de la psicoterapia. A este importante aspecto de la relación se le ha llamado alianza terapéutica (Zetzel, 1956).

### **3.3.2. La alianza terapéutica**

El concepto de alianza terapéutica se origina en la literatura psicoanalítica; sin embargo, parece no haber claridad respecto al autor que utilizó el término por primera vez. Según Etchegoyen (1986) fue Richard Sterba en 1934 quien introdujo este concepto en primera instancia, señalando que el analista era capaz de crear un vínculo, recurriendo al terapeuta - observador que hay dentro del paciente y subrayando que una identificación positiva con el terapeuta puede a veces motivar al paciente a trabajar hacia el cumplimiento de las tareas terapéuticas (Sterba, 1934).

Zetzel (1956) describe la alianza terapéutica como el componente no neurótico de la relación entre paciente y terapeuta. Este componente le permitirá al paciente dar un paso atrás y usar las interpretaciones del analista para distinguir entre los remanentes de las relaciones pasadas y

la asociación real con el analista. Existe una relación que oscila por períodos dominados por la transferencia y períodos dominados por la alianza de trabajo.

Se ha demostrado que la alianza terapéutica es uno de los predictores más críticos, sino el más crítico, del resultado de cualquier tipo de psicoterapia (Horvath y Symmonds, 1991; Westerman y otros, 1995), el terapeuta que utiliza la psicoterapia de apoyo debe de tener como propósito el construir y mantener esta alianza. Para mantener la alianza, el terapeuta expresa interés, empatía y entendimiento.

Bordin (1979) destacó la buena alianza terapéutica como prerrequisito para todo cambio en psicoterapia. Según Bordin, la fuerza de la alianza está relacionada con el acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las tareas y metas de la terapia y de la modalidad de vínculo entre ellos. Hartley (1985) definió la alianza terapéutica como una relación compuesta por la "relación real" y la "alianza de trabajo"

La relación entre terapeuta y paciente está conformada por tres aspectos importantes (Greenson, 1969):

- La relación real: respuesta humana mutua entre dos personas reales incluyendo las percepciones no distorsionadas de cada uno y el aprecio auténtico entre ambos.
- La alianza de trabajo: constituye la disponibilidad del paciente para llevar a cabo procedimientos analíticos, para identificarse con las actitudes analíticas y los métodos de trabajo y aceptarlos. La alianza es entre "el Yo razonable del paciente y el Yo analizante del analista", una condición esencial para el análisis y la elaboración de la transferencia. Permite al paciente trascender "un Yo irracional, subjetivo, sufriente" con objeto de evaluar las reacciones emocionales con un "Yo analista, observador, razonable".
- La transferencia: experimentación de sentimientos, impulsos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona en el presente que son inapropiados para ésta en la actualidad y constituyen una repetición y un desplazamiento de reacciones originalmente relacionadas con personas significativas de la primera infancia.

Greenson (1967) enfatizó en la naturaleza colaborativa de la alianza, en la cual paciente y terapeuta trabajan juntos para estimular el cambio terapéutico. Bordin (1979) y Gaston (1990) aclararon y ampliaron el concepto alianza terapéutica para incluir los siguientes componentes: el vínculo afectivo entre paciente y terapeuta, su concordancia en objetivos y tareas en la terapia, la capacidad del paciente para realizar terapia, y la relación y participación empáticas del terapeuta. Todos estos elementos de la alianza son componentes importantes de la psicoterapia de apoyo.

Greenson (1976) diferenció la alianza de trabajo de la alianza terapéutica, al definir la primera como la habilidad del paciente de incorporar las tareas del tratamiento y, la segunda, como la capacidad tanto de paciente como terapeuta de formar un vínculo personal.

Bibring en el año 1937, Gilteson en 1962, Horwitz en 1974 y Bowlby en 1988 desarrollaron un concepto de alianza terapéutica en el cual se sugería que la situación terapéutica se constituye como una nueva relación de objeto, donde el paciente desarrolla la capacidad de formar una relación positiva con el terapeuta. Este vínculo sería cualitativamente diferente a aquellos basados en experiencias previas de la niñez y, por lo tanto, representa una situación nueva

Es importante que el terapeuta refuerce la alianza con el paciente para lograr un mejor pronóstico. Una forma de reforzar esta alianza puede ser por medio de compartir experiencias en terapia, que tanto el paciente como el terapeuta han atravesado juntos. También es reforzada cuando el terapeuta transmite al paciente que juntos están participando en la búsqueda del entendimiento de los síntomas del paciente y de medidas que traerán alivio. Los pacientes deben de estar involucrados en el planeamiento de la terapia, acordando cuales serán los principales objetivos y metas de forma colaborativa con el terapeuta (Knowles y otros, 1998). Así, se logra un aumento de la motivación y el paciente tiene un mayor control sobre su aprendizaje cuando ayuda a determinar los objetivos y metas de la terapia junto al terapeuta.

#### **4. Psicoterapia de apoyo psicodinámicamente orientada**

Desde el punto de vista de la teoría psicodinámica, la psicoterapia de apoyo se entiende como aquella encaminada a fortalecer el Yo de la persona que es afectada por trastornos psicóticos o situaciones externas a la persona que producen una ruptura grave en la forma de comportamiento psíquico habitual. Esta modalidad de psicoterapia pretende restablecer los recursos yoicos existentes antes de la crisis.

Alexander (1963) resumía su punto de vista así: “Los principios psicoanalíticos se prestan al uso de diversos procedimientos que varían de acuerdo con la naturaleza del caso y que pueden ser aplicados de diferentes maneras durante la terapia de una misma persona”. Esta flexibilidad se hace patente en muchos aspectos de la terapia de orientación psicoanalítica. Alexander también sugirió que no todos los pacientes necesitan una terapia tan extensa como el psicoanálisis y que muchos pueden aprovechar una terapia más breve. Así, aquellas personas con problemas no tan severos y que se encuentran relativamente bien adaptadas, salvo por una dificultad específica, se consideran como candidatas a una terapia menos extensiva con la finalidad de lograr una terapia de apoyo.

Dado que el objetivo en la psicoterapia de apoyo es el refuerzo del Yo del enfermo, es indispensable en la mayoría de los casos, gratificar las necesidades de dependencia de éste con una estrategia de atención por aquellos mecanismos de defensa que resulten de más eficacia para el fortalecimiento de ese Yo frágil. Por lo cual, se impone una participación más activa y directa en todos los aspectos de funcionamiento básico del individuo, recurriendo para ello a la catarsis

Los psicoterapeutas orientados psicoanalíticamente entienden al paciente en términos de los tres elementos mencionados por Gabbard (2010):

- Gran parte de la vida mental es inconsciente
- Las experiencias de la niñez en conjunto con los factores genéticos moldean al adulto
- Las conductas y síntomas tienen múltiples funciones y son determinadas por fuerzas complejas y a menudo inconscientes.



Según Rockland (1989) existen 3 corolarios importantes a tomar en cuenta y enfatizar sobre la psicoterapia de apoyo orientada psicodinámicamente. Primero, la terapia de apoyo está basada fundamentalmente en la teoría psicoanalítica y en el entendimiento psicodinámico, así como la psicoterapia exploratoria. Por esto Rockland (1989) ha dividido todas las psicoterapias psicodinámicas en terapias primariamente de apoyo y primariamente exploratorias. Segundo, Rockland (1989) ve todas las psicoterapias como una mezcla de intervenciones de apoyo y exploratorias, el balance entre ellas se determinará por el nivel de organización de la personalidad del paciente, la presencia de dificultades, motivación, grado de regresión, nivel de ansiedad y así sucesivamente. Tercero, es la prueba definitiva de la habilidad y creatividad para un terapeuta el aplicar intervenciones de apoyo y exploratorias apropiadamente, tomando en cuenta el estado clínico general del paciente, particularmente el balance entre impulso y defensa, el nivel de ansiedad y el grado de regresión en cualquier momento dado.

En diversos momentos de la terapia, analistas de orientación psicoanalítica emplean otras técnicas no ortodoxas como las que siguen:

- El paciente puede estar sentado de frente al terapeuta, y no colocado en el diván.
- Una conversación normal puede sustituir la asociación libre.
- Se podrán emplear drogas o hipnosis para inducir la autoexploración.
- Se concentra en los problemas actuales y en sus posibles soluciones. Los conflictos de la niñez son tratados primordialmente para demostrar que no hay necesidad alguna de que persistan.
- Quizá se consulte (o incluso se ofrezca tratar) a la familia del paciente como una parte del esfuerzo global de ayudar al paciente.

Resumiendo, la psicoterapia de apoyo orientada psicodinámicamente es una psicoterapia con la meta inmediata de mejorar las funciones yoicas, ya sea directamente o indirectamente. Con la finalidad de promover una mejor adaptación al mundo tanto interno como el externo. Es psicodinámicamente orientada porque está basada en el entendimiento psicodinámico del paciente como individuo, y todas las intervenciones terapéuticas deben de ser consistentes con ese entendimiento.

## **5. Aplicación de la psicoterapia de apoyo psicodinámicamente orientada**

### **5.1. Trastorno depresivo**

Podemos caracterizar el trastorno depresivo por su uso frecuente del mecanismo de introyección de la ambivalencia sobre el objeto amado y una regresión o fijación a la etapa oral del desarrollo. Su fuente inmediata de perturbación algunas veces es extrínseca (por ejemplo: trastorno adaptativo o depresión exógena), pero usualmente implica factores endógenos, biológicos y genéticos. También se muestra una autoestima extremadamente disminuida.

El tratamiento con enfoque de apoyo debe basarse en un aumento de la autoestima, aumento de los procesos cognitivos e interpersonales que previenen de reacciones depresivas por eventos de la vida diaria, desplazamiento de la agresión hacia actividades de refuerzo y comúnmente también se incluye un tratamiento biológico o medicamentoso

Entre las estrategias de apoyo para la depresión tenemos:

- Al inicio, llevar la angustia del paciente a un nivel nominal
- Mejorar las habilidades cognitivas e interpersonales del paciente
- Mejorar la autoimagen del paciente
- Contrarrestar las reducciones de autoestima asociadas con enfermedad crónica
- Educar al paciente y a la familia sobre el curso biológico de la enfermedad
- Ofrecer apoyo en la crisis y disminuir la probabilidad de suicidio
- Mejorar el cumplimiento de la ingesta de la medicación y ayudar al paciente a tolerar los efectos secundarios.

Otras técnicas importantes son: dar tranquilidad, hacer frente a la culpa, manejar la dependencia, hacer frente a la pérdida, notar la mejora, entre otras. Las intervenciones de apoyo son indicadas especialmente para pacientes que expresan pasivamente desamparo y ofrecen escasa información.

Para los pacientes con depresión, las principales metas de la psicoterapia de apoyo son la maximización del funcionamiento del paciente durante la crisis, el apoyar el juicio del paciente con el razonamiento del terapeuta y las habilidades de toma de decisión, y engendrar esperanza sobre la recuperación. Al paciente deprimido se le debe dar esperanza y tranquilidad, pero es de gran importancia que se haga de forma sincera

Un terapeuta de apoyo debe permitir un poco de dependencia, pero debe ponerle límites al mismo tiempo. Los límites dependerán de la necesidad del paciente, ya que no hay una regla absoluta sobre el grado de dependencia que se debe permitir

Mostrarle al paciente que está dedicando más tiempo a actividades productivas y está mostrando un mayor entusiasmo, es un alivio efectivo una vez que el paciente haya desarrollado una relación de confianza con el terapeuta. Es durante la recuperación que el terapeuta debe conocer suficientemente bien al paciente, para medir si el paciente está ocultando un plan suicida y ganando energía para llevarlo a cabo.

Es importante que el terapeuta y la relación terapéutica tenga las siguientes características: cálidos, empáticos, tomar el lado del paciente, ofrecer algunas gratificaciones directas y un ambiente de sostén seguro.

Las ventajas del uso de la psicoterapia de apoyo en la depresión se deben a la presentación de un entendimiento unificado de pérdida, duelo y depresión bajo una misma base teórica involucrando deficiencias de afrontamiento que deben de ser mejoradas por medio de la relación de apoyo y de las intervenciones. Por otro lado, entre las desventajas se ha mencionado que la psicoterapia de apoyo tiende a desestimar el rol consciente, factores intencionales y carácter patológico que requiere de confrontaciones provocadoras de ansiedad para mejorar.

## **5.2. Trastorno de ansiedad**

Un principio básico de la psicoterapia de apoyo asume que la presencia de ansiedad es mucho peor que su ausencia (Sullivan, 1954/1970). La disminución de la ansiedad es siempre indicada, sólo hay excepciones bajo circunstancias extraordinarias. La ansiedad empeora otros síntomas, aumenta la confusión, causa pérdida de moral y autoestima, y contribuye al desarrollo de trastornos depresivos y diversas condiciones médicas. La ansiedad puede resultar como un aumento de morbilidad y mortalidad (Allgulander y Lavori, 1991; Coryell et al. 1986). El psicoterapeuta de apoyo siempre deberá tener como meta el aumento del bienestar y alivio del paciente por medio de la disminución de su ansiedad.

En cuanto al tratamiento de los síntomas ansiosos, el terapeuta deberá hacer una apreciación sobre la intensidad y alcance de los síntomas que luego deberá transmitir al paciente. Esto puede tomar la forma de enunciados empáticos. El paciente deberá partir de la primera sesión con la convicción de que el terapeuta entiende en cierto nivel lo que el paciente ha estado experimentando.

El terapeuta debe de comunicar un sentido de optimismo realista. El paciente puede así prever un eventual restablecimiento de la sensación de dominio y restauración de la moral, ingredientes primarios para el éxito de cualquier psicoterapia (Frank, 1974).

Es importante que el terapeuta perciba su propio confort. Un terapeuta inseguro o ansioso aumentará la ansiedad del paciente y disminuirá la habilidad del terapeuta para escuchar sobre la ansiedad del paciente y sobre las experiencias y circunstancias provocadoras de ansiedad (Fromm-Reichmann, 1950). La ansiedad es altamente contagiosa, por lo cual el terapeuta debe tratar de evitar reflejar la angustia del paciente por medio de su comportamiento no verbal.

Algunas de las estrategias terapéuticas utilizadas con los pacientes con síntomas de ansiedad son:

- Mostrar voluntad de aliviar los síntomas
- Hacer enunciados empáticos relacionados a la ansiedad del paciente
- Proveer un diagnóstico o explicación breve
- Comunicar un optimismo realista
- Explorar posibles medicamentos o técnicas específicas que pueden utilizarse para aliviar los síntomas
- Prestar atención a la propia ansiedad, tratando de no mostrarla.

Ofrecer un diagnóstico o una explicación corta de los síntomas puede ser por sí mismo terapéutico; ya que el paciente le encontrará algún sentido a sus síntomas y le ayudará a ponerle límite a sus miedos de desorganización y psicosis. Estos pacientes comúnmente se sienten aliviados al escuchar que sus reacciones no son tan diferentes a las de otras personas que no manifiestan un trastorno de ansiedad.

**CAPÍTULO III.**  
**METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

*“En la investigación es incluso más importante el proceso que el logro mismo”. Emilio Muñoz*

## **CAPÍTULO III.**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1. Planteamiento del problema**

¿Los(as) pacientes diagnosticados(as) con ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral, que participen de la psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada, disminuirán los niveles de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral?

#### **2. Justificación**

Diferentes estudios sobre trastornos de ansiedad muestran que estos pacientes comúnmente presentan comorbilidad con los trastornos depresivos. Igualmente, múltiples estudios internacionales confirman la problemática actual referente a las dificultades que está teniendo el personal enfermería con respecto a su salud física y psíquica. Los estudios van desde enfocarse en un trastorno psíquico específico (depresión, ansiedad u otros) hasta el síndrome de 'burnout' en el personal sanitario.

En España, Alicante, se llevó a cabo un estudio sobre el "Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería" (Ribera, Cartagena, Reig, Romà, Sans y Caruana; 1993) donde encuestaron a 748 profesionales de enfermería. Como resultado se obtuvo que: casi la totalidad de los profesionales de enfermería encuestados (75.7%) percibían síntomas de estrés, en mayor o menor grado, en las últimas dos semanas.

Una investigación en centros de salud de Guatemala concluyó que de 48 enfermeras(os), el 21% del personal mostró reacción a la ansiedad a través de insomnio, falta de apetito, tristeza, desánimo, cansancio, cefalea, falta de concentración, entre otros síntomas. Mientras que un 54% del personal evaluado manifestó depresión menor (Ovando, 2007).

Además, en un estudio realizado en un Hospital de Alta Especialidad en Méjico se encuestaron 73 enfermeras: 15.07% cursa con cansancio alto, 21.92% con valores altos de despersonalización y el 63.01% presenta realización alta. La depresión grave se presenta en el 6.85%. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre síndrome de 'burnout' y depresión, encontrándose correlaciones positivas en cada uno de los tres componentes del 'burnout' (Trejo, H.; Torres, J. y Valdivia, M.; 2001).

Entre una de las pocas investigaciones realizadas en Panamá sobre esta temática, se encuentra la tesis de postgrado "Estudio de ansiedad y depresión en personal profesional de la salud, Hospital Rafael Estevez" de Berta Delvalle Ríos (2006). Donde del total de enfermeras y técnicos de enfermería, el 2.4% mostró puntajes de ansiedad y el 0.5% de los técnicos de enfermería mostraron puntajes de depresión. Se aclara que aunque los porcentajes resultaron mínimos, es muy probable que se necesite suministrar un tratamiento para esta muestra.

También se encuentra la investigación panameña titulada "El estrés y el desempeño laboral en las enfermeras de sala de hospitalización de la Clínica Hospital San Fernando" de Angélica M. Campos B. (2008). En esta investigación, se señaló una alta frecuencia en los porcentajes de los siguientes indicadores de estrés: agotamiento (92%), tensión muscular (88%), dolores de cabeza (84%), alteraciones del sueño (68%), aumento de peso (64%) y acidez (48%). Entre los indicadores afectivos-emocionales más significativos: cambios y variaciones en el estado de ánimo (68%), irritabilidad (52%) y ansiedad (48%).

Es evidente que el personal de enfermería se encuentra expuesto a múltiples situaciones donde se incrementa la predisposición a sufrir de alguna crisis o trastorno mental. Se estima que con el paso de los años, esta predisposición va en aumento; por lo cual urge sensibilizar al personal de salud para que se tomen las medidas necesarias.

En nuestro país, existen muy pocas investigaciones y las estadísticas sobre el tema son nulas. A pesar de la falta de información en nuestro país, es de conocimiento general que las carreras relacionadas a la salud tienen un alto factor riesgo a padecer ansiedad, depresión o algún trastorno relacionado al estrés.



### **3. Objetivos de la investigación**

#### **3.1. Objetivos generales**

- Describir la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés socio-laboral en el personal de enfermería atendido
- Indicar la efectividad de la psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada en personal de enfermería con ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral.
- Demostrar si la psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada ayuda a mejorar los síntomas o sólo alguno de ellos, en el personal de enfermería con ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Establecer la prevalencia de ansiedad en el personal de enfermería atendido.
- Establecer la prevalencia de depresión en el personal de enfermería atendido
- Establecer la prevalencia de estrés socio-laboral en el personal de enfermería atendido
- Ilustrar por medio de gráfica la efectividad del modelo psicoterapéutico empleado.
- Identificar diferencias en el nivel de ansiedad, antes y después de la psicoterapia de apoyo.
- Identificar diferencias en el nivel de depresión, antes y después de la psicoterapia de apoyo.
- Identificar diferencias en el nivel de estrés socio-laboral, antes y después de la psicoterapia de apoyo.
- Mejorar los síntomas psicológicos de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral.

## **4. Hipótesis**

### **4.1. Hipótesis conceptual**

Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral una vez culminado el tratamiento.

### **4.2. Hipótesis operacional**

H<sub>1</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de ansiedad una vez culminado el tratamiento.

H<sub>2</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con depresión que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de depresión una vez culminado el tratamiento.

H<sub>3</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con estrés socio-laboral que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de estrés socio-laboral una vez culminado el tratamiento.

### 4.3. Hipótesis estadísticas

#### Hipótesis estadística 1 – ansiedad

- El nivel de ansiedad será igual o mayor después de haber recibido el tratamiento.

$$H_0: \mu \leq 0$$

- El nivel de ansiedad será menor después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \mu > 0$$

#### Hipótesis estadística 2 – depresión

- El nivel de depresión será igual o mayor después de haber recibido el tratamiento.

$$H_0: \mu \leq 0$$

- El nivel de depresión será menor después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \mu > 0$$

#### Hipótesis estadística 3 – estrés socio-laboral

- El nivel de estrés socio-laboral será igual o mayor después de haber recibido el tratamiento.

$$H_0: \mu \leq 0$$

- El nivel de estrés socio-laboral será menor después de recibir el tratamiento.

$$H_1: \mu > 0$$

## 5. Estrategia de investigación

En esta investigación se utilizó un diseño pre-experimental pre-post sin grupo control; con estudio de casos. Al tener la muestra, se procedió a llenar el consentimiento informado y se aplicó individualmente la pre-prueba a cada uno de los sujetos. Luego se aplicó el tratamiento y, por último, se administró la post-prueba a cada uno de los sujetos de forma individual.

A continuación la descripción del diseño:

	G	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
G	Grupo que recibe el tratamiento			
O <sub>1</sub>	Pre-medición			
X	Tratamiento			
O <sub>2</sub>	Pos-medición			

## 6. Variables de investigación

### 6.1. Variable independiente

#### 6.1.1. Definición conceptual

- **Psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada:** La psicoterapia individual de apoyo es un tratamiento diádico caracterizado por el uso de medidas directas para mejorar los síntomas y para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, habilidades adaptativas y funciones psicológicas. Para conseguir que se logren estos objetivos, en el tratamiento se debe utilizar la exploración de las relaciones, reales o transferenciales, y patrones de respuestas emocionales o conductuales, tanto pasados como actuales (Pinsker y Rosenthal, 1992).

### 6.1.2. Definición operacional

- **Psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada:** El tratamiento tuvo una duración de 10 sesiones, distribuidas una sesión por semana y con una duración de aproximadamente 50 minutos por sesión. Cada tratamiento se dividió en 3 fases: inicio, curso medio y terminación, las cuales guiaron el proceso terapéutico con un orden definido y personalizado según ameritó cada caso.

## 6.2. Variables dependientes

### 6.2.1. Definición conceptual

- **Ansiedad:** Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objeto del daño anticipado puede ser interno o externo (DSM-IV-TR, 2003).
- **Depresión:** Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos agobiantes de tristeza, de falta de interés en las actividades y, quizá, por excesivo sentimiento de culpa o de minusvalía personal.
- **Estrés socio-laboral:** El estrés es la relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1980) Esta definición se puede adecuar fácilmente al entorno laboral, tomando en cuenta el entorno como el área de trabajo.

### 6.2.2. Definición operacional

- **Ansiedad:** Individuo que obtiene una puntuación igual o por arriba de 45 en la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA).

Según la EAA se clasificaría en:

- Menor de 45 = normal;
- 45-59 = ansiedad mínima a moderada;
- 60-74 = ansiedad marcada a severa;
- 75 ó mayor = ansiedad extrema.

- **Depresión:** Individuo que obtiene una puntuación igual o por arriba de 50 en la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (EAD).

Según la EAD se clasificaría en:

- Menor de 50 = normal,
- 50-59 = ligeramente deprimido;
- 60-69 = depresión moderada a marcada;
- 70 ó mayor = severamente deprimido.

- **Estrés socio-laboral:** Individuo que obtiene una puntuación por arriba del centil 50 en la Escala de Estrés Socio-Laboral (EAE-S).

La EAE-S presenta tres categorías de análisis:

- Presencia (SI) o Ausencia (NO) del acontecimiento estresante en la vida del sujeto.
- Intensidad con que se han vivido o se viven esos sucesos estresantes (0 1 2 3).  
Donde 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.
- Vigencia del acontecimiento estresante; si ha dejado de afectarle (P), o si todavía le afecta (A). En este parámetro se hace una consideración independiente de las situaciones que todavía afectan o que han dejado de hacerlo.

## **7. Población y muestra**

### **7.1. Población**

Personal de enfermería que se encontraba ejerciendo su labor y presentó ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral.

### **7.2. Muestra**

Se seleccionaron los sujetos que llenaban alguno(s) de los siguientes criterios:

- Igual o por encima de 45 como puntaje de la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung,
- Igual o por encima de 50 como puntaje de la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.
- Por encima del percentil 50 como puntaje de la Escala de Estrés Socio-Laboral.

Se contactó a más de cincuenta enfermeros(as) en el Instituto Oncológico por medio de volantes con la información de la investigación; también se contactó al personal de enfermería en otras instituciones (INSAM, centros de salud, Hospital del Niño, Caja de Seguro Social, entre otras) por medio de conocidos y correo electrónico.

#### **7.2.1. Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Que perteneciera al gremio de enfermería y estuviera ejerciendo su carrera.
- Presentar ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral.
- Firmar la nota de consentimiento informado.
- No presentar un trastorno psicológico diagnosticado previamente.
- No estar recibiendo atención psicológica o psiquiátrica por ésta u otra condición.
- Inteligencia normal.

### **7.2.2. Criterios de exclusión**

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- No firmar la nota de consentimiento informado.
- Estar tomando algún medicamento/droga que se tenga conocimiento que produzca efectos secundarios de ansiedad o depresión.
- Presencia de ideación suicida frecuente y grave, o intentos de suicidio anterior a 2 meses ó menos (será referido).
- Dejar de asistir a 3 sesiones de psicoterapia.
- Abandonar la psicoterapia antes de terminar
- Retardo mental severo.

### **8. Tipo de muestreo**

Se utilizó un muestreo por conveniencia, no paramétrico. Esto significa que el proceso de selección de los sujetos para el estudio se realizó de modo informal y arbitrario, de forma que no todos los individuos que conformaban la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados.

La muestra por conveniencia es el procedimiento que consiste en la selección de las unidades de la muestra de forma arbitraria, las que se presentan al investigador, sin criterio alguno que lo defina. Las unidades de la muestra se autoseleccionan o se eligen de acuerdo a su fácil disponibilidad.

Se recurrió a este muestreo por las numerosas dificultades que se presentaron para obtener la muestra.



## 9. Instrumentos de medición y evaluación

### 9.1. Entrevista psicológica e historia clínica

Una entrevista, en términos simples, es una conversación que tiene un propósito o meta (Bingham y Moore, 1924; Matarazzo, 1965). Existen situaciones clínicas en las que la decisión para trabajar o referir al paciente ya se concretó o no está en discusión. En tales casos, las entrevistas se dirigen completamente a la identificación o elaboración de los problemas del paciente.

Las entrevistas pueden ser estructuradas, dirigidas/guiadas o no directivas. El propósito de la entrevista estructurada es recopilar la mayor cantidad de información particular, mientras que la no directiva intenta que el paciente se sienta lo más cómodo posible y la guiada o dirigida será la que se encuentra en medio de estos dos extremos. En nuestro estudio se utilizará una entrevista clínica dirigida o guiada.

En otra instancia, la historia clínica es la obtención de los datos pertinentes que permiten elaborar y comprender los diferentes síntomas, comportamientos, pasado personal, motivo de consulta, reacciones actuales a los estímulos y forma de resolver los conflictos con la finalidad de establecer el diagnóstico y definir las estrategias terapéuticas.

Los datos que se recopilaron en la historia clínica son:

- Datos personales
- Historia de la enfermedad actual
- Antecedentes psicopatológicos personales
- Antecedentes de consumo de alcohol y drogas
- Anamnesis somática
- Antecedentes médicos
- Anamnesis familiar

Una historia clínica completa reunirá todos los datos disponibles que permitan descifrar y explicar el curso de la vida del paciente.

## **9.2. Examen del estado mental**

El examen del estado mental consiste en una entrevista, que es útil para la observación clínica, así como para cualquier afirmación que pueda hacer sobre el individuo. Por lo general, se emplea para describir el comportamiento de los pacientes durante la época en que reciben tratamiento clínico. Proporciona un registro objetivo que es importante para el diagnóstico y para la evaluación del curso de un trastorno y su respuesta subsecuente al tratamiento.

Los datos que se recopilaron en el examen del estado mental son:

- Descripción general
- Evaluación de las emociones
- Evaluación de las funciones cognoscitivas
- Evaluación de los procesos de pensamiento
- Evaluación de los procesos perceptivos
- Consciencia de la enfermedad
- Juicio crítico
- Mecanismos de defensa utilizados durante la entrevista

Un examen del estado mental exhaustivo permite estudiar minuciosamente las manifestaciones comportamentales, afectivas y cognitivas como efectos y características del problema y como expresiones de la personalidad del paciente.

### 9.3. Interpretación psicodinámica (metapsicología)

El estudio psicoanalítico de la personalidad se hace por medio de lo que Freud denominó metapsicología, este término aparece por primera vez en una carta escrita por Freud a Wilhelm Fliess en 1896.

