



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**VICERRECTORADO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN INSTITUTO
DE POSGRADO**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL GRADO:
MAGISTER EN SEGURIDAD INDUSTRIAL PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SALUD
OCUPACIONAL**

**TEMA:
ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD
Y RIESGO PSICOSOCIAL DEBIDO AL TRABAJO EN LA POBLACIÓN
LABORALMENTE ACTIVA QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL
RIOBAMBA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**AUTOR:
DR. HUGO FRANCISCO NEVAREZ ORDOÑEZ**

**TUTOR:
DR. ÁNGEL YÁNEZ VELASTEGUI**

RIOBAMBA-ECUADOR

2017

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Certifico que el presente trabajo de investigación previo a la obtención del Grado de Magíster en Seguridad Industrial Mención Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional con el tema: “ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y RIESGO PSICOSOCIAL DEBIDO AL TRABAJO EN LA POBLACIÓN LABORALMENTE ACTIVA QUE SON ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL RIOBAMBA DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL” ha sido elaborado por HUGO FRANCISCO NEVAREZ ORDOÑEZ, el mismo que ha sido elaborado con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de Tutor, por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva. Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, 16 de noviembre del 2017

Dr. Ángel Yáñez Velastegui Msc.

TUTOR

AUTORÍA

Yo Hugo Francisco Nevarez Ordoñez con cédula de identidad N° 171104301-6 soy responsable de las ideas, doctrinas, resultados y lineamientos alternativos realizados en la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Hugo Francisco Nevarez Ordoñez

Cedula de Identidad: 171104301-6

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos los colaboradores de la investigación que dedicaron su tiempo en participar con el cumplimiento de los altos estándares y régimen académico necesario para poder lograr adquirir todos los datos necesarios y completar exitosamente el proyecto.

Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Herrera Cáceres María Gabriela, Manyá Monar Paola Karina, Ramos Valencia Sandra Genoveva

Colaboradores de la Universidad Nacional de Chimborazo

Medina Nevarez Hugo Alejandro, Silva Conde Carmen Liseth

Colaboradores de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo

Calucho Murillo Wilson Felipe, Pavón Gambarrotti Camila Nicoll, Duchi Oleas Tatiana Marisol, Fierro Velasco Lourdes María, López Ortiz Tatiana Vanessa, Mallama Dávila Andrés Eduardo, Porrás Villacis Deysi Paola, Sañaicela Barreno Jessica Isabel, Quinteros Moyano Ayde Gabriela, Cobos Valencia Mónica Gabriela, Cerda Obregón Mariela Magdalena, Jaramillo Chapa Josselyn Dayana, Chela Tualombo Maiwa Jessica, Supe Torres Clelia Aracely, Almeida Guevara Pamela Katherine, Carrillo Ramírez Ulises Saul, Guananga Gutiérrez Andrea Estefanía, Bassante Caiza Giovanni Andrés, Yaucán Coro Ángel Fausto, Gavilanes Gavilanes Omar Kendall, Estrada Guerrero Carlos Santiago, Huertas Núñez Andrea Pamela, Revelo Hidalgo Kevin Orlando, Jami Maldonado María Belén, Chimbo Naula Irma Susana.

Hugo Francisco Nevarez Ordoñez

DEDICATORIA

Dedico mi proyecto de grado a mis padres por brindarme su apoyo incondicional y darme los ánimos necesarios para ser la persona que soy ahora. Durante los años ellos han estado pendiente de mis estudios y realizaron todos los sacrificios para permitirme desarrollar como individuo en los ámbitos físicos y mentales. Indagar en la investigación determina el aspecto de deducción intelectual que el científico ha desarrollado durante su vida. Ese intuitivo requiere una formación emocional, social, académica y humanística que es difundido de padres a hijos desde su primero suspiro.

Hugo Francisco Nevarez Ordoñez

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	ii
AUTORÍA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE GENERAL	vi
ÍNDICE DE CUADROS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
RESUMEN	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
1. MARCO TEÓRICO	2
1.1 ANTECEDENTES	2
1.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	3
1.2.1 Fundamentación Filosófica	3
1.2.2 Fundamentación Epistemológica	3
1.2.4 Fundamentación Legal	4
1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	5
1.3.1 Enfermedades Crónicas	5
1.3.2 Epidemiología	6
1.3.3 Fisiología	7
1.3.4 Depresión	7
1.3.5 Ansiedad	8
1.3.7 Validez De Escalas De Hamilton	8
CAPITULO II	10
2. METODOLOGÍA	10
2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	10
2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS	11
2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	12
2.5 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	13
2.6 HIPÓTESIS	13

CAPÍTULO III	14
3 LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS	14
3.1 TEMA	14
3.2 OBJETIVOS	15
3.3 FUNDAMENTACIÓN	16
3.4 CONTENIDO	17
3.5 OPERATIVIDAD	26
CAPÍTULO IV	28
4 EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	28
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	41
4.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	43
CAPÍTULO V	44
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
5.1 CONCLUSIONES	44
5.2 RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	52