La metapsicología propiamente dicha consiste en proposiciones que establecen un número mínimo (necesario y suficiente) de las suposiciones independientes sobre las que está basada la teoría psicoanalítica. Es un modo de concepción según el cual todo proceso psíquico es apreciado en función de las tres “coordenadas”: de la dinámica, de la tópica y de la económica (Assoun, 2002) Es el conocimiento destinado a extraer todas las consecuencias de la “hipótesis del inconsciente” para una concepción de la psique (Assoun, 2002). Pensar en términos metapsicológicos es pensar a través de las mismas bases del conocimiento psicoanalítico.

Una visión metapsicológica global del paciente le permite al analista evaluar, por una parte, la necesidad de cambios internos que tiene aquél y por la otra, la posibilidad de producir dichos cambios por medio del tratamiento (Freud, A ; 1991).

En realidad Freud sólo formuló explícitamente tres puntos de vista metapsicológicos: el tópico, el dinámico y el económico; el punto de vista genético parecía lógico. Aunque nunca definió el estructural, dio a entender que podría reemplazar al tópico (Rapaport y Gill, 1959). Rapaport (1959) es quien sistematiza la metapsicología agrupando las hipótesis en los siguientes puntos de vista: dinámico, económico, estructural, genético y adaptativo.

La noción de que la psique es dinámica en vez de estática es fundamental para la psicología freudiana. Es dinámica porque es concebida por medio de su interacción entre fuerzas, comúnmente instintuales, y la idea del conflicto entre fuerzas opuestas. La proposición psicoanalítica del punto de vista dinámico usa conceptos tales como fuerzas inconscientes y conflictos, así como los conceptos de impulso o instinto. Los psicoanalistas contemporáneos comúnmente se refieren a los dos impulsos innatos, el impulso sexual y el impulso agresivo; los otros impulsos pueden ser pensados como derivados de los anteriores. El mayor conflicto

dinámico es aquel entre el consciente e inconsciente. Las suposiciones que pertenecen al punto de vista dinámico son:

- Hay fuerzas psicológicas
- Las fuerzas psicológicas están definidas por dirección y magnitud.
- El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede ser la resultante del trabajo de cada una de estas fuerzas.
- El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede no ser la resultante simple del trabajo de cada una de ellas.

En el aspecto económico la hipótesis es que la actividad psicológica puede ser expresada en términos de energía disponible para cualquier proceso potencial y que esto puede variar. La suposición es que estas fuerzas están determinadas en cuanto a su contenido de energía y que estas energías están ligadas o no dentro de sus respectivos sistemas. Las suposiciones pertenecientes al punto de vista económico son:

- Existen energías psicológicas.
- Las energías psicológicas siguen una ley de conservación.
- Las energías psicológicas están sujetas a una ley de entropía.
- Las energías psicológicas están sujetas a transformaciones que aumentan o disminuyen sus tendencias entrópicas.

El punto de vista estructural requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico, incluya proposiciones relativas a las estructuras que intervienen en el mismo. Las suposiciones pertenecientes al punto de vista estructural son:

- Hay estructura psicológica.
- Las estructuras son configuraciones de cambios lentos.
- Las estructuras son configuraciones en las que tiene lugar los procesos mentales dentro de ellas, y también entre y por medio de ellas.
- Las estructuras están ordenadas según jerarquías.

Los supuestos del aspecto genético expresan que todo fenómeno psicológico tiene un origen y desarrollo, originándose por medio de bases innatas que maduran de acuerdo a un plan epigenético. Las suposiciones pertenecientes al punto de vista genético son:

- Todos los fenómenos psicológicos tienen origen y desarrollo psicológicos.
- Todos los fenómenos psicológicos se originan en propiedades innatas, las que siguen el proceso de maduración según un plan básico epigenético.
- Las formas primitivas de un fenómeno psicológico siguen siendo potencialmente activas aunque sean desplazadas por formas posteriores.
- En cada punto de la historia psicológica la totalidad de formas primitivas potencialmente activas determinan conjuntamente todos los fenómenos psicológicos subsecuentes.

El aspecto adaptativo permite enunciados que cubren la mayor parte del terreno familiar para la psicología funcional y libera al psicoanalista de la necesidad de encontrar una explicación libidinal para todos los comportamientos. En este aspecto se incluyen declaraciones respecto a la adaptación de estados internos, al ambiente físico y social, y las adaptaciones entre hombre y ambiente. Las suposiciones pertenecientes al punto de vista adaptativo son:

- Existen estados psicológicos de adaptabilidad y proceso de adaptación de cualquier momento de la vida.
- Los procesos de adaptación autoplásticos y/o los aloplásticos mantienen, reconstruyen y mejoran los estados de adaptabilidad existentes y así aseguran la supervivencia.
- El hombre se adapta a su sociedad, tanto al medio físico como al humano, que son productos de la misma.
- Las relaciones de adaptación son mutuas: el hombre y su medio se adaptan el uno al otro.

En general, la interpretación psicodinámica es resultante de la historia clínica del paciente. Es de gran importancia que sea específica, breve, con una estructura lógica, un propósito definido, enfocada a clarificar los problemas o conflictos esenciales, basada en un marco teórico y planteada en términos metapsicológicos.

#### **9.4. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (EAD)**

La escala de autoevaluación para la Depresión de Zung, creada por W. W. Zung (1965), es una prueba estilo auto-reporte para adultos que consta de 20 enunciados para medir la depresión. Todos los enunciados se califican con una escala de Likert de 4 puntos referentes a la cantidad de tiempo que estos han sido experimentados.

Esta escala fue específicamente diseñada para pacientes con un diagnóstico de depresión primaria. El tiempo de administración del auto-reporte es de aproximadamente 5 minutos ó menos. El puntaje total se obtiene sumando las calificaciones de los 20 enunciados, lo cual sumaría un puntaje total de 20 a 80 puntos. Los puntajes más altos indican niveles más altos de depresión. La guía de interpretación, según GlaxoWellcome, es la siguiente:

- Menor de 50 = normal;
- 50-59 = ligeramente deprimido;
- 60-69 = depresión moderada a marcada;
- 70 ó mayor = severamente deprimido.

Las normas iniciales para la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung fueron desarrolladas con una muestra de 56 pacientes que habían sido admitidos en un servicio psiquiátrico con un diagnóstico primario de depresión. De estos pacientes, 31 fueron tratados por depresión, mientras que otros 25 recibieron diagnósticos de otros trastornos no depresivos. En el grupo de pacientes diagnosticados con depresión, 22 pacientes completaron la EAD de Zung una segunda vez, luego de recibir el tratamiento. Finalmente, un grupo control de 100 profesionales de la salud y personal no profesional del hospital, así como pacientes hospitalizados médicamente, todos sin historia previa ni reportes de depresión, completaron la escala.

Información adicional sobre las propiedades psicométricas de la EAD de Zung ha sido facilitada en varios estudios previos. Gabrys y Peters (1985) administraron la EAD de Zung a una muestra de 587 pacientes (218 no deprimidos, 369 deprimidos) con un rango de edad de 12 a 69

años. De estos pacientes, 173 fueron acompañados por un familiar; 109 familiares también completaron la EAD de Zung para proveer puntajes independientes de la depresión del paciente.

La media de las puntuaciones para la primera muestra descrita arriba fue: 59.2 deprimidos, 42.4 no deprimidos y 26.4 grupo control. La media de las puntuaciones para el grupo de deprimidos luego del tratamiento fue de 31.2. Para la segunda muestra, la media de las puntuaciones fue 33.89 para el grupo de escolta familiar, 36.05 para el grupo clínico no deprimido y 50.55 para el grupo de pacientes deprimidos.

La confiabilidad de la EAD de Zung es de  $r=0.94$ . La consistencia interna también fue alta, con alfa de 0.91 para el grupo de escolta familiar, 0.88 para los pacientes deprimidos y 0.93 para los pacientes no deprimidos. Para estos tres grupos, la correlación total de los enunciados fue de 0.80, 0.82 y 0.85 respectivamente.

Al examinar la media de las puntuaciones, demostraron que la EAD de Zung discrimina adecuadamente entre los grupos de escolta familiar, pacientes no deprimidos y pacientes deprimidos. Todas las diferencias entre los grupos fueron estadísticamente significativas, lo cual demuestra su validez.

La versión castellana del EAD de Zung fue validada para pacientes de atención primaria (Benalges, A.; Montalá, M.; Guasch, C. y Borrás, C., 2001) donde se utilizó una muestra de 350 pacientes a los cuales se le aplicó el EAD de Zung y, en segunda fase, la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV, en sus apartados de episodio depresivo mayor y distimia. Esta investigación concluyó que el EAD de Zung en su versión española es eficaz en pacientes de atención primaria y muestra un comportamiento equiparable a otros cuestionarios de detección de la depresión.

En un estudio en México se validó la EAD de Zung, versión castellana, con personas con VIH (Rivera, B; Corrales, A; Cáceres, Ó.; Pina; J., 2007). Se administró la EAD de Zung a 62 personas con VIH. Los resultados de la evaluación de las propiedades psicométricas fueron: en la prueba de la  $t$  de Student de comparación de medias para la comprensión de preguntas se obtuvieron

valores de significancia estadística en 19 de las 20 preguntas. El análisis factorial exploratorio con rotación varimax para estudiar la validez de constructo arrojó una estructura de tres factores, con valores propios superiores a 1 y que en conjunto explican 56,13% de la varianza. Finalmente, en el análisis de confiabilidad de la medida se obtuvo un  $\alpha$  de Cronbach global de 0.887. Según los resultados obtenidos, la EAD de Zung posee óptimas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en personas con VIH.

La EAD de Zung ha sido utilizada en numerosos estudios investigativos como una medida breve de depresión. También es de importancia que esta prueba es de dominio público (gratuita) y ha sido traducida en varios idiomas: español, chino, alemán, japonés, etc.

#### **9.5. Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung (EAA)**

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung, creada por W. W. Zung (1971), es una prueba estilo auto-reporte para adultos que consta de 20 enunciados para evaluar síntomas de desórdenes de ansiedad. Consiste primariamente en síntomas somáticos (15 de los 20 enunciados). Las respuestas indican qué tan seguido la persona ha experimentado cada síntoma en una escala tipo Likert de 4 puntos. La guía de interpretación, según GlaxoWellcome, es la siguiente:

- Menor de 45 = normal;
- 45-59 = ansiedad mínima a moderada;
- 60-74 = ansiedad marcada a severa;
- 75 ó mayor = ansiedad extrema.

La EAA de Zung puede ser administrada en aproximadamente 5 minutos.

De acuerdo con el artículo original, el coeficiente de confiabilidad de división por mitades reveló una consistencia interna adecuada ( $r=0.71$ ). También se demostró una buena confiabilidad en una muestra de pacientes ambulatorios nigerianos ( $\alpha=0.81$ ) y se encontró una confiabilidad adecuada en una muestra normal de nigerianos ( $\alpha=0.69$ ; Jegede, 1977).



El artículo original revela una correlación significativa entre los puntajes de la EAA de Zung y una entrevista para medir los síntomas de ansiedad ( $r=0.66$  en una muestra mixta,  $r=0.74$  en una muestra con trastorno de ansiedad), así como una correlación moderada entre la EAA de Zung y otras medidas de ansiedad en formato auto-reporte ( $r=0.30$ ). En este estudio, los pacientes con desórdenes de ansiedad puntuaron significativamente más alto en el EAA de Zung que los pacientes con esquizofrenia, trastorno depresivo, trastorno de personalidad y controles no clínicos. Una diferencia similar fue revelada entre pacientes y controles en un estudio usando una muestra nigeriana (Jegede, 1977).

Existen múltiples estudios que validan la EAA de Zung en su versión castellana. Entre ellos está el estudio de De La Ossa, S.; Martínez, Y.; Herazo, E. y Campo, A. (2009) en el cual se investigó la consistencia interna y estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. En la misma, aplicaron la EAA de Zung de 20 enunciados a 221 estudiantes de medicina y psicología. La escala de 20 puntos mostró un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.77, por lo cual se considera que la escala tiene una confiabilidad adecuada.

La EAA de Zung es de dominio público (gratuita) y ha sido traducida en varios idiomas.

### **9.6. Escala de apreciación del estrés socio-laboral (EAE-S)**

La Escala de Estrés Socio-Laboral es una de las escalas pertenecientes a las Escalas de Apreciación del Estrés creadas por Fernández Seara y Mielgo Robles (1992). Esta escala tiene como función principal el estudio del estrés en el ámbito laboral. Va dirigida a la población que está trabajando por cuenta ajena comprendida entre los 20 a 60 años.

La EAE-S consta de 50 enunciados distribuidos en tres ámbitos de contexto:

- Trabajo en sí mismo.
- Contexto laboral.
- Relación del sujeto con el trabajo.

Las variables a tener en cuenta en la muestra han sido la edad, nivel de estudios y categoría profesional.

Presenta tres categorías de análisis:

- Presencia (SI) o Ausencia (NO) del acontecimiento estresante en la vida del sujeto
- Intensidad con que se han vivido o se viven esos sucesos estresantes (0 1 2 3)
- Vigencia del acontecimiento estresante; si ha dejado de afectarle (P), o si todavía le afecta (A) En este parámetro se hace una consideración independiente de las situaciones que todavía afectan o que han dejado de hacerlo

Para la elaboración de esta escala y en general de la batería, se calcularon los índices de consistencia con procedimientos test-retest (con un intervalo de 15 a 30 días) y mediante la correlación de los ítems pares-impares y corrección posterior del índice con la fórmula de Spearman-Brown. Los resultados obtenidos en la EAE-G tras la aplicación a 327 sujetos fueron de 0.65 en test-retest y 0.74 en par-impar.

Para analizar la validez de la batería de acontecimientos estresantes se utilizaron procedimientos de tipo factorial. Para el análisis de la estructura interna de cada escala se utilizaron los datos recogidos con las distintas aplicaciones de los mismos. El procedimiento utilizado ha sido el de componentes principales.

En la Escala S, se contó con 72 enunciados para el análisis de la estructura interna. Se aislaron factorialmente 3 dimensiones cuya denominación e interpretación son:

- Factor I: Trabajo en sí mismo. Alude a las tareas y funciones que el sujeto tiene que realizar (números 14, 15, 16, 17, 22, 26, 30. .).
- Factor II: Contexto laboral. Se entiende como factor relativo a las condiciones ambientales del trabajo (números 8, 13, 19, 20, 21, 24, 27, 28, 29, 32, 42...).
- Factor III: Relación del sujeto con el trabajo. Está vinculado a la problemática de uno mismo con el trabajo (números 4, 12, 32, 43, 44, 45, 46, 49, 50...).

## **10. Método de intervención**

Durante la primera etapa de la investigación se utilizó la entrevista psicológica junto con el examen del estado mental para poder conformar una historia clínica lo más completa posible. Estas herramientas se emplearon con el fin de lograr un análisis y evaluación de las normas y características propias de cada paciente.

La intervención realizada durante el proceso terapéutico llevaba como objetivo primordial la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral encontrados en cada paciente.

Las técnicas utilizadas en la psicoterapia de apoyo psicodinámicamente orientada fueron mayormente:

- Aclaración
- Confrontación
- Mejoramiento de la autoestima
- Reafirmación y repetición
- Observación
- Interpretación inexacta
- Sugestión
- Consejo
- Educación del paciente
- Apoyo
- Catarsis

De esta misma manera, se emplearon algunas estrategias comúnmente utilizadas en la psicoterapia de apoyo como son:

- Mapeo cuidadoso de las dificultades interpersonales dominantes del paciente y de sus síntomas neuróticos
- Fortalecimiento de las defensas adaptativas
- Establecimiento de la alianza terapéutica

## **11. Procedimiento de investigación**

El paso inicial en la elaboración de este estudio fue el esclarecimiento de la idea de la investigación. Luego de tener definida la idea, se ejecutó un anteproyecto de tesis con toda la información relevante y requerida para iniciar dicha investigación; para realizar esta etapa se investigó la teoría y estudios similares.

Debido a la dificultad para conseguir la muestra, se inició a buscar por medio de variados métodos a individuos que cumplieran con los criterios de inclusión. Se coordinó con la Clínica Psicológica de la Universidad de Panamá para utilizar un consultorio para la aplicación de todo el estudio. Seguidamente, se definió la muestra de 4 enfermeros(as) y luego de que cada individuo firmara el consentimiento informado y se les explicara la esencia de la investigación, se procedió a iniciar el pre-test por medio de la aplicación de las pruebas (EAD, EAA y EAE-S). Se hizo una corta devolución de los resultados obtenidos mientras se profundizaba en los datos relevantes, desde este momento se daba por iniciada la entrevista psicológica.

La etapa de tratamiento se fue adecuando para cada paciente en particular, siguiendo el encuadre y la estructura de la terapia: fase inicial, fase media y terminación. Se adecuó el horario de atención para los sujetos para cada una de las 10 sesiones de terapia; ya que se debieron tomar en cuenta sus rotaciones y turnos dobles. Conforme se avanzaba en el tratamiento se lograba completar la historia clínica y detallar la interpretación psicodinámica (metapsicología).

Finalmente, se aplicó el post-test por medio de la aplicación de las pruebas (EAD, EAA y EAE-S). Se evaluaron y se dio la devolución de los resultados a cada paciente de forma individual. Cabe recalcar que se les ofrecieron diferentes opciones para continuar terapia o para tenerlas en cuenta de necesitar en un futuro.

Simultáneamente, se elaboraba y redactaba el marco teórico de la investigación. También se recibió orientación del asesor de tesis Ricardo López, tanto para los temas teóricos como prácticos de este estudio.

Al finalizar el marco teórico y la metodología de investigación, se procedió a desarrollar los resultados, conclusiones y recomendaciones del estudio.

## **12. Limitaciones y delimitaciones de la investigación**

En el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitaciones:

- A pesar de lograr todos los permisos para aplicar el estudio en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá, se encontró resistencia de parte de la división de enfermería para permitir el contacto y facilitar el material al personal objetivo de esta investigación; además, no les facilitaban un tiempo para participar en el estudio. Por lo cual, sólo se les pudo contactar de forma secundaria, por esta razón el acercamiento con los participantes se hizo sin mediación de la institución mencionada.
- Se halló una gran resistencia de parte del personal de enfermería para participar en psicoterapia; por lo cual, se tuvo que modificar el tipo de muestreo, la muestra seleccionada y el diseño de la investigación.
- La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung ha sido validada en castellano únicamente en España, Colombia, entre otros. En Panamá aún queda pendiente esta validación.
- La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung ha sido validada en castellano únicamente en España, Perú, Colombia, México, entre otros. En Panamá aún queda pendiente esta validación.
- La Escala de Apreciación del Estrés socio-laboral no ha sido validada en Panamá, la misma contiene baremos provenientes de España.

- Dado que no es posible tener una muestra representativa, los resultados de esta investigación serán referidos exclusivamente al conjunto del personal de enfermería que participó del presente estudio; es decir, los datos no podrán generalizarse.
- Existe una escasez bibliográfica sobre investigaciones psicológicas realizadas en Panamá con personal de enfermería.

### **13. Modelo de análisis estadístico**

Para los análisis estadísticos de la Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (EAD), Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung (EAA) y Escala de apreciación de estrés socio-laboral (EAE-S) se utilizó un análisis descriptivo utilizando cuadros y gráficas para comparar los puntajes obtenidos. Se utilizó un análisis descriptivo, ya que por poseer una muestra reducida no se recomienda utilizar una prueba estadística.

El estado emocional de los sujetos durante el tratamiento fue medido clínicamente, basándose en la percepción subjetiva de cada individuo. El análisis de esta variable se realizó de forma descriptiva y no estadística.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

*“Para conseguir algún resultado en la vida es preciso tener paciencia, aburrirse, hacer y deshacer, volver a empezar y seguir de nuevo, sin que un impulso de cólera o un arrebato de la imaginación vengan a detener o desviar el trabajo diario”. Hippolyte Taine*

## CAPÍTULO IV.

### RESULTADOS

Los resultados de este estudio se presentan en tres secciones. En la primera sección se describe la muestra tomando en cuenta sus características demográficas, en la segunda sección se presentan los datos obtenidos por medio de la pre-prueba y pos-prueba y su análisis, y en la tercera sección se muestran las historias clínicas y su correspondiente interpretación psicodinámica detallada por medio de un análisis cualitativo.

#### 1. Datos sociodemográficos y análisis descriptivo de la muestra de estudio

CUADRO I  
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Sujeto	Sexo	Edad	Escolaridad	Continuidad laboral como enfermero(a)	Lugar de trabajo	Trabajos actuales	Diagnóstico según DSM-IV-TR
A	Femenino	51	Postgrado	21 años	Hospital	1	F41.1
B	Femenino	53	Postgrado	17 años	Hospital	2	F41.1
C	Femenino	40	Maestría	12 años	Hospital	1	F41.1
D	Masculino	38	-	-	Hospital	1	-

Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Se pueden apreciar en el cuadro I las características de la muestra según sexo, edad, escolaridad, continuidad laboral como enfermero(a) y el diagnóstico psicológico según el DSM-IV-TR. Esta muestra está constituida por 4 sujetos (3 mujeres y 1 hombre) distribuidos entre la etapa de adultez intermedia y la finalización de la etapa de adultez temprana. El sujeto más joven de treinta y ocho años, y el mayor de cincuenta y tres años de edad. La escolaridad de los sujetos es de postgrado y maestría. La continuidad laboral en sus roles de enfermero(a) promedia dieciséis años y medio de servicio. La totalidad de la muestra actualmente trabaja en hospitales y, de ellos, sólo 1 sujeto posee dos trabajos simultáneamente. El 100% de la muestra tiene un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada basado en el DSM-IV-TR.



## 2. Datos obtenidos de la prueba de hipótesis y su análisis

La hipótesis principal del estudio plantea que:

“Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral una vez culminado el tratamiento”.

Por lo tanto se procederá a analizar cada una de las variables por separado: ansiedad, depresión y estrés socio-laboral.

### 2.1. Variable ansiedad

**CUADRO II**  
**ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG (EAA)**  
**VARIABLE ANSIEDAD**  
**COMPARACIÓN ENTRE LA PRE-PRUEBA Y POS-PRUEBA DEL GRUPO**

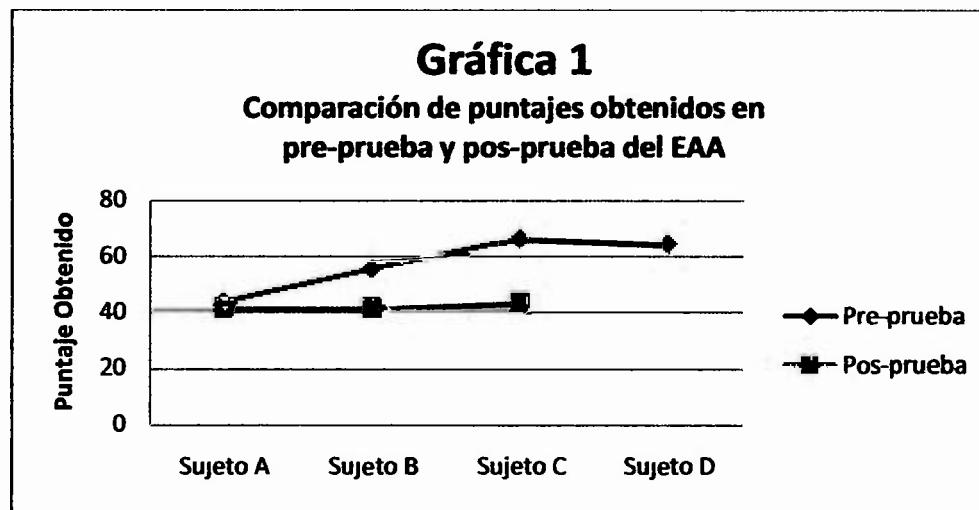
Sujeto	A	B	C	D
Pre-prueba	43	55	66	64
Pos-prueba	41	41	43	-

Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

La hipótesis

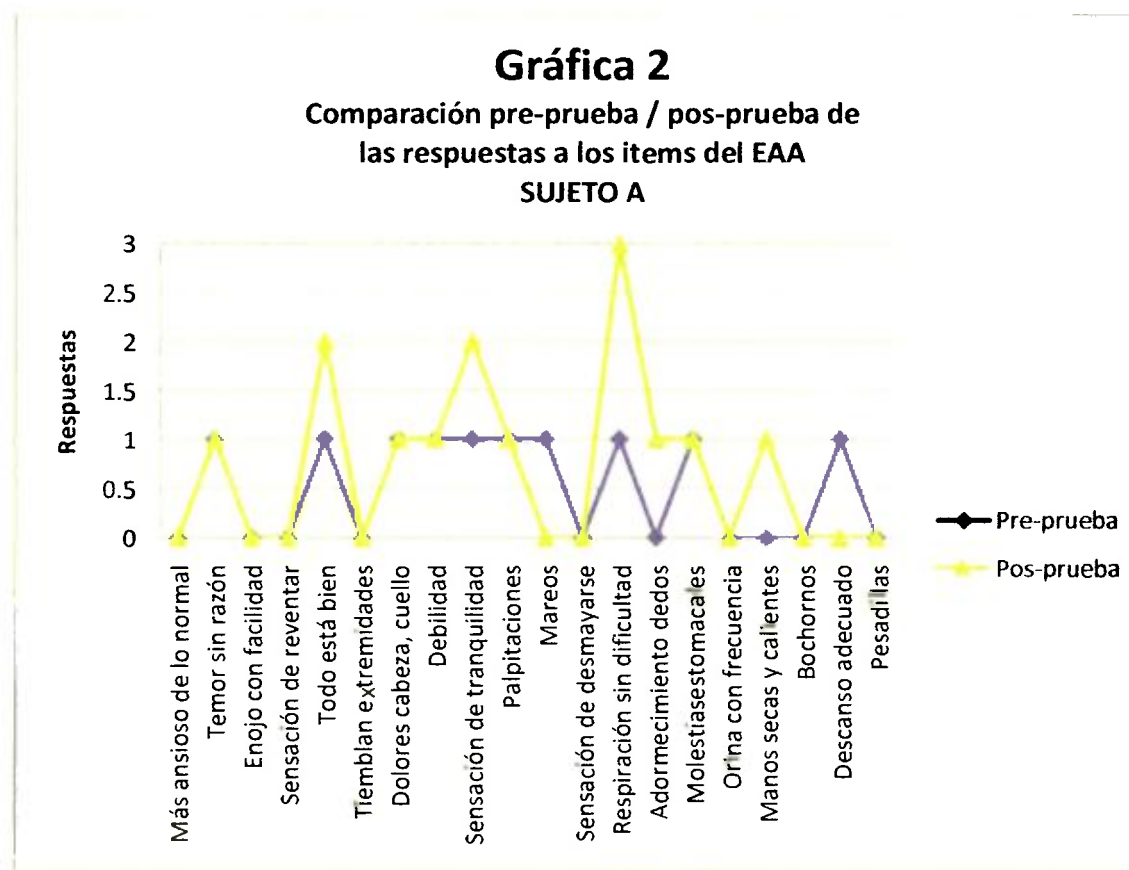
H<sub>0</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada no reportarán una disminución en los niveles de ansiedad una vez culminado el tratamiento.

H<sub>1</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de ansiedad una vez culminado el tratamiento.



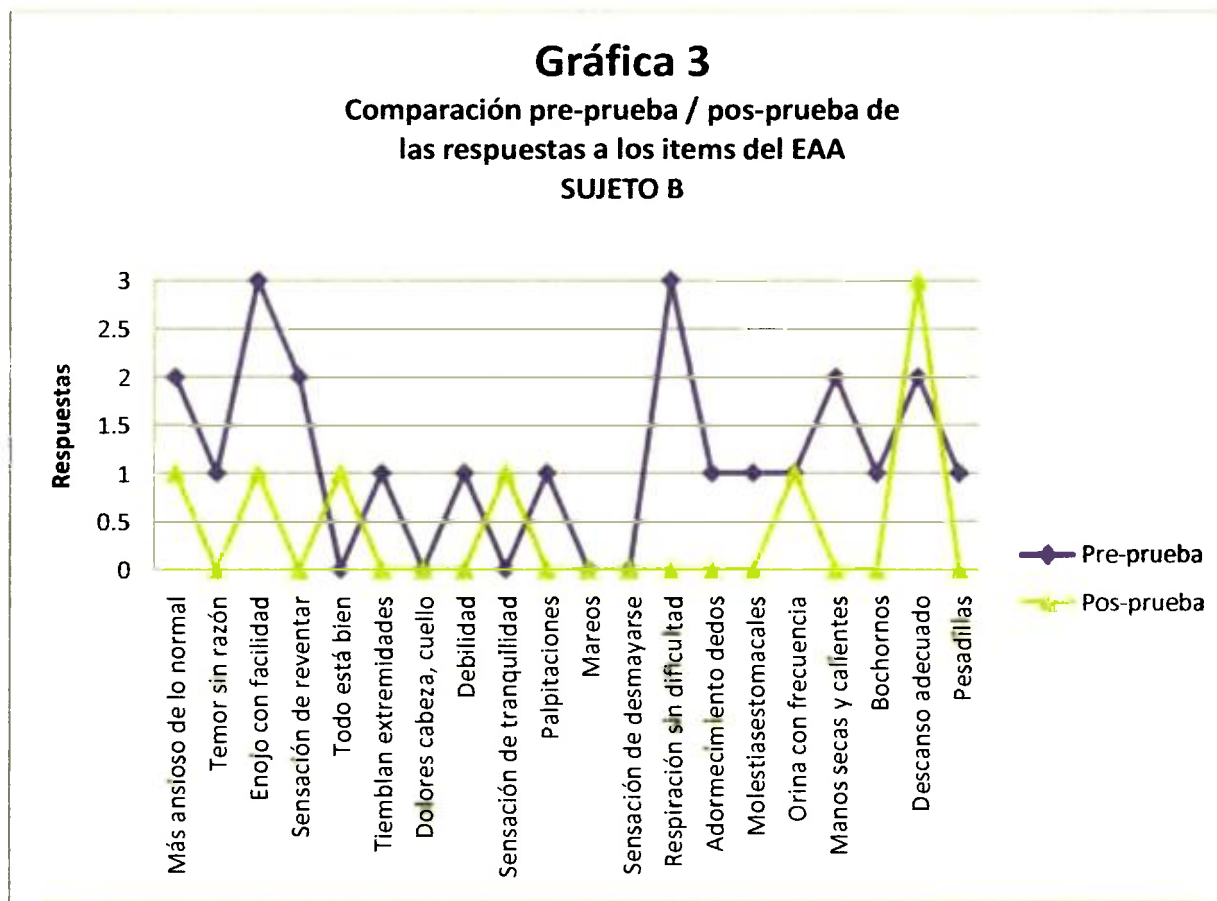
Fuente de los datos. Jacqueline Vallarino, 2012

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 1 podemos describir los siguientes resultados: Todos los sujetos que finalizaron la terapia mostraron una disminución en la variable ansiedad. La menor diferencia (pre-prueba vs. pos-prueba) obtenida es de 2 puntos y la mayor diferencia es de 23 puntos; la media sería de unos 13 puntos de diferencia entre los resultados de pre-prueba y pos-prueba de la variable ansiedad. Aunque los sujetos mostraron una disminución en la variable ansiedad, es importante mencionar que inicialmente (pre-prueba) los sujetos C y D marcaron el mayor puntaje del grupo el cual representa una ansiedad marcada a severa, mientras que el sujeto B marcó una ansiedad moderada y el sujeto A una ansiedad normal; al evaluar en la pos-prueba todos los que finalizaron el tratamiento marcaron un nivel normal en cuanto a la variable ansiedad (ausencia). Cabe recalcar que 1 sujeto no culminó el estudio, por lo cual no se están tomando sus datos en consideración para la discusión de resultados.



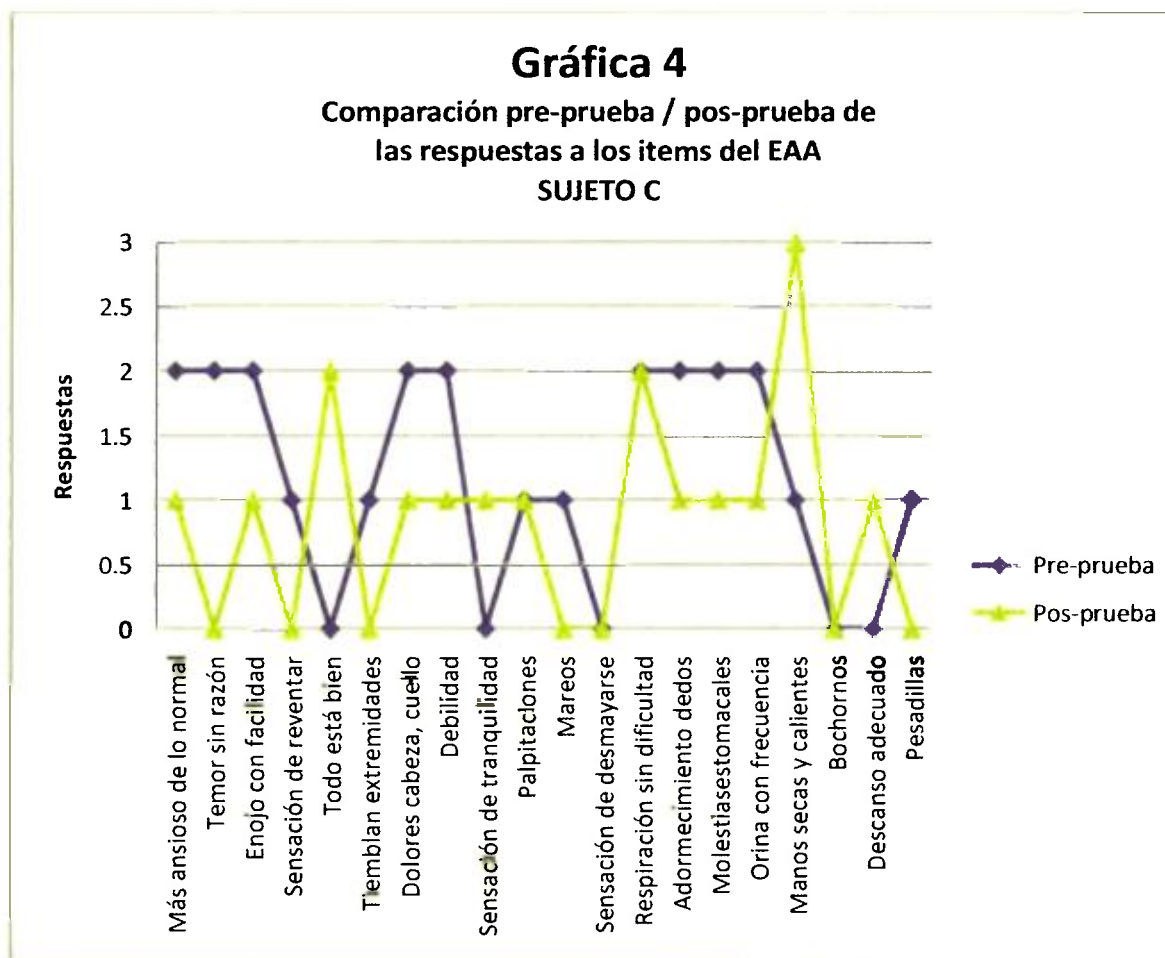
Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 2 podemos notar que luego del tratamiento, el sujeto A presentó un aumento en la sensación de bienestar y tranquilidad en su vida y los mareos desaparecieron. Las variables indicadoras de ansiedad se mantuvieron en gran parte estables (14 ítems). Por otro lado, se distingue que comenzó a presentar adormecimiento hinchazón en dedos acompañado de manos secas y calientes, y dificultad para conciliar el sueño o descansar adecuadamente durante la noche. A pesar de esto, su nivel de ansiedad es normal (ausencia) tanto en la pre-prueba como en la pos-prueba donde disminuyó 2 puntos.



Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 3 podemos notar que luego del tratamiento, el sujeto B presentó un aumento en su sensación de bienestar y de tranquilidad, y en la capacidad para descansar adecuadamente. Las variables indicadoras de ansiedad disminuyeron en su mayoría (13 ítems) o cuando menos se mantuvieron estables (4 ítems). Cabe destacar la disminución significativa de las variables: enojo con facilidad, sensación de reventar, respiración con dificultad, manos secas y calientes.



Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 4 podemos observar que luego del tratamiento, el sujeto C presentó un aumento en su sensación de bienestar y de tranquilidad, así mismo se puede observar un aumento en la capacidad para descansar adecuadamente. Las variables indicadoras de ansiedad disminuyeron en su mayoría (12 ítems) o cuando menos se mantuvieron estables (4 ítems), sólo aumentó la sensación de manos secas y calientes (1 ítem).

## 2.2. Variable depresión

**CUADRO III**  
**ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (EAD)**  
**VARIABLE DEPRESIÓN**  
**COMPARACIÓN ENTRE LA PRE-PRUEBA Y POS-PRUEBA DEL GRUPO**

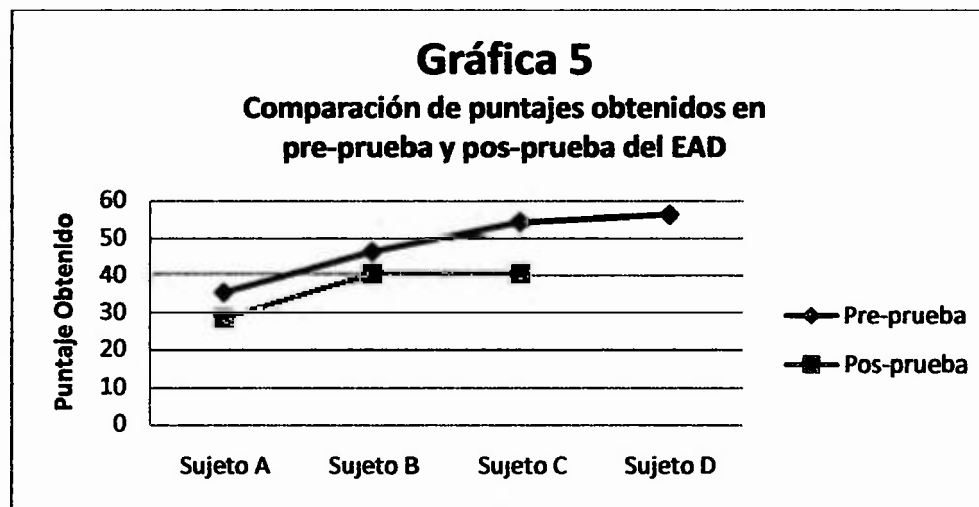
Sujeto	A	B	C	D
Pre-prueba	35	46	54	56
Pos-prueba	28	40	40	-

Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

La hipótesis

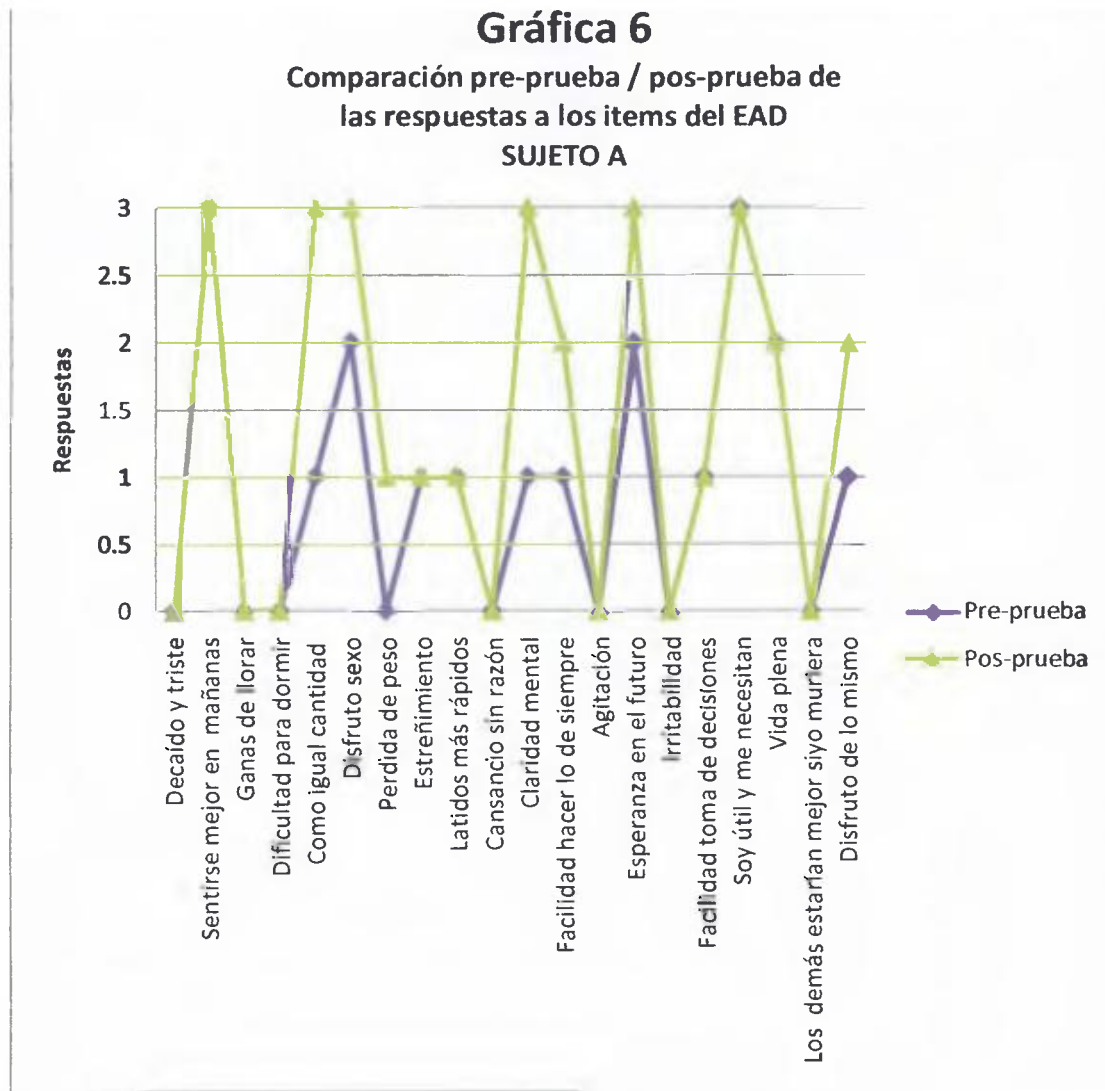
H<sub>0</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada no reportarán una disminución en los niveles de depresión una vez culminado el tratamiento.

H<sub>1</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de depresión una vez culminado el tratamiento.



Fuente de los datos Jacqueline Vallarino, 2012

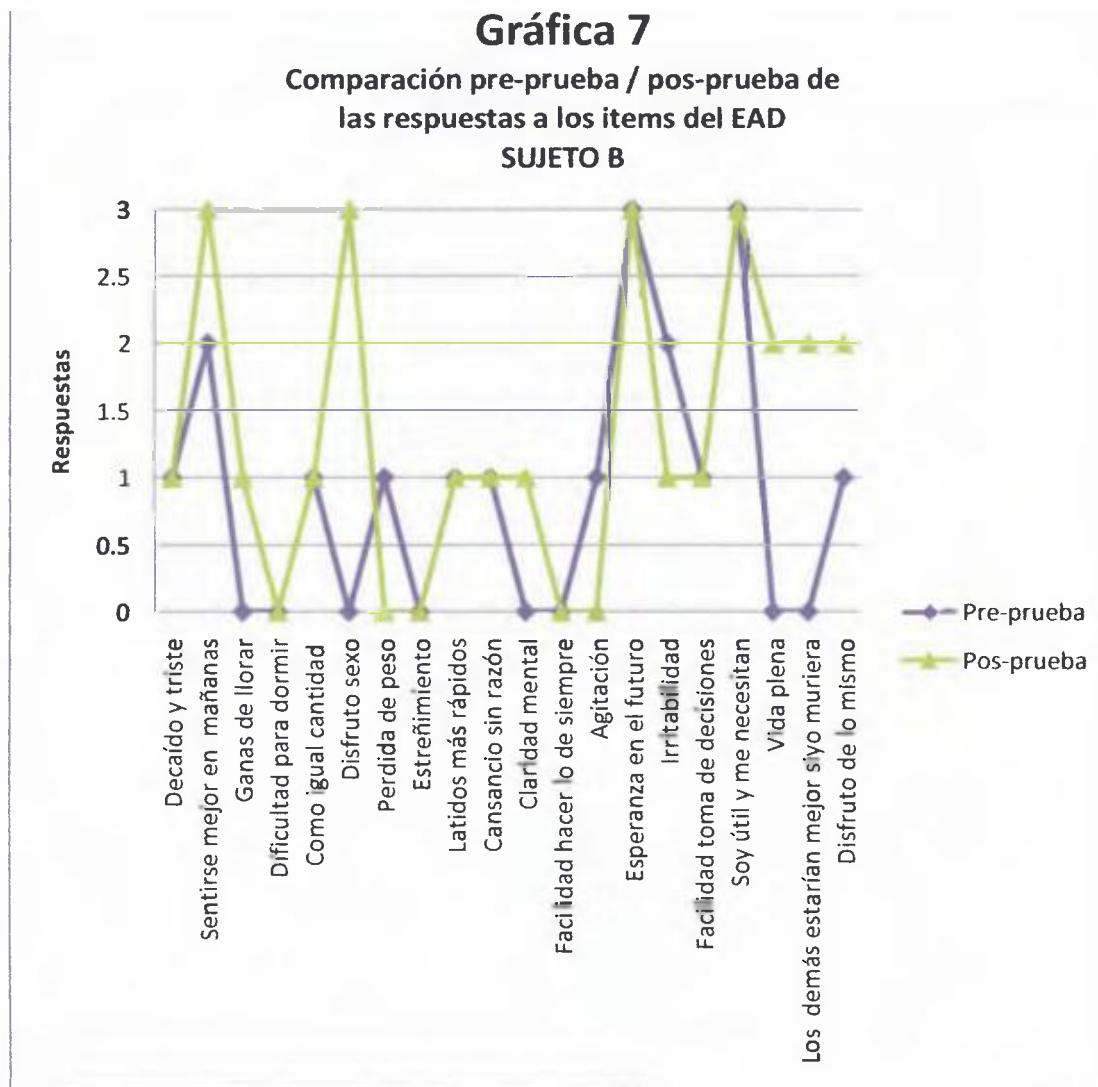
De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 5 podemos describir los siguientes resultados: Todos los sujetos que finalizaron la terapia mostraron una disminución en la variable depresión. La menor diferencia (pre-prueba vs. pos-prueba) obtenida es de 6 puntos y la mayor diferencia es de 14 puntos; la media sería de unos 9 puntos de diferencia entre los resultados de pre-prueba y pos-prueba de la variable depresión. Aunque los sujetos mostraron una disminución en la variable depresión, es importante mencionar que inicialmente (pre-prueba) sólo los sujetos C y D calificaron como ligeramente deprimidos y los demás obtuvieron un rango normal en cuanto a la depresión (ausencia); al evaluar en la pos-prueba, todos los que finalizaron el tratamiento marcaron un nivel normal en cuanto a la variable depresión (ausencia). Cabe recalcar que 1 sujeto no culminó el estudio, por lo cual no se están tomando sus datos en consideración para la discusión de resultados.



Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

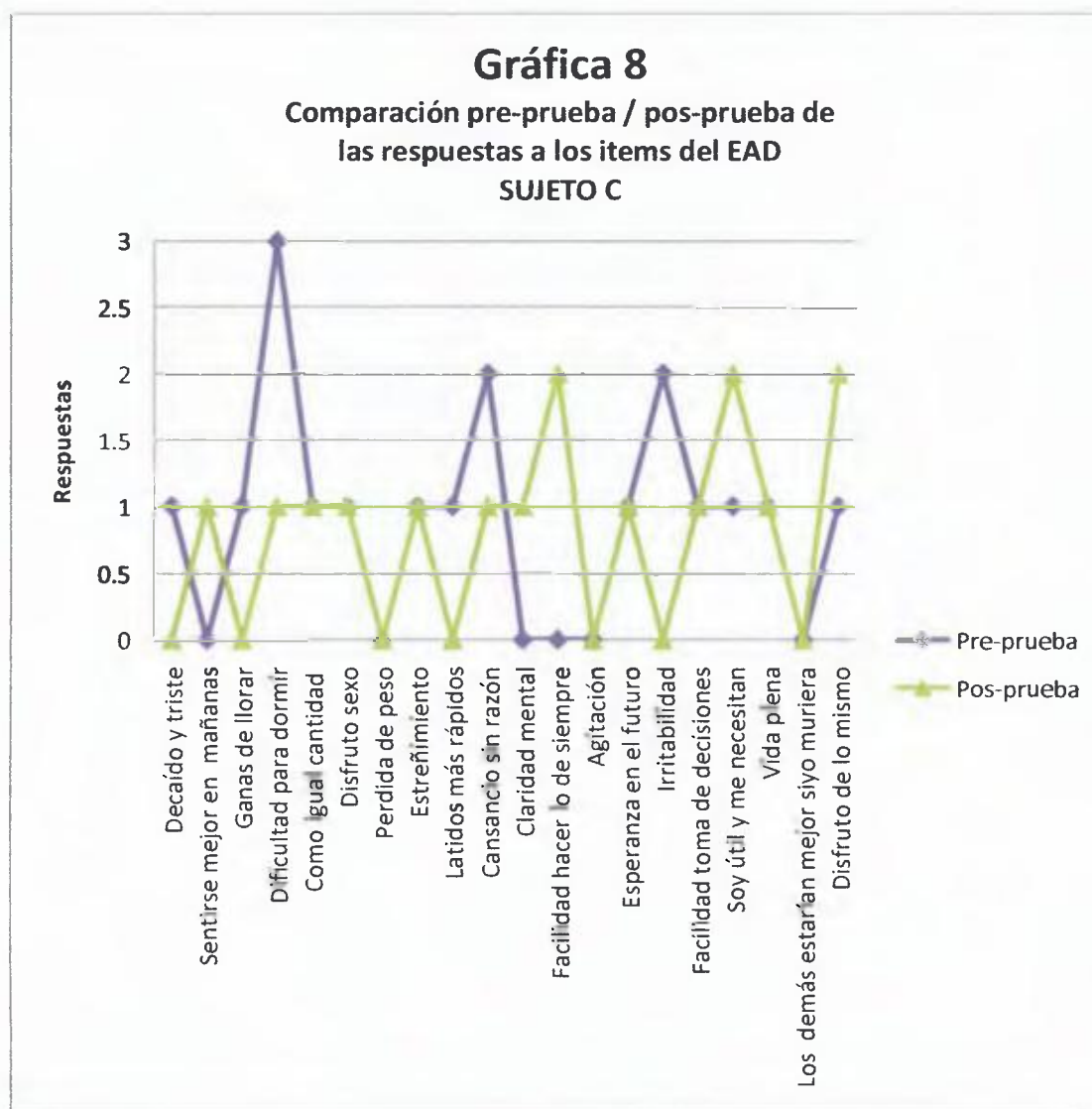
De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 6 podemos observar que luego del tratamiento, el sujeto A presentó un aumento en su satisfacción sexual, claridad mental, facilidad de hacer lo de siempre, esperanza en el futuro, deleite de las actividades que anteriormente disfrutaba y reguló su ingesta (6 ítems saludables). Las variables indicadoras de depresión se mantuvieron estables en su mayoría (13 ítems), sólo aumentó la pérdida de peso.





Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 7 podemos observar que luego del tratamiento, el sujeto B presentó un aumento en las siguientes variables: sentirse mejor en las mañanas, disfrute del sexo, claridad mental, vida plena y deleite de las actividades que disfrutaba antes (5 ítems saludables). Algunas variables indicadoras de depresión disminuyeron (3 ítems) y la mayoría se mantuvieron estables (10 ítems); sin embargo, aumentaron las variables ganas de llorar y estarían mejor si yo muriera (2 ítems).



Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 8 podemos observar que luego del tratamiento, el sujeto C presentó un aumento en las variables: sentirse mejor en las mañanas, claridad mental, facilidad para hacer lo de siempre, sensación de utilidad y deleite de las actividades que disfrutaba antes (5 ítems saludables). Algunas variables indicadoras de depresión disminuyeron (6 ítems); pero, en su mayoría, se mantuvieron estables (9 ítems).

### 2.3. Variable estrés socio-laboral

**CUADRO IV**  
**ESCALA DE ESTRÉS SOCIO-LABORAL (EAE-S)**  
**VARIABLE ESTRÉS SOCIO-LABORAL**  
**COMPARACIÓN ENTRE LA PRE-PRUEBA Y POS-PRUEBA DEL GRUPO**

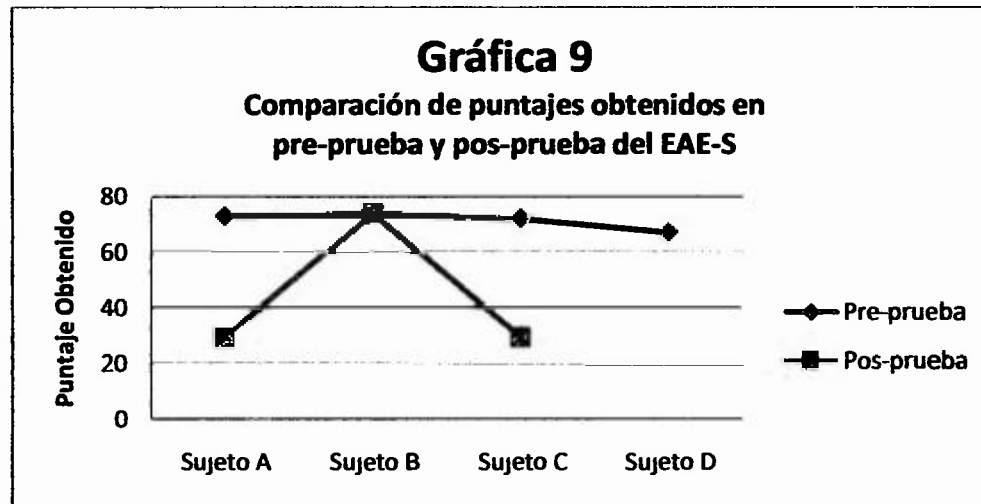
Sujeto	A	B	C	D
Pre-prueba	73	74	72	67
Pos-prueba	29	74	29	-

Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

La hipótesis

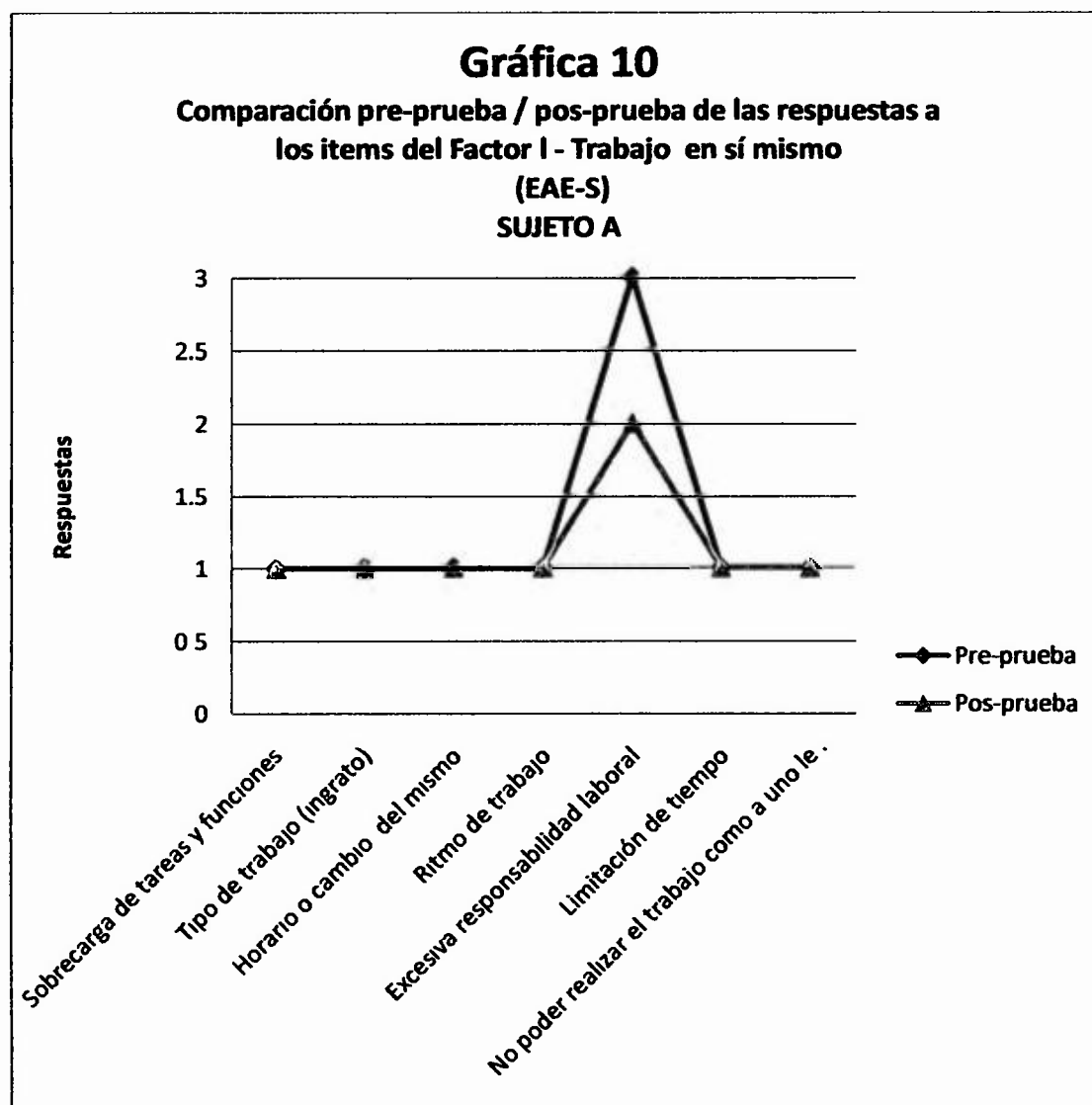
H<sub>0</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada no reportarán una disminución en los niveles de estrés socio-laboral una vez culminado el tratamiento.

H<sub>1</sub>: Los(as) enfermeros(as) diagnosticados(as) con ansiedad que reciban psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada reportarán una disminución en los niveles de estrés socio-laboral una vez culminado el tratamiento.



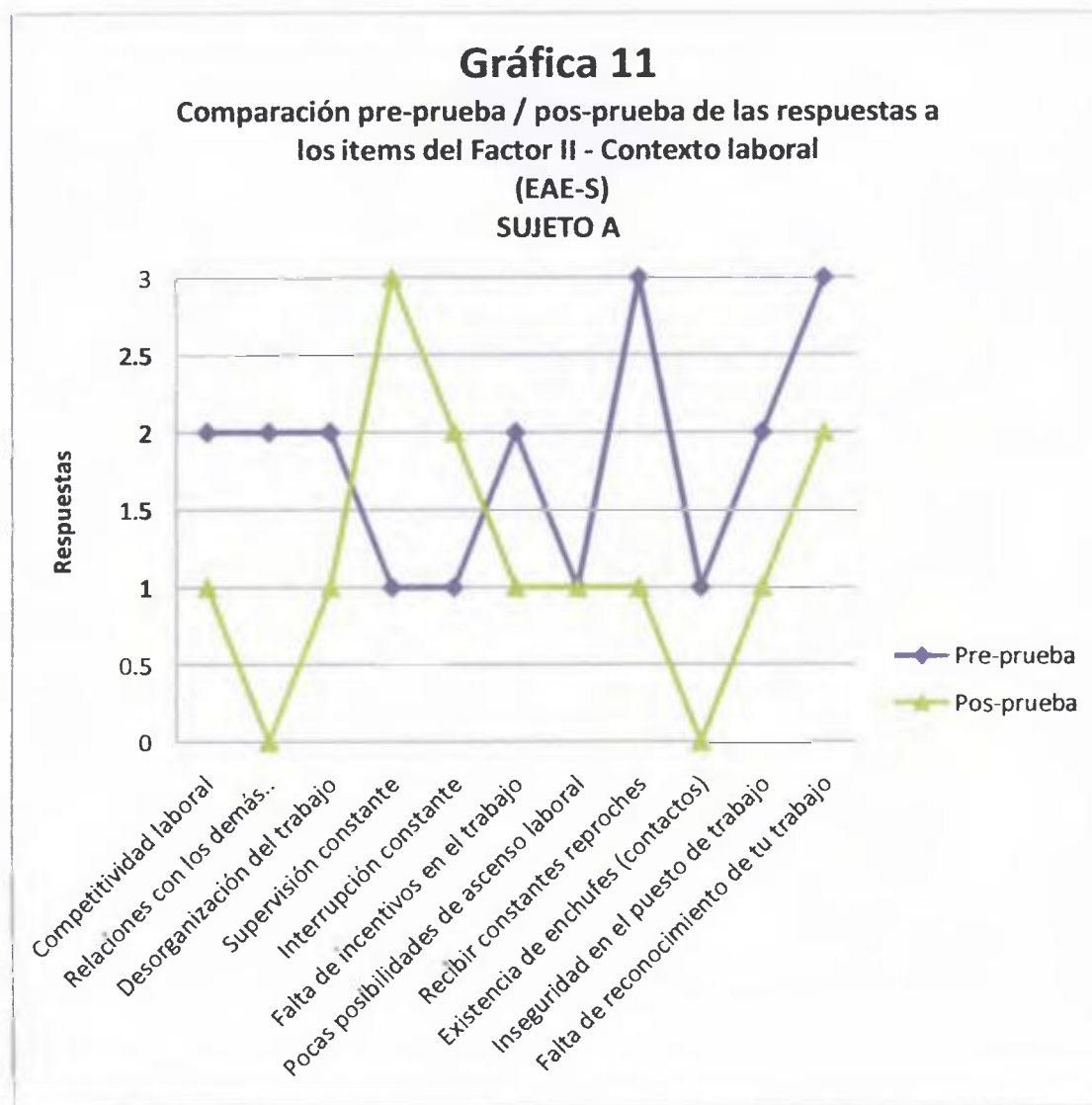
Fuente de los datos Jacqueline Vallarino, 2012

De acuerdo con los datos reflejados en la gráfica 9 podemos describir los siguientes resultados: 2 de los sujetos mostraron una disminución en la variable estrés al finalizar la terapia y 1 sujeto no marcó diferencia de puntajes. La menor diferencia (pre-prueba vs. pos-prueba) obtenida es de 0 puntos y la mayor diferencia es de 44 puntos; la media sería de unos 29 puntos de diferencia entre los resultados de pre-prueba y pos-prueba de la variable estrés. La totalidad de los sujetos calificaron con estrés laboral elevado en la pre-prueba; al evaluar en la pos-prueba, 2 de los sujetos que finalizaron el tratamiento marcaron un nivel normal en cuanto a la variable estrés (ausencia) y otro no marcó diferencia alguna. El sujeto que no marcó diferencia de puntajes era el que mostraba mayor desorganización en su vida y deseaba continuar con la psicoterapia al finalizar el estudio. Cabe recalcar que 1 sujeto no culminó el estudio, por lo cual no se están tomando sus datos en consideración para la discusión de resultados.



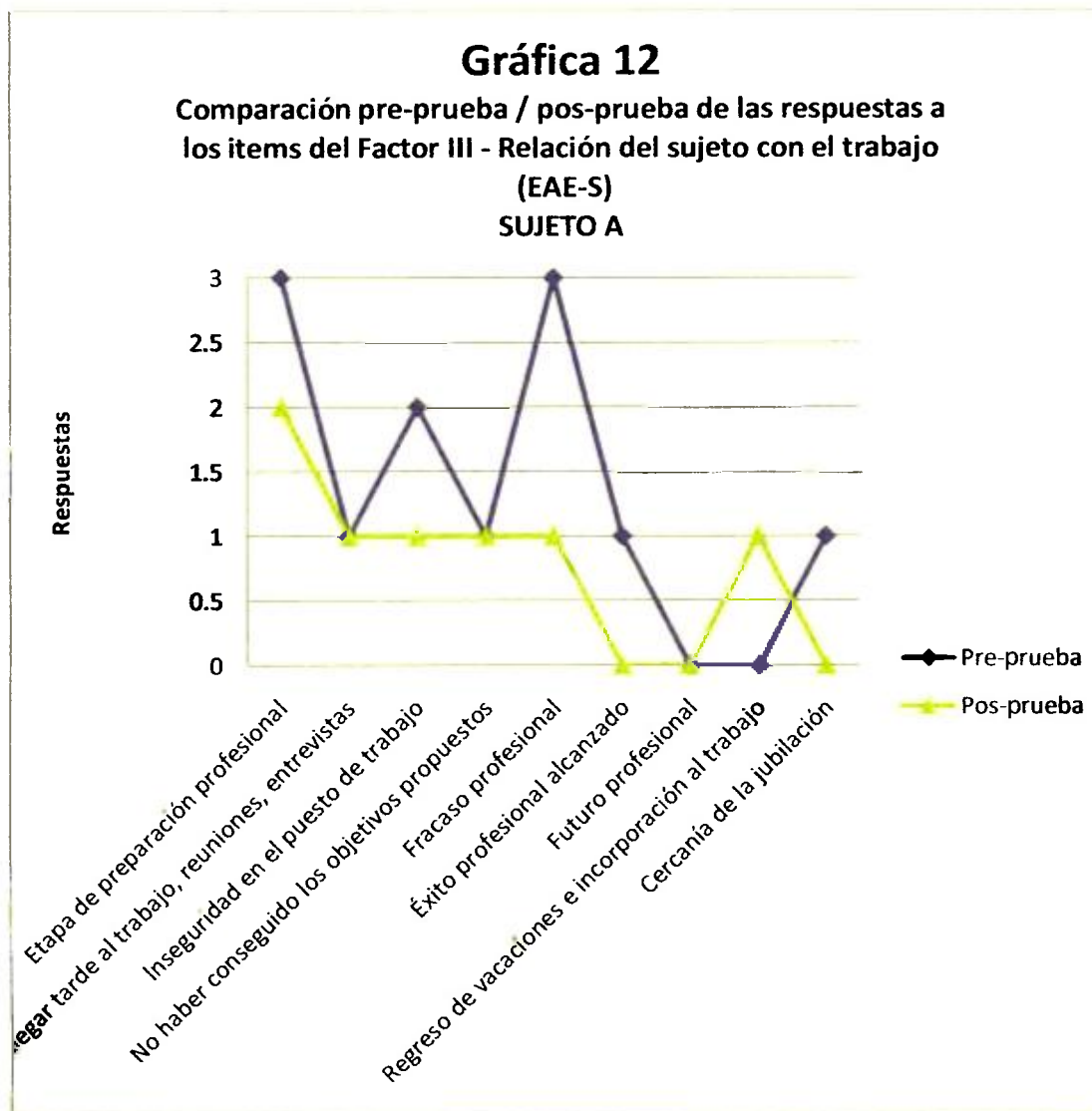
Fuente de los datos. Jacqueline Vallarino, 2012

Los datos reflejados en la gráfica 10 muestran los siguientes resultados: El sujeto A disminuyó su estrés referente a la excesiva responsabilidad en el trabajo, mientras que los demás 6 ítems del Factor I (trabajo en sí mismo) no mostraron cambios al recibir y finalizar la psicoterapia



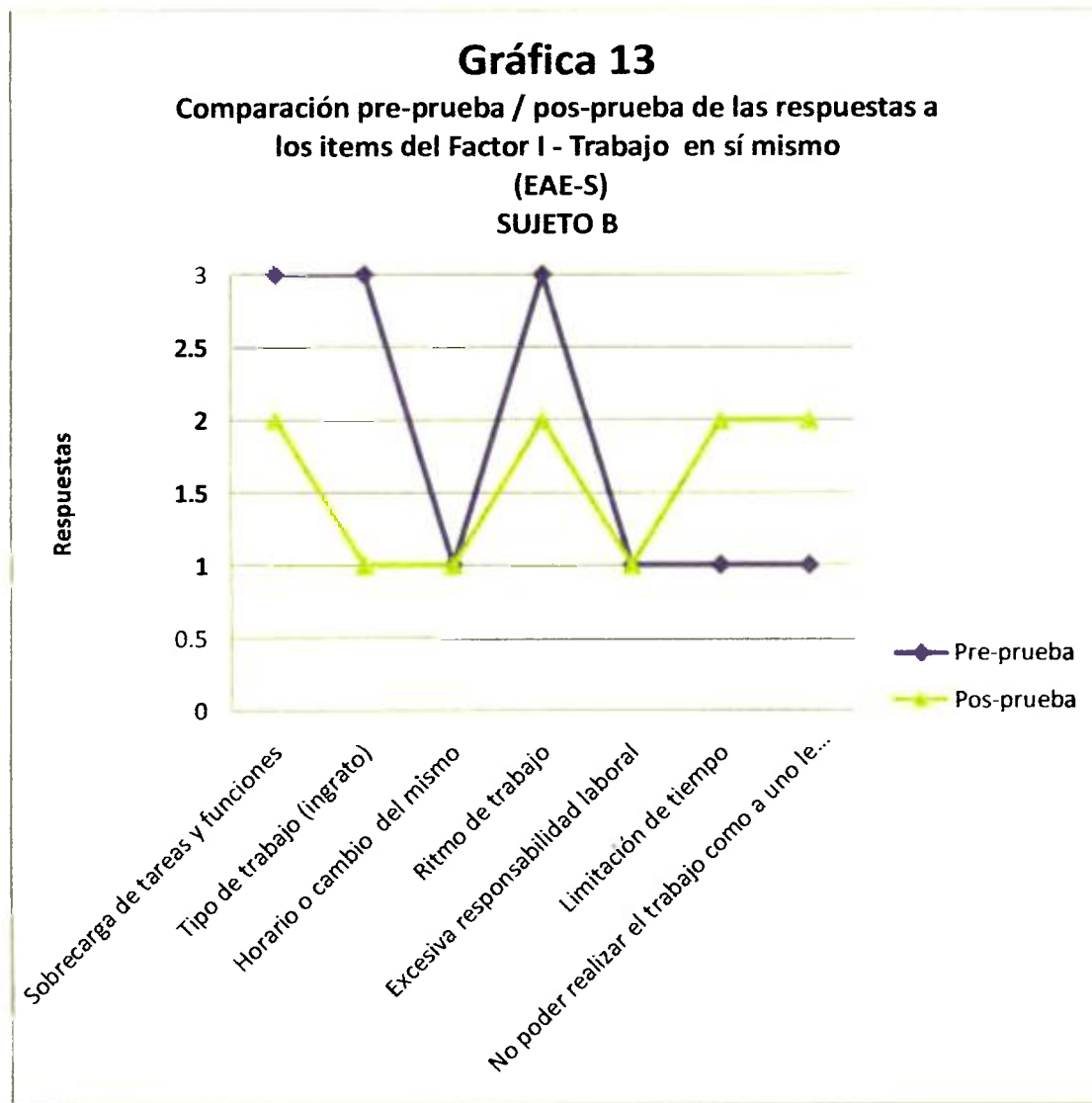
Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 11 revelan los siguientes resultados: Después de recibir el tratamiento, el sujeto A disminuyó su estrés referente a la mayoría de ítems (8) del Factor II (contexto laboral), tales como: competitividad laboral, relaciones con los demás, desorganización del trabajo, falta de incentivos en el trabajo, recibir constantes reproches, existencia de enchufes, inseguridad en el puesto de trabajo y falta de reconocimiento de su trabajo. En 2 ítems hubo un aumento de estrés: supervisión constante e interrupción constante. Por último, se mantuvo el nivel de estrés presentado por las pocas posibilidades de ascenso laboral.



Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 12 manifiestan los siguientes resultados: Después de recibir el tratamiento, el sujeto A disminuyó su estrés referente a la mayoría de ítems (5) del Factor III (relación del sujeto con el trabajo), tales como: etapa de preparación profesional, inseguridad en el puesto de trabajo, fracaso profesional, éxito profesional alcanzado y cercanía a la jubilación. En 1 ítem hubo un aumento de estrés: regreso de vacaciones e incorporación al trabajo. Finalmente, se mantuvo el nivel de estrés en 3 ítems: llegar tarde al trabajo o reuniones, no haber conseguido los objetivos propuestos y el futuro profesional (estrés nulo).



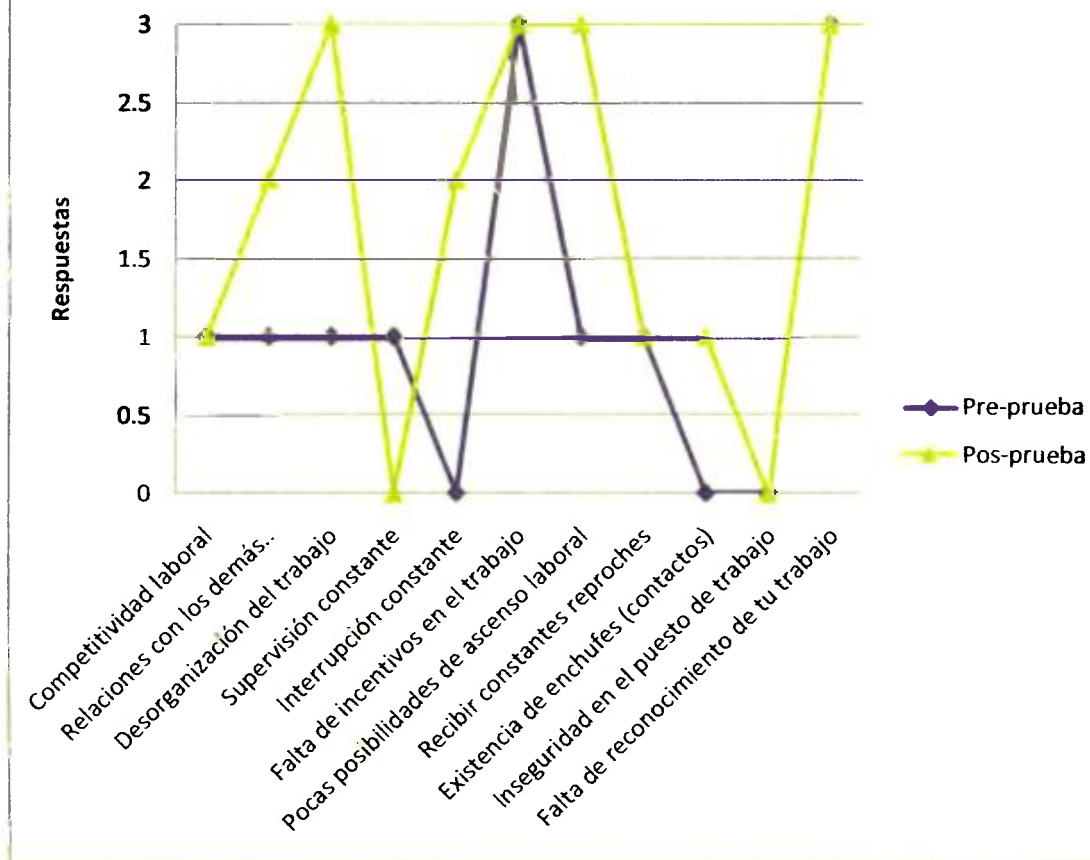
Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 13 muestran los siguientes resultados: Luego de recibir el tratamiento, el sujeto B disminuyó su estrés en 3 ítems del Factor I (trabajo en sí mismo): sobrecarga de tareas y funciones, tipo de trabajo (por lo ingrato que es) y ritmo de trabajo. Mostró un aumento de estrés en 2 ítems: limitación del tiempo y el no poder realizar el trabajo como a uno le gusta. Por último, mantuvo el mismo nivel de estrés provocado por los horarios o cambios del mismo y la excesiva responsabilidad laboral (2 ítems).



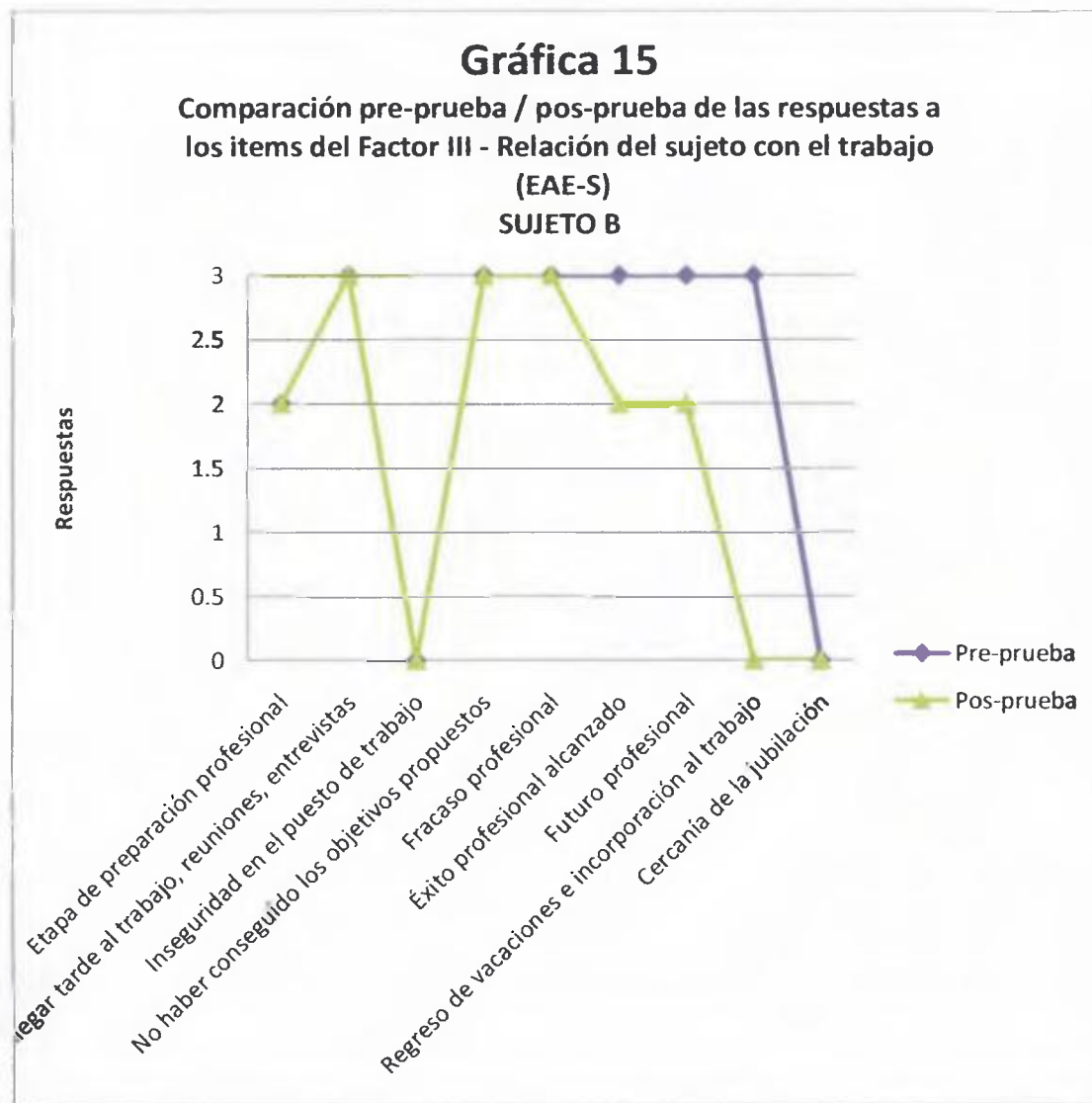
## Gráfica 14

Comparación pre-prueba / pos-prueba de las respuestas a los ítems del Factor II - Contexto laboral (EAE-S)  
SUJETO B



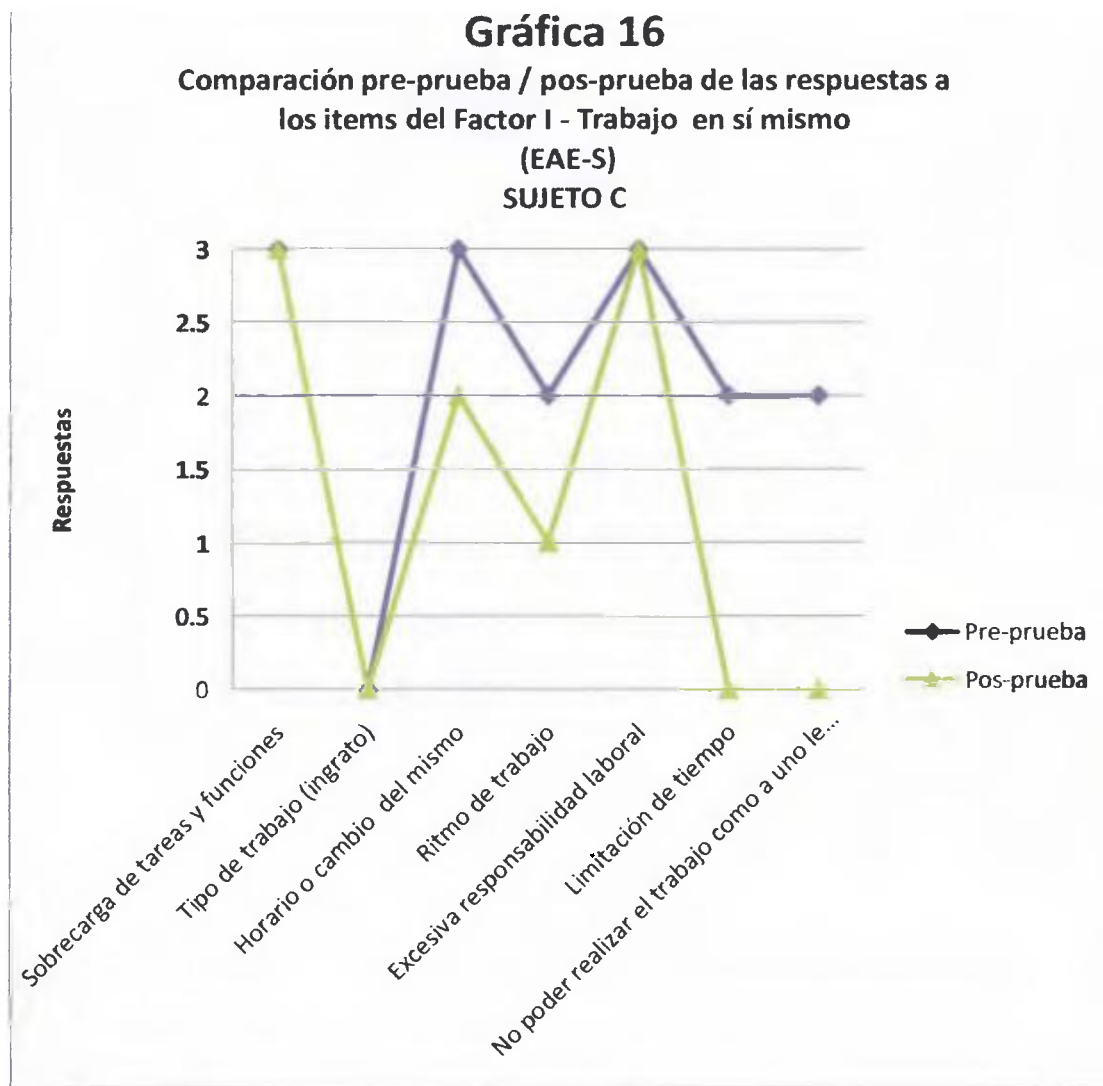
Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 14 muestran los siguientes resultados: Después de recibir el tratamiento, el sujeto B disminuyó su estrés respecto a la supervisión constante. El nivel de estrés aumentó en 5 de los ítems del Factor II (contexto laboral), tales como: relaciones con los demás, desorganización del trabajo, interrupción constante, pocas posibilidades de ascenso laboral y existencia de enchufes. Por último, se mantuvo el nivel de estrés presentado por la competitividad laboral, la falta de incentivos en el trabajo, el recibir constantes reproches, la inseguridad en el puesto de trabajo (estrés nulo) y la falta de reconocimiento de su trabajo (5 ítems).



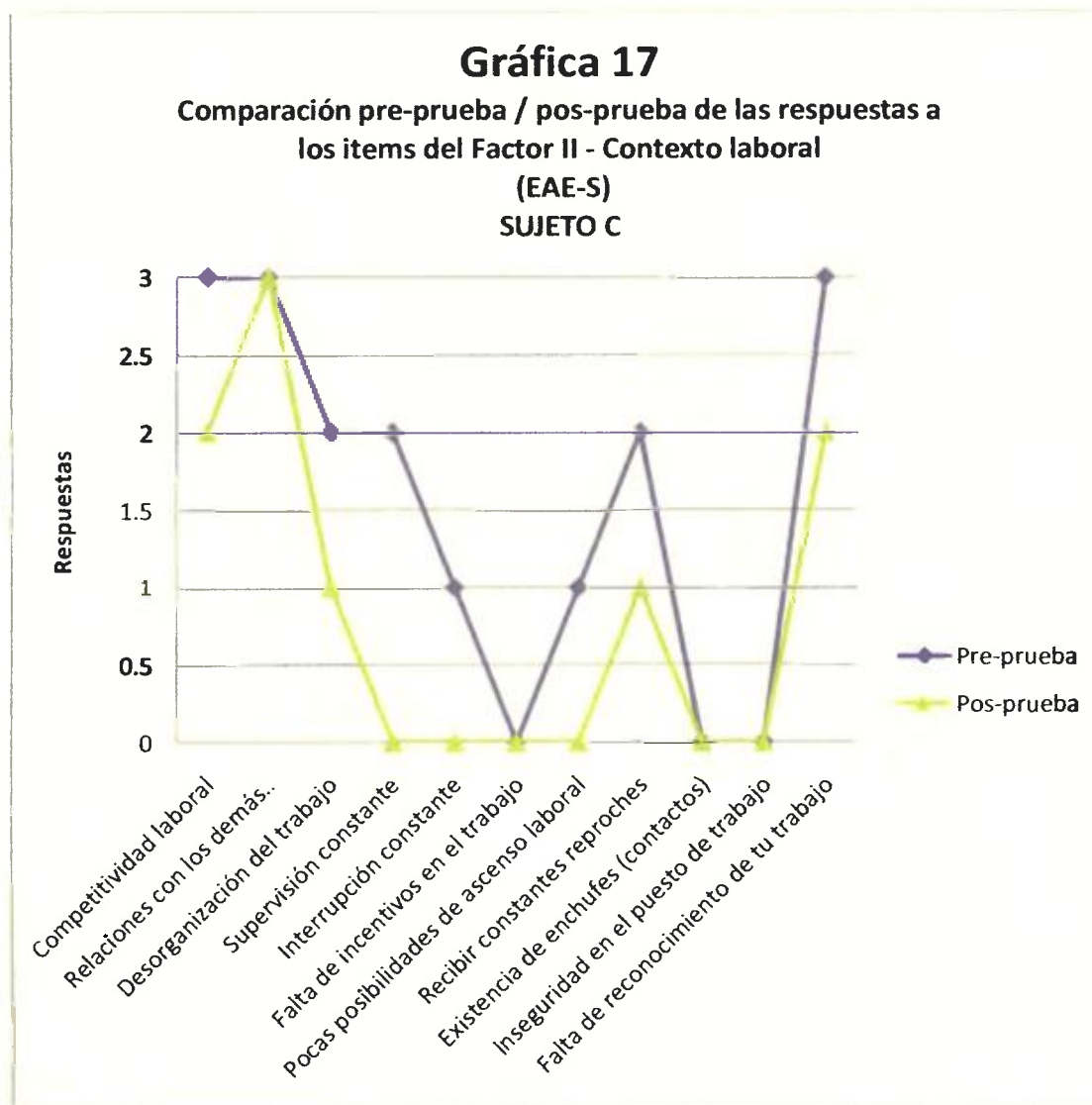
Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 15 manifiestan los siguientes resultados: Después de recibir el tratamiento, el sujeto B disminuyó su estrés referente a 3 ítems del Factor III (relación del sujeto con el trabajo), tales como: éxito profesional alcanzado, futuro profesional y regreso de vacaciones e incorporación al trabajo. En ningún ítem aumentó el nivel de estrés. Finalmente, se mantuvo el nivel de estrés en 6 ítems: etapa de preparación profesional, llegar tarde al trabajo o reuniones, inseguridad en el puesto de trabajo, no haber conseguido los objetivos propuestos, fracaso profesional y cercanía a la jubilación (estrés nulo).



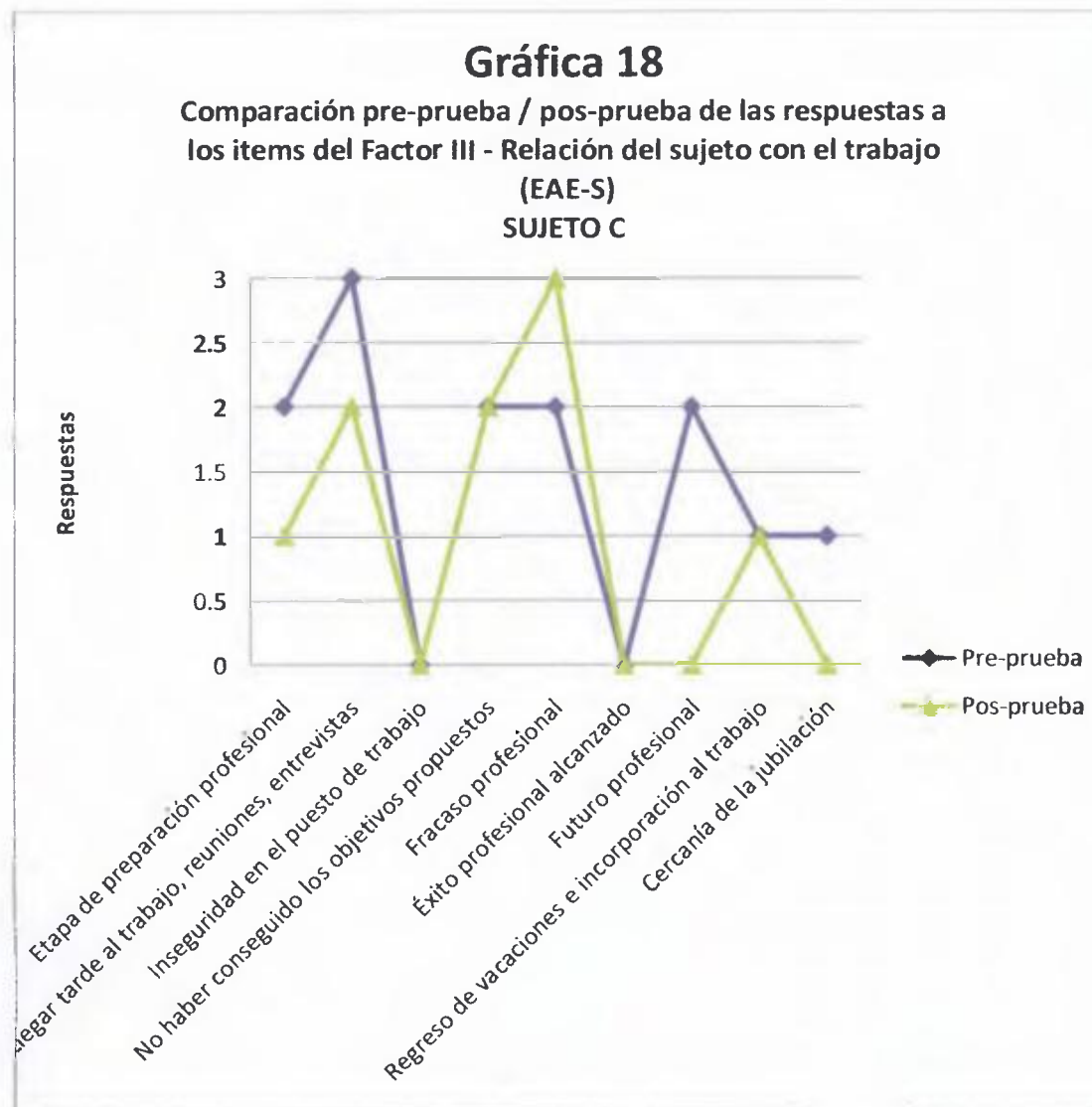
Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 16 revelan los siguientes resultados: Luego de recibir el tratamiento, el sujeto C disminuyó su estrés en 4 ítems del Factor I (trabajo en sí mismo): horario o cambio del mismo, ritmo de trabajo, limitación de tiempo y no poder realizar el trabajo como a uno le gusta. Mantuvo el mismo nivel de estrés provocado por la sobrecarga de tareas y funciones, el tipo de trabajo por lo ingrato que es (estrés nulo) y la excesiva responsabilidad laboral (3 ítems). Ningún ítem del Factor I mostró aumento de estrés en el sujeto C.



Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 17 muestran los siguientes resultados: Después de recibir el tratamiento, el sujeto C disminuyó su estrés respecto a la mayoría de los ítems (6 ítems) del Factor II (contexto laboral): competitividad laboral, desorganización del trabajo, supervisión constante, interrupción constante, pocas posibilidades de ascenso laboral, recibir constantes reproches y falta de reconocimiento de su trabajo. En 4 ítems mantuvo el mismo nivel de estrés presentado por las relaciones con los demás, la falta de incentivos en el trabajo (estrés nulo), existencia de enchufes (estrés nulo) y la inseguridad en el puesto de trabajo (estrés nulo). Ningún ítem del Factor II mostró aumento de estrés en el sujeto C.



Fuente de los datos: Jacqueline Vallarino, 2012.

Los datos reflejados en la gráfica 18 manifiestan los siguientes resultados: Después de recibir el tratamiento, el sujeto C disminuyó su estrés referente a 4 ítems del Factor III (relación del sujeto con el trabajo), tales como: etapa de preparación profesional, llegar tarde al trabajo o reuniones, futuro profesional y cercanía de la jubilación. Presentó un aumento de estrés en el punto referente al fracaso profesional. Por último, se mantuvo el nivel de estrés en cuatro puntos: inseguridad en el puesto de trabajo (estrés nulo), no haber conseguido los objetivos propuestos, éxito profesional alcanzado (estrés nulo) y regreso de vacaciones e incorporación al trabajo.

### 3. Historias clínicas e interpretación psicodinámica

#### 3.1. Sujeto A

##### Datos Personales

Nombre: Sujeto A

Sexo: Femenino

Edad: 51

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Postgrado

Lugar de trabajo: Hospital

Continuidad laboral como enfermera: 21 años

Personas con quienes convive: Esposo (46 años), 2 hijos varones (19 y 23 años)

Referida por: C.S.

Aplicación pre-prueba: Octubre de 2012

Aplicación pos-prueba: Diciembre de 2012

#### I. Planteamiento general del problema

**a. Motivo de consulta manifiesto:** Se ha interesado en participar en el estudio para saber qué le sale y porque quiere ser parte de un estudio, ya que antes no lo había sido. Indagando más, menciona que desea saber cómo le afecta el trabajo y ver cómo puede mejorar su estrés. La paciente está consciente de que hace muchos años presenta problemas de estrés.

Sus expectativas en cuanto a la psicoterapia son:

- Ayudarle a desenvolverse mejor le cuesta entablar una conversación con alguien (fuera de su familia).
- Estar consciente si le hace daño a alguien por medio de sus actos y mejorar
- No criticar tanto a los demás
- No ser tan miedosa a los cambios y al relacionarse con terceros.

**b. Motivo de consulta latente:** El tema del estudio está relacionado con la ansiedad crónica que ha sufrido la paciente desde muy temprana edad, lo cual pareciera haberle llamado la atención y decidido así buscar algunas respuestas o ayuda. Parece estar buscando validación y una manera de aprender a relacionarse con terceros sin ser juzgada o sin preocuparse por lastimar al otro

## **II. Registro de la enfermedad presente.**

La paciente comenta que toda la vida ha sufrido de estrés, desde que era estudiante. Según la paciente, la primera vez que fue consciente de su marcado estrés fue como estudiante de licenciatura. Cree que aparecieron estos síntomas a causa de su falta de experiencia y conocimiento, lo que le provocaba temor. También influyó que debía de cumplir con muchas tareas en determinado tiempo: “trabajo con el reloj”.

En la licenciatura, la profesora de salud mental le recomendó ir donde un psiquiatra que le diagnosticó estrés y le recetó Urbadan (ansiolítico) para los momentos en que se sentía muy agobiada. Su profesora le advirtió que sólo tomase media Urbadan y que en lo posible no la tomara, ya que una vez iniciara a tomar pastillas iba a depender toda su vida de éstas. Por lo cual, la paciente decidió no tomar la pastilla y utilizó el autocontrol para poder seguir adelante, incluso con el estrés que sentía.

El periodo de mayor crisis de estrés comenta que ha sido cuando sus hijos estaban en la escuela (por las notas y conducta).

En postgrado, en el año presente, tuvo una crisis de estrés mientras el papá estuvo hospitalizado. Comenzó a presentar los siguientes síntomas: dolor de nuca, de espalda y de cabeza. Pasó todas sus vacaciones cuidando a su padre en el hospital. Le recetaron Valium, pero decidió no tomarlas. Aún tiene las Valium guardadas.

Actualmente, en el trabajo le causa estrés el tomar decisiones importantes cuando queda de turno o debe supervisar a enfermeras con menos experiencia o nuevas que se apoyan en ella recayéndole así la responsabilidad. Esto se debe que al tomar una decisión que no sea la más adecuada, la pueden llamar a capítulo.

En casa, si algo le llegase a pasar a sus hijos sería otra causa de estrés.

Los síntomas que presenta por medio del estrés según expresa: mucha taquicardia, se pone hiperactiva, le da ansiedad, está todo el tiempo pensando de forma hiperactiva y dificultad para despertar en las mañanas.

Alega que se controla o calma por medio de la oración, yendo a la iglesia y hablando con Dios, y así no depende de los medicamentos. En estos momentos, también se distrae viendo televisión, usando la computadora o leyendo. Su esposo e hijos son un buen apoyo y siempre comparten las situaciones en familia buscando soluciones en conjunto.

### **III. Antecedentes médicos**

La paciente no tuvo enfermedades graves u hospitalizaciones en su infancia.

En su adultez tuvo un aborto, ya que el bebé venía con problemas. Sus otros embarazos culminaron en dos cesáreas donde no hubo mayor complicación, aunque desde su último embarazo sufre de hipertensión.

### **IV. Historia familiar**

En cuanto a las enfermedades familiares, se reconoció. hipertensión, diabetes, retraso mental, enfermedad cerebro vascular y alcoholismo.

Viene de una familia capitalina donde son 6 hermanos "seguiditos", siendo el primero un varón y las siguientes 5 mujeres. Ella ocupa el puesto de quinta hija (penúltima). Su padre trabajaba en la construcción y su madre era ama de casa.



Describe a su familia como patriarcal. Su padre siempre tuvo carácter fuerte y era el que tomaba las decisiones y ponía la disciplina. Su madre, por otro lado, de tendencia sumisa. Todos los hijos eran muy obedientes.

Desde pequeña ha tenido una buena relación con sus hermanos. Recalca que de chica peleaba con la más pequeña porque era muy consentida y era “dura” con ella. De pequeños, estaban siempre juntos jugando rayuela, saltando o viendo películas.

En dos ocasiones su padre ha tenido derrames. Por ser enfermera, adquirió mucha responsabilidad sobre los cuidados del padre y fue el apoyo de la familia mientras su madre se desmoronaba. Como consecuencia, actualmente está más pendiente de su padre.

La paciente comenta que la mejor parte de su vida fue la infancia: “estar con mi mamá y papá”, ya que eran muy cariñosos. Aclara que su mamá los quiere mucho (refiriéndose a ella y a sus hermanos).

Se siente muy agradecida con sus padres por el buen apoyo que han sido en el transcurso de su vida.

## **V. Historia del desarrollo**

Poco conoce la paciente sobre aspectos de sus primeros años de vida. Nació por medio de un parto normal, sin complicaciones. Fue amamantada por poco tiempo, ya que todos los embarazos eran seguidos. Recuerda que a los tres años de edad le gustaba mucho el olor del polvo y al olerlo casi se ahoga con el mismo, pero no hubo complicación alguna. Otro punto importante que recuerda es que ella solía pegarse a la pierna de la mamá y acariciarla pidiendo atención, pero la mamá no podía dársela porque estaba con su hermana menor.

En preescolar y primaria fue muy dependiente de su mamá y rompía a llorar cuando la dejaban en la escuela. Su ansiedad por separación de la figura materna se dio hasta 4 grado:

lloraba cuando su mamá la dejaba, al instante se consolaba sola y se calmaba. También explica que los viernes era muy feliz porque estaría con su mamá todo el fin de semana, pero el domingo comenzaba a sentirse mal, ya que reconocía que pronto debía de separarse de su madre para ir a la escuela. En el transcurso de estos años, algunos días su tía la llevaba a la escuela o sus hermanos mayores. Cuando su tía la llevaba, ella no podía llorar porque la tía la regañaba.

Algunas veces se orinaba en el día, pero no recuerda hasta qué edad sucedió. Recuerda que su tía le decía: "Te voy a coser ahí abajo para que no te estés orinando", lo que la hacía sentirse nerviosa.

En los recreos buscaba a su hermana mayor y no se separaban. Respecto a sus calificaciones y conductas no tuvo problema alguno. Se relacionaba bien con sus compañeros y tenía amiguitos y amiguitas. Se le dificultaba un poco la matemáticas.

En secundaria se volvió más independiente, ya que la cambiaron de escuela (por mudanza de residencia) y sólo estaba con una hermana menor con la cual no pasaba mayor tiempo en la escuela o recreos. En este periodo se adaptó bien, mantuvo buenas calificaciones y conducta adecuada.

La relación con sus compañeros era buena, pero no había reciprocidad. Explica que sus compañeras le podían contar sus problemas y ella les escuchaba, pero no les contaba nada personal. Recuerda que su mamá le decía que no tenían que contarles nada a las personas porque ellos son cinco hermanos y se tenían entre ellos. Este es un factor que se mantiene actualmente dentro de las relaciones con sus compañeras de trabajo.

No asistía a actividades extracurriculares ya que su madre poco los dejaba salir, los tenía siempre cerca y juntos. Cuando visitaban a un tío al interior iban todos juntos.

Tuvo su menarquía a los catorce años de edad. Su ciclo menstrual era notablemente irregular. A veces no se le presentaba hasta en siete meses, otras veces en cinco meses ó tres meses. El

médico que consultaron le informó que esto era normal, ya que su cuerpo se estaba acostumbrando a esta nueva fase. Su ciclo menstrual fue irregular hasta los veintiséis años, cuando se casó. Se puede presumir que el ciclo menstrual se estabilizó luego del embarazo de su primer hijo a los veintisiete años de edad.

En la adolescencia tuvo algunos novios en relaciones que no progresaban, ya que su papá no le dejaba tener novios. En esta etapa, soñaba con ser una gran enfermera de cuarto de urgencia.

A nivel universitario, pensó en tres carreras a estudiar: enfermería, educación o psicología. Su primera opción siempre fue enfermería y al contarle a su padre sobre ésta idea, él se alegró mucho y ella decidió ingresar en la carrera. El primer semestre se quedó por ir a bailes con compañeras, mientras sus compañeras sí aprobaron. Recuerda haberse dicho: “ellas son más vivas, eso no me pasa más”, y logró aprobar las materias dejando las salidas extracurriculares a un lado.

Al cursar la práctica, casi abandona la carrera porque la profesora que dirigía esta materia la amenazó con reprobársela y ella sentía que esto no era justo. Le comentó a su madre sobre la situación y su plan, pero la madre le pidió que le comunicara a su padre. Recuerda que tenía miedo de decirle a su papá, ya que él la apoyaba con el poco dinero que ganaba y no quería que él pensara que perdió el tiempo. Con el apoyo de su mamá y el de su compañera de clase siguió en la práctica donde luego cambiaron a la profesora y aprobó.

Trabajó como ayudante en un hospital mientras se graduaba de su licenciatura; luego aplicó para un trabajo en una clínica en otra provincia en el cual estuvo trabajando un tiempo. Y finalmente, trabajó en un hospital en el cual aún se mantiene laborando. Nunca ha trabajado en dos áreas a la vez, ya que el esposo comenta que si alguien debe de tener dos trabajos será él. Por otro lado, siente que el dinero extra ganado no compensará el tiempo perdido con su familia (prioridad). De vez en cuando realiza turnos extra.

Se casó a los veintiséis años, ya no le preocupaba mucho lo que su papá dijera al salir con un chico por su edad

Su primer embarazo tuvo complicaciones, ya que el bebé no nacía y estuvo días hospitalizada hasta que le hicieron cesárea. Con el segundo embarazo, experimentó mucho dolor de cabeza por el estrés y aumento de la presión arterial. Le recetaron una Valium y acetaminofén, esta vez sí las tomó. Relata que se relajó tanto que se orinó en la cama y al día siguiente no se despertó a tiempo para ir a la cita de control de su presión. El doctor le explicó las buenas señales que eran y la mejora que había presentado. De este momento en adelante, comenzó a sufrir de hipertensión. Este segundo parto, también fue por medio de una cesárea. En ambas situaciones en que debía de realizarse la cesárea, sentía miedo de morir y no ver más a sus hijos.

Por sus treinta años, le realizaron una salpingectomía sin complicación alguna. Éste mismo año, se encontró una inflamación de la garganta y taquicardia. Al hacerse los exámenes resultó que debía de operarse la tiroides. En esta ocasión se sentía tranquila y la operación no tuvo complicaciones.

A nivel de su postgrado, tuvo una gran sobrecarga de trabajo por el cual no descansaba y estaba muy estresada, ya que debía de cumplir con la universidad, el trabajo y su casa. Contó con el apoyo de una amiga, la cual veía a la paciente como un modelo a seguir. Por no defraudar a su amiga, se comenzó a repetir: “algún día yo termino esto”. Comenta que las profesoras de enfermería tienden a ser muy rudas y difíciles. Finalizó su postgrado recientemente.

Estuvo un año realizando su práctica en otra provincia (alejada de su familia), y encontraba fuerzas orando a Dios. En esta época, no lograba desconectarse del trabajo al llegar a casa y llamaba a sus compañeras para mencionarle datos de los pacientes en sus horas libres. Sucedió un incidente con un paciente y se enteró por su familia que la nombraban a ella y a sus colegas en el periódico como culpables por el fallecimiento de un niño por mala práctica. Se puso muy nerviosa y no paraba de llorar, se notaba muy afectada e inquieta. Recibió apoyo del cura y de su familia, resintió el no contar con el apoyo de la asociación de enfermeras, su jefe o supervisor.

En el presente no tiene fantasías de seguir estudiando. El esposo le pide que no estudie, aunque comenta que él no se mete en sus cosas. Por ahora, se siente satisfecha con su nivel académico. Su supervisora quiere que estudie administración, pero ella no lo desea y no quiere concursar para este puesto. Explica que aunque a los puestos administrativos les dan un mejor salario, son también a los que les recae la culpa cuando algo sale mal.

Actualmente no se relaciona mucho con sus compañeros de trabajo. Relacionarse con ellos le ocasiona un nivel alto de estrés. Siente que en el ambiente hay mucho favoritismo, peleas y algunas enfermeras se refieren a ella y sus compañeras como si se creyeran más por su especialidad. En su especialidad son cuatro enfermeras que trabajan en conjunto y se relacionan muy bien. No comparte en actividades extracurriculares con otras enfermeras (cuando la invitan a la discoteca, baile, etc.) Le gusta su trabajo y el área en el cual trabaja. Tiene buen trato con su jefa y supervisora y siente que la respetan.

Tiene una buena relación con su esposo con altos y bajos, pero se entienden y siempre se apoyan el uno al otro. Con ambos hijos tiene buena afinidad, pero está más pendiente del mayor con el cual hay bastante comunicación y toma la iniciativa de ayudar en casa. El menor es más cerrado para hablar, aunque ya están compartiendo más.

Tanto ella como su esposo trabajan. En cuanto a la dinámica familiar, como pareja tienen buena comunicación, acuerdan para tomar decisiones y buscan apoyo uno del otro. Las autorizaciones de salidas especiales las da el padre, aunque sus hijos se acercan primero a pedirle permiso a su madre. La paciente comenta tener más carácter y ser la que pone disciplina y pautas en su casa, ya que el padre es más permisivo. Los hijos tienen horarios para cooperar en casa y hacer mandados.

La paciente describe que ella dependía para todo de su mamá y está rompiendo el ciclo con sus hijos: el primer día de universidad los acompañó, pero de ahí no más.

En el presente, tiene una excelente relación con sus padres. Está siempre pendiente de ellos, los llama todos los días y los visita una vez por semana ya que viven a cuatro calles de su casa.

Se describe como una persona tranquila, pasiva, con capacidad de escuchar, maternal (protectora), que no se deja llevar por lo que le dicen. Además, piensa mucho las cosas antes de actuar y es muy comprensiva. No se considera perfecta y sabe que debe de mejorar poco a poco.

Comenta que sólo trabaja y no tiene tiempo para actividades extracurriculares. En su tiempo libre, realizan parrilladas o reuniones en casa con amigos, van a la iglesia o dan una vuelta. Sueña con ver a sus hijos bien casados y graduados de la universidad, también con disfrutar a sus nietos cuando llegue esta etapa.

## **VI. Análisis metapsicológico**

### **a. Hipótesis genética:**

La paciente proviene de una familia amplia conformada por seis hermanos, en la cual ella ocupa el penúltimo lugar estando así entre las más pequeñas. En su desarrollo, su familia estaba dirigida por un padre de carácter fuerte, el cual tomaba las decisiones y daba la disciplina; mientras que su madre era sumisa. Como resultado pareciese que todos los hijos de esta familia se identificaron con el rol sumiso de su madre. En general, parece una familia cerrada con poca diferenciación entre sus integrantes, ya que sólo se apoyaban entre ellos como si fuesen entre todos una sola persona contra todas las vicisitudes del mundo sin incluir así ninguna ayuda o apoyo externo a la familia.

La alta dependencia en esta familia llevó a la paciente a tener una relación un poco distante con su hermana menor, con la cual luchaba por amor y atención materna. Así como una ansiedad de separación de su madre, lo cual vivió gran parte de su niñez al ser llevada a su escuela. Esta familia se movía como un todo: todos iban juntos al campo, jugaban juntos, se apoyaban unos a otros y nunca los dejaban ir solos con sus amistades o tener novios; cerrándose así a relaciones con personas externas a la familia.

Su estrés se manifiesta cuando tiene alguna responsabilidad importante donde teme fallar o no hacerlo lo suficientemente bien. Pareciera que necesita a una persona que le brinde constante apoyo y le esté fortaleciendo su Yo, su autoestima, haciéndola así estar más segura de sus decisiones.

#### **b. Hipótesis dinámica:**

Entre algunas de las fuerzas implicadas se encuentra implícita la dependencia versus la independencia. Lo cual se ve plasmado desde su niñez cuando presentaba ansiedad de separación con su madre y luego en la escuela buscaba a su hermana mayor en los recreos, siempre buscando así a su familia como sistema cerrado. Esta dependencia familiar, llevó a que no se confiara en las personas externas a la familia y desarrollara pobres relaciones sociales.

También se observa una lucha entre el autocontrol y el posible control por medio de fuerzas externas (utilización de medicamentos para estabilizarse). Varias veces ha evadido las recomendaciones de médicos por temor a depender de medicamentos para mantenerse estable, y utiliza el autocontrol por medio de meditación, relajación, oración, entre otros.

Son muy notables las fuerzas de vida y muerte, sobretodo en sus embarazos donde temía morir a causa de la cesárea y no poder ver más a sus hijos. Lo cual también se expresa, de cierta forma, diciendo que su familia es su prioridad y prefiere no hacer muchos turnos extras o tener dos trabajos porque el dinero extra no compensará el tiempo perdido con su familia.

#### **c. Hipótesis económica:**

La paciente invierte gran cantidad de energía en el cuidado de su familia nuclear y extendida, así como en sus pacientes. En cada relación adopta su rol de cuidadora lo cual termina agotándola y centrándose poco en sus propias necesidades personales. Teme librarse del rol de cuidadora, ya que tendría que adoptar el rol de ser cuidada y le da pesar que otro tenga que preocuparse por ella o lastimar a alguien con sus palabras o problemas.

Entre algunos ejemplos, la paciente cayó en crisis cuando sus hijos estaban adolescentes y tenían problemas en la escuela; también cuando el papá estuvo hospitalizado. Mientras que actualmente invierte más energía cuando debe de tomar una decisión importante cuando queda de turno o está supervisando a otras enfermeras con menor experiencia.

Otro sector donde se ve plasmada mucha energía de la paciente es en las relaciones laborales, ya que son tensas y problemáticas. Algunos de estos conflictos se dan por compañeras que hablan a sus espaldas, poca empatía, celos profesionales, cambios de turno y días libres entre compañeras.

#### **d. Hipótesis estructural:**

La paciente es una persona que tiende a aislarse un poco al tener conflictos o problemáticas, ya que no quiere cargar a los demás con sus problemas o hacerles daño. Sus figuras de apoyo son su familia nuclear cuando está disponible, más que nada cuenta con el apoyo incondicional de su esposo.

Se nota una represión y negación marcada en ciertos factores como el aborto que tuvo de su primer embarazo. Tema que sólo se ha hablado con su esposo y actualmente es un tema prohibido. Nunca se les informó a sus familias extensas, ni se les ha comentado a sus hijos.

Su súper Yo es estricto y rige gran parte de su vida. Teme no hacer decisiones adecuadas, llegar tarde, molestar o herir a los demás inconscientemente y es muy severa consigo misma.



Es sumamente responsable, pero igual teme fallar y ser castigada fuertemente por algún error cometido (ser llamada a capítulo)

En cuanto a su Yo, se puede notar mayormente el uso de la compensación siendo así muy correcta y cumplida para dejar atrás el sentimiento de inseguridad que la persigue constantemente. Al igual se puede notar el uso de la disociación y represión de algunos eventos traumáticos de su infancia y adultez (relación con la tía y, en la adultez, aborto). Actualmente, se “distrae” viendo televisión, usando computadora, rezando, leyendo o yendo a la iglesia cuando se encuentra con problemas personales. También pareciera que actuase como una defensa el hecho de mantener la familia cerrada y no apoyarse o contar nada de su vida a personas externas, aunque sea una amistad cercana de hace años; creando así una barrera al mundo externo. Cabe destacar que cuenta con un muy buen apoyo de su esposo e hijos, con los cuales busca soluciones a los problemas familiares.

A nivel del Ello, parece haber un poco de restricción, aunque comenta tener una sexualidad adecuada y placentera. Una vida social bastante escasa, ya que se ha restringido ciertos placeres para poder cumplir adecuadamente con el trabajo y familia, y así no sentirse culpable. La agresión la dirige sutilmente hacia su Yo, sintiéndose así mayormente como alguien que puede dañar a otros por lo cual prefiere distanciarse.

#### **e. Hipótesis adaptativa:**

Desde su infancia se adaptó al funcionamiento de un sistema cerrado (su familia) y a tomar el rol de cuidadora de terceros. Así fue definiendo su vida hasta ir dejando de lado sus propios placeres para cumplir con lo que terceros esperaban de ella (padres, compañera, jefes, etc.). En resumen, esto la ha llevado a tener una vida social disminuida.

Tiene una buena adaptación a los cambios de turno en su trabajo, más no al cambio de actividades a realizar lo cual la pone muy ansiosa y duda de poder realizar las nuevas diligencias de forma exitosa cumpliendo con lo esperado por los superiores. Así mismo se ve reflejado en

su vida en general, le causan ansiedad los cambios, pero en poco tiempo logra dominarlos y calma su ansiedad.

## VII. Examen mental

<b>EXAMEN DEL ESTADO MENTAL*</b>		
<b>a. Descripción General:</b>	Aspecto físico:	<i>Normal</i>
	Actividad psicomotora:	<i>Normal</i>
	Expresión del rostro:	<i>Normal</i>
	Mímica y gesticulación:	<i>Hipomimia leve</i>
	Manera de aceptar el interrogatorio:	<i>Cooperación normal</i>
	Variación cuantitativa del lenguaje:	<i>Normal</i>
<b>b. Evaluación de las Emociones:</b>	Afecto:	<i>Reducido</i>
	Estado de ánimo:	<i>Normal</i>
	Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio:	<i>Normal</i>
<b>c. Evaluación de las Funciones Cognoscitivas:</b>	Nivel de consciencia:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación personal:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación espacial:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación temporal:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación situacional:	<i>Normal</i>
	Memoria:	<i>Normal</i>
	Atención y concentración:	<i>Normal</i>
	Capacidad ejecutiva:	<i>Normal</i>
<b>d. Evaluación de los Procesos de Pensamiento:</b>	Trastornos del curso del pensamiento:	<i>No presenta</i>
	Trastornos del contenido del pensamiento:	<i>No presenta</i>
<b>e. Evaluación de los Procesos Perceptivos:</b>	Ilusiones y Alucinaciones:	<i>No presenta</i>
<b>f. Consciencia de la</b>	Introspección:	<i>Parcial</i>

<b>Enfermedad:</b>		
<b>g. Juicio Crítico</b>	Tipo de crítica:	<i>Temporal</i>
<b>h. Mecanismos de Defensa utilizados durante la Entrevista:</b>	Nivel adaptativo elevado:	<i>Supresión y Altruismo</i>
	Nivel de inhibición mental:	<i>Represión</i>
	Nivel menor de distorsión de las imágenes:	<i>No presenta</i>
	Nivel de encubrimiento:	<i>Negación</i>
	Nivel de mayor distorsión de las imágenes:	<i>No presenta</i>
	Nivel de acción:	<i>Retirada apática</i>
	Nivel de desequilibrio defensivo:	<i>No presenta</i>

*\*Manual proporcionado por Prof. Juan Virgilio Correa*

#### **VIII. Evaluación multiaxial**

Eje I F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

Eje II Diagnóstico aplazado [799.9]

Eje III Hipertensión arterial

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: problemas de salud en la familia

Problemas laborales: trabajo estresante y conflictos con compañeros de trabajo

Eje V EEAG = 68 (nivel en pre-prueba)

EEAG=76 (nivel en pos-prueba)

#### **IX. Resumen de evaluación (pre-prueba)**

<b>Prueba</b>	<b>Puntaje obtenido (pre-prueba)</b>	<b>Interpretación</b>
Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung	43	Ansiedad normal
Escala de autoevaluación para la depresión de Zung	35	Ausencia
Escala de estrés socio-laboral	73	Estrés laboral elevado

### 3.2. Sujeto B

#### Datos Personales

Nombre: Sujeto B

Sexo: Femenino

Edad: 53

Estado Civil: Soltera

Religión: Católica

Escolaridad: Postgrado

Lugar de trabajo: Hospital / Escuela

Continuidad laboral como enfermera: 17 años

Personas con quienes convive: hija (15 años) y sobrina (18 años)

Referida por: A.A

Aplicación pre-prueba: Octubre de 2012

Aplicación pos-prueba: Diciembre de 2012

#### I. Planteamiento general del problema

**a. Motivo de consulta manifiesto:** Se ha interesado en participar en el estudio, ya que nunca ha recibido atención psicológica y siente que en esta etapa de su vida es necesario porque no todos estamos 100% respecto a nuestra salud mental. Toda su vida ha tomado el papel de figura fuerte. Considera que necesita urgentemente la psicoterapia y desahogarse.

Sus expectativas en cuanto a la psicoterapia son:

- Disminuir su nivel de ansiedad y estrés
- Conocerse mejor.

**b. Motivo de consulta latente:** La paciente mencionó que hace mucho sentía que necesitaba ayuda psicológica, pero no se había atrevido a buscarla (siempre le salía

algo que no le permitía asistir – resistencia -) Sus dificultades de ansiedad y estrés a causa de situaciones complejas en su vida la han encaminado a necesitar un espacio donde pueda abrirse, ser débil y tener una “guía”. Esta paciente busca mucho que se le den consejos y guías los cuales sigue al pie de la letra, pero tomándose el tiempo necesario dependiendo de su dificultad. Inconscientemente pareciera buscar una persona que la contenga, escuche, guíe y en quién pueda depender (lo negado en su niñez y adolescencia).

## **II. Registro de la enfermedad presente.**

Hace cinco años comenzó a sufrir de estrés. El detonante fue un conflicto con una compañera quien trató de indisponerla y la paciente le llamó la atención. Desde ese entonces, recuerda haberse sentido incomoda por los cambios constantes que se hacen en el trabajo sin tomarla en cuenta, los celos profesionales, conflicto con el personal nuevo. Expresa que muchas veces el personal nuevo quiere imponerse diciéndole cómo hacer su trabajo y ella se molesta, ya que ella conoce muy bien su trabajo y está constantemente en seminarios que le ofrecen.

Actualmente, se siente afectada por trabajar en cuidados intensivos con infantes, ya que estos recaen sin uno poder preverlo.

El estrés se presenta, según la paciente, por medio de los síntomas siguientes: cansancio, pereza mental, algo de depresión (aclara que se puede deber a la menopausia), no querer levantarse de la cama.

Mientras que la ansiedad la describe con los siguientes síntomas: se acelera, se pone intensa, se altera, “todo es de ya para ya”, le da nervio en el estómago (cosquilleo), defeca dos a tres veces por día (cuando lo normal sería una vez en su caso), si está muy cansada no duerme o duerme una a dos horas, acompañado de un fuerte dolor de cabeza.

En los meses de julio, agosto y septiembre presentó los síntomas de ansiedad descritos en el párrafo anterior, lo cual posiblemente la movió a buscar la ayuda psicológica.

### **III. Antecedentes médicos**

La paciente no tuvo enfermedades graves u hospitalizaciones en su infancia.

En su adolescencia, descubrió un quiste en uno de sus senos y le realizaron cirugía. Hace cinco años surgió un absceso en el mismo seno y con medicamentos se sanó.

Por sus veinte años, tuvo un accidente automovilístico de gravedad donde perdió los dientes frontales, se fracturó la columna, se perforó un pulmón y estuvo hospitalizada por dos meses y medio. Pasó un año y medio en terapia y cuidados para poder regresar a su vida normal.

Después de los treinta, le realizaron una cesárea para poder tener a su hija sin dificultad a causa de las lesiones del accidente automovilístico.

### **IV. Historia familiar**

Algunas de las enfermedades encontradas en la familia de la paciente: diabetes, hipertensión (padre y hermana), alcoholismo (padre y hermano), depresión (madre).

La paciente nació en un medio económico bajo, con limitaciones de espacio, comida y ropa. Su padre es descrito como una persona ignorante, ya que sólo llegó a culminar su educación primaria. Agrega que era vulgar, usaba malas palabras, mujeriego, sobreprotector; pero buen papá. En cambio, a su madre la presenta como una persona sumisa, depresiva, sobreprotectora, sufrida y aunque no lo expresa directamente: ausente.

En su adolescencia inició a tener pequeños trabajos. Su madre expresaba que esas señoras para quién su hija trabajaba se la quitarían. La paciente recuerda que le respondía a su madre

que aquellas señoras no tenían a nadie en su vida y, en cambio, ella (su madre) tenía muchos hijos que la cuidaran.

Sus dos hermanos menores fueron criados por ella y sus hermanos. Se siente muy orgullosa de su hermana menor.

Sus padres y hermanos/as cuidaron a su hija mientras ella asistía a sus dos trabajos. Comenta que por esto, su hija es la consentida de los abuelos maternos.

Una de sus hermanas falleció hace un par de años. Fue una tragedia de gran impacto para la familia completa, donde la paciente tuvo que ser la mediadora comunicándoles la noticia a sus padres. Describe que lo más difícil fue decirles a sus padres y verlos cómo se desmoronaban. Encuentra contradictorio que este hecho uniera más a la familia.

Describe a su hermana fallecida de forma muy parecida a su madre: tolerante, hacendosa y le aceptaba todo al marido. La paciente recuerda que le criticaba mucho esta actitud y actualmente le da pesar no haberla orientado o guiado para ayudarla.

## **V. Historia del desarrollo**

La paciente nació en la capital por medio de un parto natural sin complicaciones, aunque nació con un peso más bajo de lo normal. Logró el peso esperado para su edad a los dos o tres meses de edad. Tomó pecho aproximadamente por un año.

Es la segunda hija de una amplia familia de doce hermanos (cuatro hombres y ocho mujeres) donde todos se llevan bien y se cuidan unos a otros. Expresa no haber sufrido de accidentes o enfermedades serias en su niñez, tan sólo resfríos.

Tanto en primaria como en secundaria fue una buena alumna.

En su adolescencia se quedaba despierta escuchando las peleas de los padres y no dormía. Temía comentarles algo al respecto a los padres sobre la situación, ya que sentía que se metía en la relación íntima de ellos. En una ocasión, llevaba dos días que el padre no llegaba a casa y la mamá lo justificaba. Su madre salió caminando a media noche hacia el puente y pensaron (la paciente y uno de sus hermanos) que se tirarían del puente. Le gritaron y la mamá respondió que salió a tomar aire y que todo estaba bien (como siempre) Éste acto la marcó a sus catorce años, por lo cual comenzó a ser más activa adoptando poco a poco el rol de mediadora en la familia.

Aproximadamente a los quince años comenzó a ser la mediadora y, sin imponerse, trataba de buscar cómo decirle a su padre cuando estaba equivocado. Comenta que inició a tomar este rol porque lo que hacía su padre no era coherente y le exigía respeto (que no le hablara con malas palabras)

Desde su adolescencia, pensó que debía de estudiar porque no quería que un hombre la tratase igual como su papá trataba a su mamá y no quería depender de un hombre en el sentido económico.

Por las carencias económicas de la familia, inició a hacer algunos trabajos para ganar dinero y satisfacer algunas necesidades o gustos tanto de ella como de sus hermanos. Les arreglaba el cabello y uñas a vecinas, así al final de la semana tenía alrededor de cinco dólares para comprar champú, perfume, empaque sanitario, líquido de uñas u otros artículos. Luego inició a hacer mandados y ayudar a limpiar la casa de una señora mayor. También le ponía insulina a otra señora mayor como práctica de su básico en enfermería.

Finalizando su adolescencia, tuvo un noviazgo por varios años, pero no resultó. Se enteró por su suegra que el joven había embarazado a otra mujer y se iban a casar, mientras aún mantenían su noviazgo. Estuvo meses deprimida, lloraba mucho, disminuyó de peso, sentía que quería correr por él y perdonarle todo. Al iniciar a trabajar se distrajo y fue dejando de pensar en él.



Inicialmente quería estudiar para ser maestra, aunque entre sus opciones también se encontraban estudiar medicina o enfermería. Desistió de la carrera de maestra, ya que tenía mayor afinidad con la carrera de enfermería por graduarse de un bachillerato en ciencias. No eligió estudiar medicina, ya que demoraba mucho más tiempo en culminar los estudios y necesitaba trabajar pronto.

A nivel de sus estudios básicos como enfermera tuvo algunas problemáticas en dos materias que la retrasaron. En esta época, empezó a trabajar como cajera y llegaba a altas horas de la noche a la casa. Los padres le pidieron que dejara este trabajo, ya que no les gustaba que estuviera tan tarde en la calle y temían que no terminara la carrera. Abandonó el trabajo y se dedicó a finalizar sus estudios básicos en enfermería.

En la adolescencia, descubrió un quiste en uno de sus senos. Comenta que se sintió muy asustada, tenía palpitaciones, no dormía y sentía la pierna debilitada. A pesar de todo, lo enfrentó con el apoyo de su madre y se realizó una cirugía. Hace algunos años surgió un absceso en el mismo seno y nuevamente vivió un susto grande, no dormía y puso a su hermana e hija muy nerviosas. Le recetaron medicamentos y se sanó.

Mientras estudiaba su licenciatura, trabajó por varios años en una clínica de ojos. Se sintió muy contenta porque entre ella y sus hermanos arreglaron la casa de los padres, comían “banquete” y el papá “dejó de estar por la calle”.

A los veintiséis años se graduó de su licenciatura en enfermería y aplicó a una plaza donde sería entrenada por la fuerza militar estadounidense recibiendo remuneración sin trabajar. Para concluir el curso militar de personal de salud se hizo una gira médica al interior y se sentía realizada y muy feliz, ya que normalmente los padres no la dejaban salir a casa de amigos ni en paseos. En el camino ocurrió un accidente, se volcó el vehículo donde se transportaban y quedaron al borde de un precipicio. Perdió los dientes frontales, se fracturó la columna (T4, T5), no podía respirar adecuadamente, sentía que le corría sangre por el abdomen y sentía que moriría. Comenzó a orar. Comenta que lo único que ella pide en el momento de morir es que no le duela. Menciona que cuando cuenta esta vivencia, aún la vive como si fuese ayer, y parece

sentirse un poco culpable por no poder ayudar a sus compañeros en el momento del accidente. Esta experiencia le enseñó a valorar la vida: “un día estamos, al siguiente no”. Estuvo entre las más graves de los sobrevivientes; unas compañeras fallecieron. La trasladaron por medio de una avioneta a un hospital donde después de los exámenes, la “entubaron” y le pusieron un yeso en el área torácica. El personal le comunicó a su familia, y a su madre “le dio una histeria muy fea”. La familia (mamá, papá y hermana) se hospedó los quince días en que estaría hospitalizada. Expresa que sintió nervio cuando la familia llegó, pero después se sentía muy contenta de verlos. Estuvo meses hospitalizada en la capital y más de un año sin trabajar, pero pagado. Algunas de sus compañeras que estuvieron en el accidente se retiraron de la profesión, pero ella se cuestionó y decidió ser “fuerte” y siguió practicando su profesión.

Luego del accidente, se incorporó nuevamente en su trabajo en el hospital y en otro turno trabajaba en un segundo hospital. Recuerda siempre haber tenido dos trabajos simultáneos.

Más adelante, estudia docencia superior y culmina sus estudios con éxito.

Alrededor de los veintinueve años, estuvo saliendo con un amigo divorciado (amigo de infancia) con el que siempre se llevó muy bien. Él vivía en otro país y viajaba mucho, por lo cual la invitó tres veces (de diez a quince días cada vez). Después del tercer viaje, quedó embarazada. En el transcurso del embarazo tuvo el apoyo de su familia quienes estaban muy contentos, ya que pensaban que no tendría hijos. Le efectuaron una cesárea a causa de su lesión del accidente previo.

Expresa que esta pareja nunca le prometió casarse, pero igual se defraudó porque él no se comportó como un hombre: no reconoció a la niña hasta después de los nueve meses de edad, no funcionó como apoyo en el embarazo y no le dio la nacionalidad hasta la adolescencia. La paciente, y en otro momento su madre, lo enfrentó. Después de estas conversaciones, él se involucró y comenzó a enviar dinero para el mantenimiento de la niña. La paciente reconoce la importancia del papel del padre y cómo sería injusto dejar a su niña sin éste pedazo tan importante.

Describe que su hija es lo más importante en su vida y trata de dedicarle todo el tiempo posible. A veces se estresa por el trato distante y de rechazo que la hija presenta hacia su padre, además de los conflictos que ocasiona la situación. Como ejemplo menciona que su hija le reclama: “¿por qué trabajas tanto y estamos pasando tanto trabajo si él trabaja (gana bien)?”; a lo que ella se ve mintiéndole para atenuar la situación por medio de su rol de intermediaria.

La familia del padre de la niña nunca aceptó a ésta como parte de su familia.

Hace unos años, falleció una de sus hermanas en una balacera cuando se encontraba con su esposo un día antes de fiestas de fin de año. Este acontecimiento tuvo un gran impacto en ella, ya que fue una muerte inesperada y tuvo que ver por más de seis horas al cadáver bajo la sábana. Entró en “shock”: no respondía cuando la hija la llamaba por su nombre, no lloraba, estaba tensa. Se tornó agresiva y comenzó a denigrar a la gente y el lugar donde ocurrió la tragedia, pero ella no recuerda nada. Su hija la abrazó y en el carro lloró junto con su otra hermana. Pasado el tiempo, se comenzó a sentir impotente, llena de rabia y odio. Se repetía: “Dios por qué me hace esto”; “Por qué no fue él (refiriéndose al esposo de su hermana)”.

Su sobrina (hija de la difunta hermana) pasó a vivir con ella, ya que no iba por buen camino con su padre. La relación con su sobrina no es buena, ya que la misma “no la considera” y no le cuenta nada. Menciona que la trata igual que a su hija. Piensa que su sobrina cree que es suficiente siendo niña bonita y no colabora con los quehaceres de la casa: “hay que ganarse el plato de comida”, “tiene que aprender a hacer sus cosas”. Éste año, la sobrina se estará graduando de sexto año y volverá a vivir con su padre. En terapia se trabajó el tema de la sobrina y ésta se mudó de vuelta con su padre, se repartieron responsabilidades a toda la familia para estar pendientes de su desarrollo.

Hace dos años tuvo que hacerse la prueba de ADN para que le diesen la nacionalidad del padre a su hija. El padre de la niña se puso muy contento cuando vio el resultado que confirmaba que sí es su hija. La paciente expresa que eso la hizo sentir muy mal porque eso significa que él no estaba convencido antes.

Actualmente, aunque alega no tener una relación con el padre de su hija, ella siente que detrás del teléfono él las protege y ayuda económicamente (no física, ni emocionalmente por lo cual no es suficiente). En terapia se ha podido trabajar mucho sobre la relación y ha aceptado que sí tienen una relación aunque es diferente a lo usual. Esto ha ayudado a que se aclaren ideas que no conversaban como pareja y piensen en un futuro.

Explica que ha tenido admiradores, pero su prioridad es su hija. Además, no le parece correcto meter a un hombre a la casa que le pagó el papá de su hija o que su hija se sienta incómoda porque hay un hombre en la casa.

Considera que tiene una personalidad explosiva en cuanto a cosas de la casa, sobre todo con la limpieza.

Menciona tener una buena relación con su hija, no la sobreprotege. Señala que su hija le dice: “se juntó la menopausia con la adolescencia”, pero ambas tratan de poner de su parte para llevar una buena relación.

Siente que no puede hacer todo: no tiene tiempo para ella y eso le estresa. A veces sale con compañeras de trabajo y se distrae un poco, pero tiene poco tiempo para hacer actividades de ocio.

## **VI. Análisis metapsicológico**

### **a. Hipótesis genética:**

La paciente proviene de una familia donde el padre no estaba de acuerdo con utilizar cirugía para no tener más hijos, por lo cual se conforma esta gran familia de 12 hijos. Su familia estaba dirigida por un padre ausente, vulgar y conflictivo, y una madre sumisa, sufrida y depresiva. En general, una familia con poca comunicación e integración.

En esta familia parece que había poco espacio para ser dependiente. Esto llevó que la paciente, a una temprana edad, tomase un rol activo y comenzase a independizarse económicamente. También se puede notar que la paciente tomó un rol de mediadora entre sus padres, aliándose con su madre y dándole fuerzas para que sobreviviera a su depresión.

Siendo tan sólo la segunda hija, se encontró con muchas responsabilidades que cumplir para poder sacar adelante a su familia. Entre estas menciona: hacer de rol de madre con sus dos hermanos menores, a los cuales aún los percibe, en parte, como hijos.

En resumen, su prematuro rol de cuidadora (tanto con los hermanos como con su madre) por ser una de las primeras hijas y su pseudo-independencia temprana en sentido económico la llevaron a ir desarrollando atributos que luego la llevarían a elegir una carrera de cuidados a terceros como es enfermería.

Describe a su padre como un hombre ignorante, vulgar y mujeriego. Una figura poco constante y agresiva, ya que desaparecía algunos días y no la respetaba (la insultaba) y usaba malas palabras. También lo vivencia como un objeto rechazante, ya que de adolescente la ignoró cuando la encontró en la calle y él iba con otra mujer en el carro.

Sumado al rol de mediadora que tomó al notar el nivel de depresión, "dependencia" y riesgo de su madre, la paciente se estableció ideas de lo que sería su futura relación con cualquier hombre y que nunca dependería de alguno económicamente para no revivir la historia de sus padres. La primera pareja sería que tuvo la abandonó y reemplazó por otra mujer mientras seguían en su relación. Con su segunda pareja nunca se formalizó la relación y tuvo como producto a su hija. Después de años se volvió a encontrar con el padre de su hija con el cual mantiene una relación ambivalente donde los comportamientos de su pareja son muy parecidos a los de su padre: ausencia, agresión verbal y conflictos constantes, en gran parte porque no se establece una unión formal.

En psicoterapia, la paciente se ha percatado que aún existe una relación entre el papá de su hija y ella, por más disfuncional que sea. La ambivalencia y dificultad de comunicación entre esta pareja obstaculiza la aclaración de la situación y relación, tanto de pareja como de padre e hija.

Se nota una ambivalencia marcada tanto en la relación con sus padres “sobre protectores” (sobre todo hacia lo externo a la familia), como con la de su pareja que alega que la protege económicamente y le da apoyo, donde ambas relaciones luego se ven marcadas por un notable abandono y agresión hacia la paciente.

A pesar que la paciente menciona que en su familia siempre se apoyan, esto pocas veces es así. Al fallecer su hermana, mudaron a la sobrina de la paciente a su casa. Ningún otro familiar ha apoyado en la educación y mantenimiento de esta niña. Igualmente, al haberse enfermado su padre, ha sido la paciente la que toma un rol activo de cuidadora. Dejando muchas veces de lado sus necesidades para ayudar a otros, tal como hacía desde pequeña cuando apoyaba a su madre (intercambiando así los roles).

#### **b. Hipótesis dinámica:**

Los impulsos agresivos están dirigidos mayormente hacia su sobrina y su pareja, algunas veces hacia sus compañeros de trabajo

Respecto a su sobrina, la relación con ella se manifiesta por medio de poca empatía y una comunicación disfuncional por ambas partes. El trauma del fallecimiento de su hermana parece no poder permitir una relación funcional entre la niña y la paciente. La paciente se siente culpable por no haber aconsejado a su hermana mejor y haberla criticado por ser tan pasiva y hacendosa como su madre. Estas características también se ven plasmadas en su sobrina y chocan con la personalidad de la paciente que desde pequeña decidió tomar acción y no dejarse mandar por un hombre.

Aparte, la paciente comenta que lo más difícil al morir su hermana fue el decirle a sus padres y "verlos cómo se desmoronaban". Llama la atención, ya que estuvo en el lugar de los hechos y vio a su hermana cubierta por una sábana por horas, al igual que se ha hecho responsable de una de las hijas de su hermana. Por lo que nuevamente se ve cómo están los roles trastocados y cómo la paciente debe de ser siempre la protectora e intermediaria en la familia.

Pasado el tiempo desde la muerte de su hermana, comenzó a sentir odio por el esposo de su hermana y desear que en vez de su hermana hubiese sido él. A la vez se cuestionaba de por qué Dios le había hecho esto. También podemos encontrar algo de culpabilidad y odio en esta experiencia, los cuales parecen estar aún presentes y le cuesta mucho el poder superar. Sufre sola, al igual que lo hacía su madre

Antes se mencionaron las complicaciones de abandono y la sobreprotección hacia lo externo que se vivía en la familia nuclear de la paciente, la cual es muy parecida a la experiencia con la pareja actual. En ambos casos, siendo fuerte era la única forma de seguir adelante por ser siempre la intermediaria y cuidadora, la debilidad no está permitida (lo cual se recalca en su profesión constantemente). Cabe destacar que la paciente ha llorado en sesión y ha mencionado al final de varias sesiones que se siente bien poder desahogarse (poder ser débil en algún momento y ser cuidado).

Con su pareja, parece haber un desplazamiento de la agresión sentida hacia el padre al abandonarla, rechazarla y no poder protegerla en sentido emocional y psicológico.

Por otro lado, se puede mencionar la vivencia del accidente con heridas de alta gravedad donde también se sintió culpable por no haber podido ayudar a compañeros que la llamaban, aunque estaba en una situación de gran riesgo donde podía fallecer. Esta experiencia le hizo valorar la vida y meditar sobre la muerte.

Entre lo mencionado se pueden destacar las luchas entre vida y muerte, amor y odio, el cuidado y el abandono, dependencia e independencia, fortaleza y debilidad, culpa y perdón, entre otras.

### **c. Hipótesis económica:**

La paciente invierte gran cantidad de energía en su rol de intermediaria y resolviendo el caos o las situaciones que se salen de control en la familia, tomando una gran responsabilidad que pareciera que el resto de su familia nuclear no está dispuesta a tomar. Da la impresión que esta energía la usa para vivir en un “como si” fueran una familia unida y feliz, estando esto bastante fuera de lo Real. También se suma su rol de figura fuerte, tanto en la familia como en el trabajo, donde utiliza mucha energía y se restringe de una relación completa con otras personas que le rodean, ya que se guarda todo su pesar para sí misma. Es por esto que ha buscado la psicoterapia, para desahogarse y, al parecer, poder ser secretamente frágil y cuidada por otro (como no pudo ser cuidada o contenida por sus figuras paternas – de forma psicológica y emocional-).

Otro gasto notable de energía parece ser en mantener una obsesiva limpieza en casa. Lo cual relativamente genera peleas con su sobrina porque no sigue las instrucciones y algunas veces con su hija. La paciente alega que estos rasgos obsesivos se dan por su carrera y porque ella conoce bien lo que pasa si no se mantiene una adecuada limpieza.

Igualmente, hay mucha energía siendo utilizada en mantener una relación con su pareja. Esta relación es a distancia y sumamente conflictiva. Es “como si” jugaran a no estar solos, pero emocionalmente lo están. Pareciera que el único verdadero rol de esta pareja fuese ayudar económicamente, ya que en otros aspectos cumple un rol bastante pobre o perturbador para la paciente y para la hija de ambos. Al ir avanzando el tratamiento, la paciente ha podido enfocarse más en mejorar esta relación, sincerándose y aclarando puntos que no habían sido hablados lo que les ha traído calma y una mayor unión a pesar de la distancia.

En su trabajo, tiene algunos conflictos a nivel de las relaciones interpersonales a lo cual le invierte energía, pero no tanta como a los factores antes mencionados. Algunos de estos conflictos se dan por: cambios constantes en el trabajo sin tomarla en cuenta, celos profesionales, discusiones con personal nuevo que trata de imponerse. Pero, sí es importante



recaltar que existe mucha energía invertida a nivel laboral por el hecho de que conserva dos trabajos en que trata con niños: a nivel escolar y de cuidados intensivos.

Todos estos gastos de energía disminuyen el tiempo y debilitan la energía que tiene para sí misma y para su hija, al igual que para relacionarse con personas de su edad de forma más adecuada.

**d. Hipótesis estructural:**

A nivel de sus defensas, podemos notar desde la primera cita que la paciente ha estado encontrando excusas para no asistir a la psicoterapia que menciona que necesita tanto igualmente, las primeras sesiones llegaba tarde a sesión y una vez hasta se le “olvidó” que tenía cita. Aunque pudiese notarse evasiva y con un poco de resistencia a asistir a psicoterapia, en sesión trabaja de forma productiva y al finalizar agradece contenta por el espacio dado para desahogarse.

Desde pequeña ha utilizado la racionalización respecto a los conflictos de su familia, para así evitar la ansiedad que le trae el afrontar estos temas. Se repite que no quiere depender de un hombre en sentido económico como su mamá lo hacía; pero ésta también es su realidad, ya que pareciera que éste factor y la fantasía de poder tener una relación adecuada con su pareja es lo único que los mantiene relacionándose.

La represión de acontecimientos traumáticos como su accidente y el fallecimiento de su hermana parece deberse a la pobre comunicación de hechos importantes en la familia y la necesidad de seguir permaneciendo como una figura fuerte. Cabe destacar que en la entrevista, gran parte del tiempo se utilizó para hablar sobre el accidente y los recuerdos fueron muy vívidos, mientras que parecía no poderse hablar tan explícitamente sobre el fallecimiento de su hermana

Es de suma importancia tomar en cuenta la fortaleza yoica de la paciente desde pequeña, por lo cual fue adoptando el rol de intermediaria y cuidadora.

A nivel del súper Yo, se maneja gran cantidad de culpabilidad por no haber actuado según su ideal en diferentes circunstancias: accidente propio y fallecimiento de su hermana. Posee un súper Yo estricto que siempre le exige dar lo mejor de sí, sin importar la situación de riesgo en que se encuentre.

A nivel del Ello, parece haber una sexualidad reprimida. Por otro lado, existe una agresión constante dirigida hacia su pareja y su sobrina con la cual convive.

**e. Hipótesis adaptativa:**

Desde su infancia, debió de adaptarse forzosamente a un medio donde tenían escasos recursos y por este motivo comenzó a tener pequeños trabajos desde su adolescencia. También debió de adoptar el rol de mediadora, cuidadora y figura fuerte para llevar a la familia adelante del mejor modo posible. Tuvo una infancia difícil y con poca contención por lo cual maduró rápidamente para hacerse cargo de sus hermanos menores e inclusive de su depresiva madre.

Actualmente, la paciente parece tener dificultades para adaptarse a los cambios en diferentes aspectos de su vida, recalando los ámbitos familiares y laborales. Su respuesta hacia los cambios tiende a ser agresiva y ansiosa, presentando así características de ansiedad y estrés laboral. Su vida personal está desorganizada y esto le causa ansiedad, por lo cual gran parte del tratamiento se ha enfocado en poner límites y dedicar mayor tiempo a pensar sobre cómo lleva su vida. El provecho ha sido grande, ya que su sobrina se mudó y ha mejorado la relación con su pareja lo que la hace sentir mucho más tranquila y feliz.

VII. Examen mental

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL		
<b>a. Descripción General:</b>	Aspecto físico:	<i>Normal</i>
	Actividad psicomotora:	<i>Normal</i>
	Expresión del rostro:	<i>Normal</i>
	Mímica y gesticulación:	<i>Normal</i>
	Manera de aceptar el interrogatorio:	<i>Cooperación normal</i>
	Variación cuantitativa del lenguaje:	<i>Normal</i>
<b>b. Evaluación de las Emociones:</b>	Afecto:	<i>Normal</i>
	Estado de ánimo:	<i>Tristeza moderada</i>
	Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio:	<i>Normal</i>
<b>c. Evaluación de las Funciones Cognoscitivas:</b>	Nivel de consciencia:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación personal:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación espacial:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación temporal:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación situacional:	<i>Normal</i>
	Memoria:	<i>Normal</i>
	Atención y concentración:	<i>Normal</i>
	Capacidad ejecutiva:	<i>Normal</i>
<b>d. Evaluación de los Procesos de Pensamiento:</b>	Trastornos del curso del pensamiento:	<i>No presenta</i>
	Trastornos del contenido del pensamiento:	<i>No presenta</i>
<b>e. Evaluación de los Procesos Perceptivos:</b>	Ilusiones y Alucinaciones:	<i>No presenta</i>
<b>f. Consciencia de la Enfermedad:</b>	Introspección:	<i>Parcial</i>
<b>g. Juicio Crítico</b>	Tipo de crítica:	<i>Temporal</i>
<b>h. Mecanismos de</b>	Nivel adaptativo elevado:	<i>Altruismo</i>

<b>Defensa utilizados durante la Entrevista:</b>	Nivel de inhibición mental:	<i>Intelectualización</i>
	Nivel menor de distorsión de las imágenes:	<i>No presenta</i>
	Nivel de encubrimiento:	<i>Proyección</i>
	Nivel de mayor distorsión de las imágenes:	<i>No presenta</i>
	Nivel de acción:	<i>Agresión Pasiva</i>
	Nivel de desequilibrio defensivo:	<i>No presenta</i>

*\*Manual proporcionado por Prof. Juan Virgilio Correa*

### VIII. Evaluación multiaxial

Eje I F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

Eje II Diagnóstico aplazado [799.9]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: conflictos familiares

Problemas laborales: trabajo estresante y conflictos con compañeros de trabajo

Eje V EEAG = 55 (nivel en pre-prueba)

EEAG=65 (nivel en pos-prueba)

### IX. Resumen de evaluación (pre-prueba)

<b>Prueba</b>	<b>Puntaje obtenido (pre-prueba)</b>	<b>Interpretación</b>
Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung	55	Ansiedad moderada
Escala de autoevaluación para la depresión de Zung	46	Ausencia
Escala de estrés socio-laboral	74	Estrés laboral elevado

- b. **Motivo de consulta latente:** La paciente pareciese que busca un lugar específicamente suyo donde pueda concentrarse un poco en ella y no en cuidar a todos los que le rodean como en su trabajo y casa.

## **II. Registro de la enfermedad presente.**

Hace aproximadamente tres años comenzó a sufrir de estrés. Las horas extra y el trabajo con pacientes de riesgo le afectó de sobremanera en el transcurso de su embarazo. Desde éste momento, ha sufrido de estrés notablemente lo cual le afecta en sus relaciones con sus colegas, jefes, amistades y familiares. Comenta que trabajar con niños en riesgo le resulta muy difícil, ya que piensa qué pasaría si le ocurre lo mismo a su niña.

La paciente describe el estrés por medio de los siguientes síntomas: mal humor, tensión constante (muscular y mental), agitación (intranquilidad física y mental), problemas para conciliar el sueño y despertarse.

Agrega que desde que finalizó la licencia de embarazo se ha sentido estresada y tensa por el hecho de tener que separarse de su bebé para ir a trabajar. Todos los días deja a la niña con la abuela materna y son pocas horas que puede compartir con su hija a causa de los largos turnos de trabajo y el cansancio acumulado por el mismo.

## **III. Antecedentes médicos**

La paciente expresa que no ha tenido enfermedades graves u operaciones a lo largo de su vida.

#### **IV. Historia familiar**

Algunas enfermedades encontradas en la familia de la paciente son: hipertensión arterial (padre y abuelos) y depresión (abuela materna).

La paciente nació en un entorno económico medio bajo y proviene de una familia pequeña compuesta por sus padres, ella y una hermana dos años menor. Su padre trabajaba como mecánico y es descrito como una persona distante y ausente, siempre trabajando para llevar el sustento a casa. Su madre siempre fue ama de casa y la define como una figura depresiva, pero que la apoyaba cuando la necesitaba. Describe a su familia como patriarcal y machista, debido a la rigidez y carácter fuerte del padre y sumisión de la madre. Aclara que siempre tuvo una buena relación con ambos a pesar de los problemas que surgían en casa.

A su hermana la describe como dependiente e introvertida, ya que su mamá la sobreprotege mucho hasta hoy en día. La relación con su hermana siempre ha sido buena, la define como una relación de cuidado y protección hacia su hermana menor.

Comenzó a convivir más con su abuela paterna desde sus diez años de edad, ya que su abuela se muda a casa de ellos por el fallecimiento de su esposo. Al inicio tuvo que ayudar mucho en el cuidado de la abuela porque se había desmejorado a causa del periodo de duelo. Siempre tuvo una buena relación con su abuela paterna, a pesar de que era muy estricta en casa.

Actualmente se lleva muy bien con sus padres, abuela paterna y hermana. Su madre le cuida a su hija mientras ella está de turno y lo vivencia como un gran apoyo.

#### **V. Historia del desarrollo**

La paciente nació en la capital por medio de un parto natural sin complicaciones. Tomó pecho aproximadamente por ocho meses y comenzó a caminar al año y medio según le ha comentado su madre, pero comenta no conocer mayor detalle al respecto.

Es la primera hija de una pequeña familia de dos hermanas donde su padre y abuela paterna le exigían mucho, tanto de la escuela como de su comportamiento en casa (ayudando en casa y a su hermana menor). Recuerda que a veces no le alcanzaba el tiempo para terminar sus tareas por estar ayudando a su hermanita en las de ella y terminando los quehaceres que le pedían realizar. A pesar de todo esto, en primaria y en secundaria fue una buena alumna, nunca tuvo fracasos ni problemas de conducta en la escuela. Siempre se relacionaba bien con sus compañeros, pero aclara que en todo su periodo escolar fue de tener pocas amistades.

A sus diez años, fallece su abuelo paterno por un ataque cardíaco. Recuerda que este evento fue muy difícil porque su padre se puso muy mal y no iba al trabajo, por lo cual les faltaba dinero para cubrir sus necesidades. Además, su abuela paterna se mudó a casa de la paciente para no estar sola en su periodo de duelo. Comenta que todos estos cambios causaron mucha inestabilidad en la familia: habían más peleas de lo usual y un ambiente triste en toda la casa. Tuvieron que recibir ayuda de otros familiares para poder sobrellevar esta etapa.

A sus trece años tuvo su menarquía. Comenta que como ya varias compañeras se habían desarrollado, para ella no fue sorpresa y lo pudo manejar bien. A lo largo de su adolescencia tuvo un “noviecito”, pero no podía llevarlo a casa ya que su papá y abuela la regañarían por estar pensando en niños y no en sus estudios. Explica que esta relación duró pocas semanas y no fue nada serio: “sólo cosas de niños”.

Finalizando la secundaria no estaba segura qué carrera estudiar, ya que le llamaban la atención dos profesiones: medicina y enfermería. Se decidió por enfermería por cuestión de tiempo (menos prolongada que medicina) y de gastos. Al graduarse de secundaria, empezó los estudios de enfermería donde expresa que tenía que estudiar hasta altas horas de la noche para poder aprobar las materias. Comenta que con mucho esfuerzo pudo culminar exitosamente la carrera, su práctica y graduarse. Agrega que a pesar de los problemas que pudiera tener en casa, ella se concentraba en sus estudios para terminarlos lo más rápido posible para independizarse y un día conformar su propia familia sin ataduras a sus padres.

A los veinticuatro años comienza a trabajar en una clínica privada donde se mantuvo por cuatro años trabajando, pero la paga era muy baja y renunció, ya que se le presentó una mejor oportunidad laboral. Explica que le costó mucho dejar este trabajo porque había hecho buenas amistades con sus compañeros, pero poco a poco pudo acoplarse al nuevo trabajo. Inició su trabajo en un hospital privado donde permanece trabajando actualmente (doce años laborales). Menciona que le encanta su trabajo, pero es sumamente agobiante por los turnos rotativos, horarios extensos, el difícil trato con los colaboradores y superiores, casos delicados que ve diariamente y el trato con los familiares de los pacientes. A pesar de todo esto, las ganancias siempre son más: poder cuidar y ayudar a salvar la vida de pacientes.

En este transcurso también logra estudiar una maestría en enfermería pediátrica que logra terminar exitosamente. Al graduarse, la transfieren al área de su nueva especialidad lo cual le trae más responsabilidades por estar tratando con niños en alto riesgo. Menciona que al inicio esto le provocó un alto estrés, ya que el manejo de los pacientes y los familiares es muy diferente al que ella estaba acostumbrada.

Simultáneamente, comienza una relación con un joven que le presenta una compañera del trabajo y después de aproximadamente dos años de noviazgo se casan. Comenta que la relación con su pareja “siempre fue muy buena, pero como todas: ha tenido sus altos y bajos”. Explica que “con los turnos extensos y rotativos siempre se nos dificultaba la comunicación y encontrar tiempo para nosotros, pero lográbamos arreglarnos de alguna forma”.

Después de dos años de casada, queda embarazada. Expresa que en este momento se complica todo y tiene una crisis de estrés que abarca su embarazo hasta el día de hoy (aunque hoy en día en menor intensidad). Desde ese momento comenzó a aislarse y enfocarse en su trabajo, ya que su mal humor le hacía tener peleas constantes con sus familiares, esposo y compañeros.

Actualmente, reconoce que debe de cambiar esta actitud porque su hija está creciendo y no quiere que la situación afecte a la niña. La paciente comenta que su hija es lo más importante en



su vida, aunque no pasen mucho tiempo juntas a causa de su trabajo. No obstante, explica que diariamente deja a su hija en buenas manos con la abuela que la cuida muy bien.

Aunque tiene poco tiempo para pasar con su hija, expone que tienen una buena relación y se quieren mucho aunque lamenta estar la mayor parte del tiempo muy cansada para seguirle el ritmo a la niña.

Por otra parte, con su esposo la relación es mayormente conflictiva, dado que no hay tiempo para los dos y los dos están muy cansados y de mal humor cuando llegan a casa.

De igual manera, en el trabajo lleva relaciones conflictivas con superiores y compañeros y sólo cuenta con un par de amigas. Comenta que en el trabajo no está para hacer vida social ni amistades, sino para procurar terminar sus actividades lo mejor posible y poder darle una mejor atención a sus pacientes y a los familiares de los mismos.

La paciente se describe como una persona perfeccionista en su trabajo, preocupada por los demás y cumplida. En su tiempo libre trata de descansar y jugar con su hija.

## **VI. Análisis metapsicológico**

### **a. Hipótesis genética:**

La paciente proviene de una familia pequeña de dos hijas con una figura paterna fuerte, pero ausente, y una figura materna débil y depresiva. Familia patriarcal y machista donde el padre toma las decisiones importantes y marca los parámetros de disciplina. En otras palabras podríamos resumir que ambas figuras paternas estaban de cierto modo ausentes (una físicamente –el padre- y otra emocionalmente -la madre-). Por otro lado, la hermana menor parece ser en gran parte responsable de la paciente (tomando ella el rol de cuidadora por momentos): ayudándola en las tareas y otras actividades.

Luego, se une a este hogar una abuela estricta y demandante siempre presente que pareciera que de cierta forma ella la introyectó, convirtiéndose en una persona exigente consigo misma y perfeccionista en su trabajo.

En esta familia había poco espacio para jugar, relacionarse con otros y ser un individuo dependiente (sobretudo emocionalmente). Esto lleva a la paciente a ser muy aislada desde pequeña y tener dificultades con el manejo de sus emociones. Así mismo, se puede recalcar cómo desde pequeña tuvo que cuidar de otros: de su hermanita, de su abuela cuando estuvo en duelo y de su mamá (cubriéndole por momentos su rol de cuidadora primaria). Pudiese ser que por estas razones también le sea muy difícil jugar con su hija, ya que ella muy pocas veces tenía el espacio para jugar en su niñez.

En resumidas cuentas, toma un prematuro rol de cuidadora por ser la hermana mayor, parte de lo cual la hace elegir una carrera de cuidados a terceros: enfermería.

Describe a su padre como un hombre ausente, estricto e intimidante. Comenta que él sólo estaba para regañarla, por lo cual lo nota como un objeto rechazante y poco amoroso.

Su madre es descrita como una mujer depresiva, dependiente y pasiva que nunca hacía sentir su voz. Parece una figura ausente y sumida en sí misma, por la cual la paciente debe de suplir algunas partes del rol de cuidadora desde pequeña.

Todo esto, fue llevando a la paciente a desear terminar sus estudios prontamente y poder ser independiente para salir de casa y conformar su propia familia con sus propios parámetros: un intento de reparar y comenzar su propia vida de una mejor forma.

Se puede notar como tanto ella como su pareja parecen estar repitiendo en gran parte la historia de los padres de la paciente siendo unos padres ausentes y delegando la responsabilidad del cuidador primario a un tercero. Esta compulsión a la repetición y la culpa que acarrea puede ser en gran parte lo que genera el “estrés” de la paciente.

En psicoterapia, la paciente ha logrado comprender cómo está repitiendo nuevamente algunas características de su pasado: relación padre/madre – hija, el tratar de suplir las demandas de un padre y abuela estrictos (ya internalizados), el aislarse en su trabajo para poder enfocarse en el hacer y no en el sentir. También es como si la paciente buscara en terapia alguien que por fin pueda cuidar de ella y tenerla en mente como muchas veces sus padres no lo hicieron: conteniéndola y sosteniéndola emocionalmente.

**b. Hipótesis dinámica:**

Las fuerzas que actúan mayormente en la producción de los síntomas de la paciente son las de vida-muerte, tomando en cuenta fuerzas ambientales como es el miedo que tiene de perder a su hija o que le pase algo a la misma. Igualmente se puede notar un superyó agrandado, punitivo y estricto que hace a la paciente sentirse culpable de no poder dedicarle el tiempo debido a su hija y esposo, pero que a la vez la hace trabajar arduamente para poder cumplir a la perfección con su trabajo

Como se ha dicho, la paciente también lucha entre el ser la cuidadora y el deseo de ser cuidada, contenida y sostenida emocionalmente como sus cuidadores primarios no lo pudieron hacer. Lo que hace probable que la paciente no tenga recursos suficientes para contener sus propias emociones, las cuales la pueden abrumar fácilmente, ni para contener y sostener a su pequeña hija (lo que parece ser agobiante según el diálogo de la paciente).

Entre lo mencionado se pueden destacar las luchas entre vida y muerte, y el cuidar y el ser cuidado como las más predominantes para la paciente.

### **c. Hipótesis económica:**

La paciente invierte gran parte de energía en ser perfeccionista, cuidar a terceros (no familiares) y cumplir con las demandas de su superyó, en lo cual invierte la mayor parte de su tiempo. Esta concentración de energía en los aspectos mencionados pareciera que por años estuviera calmando la ansiedad que le traían los reclamos y exigencias de su padre y abuela (ahora internalizados) Dejando así de lado las relaciones tanto con su pareja como con su hija.

Actualmente, empezada la psicoterapia, ha redirigido una gran cantidad de energía hacia mejorar la situación con su pareja e hija y no ser una madre ausente. Así mismo, utiliza mucha de su energía en pensar un poco más en ella misma, en vez de trabajar intensamente para no pensar.

Para la paciente, el trabajo siempre determina una gran inversión de energía por los extenuantes horarios laborales, los casos y trato con los familiares que además de agotarla físicamente y estresarla, la agotan emocionalmente.

Toda esta inversión de energía disminuyen el tiempo y la energía que la paciente pudiera invertir en sí misma y en su familia nuclear, así como en mejorar las relaciones laborales.

### **d. Hipótesis estructural:**

Desde un nivel defensivo podemos mencionar que la paciente tiende a abarcar gran parte de la sesión en complicaciones laborales, evadiendo los temas y preguntas de temática emocional (familiares o personales). A pesar de esta evasión, la paciente llega puntual a sesión y parece estar trabajando a su ritmo en los temas emocionales. También podemos notar el uso del aislamiento y disociación utilizados para “no sentir” Otro aspecto muy notable, como ya se ha mencionado, es el uso de la introyección de figuras punitivas y estrictas desde su infancia. También se puede mencionar que la paciente tiene dificultades para adaptarse a nuevas situaciones.

Los impulsos agresivos de la paciente están dirigidos hacia su esposo, compañeras y, mayormente, hacia sí misma como si se castigara por no cumplir con su Yo ideal. La alta exigencia en su desempeño (“perfeccionismo en el trabajo”) causado por la introyección de la figura del padre y abuela altamente rígidos y estrictos da como resultado un fuerte sentimiento de culpa en la paciente por no poder cuidar y estar más tiempo con su hija. También hay una reducción de las pulsiones sexuales, ya que introyectó que hay actividades de mayor importancia que realizar (como en su adolescencia eran los estudios y ahora el trabajo).

La frustración de no haber roto ataduras con sus padres como la paciente pensó que haría puede ser una fuente más que exacerba la sintomatología de la paciente. Aún depende de su familia para el cuidado de su hija.

En resumidas cuentas, el Yo se encuentra debilitado por el conflicto y el superyó se presenta rígido y estricto como el padre y abuela introyectados. Los impulsos sexuales parecen estar opacados por toda la sintomatología de la paciente y su constante lucha para cumplir con todo lo que su superyó le demanda.

#### **e. Hipótesis adaptativa:**

La adaptación de la paciente a nuevas situaciones es pobre. Tiene una dificultad en tolerar los cambios y las situaciones tensas.

Desde una temprana edad debió de tomar parte del rol de cuidadora con su hermana, el cual su madre no cumplía por su estado depresivo, y más tarde con su abuela al haber fallecido el abuelo. Actualmente desarrolla este rol sólo en su trabajo, ya que no pasa mucho tiempo con su familia nuclear. Su adaptación con sus objetos tiende a ser exigente y estricta, cargándola de ansiedad y concluyendo en relaciones tensas y disfuncionales.

Actualmente, está logrando hacer un mayor espacio para su familia nuclear lo que le ayuda a hacer un poco de equilibrio en sus aspectos de vida diaria.

VII. Examen mental

<b>EXAMEN DEL ESTADO MENTAL</b>		
<b>a. Descripción General:</b>	Aspecto físico:	<i>Normal</i>
	Actividad psicomotora:	<i>Normal</i>
	Expresión del rostro:	<i>Normal</i>
	Mímica y gesticulación:	<i>Normal</i>
	Manera de aceptar el interrogatorio:	<i>Pasividad leve</i>
	Variación cuantitativa del lenguaje:	<i>Normal</i>
<b>b. Evaluación de las Emociones:</b>	Afecto:	<i>Reducido</i>
	Estado de ánimo:	<i>Normal</i>
	Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio:	<i>Ligeramente ansioso</i>
<b>c. Evaluación de las Funciones Cognoscitivas:</b>	Nivel de consciencia:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación personal:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación espacial:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación temporal:	<i>Normal</i>
	Evaluación de la orientación situacional:	<i>Normal</i>
	Memoria:	<i>Normal</i>
	Atención y concentración:	<i>Normal</i>
	Capacidad ejecutiva:	<i>Normal</i>
<b>d. Evaluación de los Procesos de Pensamiento:</b>	Trastornos del curso del pensamiento:	<i>No presenta</i>
	Trastornos del contenido del pensamiento:	<i>No presenta</i>
<b>e. Evaluación de los Procesos Perceptivos:</b>	Ilusiones y Alucinaciones:	<i>No presenta</i>
<b>f. Consciencia de la Enfermedad:</b>	Introspección:	<i>Parcial</i>
<b>g. Juicio Crítico</b>	Tipo de crítica:	<i>Temporal</i>
<b>h. Mecanismos de</b>	Nivel adaptativo elevado:	<i>Supresión</i>

<b>Defensa utilizados durante la Entrevista:</b>	Nivel de inhibición mental:	<i>Aislamiento afectivo</i>
	Nivel menor de distorsión de las imágenes:	<i>No presenta</i>
	Nivel de encubrimiento:	<i>Racionalización</i>
	Nivel de mayor distorsión de las imágenes:	<i>No presenta</i>
	Nivel de acción:	<i>Agresión pasiva</i>
	Nivel de desequilibrio defensivo:	<i>No presenta</i>

*\*Manual proporcionado por Prof. Juan Virgilio Correa*

### VIII. Evaluación multiaxial

Eje I F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

Eje II Diagnóstico aplazado [799.9]

Eje III Ninguno

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo: conflictos familiares

Problemas relativos al ambiente social: adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales

Problemas laborales: trabajo estresante

Eje V EEAG = 58 (nivel en pre-prueba)

EEAG=70 (nivel en pos-prueba)

### IX. Resumen de evaluación (pre-prueba)

<b>Prueba</b>	<b>Puntaje obtenido (pre-prueba)</b>	<b>Interpretación</b>
Escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung	66	Ansiedad marcada a severa
Escala de autoevaluación para la depresión de Zung	54	Ligeramente deprimido
Escala de estrés socio-laboral	72	Estrés laboral elevado

### **3.4. Sujeto D**

#### **Datos Personales**

**Nombre:** Sujeto D

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 38

**Estado Civil:** Soltero

**Religión:** Católica

**Escolaridad:** -

**Lugar de trabajo:** Hospital

**Continuidad laboral como enfermero:** -

**Personas con quienes convive:** -

**Referida por:** ION

**Aplicación pre-prueba:** Octubre de 2012

**Aplicación pos-prueba:** -

El sujeto D sólo hizo la pre-prueba y se retiró de la investigación por dificultades familiares que debía atender. Debido a la escasa información, no se podrán presentar más datos de este sujeto.



### 3.5. Interpretación psicodinámica comparativa

**CUADRO V**  
**ANÁLISIS METAPSICOLÓGICO**  
**Comparación de sujetos**

Hipótesis	Sujeto A	Sujeto B	Sujeto C
<b>Genética</b>	<p>Padre: carácter fuerte.</p> <p>Madre: sumisa.</p> <p>Familia cerrada.</p> <p>Ansiedad de separación en infancia.</p> <p>Inversión de roles (cuidadora).</p>	<p>Padre: conflictivo, vulgar y ausente.</p> <p>Madre: sumisa, sufrida y depresiva.</p> <p>Familia cerrada con poca comunicación e integración.</p> <p>Inversión de roles (cuidadora).</p>	<p>Padre: carácter fuerte, intimidante y ausente.</p> <p>Madre: dependiente, débil y depresiva.</p> <p>Familia cerrada, patriarcal.</p> <p>Inversión de roles (cuidadora).</p>
<b>Dinámica</b>	<p>Dependencia vs. independencia.</p> <p>Autocontrol vs. control por fuerzas externas.</p> <p>Vida vs. muerte.</p> <p>Cuidar vs. ser cuidado</p>	<p>Dependencia vs. independencia.</p> <p>Cuidado vs. abandono.</p> <p>Amor vs. odio.</p> <p>Fortaleza vs. debilidad.</p> <p>Culpa vs. perdón.</p> <p>Vida vs. muerte.</p> <p>Cuidar vs. ser cuidado</p>	<p>Dependencia vs. independencia.</p> <p>Culpa vs. perdón</p> <p>Vida vs. muerte.</p> <p>Cuidar vs. ser cuidado</p>
<b>Económica</b>	<p>Cuidado de otros (familia y pacientes).</p> <p>Toma de decisión en el trabajo.</p>	<p>Cuidado de otros (familia y pacientes).</p> <p>Aparentar ser fuerte emocionalmente.</p> <p>Limpieza obsesiva en casa.</p>	<p>Cuidado de otros (no familiares).</p> <p>Ser perfeccionista.</p>

	<b>Relaciones laborales.</b>	<b>Mantener una relación a distancia con su pareja. Relaciones laborales / trabajos.</b>	<b>Relaciones laborales y el trabajo en sí.</b>
<b>Estructural</b>	<b>Superyó: estricto.  Yo: resistencia, compensación, disociación y represión (hechos traumáticos).  Ello: restringido.</b>	<b>Superyó: estricto (mucho culpabilidad). Yo: resistencia, racionalización, disociación y represión (hechos traumáticos). Ello: agresión hacia pareja y sobrina.</b>	<b>Superyó: estricto y rígido.  Yo: resistencia, aislamiento, disociación e introyección de figuras punitivas.  Ello: agresión hacia pareja, compañeras y a sí misma.  Sexualidad reducida.</b>
<b>Adaptativa</b>	<b>Ansiedad por cambios.</b>	<b>Respuesta agresiva y ansiosa a los cambios laborales y familiares.</b>	<b>Dificultad en tolerar los cambios y situaciones tensas.</b>

Fuente de los datos: Jacqueline Vallanno, 2012

En el cuadro V se pueden observar los puntos más relevantes del análisis metapsicológico de cada sujeto del estudio. Es importante recalcar que todos los sujetos comenzaron a ejercer un rol de cuidadores o intermediarios desde una temprana edad en sus familias dada la inversión de roles en la misma. Los tres sujetos provienen de familias cerradas con padres de carácter fuerte y madres más débiles o sumisas, creando desde esta temprana edad una sensación de tener que “ser fuerte” para poder subsistir. Se pueden notar muchas características similares entre los sujetos que serían importantes analizar en una mayor muestra.

#### 4. Discusión

La prevalencia de trastornos mentales en poblaciones variadas es de gran conocimiento, pero parece haber una negación de las dificultades que presenta el personal sanitario para poder mantener una salud mental adecuada. Tomando en cuenta que determinadas condiciones de trabajo son generadoras de múltiples trastornos mentales podemos deducir que el ambiente laboral del personal de enfermería posiblemente es uno de los factores por los cuales este grupo enferma más que otros.

Se encuentran diferencias y similitudes con otros estudios. Un ejemplo importante es el de la investigación panameña “El estrés y el desempeño laboral en las enfermeras de sala de hospitalización de la Clínica Hospital San Fernando” (Campos, 2008) donde se encontró que las enfermeras mostraban indicadores físicos, cognitivos, afectivo-emocionales y conductuales de estrés. También se puede rescatar el estudio cubano “Salud mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un hospital psiquiátrico” (Bestard y Larduet, 1998) en el cual se halló una elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en el personal de enfermería de salud mental. Estos trastornos se asociaron a algunas de las condiciones que disminuyen la resistencia a las situaciones estresantes, a la edad y al tiempo de trabajo, entre otras variables. Así mismo, la existencia de posibles factores laborales y extralaborales fue muy común en las enfermeras que presentaban alteraciones psíquicas.

En contraposición, se encuentran los resultados del “Estudio de ansiedad y depresión en personal profesional de la salud, Hospital Rafael Estevez” (Del Valle, 2006) donde el 81.2% de los entrevistados no sufre de ansiedad ni depresión.

Nuestro estudio valida que existen niveles elevados de estrés socio-laboral en el personal de enfermería evaluado. También se puede recalcar que en algunos sujetos se encontraron rastros de ansiedad y depresión, según la evaluación con las escalas de Zung. En resumidas cuentas, la psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada ayudó a disminuir la intensidad en la gran mayoría de las variables de los sujetos evaluados, con excepción de la variable estrés socio-laboral en el sujeto B (se mantuvo estable).

Es de gran importancia recalcar sobre los datos cualitativos adquiridos por medio de nuestro estudio; ya que nos ayuda a comprender de mejor manera la muestra y los resultados obtenidos por medio de las evaluaciones. De esta manera, podemos sintetizar que la totalidad de sujetos provenían de familias cerradas con padres de carácter fuerte y madres sumisas o deprimidas. A temprana edad, se presentaba una inversión de roles donde los sujetos adoptaban un rol de cuidadores dentro y/o fuera del núcleo familiar. Éste temprano rol adquirido, probablemente sea una variable de importancia para la elección de la carrera profesional de los sujetos evaluados. Otros de los datos significativos tienen que ver con la utilización de defensas de la muestra. El personal de enfermería evaluado tendía a utilizar la resistencia para evadir la terapia y para negar la necesidad de requerir ayuda de otra persona (sobre todo ayuda psicológica). Igualmente, hacían uso de la disociación y represión de eventos traumáticos concernientes a su vida personal y/o laboral.

Por medio de la amplia información obtenida a través de nuestro estudio, se puede inferir que la psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada tiene efectos positivos y de alivio en el personal de enfermería con ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral.

**CAPÍTULO V.**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

*“Las que conduce y arrastran al mundo  
no son las máquinas, sino las ideas”  
Víctor Hugo.*

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **1. Conclusiones**

En base a los resultados que se obtuvieron en la investigación, se finalizó el estudio dando respuesta a la pregunta de investigación planteada al inicio: ¿Los(as) pacientes diagnosticados(as) con ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral, que participen de la psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada, disminuirán los niveles de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral?

De esta forma, se concluiremos los datos que permitieron: desarrollar los objetivos de investigación, responder a la pregunta de investigación, y a su vez, validar o rechazar las hipótesis del estudio

Luego de analizar los resultados obtenidos se concluye que:

- Existen niveles elevados de estrés socio-laboral en el personal de enfermería evaluado.
- En la mayoría de los sujetos evaluados se encontraron niveles de ansiedad patológicos: 2 sujetos con ansiedad marcada a severa, 1 sujeto con ansiedad mínima a moderada y 1 sujeto con ansiedad normal (ausencia)
- La mitad de los sujetos evaluados registraron niveles de depresión patológicos: 2 sujetos ligeramente deprimidos y 2 sujetos con ausencia de depresión.
- La totalidad de la muestra provenía de familias cerradas con una figura paterna de carácter fuerte y una madre sumisa o depresiva. Cada sujeto tomó un rol de cuidador desde una temprana edad, lo que consume mucha de su energía psíquica. Se caracterizan por tener un superyó estricto, y comparten la

utilización de los mecanismos de defensa: resistencia y disociación. También muestran ansiedad a los cambios.

- Todos los sujetos que finalizaron el tratamiento tuvieron una disminución en cuanto a las variables: ansiedad y depresión.
- La mayor parte de los sujetos (2 de 3) que finalizaron el tratamiento tuvieron una disminución llamativa en cuanto a la variable estrés socio-laboral.
- La totalidad de sujetos expresaron sentir un aumento en la sensación de bienestar y tranquilidad en su vida, luego de finalizar el tratamiento.
- La totalidad de los sujetos indicaron sentir un aumento en su satisfacción sexual, claridad mental y facilidad para hacer lo de siempre.

## **2. Recomendaciones**

En base a los hallazgos que se lograron por medio de la investigación, y aquellas deficiencias que fueron identificadas en el estudio, se presenta una lista de recomendaciones a seguir, en beneficio del bienestar individual y laboral del personal de enfermería de Panamá.

Las recomendaciones deducidas después de la aplicación de esta investigación son las siguientes:

- Realizar una investigación tipo cuasi-experimental (grupo experimental y grupo control o en lista de espera) que conste de una muestra representativa del gremio de enfermeros, haciendo un muestreo aleatorio que permita generalizar los resultados y contar con un mayor grado de confiabilidad. Así mismo, permitirá aplicar un análisis estadístico adecuado que hará más valiosa la investigación.
- Utilizar pruebas psicológicas para el estudio del personal de salud que estén estandarizadas y validadas en Panamá.
- Es necesario ampliar las redes de apoyo social para todos los trabajadores de la salud, ya que se encuentran sumamente expuestos a dificultades sociales, psicológicas y físicas de sus pacientes y colaboradores. Esta exposición continua puede causar grandes afecciones al personal de salud disminuyendo así su calidad de vida y la calidad de su aporte como profesionales.
- Aplicar el modelo de psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada para aliviar, por medio del sostén, contención y apoyo, los síntomas presentados en los trabajadores de salud que requieran tratamiento.
- Aplicar el modelo de terapia de grupo donde el personal de enfermería pueda beneficiarse, en un entorno de apoyo, de la experiencia de todos los participantes y de la terapia en sí.



- **Implementar programas de prevención primaria para el personal sanitario utilizando variadas metodologías.**
- **Iniciar programas de sensibilización con estudiantes de pre-grado para ejecutar labores de prevención primaria.**
- **Capacitar a los jefes de departamento de los hospitales y centros de salud sobre las identificaciones de los problemas de salud mental que puedan ameritar atención psicológica.**

En el plano individual la solución más recomendable para el estrés y ansiedad sanitaria se encuentra en alguna o algunas de las opciones siguientes:

- **El afrontamiento directo con el factor ocupacional estresante, tratando de solucionarlo después de haber tomado el tiempo suficiente para acumular información y hacer una evaluación global de la situación sometiéndola al tiempo a un ejercicio de autocrítica.**
- **La búsqueda de ayuda emocional de otras personas o del apoyo interprofesional, prestado por el jefe del equipo o por los colegas. Cualquier tipo de soporte emocional, profesional o social brindado por la familia, los amigos, los compañeros o la institución puede ser una estrategia preventiva válida, aunque no siempre suficiente**
- **El distanciamiento o la evasión del foco del conflicto, sobre todo mediante la desconexión periódica del trabajo entregándose a algún divertimento preferido. Además se recomienda, la mejora del estilo de vida mediante la entrega a ejercicios físicos sistemáticos, la ocupación adecuada del tiempo libre o el mantenimiento disciplinario de un horario regular.**

## BIBLIOGRAFÍA

## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS

- ABBT Clinical Assessment Series. (2000). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Depression*. Estados Unidos. Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- ABBT Clinical Assessment Series. (2001). *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Anxiety*. Estados Unidos. Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Alonso-Fernández, F. (2008). *¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad*. España. Editorial Diaz de Santos.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *DSM-IV-TR Breviario: Criterios Diagnósticos*. España. Editorial Masson.
- Assoun, P. (2002). *La Metapsicología*. México. Siglo xxi editores, s-a.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1986). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. México. Editorial Manual Moderno.
- Bellak, L. y Small, L. (1965). *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México. Editorial Pax-México
- Bernstein, D. y Nietzel, M. (1998). *Introducción a la Psicología Clínica*. México. Editorial McGraw-Hill.
- Cameron, N. (2009). *Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología: Un Enfoque Dinámico (2ª ed.)*. México. Editorial Trillas.
- Cameron, P.; Ennis, J. y Deadman, J. (1998) *Standards and Guidelines for the Psychotherapies*. Canada. University of Toronto Press.
- Chauhan, S.S. (1999). *Mental Hygiene: A Science of Adjustment*. India. Allied Publishers Ltd.
- Cloninger, S. (1996) *Personality: Description, Dynamics, and Development*. Estados Unidos W.H. Freeman and Company.
- Fernández, J.L. y Mielgo, M. (2006). *Manual EAE- Escalas de Apreciación del Estrés (4ª ed.)*. España. TEA Ediciones.
- Gutiérrez, R.E.; Contreras-Ibáñez, C.C. e Ito, M.E. (2003). *Salud Mental, Estrés Y Trabajo en Profesionales de la Salud*. México. Editorial UNAM.
- Halgin, R. (2005). *Psicología de la Anormalidad: Perspectivas Clínicas sobre Desórdenes Psicológicos (4ª ed.)*. México. Editorial McGraw-Hill.
- León, O y Montero, I. (2003). *Métodos de Investigación en Psicología y Educación (3ª ed.)*. España. Editorial McGraw-Hill.

- Livesley, W. (2001) *Handbook of Personality Disorders: Therapy, Research and Treatment*. Estados Unidos. Guildford Press.
- MacLeod, M.L. (1996). *Practising Nursing: Becoming Experienced*. Reino Unido. Editorial Churchill Livingstone.
- Morris, Ch y Maisto, A (2001). *Psicología (10ª ed.)*. México. Editorial Prentice Hall Inc.
- Novalis, P.; Rojcewicz, S. y Peele, R. (1993). *Clinical Manual of Supportive Psychotherapy*. Estados Unidos. American Psychiatric Press, Inc.
- Ribera, D.; Cartagena, E.; Reig, A.; Romà, M.; Sans, I. y Caruana, A. (1993). *Estrés Laboral y Salud en Profesionales de Enfermería: Estudio Empírico en la Provincia de Alicante*. España. Imprenta de la Universidad de Alicante.
- Rockland, L. (1989). *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. Estados Unidos. Basic Books.
- Samuels, A. (2005). *Jung and the Post-Jungians*. Estados Unidos. Taylor & Francis Group.
- Sarason, I. y Sararon, B. (1996). *Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada (7ª ed.)*. México. Editorial Prentice Hall Inc.
- Stuart, G. y Laraia, M. (2006). *Enfermería Psiquiátrica: Principios y práctica (8ª ed.)*. España. Editorial Elsevier.
- Ursano, R.; Sonnenberg, S. y Lazar, S. (2004). *Concise Guide to Psychodynamic Psychotherapy: Principles and Techniques of Brief, Intermittent, and Long-Term Psychodynamic Psychotherapy (3ª ed.)*. Estados Unidos. American Psychiatric Pub.
- Wallerstein, R. (1972). *Las Nuevas Direcciones de la Psicoterapia: Teoría, Práctica, Investigación*. Argentina. Editorial Paidós.
- Winston, A. y Winston, B. (2002). *Handbook of Integrated Short-Term Psychotherapy*. Estados Unidos. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Winston, A.; Rosenthal, R. y Pinsky, H. (2012). *Learning Supportive Psychotherapy: an Illustrated Guide*. Estados Unidos. American Psychiatric Publishing, Inc.

## REVISTAS

- Benalges, A.; Montalá, M.; Guasch, C y Borrás, C. (2001). *Validez de la Self-Rating Depression Scale de Zung en Pacientes de Atención Primaria*. Actas Españolas de Psiquiatría, 29(5), 310-316. Descargado el 26 de abril de 2012 de [http://www.faes.es/archivos\\_pdf/download/bases\\_bibliograficas/newsletter\\_psicometria/2002/NL1-02 PDF](http://www.faes.es/archivos_pdf/download/bases_bibliograficas/newsletter_psicometria/2002/NL1-02 PDF)

- Bestard R., J. y Larduet Ch., O. (1998). *Salud Mental y su Relación con el Estrés en las Enfermeras de un Hospital Psiquiátrico*. *Medisan*, 2(2), 6-11. Descargado el 24 de abril de 2012 de [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2\\_2\\_98/san02298.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol2_2_98/san02298.pdf)
- Castañeda, E. y García, J. (2011). *Depresión en el Personal Sanitario Femenino y el Análisis de los Factores de Riesgos Sociodemográficos y Laborales*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3): 420-432. Descargado el 24 de abril de 2012 de [http://www.psiqulatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/rcp-3-2011\\_022.pdf](http://www.psiqulatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/rcp-3-2011_022.pdf)
- De La Ossa, S.; Martínez, Y.; Herazo, E. y Campo, A. (2009). *Study of Internal Consistency and Factor Structure of three versions of the Zung's Rating Instrument for Anxiety Disorders*. *Colombia Médica*, 40(1), 78-84. Descargado el 26 de abril de 2012 de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/629/853>
- Flores-Villavicencio, M.; Troyo-Sanromán, R.; Valle, M.; Vega-López, M. (2010). *Ansiedad y Estrés en la Práctica del Personal de Enfermería en un Hospital de Tercer Nivel en Guadalajara*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(1), 1-17. Descargado el 7 de febrero de 2012 de [www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/17075/16260](http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/17075/16260)
- Fornés Vives, J. (2003). *Enfermería en Salud Mental: Cómo Cuidar al Cuidador y a Nosotros Mismos*. *Enfermería Global*, 2(1), 1-11. Descargado el 13 de febrero de 2013 de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/658/690>
- Lerma, V ; Rosales, G. y Gallegos, M. (2009). *Prevalencia de Ansiedad y Depresión en Enfermería a Cargo del Paciente Crónico Hospitalizado*. *Revista CONAMED*, 14(1): 5-10. Descargado el 2 de mayo de 2012 de [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=59703&id\\_seccion=699&id\\_ejemplar=6038&id\\_revista=41](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59703&id_seccion=699&id_ejemplar=6038&id_revista=41)
- Ojeda, M. (2010). *Origen y Evolución de la Alianza Terapéutica*. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, 6(3): 284-295 Descargado el 5 de Mayo de 2013 de [http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20\(PDF\)/REV%20Origen%20y%20evo.pdf](http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20(PDF)/REV%20Origen%20y%20evo.pdf)
- Rivera, B; Corrales, A, Cáceres, Ó.; Pina, J. (2007). *Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH*. *Terapia Psicológica*, 25(2), 135-140 Descargado el 26 de abril de 2012 de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082007000200004&lng=en&nrm=iso&ignore=html](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000200004&lng=en&nrm=iso&ignore=html)
- Trejo, H.; Torres, J. y Valdivia, M. (2001). *Asociación entre Síndrome de Burnout y Depresión en Personal de Enfermería que Labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México*. *Archivos de Investigación Materno-Infantil*, 3(1): 44-47. Descargado el 2 de mayo de 2012 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi1111i.pdf>

## TESIS

- Arredondo, M. y Salinas, P. (2005). *Alianza Terapéutica en Psicoterapia: Concepción e Importancia Atribuida por Psicoterapeutas con Distintas Orientaciones Teóricas que Trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile (CAPs)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Chile.
- Campos, A. (2008) *El Estrés y el Desempeño Laboral en las Enfermeras de Sala de Hospitalización de la Clínica Hospital San Fernando*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad de Panamá.
- DeValle, B. (2006). *Estudio de Ansiedad y Depresión en Personal Profesional de la Salud, Hospital Rafael Estevez*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de Panamá.
- Vázquez, L. (2001) *Manual para la Elaboración de una Psicodinamia*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Descargado el 8 de mayo de 2012 de <http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/preparatoria2/docs/psicodinamia.pdf>

## INTERNET

- Astocondor, L. (2001). *Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung: Adaptación Luis Astocondor*. Descargado el 17 de abril de 2012 de <http://es.scribd.com/doc/57162687/Ansiedad-de-Zung>
- Consult Pharm. (1996). *Zung Anxiety Self-Assessment Scale*. Descargado el 25 de abril de 2012 de [http://cme.dannemiller.com/sections/professional/cme\\_article/images/ZungAnxiety.pdf](http://cme.dannemiller.com/sections/professional/cme_article/images/ZungAnxiety.pdf)
- GlaxoWellcome Inc. (1997). *Key to Scoring the Zung Self-Rating Depression Scale*. Descargado el 25 de abril de 2012 de <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/ZungSelfRatedDepressionScale.pdf>
- Mental Health Ministries. *Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)*. Descargado el 17 de abril de 2012 de [http://www.mentalhealthministries.net/links\\_resources/flyers/zung\\_scale\\_sp.pdf](http://www.mentalhealthministries.net/links_resources/flyers/zung_scale_sp.pdf)
- Ovando, L. (2007). *Manejo del Estrés por las Enfermeras que Laboran en los Centros de Salud del Área de Salud de Guatemala*. Descargado el 2 de mayo de 2012 de <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/45589.pdf>

## OTROS

- Correa, Juan Virgilio. (2005). *La Historia Clínica*. Apuntes de clase, Facultad de Psicología, Universidad de Panamá.

**ANEXOS**



**ANEXO N°1: Solicitud**

Panamá, # de Mayo de 2012.

Doctor  
Aníbal Villarreal  
Director General  
Instituto Oncológico Nacional  
E.S.D.

Estimado Doctor Villarreal:

La presente es portadora de un cordial saludo y tiene el propósito de solicitar su autorización para que la estudiante de maestría Jacqueline Vallarino Pascual, con cédula de identidad personal 8-777-639, pueda realizar su trabajo de graduación (tesis) en éste lugar escogido con especial interés.

La investigación tiene como título: “Psicoterapia individual de apoyo psicodinámicamente orientada para mejorar síntomas de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral en personal de enfermería del Instituto Oncológico Nacional”. Dicha investigación consiste en evaluar personal de enfermería buscando rasgos de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral para luego aplicar una terapia individual de apoyo al personal con rasgos significativos de las variables anteriormente mencionadas.

La psicoterapia tendrá una duración de 10 sesiones distribuidas una sesión por semana y cada una constará de aproximadamente 50 minutos. Para evaluar la eficacia de la intervención se aplicarán escalas de ansiedad, depresión y estrés socio-laboral, las medidas serán al inicio y al final del tratamiento.

Contará con el apoyo y supervisión del Magister Ricardo López, psicólogo clínico y director de la Facultad de Psicología de la Universidad de Panamá.

Agradeciéndole de antemano su cooperación, queda de usted,

Atentamente,

Magister Ricardo López



**ANEXO N°2: Consentimiento informado**  
**Consentimiento Informado**

**Nombre del investigador:** Jacqueline Vallarino Pascual

**Teléfonos:** 228-3448 (residencia); 6581-2721 (celular)

**Propósito del estudio:** Disminuir los niveles de ansiedad, depresión y/o estrés socio-laboral.

**Beneficios:** Mejorar los síntomas para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, habilidades adaptativas y funciones psicológicas.

Una vez leída la información anterior, por favor conteste a las siguientes preguntas:

- |  | <u>NO</u>                | <u>SÍ</u>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ha entendido toda la información suministrada en este formulario          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Se le han aclarado todas las dudas sobre el estudio en el que participará | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Se le ha informado que usted puede renunciar en cualquier momento         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sabe usted que los resultados y datos proporcionados son confidenciales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si ha respondido NO a alguna de las preguntas anteriores, NO FIRME ESTE FORMULARIO.

*Con mi firma en este formulario acepto que mi participación es voluntaria, que he entendido el propósito, que se me han informado mis derechos y que deseo participar en ésta investigación.*

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del enfermero/a

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable

Psicóloga encargada

**ANEXO N°3: Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung (EAD)**

**Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (EAD)**

**Instrucciones:**

*Marque con una X en el espacio correspondiente según cómo usted se haya sentido durante la última semana.*

Items	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Me siento decaído(a) y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado(a) y no puedo estar quieto(a).				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Adaptación de: Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 12: 63-70.

## ANEXO N°4: Plantilla para evaluar la Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung (EAD)

### KEY TO SCORING THE ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE

Consult this key for the value (1-4) that correlates with patients' responses to each statement  
Add up the numbers for a total score. Most people with depression score between 50 and 69. The highest possible score is 80<sup>1</sup>

Make check mark (✓) in appropriate column	A little of the time	Some of the time	Good part of the time	Most of the time
1 I feel down hearted and blue	1	2	3	4
2 Morning is when I feel the best	4	3	2	1
3 I have crying spells or feel like it	1	2	3	4
4 I have trouble sleeping at night	1	2	3	4
5 I eat as much as I used to	4	3	2	1
6 I still enjoy sex	4	3	2	1
7 I notice that I am losing weight	1	2	3	4
8 I have trouble with constipation	1	2	3	4
9 My heart beats faster than usual	1	2	3	4
10 I get tired for no reason	1	2	3	4
11 My mind is as clear as it used to be	4	3	2	1
12 I find it easy to do the things I used to	4	3	2	1
13 I am restless and can't keep still	1	2	3	4
14 I feel hopeful about the future	4	3	2	1
15 I am more irritable than usual	1	2	3	4
16 I find it easy to make decisions	4	3	2	1
17 I feel that I am useful and needed	4	3	2	1
18 My life is pretty full	4	3	2	1
19 I feel that others would be better off if I were dead	1	2	3	4
20 I still enjoy the things I used to do	4	3	2	1

Adapted from Zung<sup>2</sup>

References 1 Carroll BJ, Fielding JM, Blashki TG. Depression rating scales: a critical review. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28:361-366  
2 Zung WWK. A self rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12:63-70

Presented as a service by

**GlaxoWellcome**

Glaxo Wellcome Inc.  
Research Triangle Park, NC 27709  
Web site: [www.glaxowellcome.com](http://www.glaxowellcome.com)

**ANEXO N°5: Escala de Autoevaluación de la ansiedad de Zung (EAA)**

**Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)**

**Instrucciones:**

*Marque con una X en el espacio correspondiente según cómo usted se haya sentido durante la última semana.*

Items	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.				
2. Me siento con temor sin razón.				
3. Me enojo con facilidad o siento pánico.				
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.				
5. Siento que todo está bien y que nada malo puede sucederme.				
6. Me tiemblan los brazos y las piernas.				
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura.				
8. Me siento débil y me canso fácilmente.				
9. Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.				
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11. Sufro de mareos.				
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.				
13. Puedo inspirar y espirar fácilmente.				
14. Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies.				
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16. Orino con mucha frecuencia.				
17. Generalmente mis manos están secas y calientes				
18. Siento bochornos.				
19. Me quedo dormido(a) con facilidad y descanso bien durante la noche.				
20. Tengo pesadillas.				

*Adaptación: Zung, W.W.(1971). A Rating Instrument for Anxiety. Psychosomatics, 12: 371-379.*

**ANEXO N°6: Plantilla para evaluar la Escala de Autoevaluación de la ansiedad de Zung (EAA)**

NAME \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### Zung Anxiety Self-Assessment Scale

	None or a little of the time	Some of the time	Good part of the time	Most or all of the time
1 I feel more nervous and anxious than usual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 I feel afraid for no reason at all	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 I get upset easily or feel panicky	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 I feel like I'm falling apart and going to pieces	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 I feel that everything is all right and nothing bad will happen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6 My arms and legs shake and tremble	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 I am bothered by headaches, neck and back pains	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 I feel weak and get tired easily	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 I feel calm and can sit still easily	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
10 I can feel my heart beating fast	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11 I am bothered by dizzy spells	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
12 I have fainting spells or feel faint	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13 I can breathe in and out easily	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
14 I get feelings of numbness and tingling in my fingers and toes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
15 I am bothered by stomachaches or indigestion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16 I have to empty my bladder often	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
17 My hands are usually dry and warm	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
18 My face gets hot and blushes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
19 I fall asleep easily and get a good night's rest	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
20 I have nightmares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**Converting Raw Score Total to Anxiety Index**

RAW SCORE	ANXIETY INDEX	RAW SCORE	ANXIETY INDEX	RAW SCORE	ANXIETY INDEX
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Raw Score Total  Anxiety Index

**Interpreting the Anxiety Index**

Anxiety Index	Clinical Interpretation
Below 45	Within normal range
45 - 59	Minimal to moderate anxiety
60 - 74	Marked to severe anxiety
75 and over	Most extreme anxiety

- Check that all statements have been answered
- Scoring values are printed next to the response
- Add up the Raw Total Score
- Convert the Raw Total to the Anxiety Index

**Instruction for use (Zung Anxiety Assessment Tool)**

- 1 The same caregiver should administer this test each time.
- 2 Choose a quiet place, preferably the same location each time the test is administered.
- 3 The administration of this test should not be immediately after some mental trauma or uneasy period.
- 4 Speak in a soft, pleasant tone.
- 5 Answer all questions by placing a check in the box to the left of the number under the appropriate answer.
- 6 Add the Raw Score values (numbers to the right of the check) for all questions and record the total in the "RAW SCORE TOTAL" box.
- 7 Compare the raw score to the anxiety index on the conversion chart and record the corresponding anxiety index in the "ANXIETY INDEX" box.
- 8 Compare the anxiety index with the clinical interpretation chart.

## ANEXO N°7: Escala de apreciación de estrés socio-laboral (EAE-S)

### Escala de Apreciación del Estrés socio-laboral (EAE-S)

#### Instrucciones:

*A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.*

*Ud. debe decirnos cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, marcará el SI, siempre que no de estos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el NO.*

*Sólo si ha rodeado el SI, señale en qué medida le ha afectado. Para ello, marcará primero con una X el número que usted considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que 0 significa nada, 1 un poco, 2 mucho y 3 muchísimo.*

*En segundo lugar, debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra A; si le ha dejado de afectar o apenas le afecta marcará la letra P.*

Items	SI	NO	Intensidad	Tiempo	
1. Etapa de búsqueda del primer empleo.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
2. Situación de empleo eventual o subempleo.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
3. Estar en paro.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
4. Etapa de preparación profesional.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
5. Hacer el servicio militar.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
6. Presentarse a una entrevista de selección	SI	NO	0 1 2 3	A	P
7. Presentarse a exámenes y/u oposiciones.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
8. Competitividad laboral.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
9. Subida constante del coste de la vida.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
10. Situación económica propia o de la familia.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
11. Deudas, préstamos, hipotecas.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
12. Llegar tarde al trabajo, reuniones, entrevistas.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
13. Relaciones con los demás compañeros, jefes, subordinados.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
14. Sobrecarga de tareas y funciones laborales.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
15. Tipo de trabajo (por lo ingrato que es).	SI	NO	0 1 2 3	A	P
16. Horario de trabajo o cambio del mismo.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
17. Ritmo de trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
18. Ambiente físico de tu trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
19. Desorganización del trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
20. Que supervisen constantemente tu trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A	P
21. Interrupción constante del ritmo de trabajo	SI	NO	0 1 2 3	A	P

Items	SI	NO	Intensidad	Tiempo
22. Excesiva responsabilidad laboral.	SI	NO	0 1 2 3	A P
23. Toma constante de decisiones importantes.	SI	NO	0 1 2 3	A P
24. Falta de alicientes en el trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
25. Trabajar ante un público exigente.	SI	NO	0 1 2 3	A P
26. Limitación de tiempo para realizar el trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
27. Pocas posibilidades de ascenso laboral.	SI	NO	0 1 2 3	A P
28. Recibir constantes reproches de jefes o compañeros.	SI	NO	0 1 2 3	A P
29. Existencia de enchufes en tu trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
30. No poder realizar el trabajo como a uno le gustaría hacerlo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
31. Baja remuneración o disminución de ingresos.	SI	NO	0 1 2 3	A P
32. Inseguridad en el puesto de trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
33. Trabajar en algo para lo que no estás preparado	SI	NO	0 1 2 3	A P
34. Depender del coche u otro medio para ir a trabajar.	SI	NO	0 1 2 3	A P
35. Vivir lejos de la familia.	SI	NO	0 1 2 3	A P
36. Cambiar de lugar de residencia o ciudad por el trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
37. Cambio de puesto de trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
38. Periodo de baja laboral.	SI	NO	0 1 2 3	A P
39. Viajar con frecuencia por razones laborales.	SI	NO	0 1 2 3	A P
40. Implicación o influencia negativa de la familia en el trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
41. Pérdida de autoridad.	SI	NO	0 1 2 3	A P
42. Falta de reconocimiento de tu trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
43. No haber conseguido los objetivos propuestos.	SI	NO	0 1 2 3	A P
44. Fracaso profesional	SI	NO	0 1 2 3	A P
45. Éxito profesional alcanzado.	SI	NO	0 1 2 3	A P
46. Tu futuro profesional.	SI	NO	0 1 2 3	A P
47. Tener que hacer declaración a Hacienda.	SI	NO	0 1 2 3	A P
48. Etapa de preparación de las vacaciones.	SI	NO	0 1 2 3	A P
49. Etapa de vuelta de vacaciones e incorporación al trabajo.	SI	NO	0 1 2 3	A P
50. Cercanía de la jubilación.	SI	NO	0 1 2 3	A P

**ANEXO N°8: Historia clínica, análisis metapsicológico, examen mental y evaluación multiaxial**

## **Historia Clínica**

### **Datos Personales**

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Escolaridad:

Lugar de trabajo:

Continuidad laboral como enfermera:

Personas con quienes convive:

Referido por:

Aplicación pre-prueba:

Aplicación pos-prueba:

- I. Planteamiento general del problema**
  - a. Motivo de consulta manifiesto**
  - b. Motivo de consulta latente**
  
- II. Registro de la enfermedad presente**
  
- III. Antecedentes médicos**
  
- IV. Historia familiar**
  
- V. Historia del desarrollo**
  
- VI. Análisis metapsicológico**
  - a. Hipótesis genética**
  - b. Hipótesis dinámica**
  - c. Hipótesis económica**
  - d. Hipótesis estructural**
  - e. Hipótesis adaptativa**



**VII. Examen mental**

<b>EXAMEN DEL ESTADO MENTAL</b>		
<b>I. Descripción General:</b>	Aspecto físico:	
	Actividad psicomotora:	
	Expresión del rostro:	
	Mímica y gesticulación:	
	Manera de aceptar el interrogatorio:	
	Variación cuantitativa del lenguaje:	
<b>II. Evaluación de las Emociones:</b>	Afecto:	
	Estado de ánimo:	
	Manifestaciones de ansiedad durante el interrogatorio:	
<b>III. Evaluación de las Funciones Cognoscitivas:</b>	Nivel de consciencia:	
	Evaluación de la orientación personal:	
	Evaluación de la orientación espacial:	
	Evaluación de la orientación temporal:	
	Evaluación de la orientación situacional:	
	Memoria:	
	Atención y concentración:	
	Capacidad ejecutiva:	
<b>IV. Evaluación de los Procesos de Pensamiento:</b>	Trastornos del curso del pensamiento:	
	Trastornos del contenido del pensamiento:	
<b>V. Evaluación de los Procesos Perceptivos:</b>	Ilusiones y Alucinaciones:	
<b>VI. Consciencia de la Enfermedad:</b>	Introspección:	
<b>VII. Juicio Crítico</b>	Tipo de crítica:	
<b>VIII. Mecanismos de Defensa utilizados durante la Entrevista:</b>	Nivel adaptativo elevado:	
	Nivel de inhibición mental:	
	Nivel menor de distorsión de las imágenes:	
	Nivel de encubrimiento:	
	Nivel de mayor distorsión de las imágenes:	
	Nivel de acción:	
	Nivel de desequilibrio defensivo:	

**VIII. Evaluación multiaxial**