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N.1 Operacionalización de Variables	26
Cuadro N.2 Pacientes registrados por edades	27
Cuadro N.3 Prevalencia de enfermedades crónica	28
Cuadro N.4 Características Descriptivas y Sociodemográficas	29
Cuadro N.5 Niveles de Ansiedad por Enfermedad	38
Cuadro N.6 Niveles de Depresión por Enfermedad	39
Cuadro N.7 Niveles de Ansiedad analizado prueba del Chi-Cuadrado	39
Cuadro N.8 Niveles de depresión Chi- Cuadrado	40
Cuadro N.9 Niveles de Depresión y Ansiedad por Genero	41
Cuadro N.10 Prueba de Chi-Cuadrado Genero con Niveles de Ansiedad	41
Cuadro N.11 Prueba de Chi-Cuadrado Genero con Niveles de Depresión	42
Cuadro N.12 Niveles de Depresión en relación edades	42
Cuadro N.13 Prueba de Chi-cuadrado Niveles de Depresión	43
Cuadro N.14 Niveles de Ansiedad en relación con edades	43
Cuadro N.15 Correlación Multivariante Depresión y Ansiedad	44
Cuadro N.16 Correlación Multivariante Riesgo Psicosocial	45
Cuadro N.17 Demandas psicológicas	48
Cuadro N.18 Carga de trabajo	48
Cuadro N.19 Interés por el trabajador / Compensación	48
Cuadro N.20 Correlación por Prueba de Pearson	49
Cuadro N.21 Correlación de Kendall Tau y Spearman Rho	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N.1 Mediación del Riesgo Psicosocial por Medio del Programa Fpsico	47
Grafico N.2 Predicción observado en relación con las enfermedades crónicas	50
Grafico N.3 Estimado de Coeficiente con relación negativa y positiva	51

RESUMEN

Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles deben ajustar sus estilos de vida teniendo repercusiones sociales, familiares y/o laborales. El propósito del presente estudio es evaluar los niveles de depresión y ansiedad, mediante las escalas de Hamilton, en pacientes con enfermedades crónicas. Los grados de depresión y ansiedad se correlacionará con los datos obtenidos de la escala FPSICO, que mide riesgo psicosocial laboral. El estudio incluyó una muestra de 142 pacientes elegidos de manera aleatoria; 89 femenino y 53 masculino. Se evidencia que el 85,2% de los pacientes presentan un grado bajo o moderado de ansiedad y el 38,8% de depresión. De las nueve dimensiones evaluadas del riesgo psicosocial, se observa que la demanda psicológica prevalece con un riesgo moderado. La correlación entre los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial demuestran varios grados de significancia en cuanto a la carga laboral, tiempo de trabajo, demanda psicológica, relación y apoyo social, en pacientes con enfermedades crónicas.

Palabras Clave: Depresión, Ansiedad, Riesgo Psicosocial, Enfermedades Crónicas

ABSTRACT

Patients with non-transmissible chronic illnesses must adjust their life style having social, family and work-related repercussions. The purpose of the present study is to evaluate the depression and anxiety levels, through Hamilton Scales, in patients with chronic illnesses. The degrees of depression and anxiety will be correlated with the obtained data from the FPSICO scale, which measures work related psychosocial risk. The study includes a sample of 142 patients chosen at random; 89 females and 53 males. Evidence shows that 85,2% of the patients present a low to moderate degree of anxiety and 38.8% depression. Of the nine dimensions evaluated from the FPSICO, its observed that the prevalence of the psychosocial risk is moderate. The correlation between depression, anxiety and psychosocial work-related risk is significant comparing various degrees of the work load, time at work, psychosocial demands, relationships and social support within patients with chronic illnesses.

Key Words: Depression, Anxiety, Psychosocial Risk, Chronic Illnesses

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos y científicos han permitido el diagnóstico y detección oportuna de patologías crónicas con altos niveles de incidencia y prevalencia. En el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, entre los padecimientos crónicos más prevalentes en la consulta externa, se encuentra la hipertensión arterial primaria, hipotiroidismo y diabetes mellitus no insulino dependiente con el 16.37%, 15.82% y 7.63%, respectivamente, de las atenciones realizadas en el año 2016. Mencionadas patologías requieren cambios de estilo de vida que pueden tener consecuencias de tipo social, familiar y laboral. En vista que las enfermedades crónicas más prevalentes incluyen la diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipotiroidismo, el presente estudio está enfocado en evaluar su relación con la depresión, ansiedad y riesgo psicosocial laboral. Al poder entender si pacientes con las mencionadas patologías padecen niveles significativos de desórdenes mentales, se podrá dirigir los programas de prevención y promoción para cumplir con las necesidades psicológicas.

La globalización y urbanización ha tenido un impacto significativo en los hábitos y estilos de vida, los cuales han influido en la salud física y mental. A nivel mundial enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, patologías cardiovasculares y cánceres presentan un alto índice de morbilidad y mortalidad. (Islam et al., 2014) La Organización Mundial de la Salud estima que para el 2020, enfermedades crónicas, serán la causa del 80% de la morbilidad a nivel mundial y el 70% de la mortalidad en países en vías de desarrollo. (Weisz & Vignola-Gagné, 2015)

El presente estudio pretende analizar los niveles de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas y determinar si existe una relación estadísticamente significativa. La escala FPSICO de la Norma Técnica Española de Prevención (NTP 926), mide factores de riesgo psicosociales. Con los datos obtenidos, se podrá correlacionar los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial en pacientes con enfermedades crónicas.

El presente estudio espera determinar los factores de riesgo laborales que pueden estar relacionados con la salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

Existen asociaciones que sugieren que la depresión en la niñez y adolescencia puede influir en los ingresos económicos como adulto, por medio del aumento de problemas en el trabajo y hasta en dificultad en mantener o encontrar pareja. (Smith & Smith, 2010) La depresión en pacientes con enfermedades crónicas, afecta la productividad y ausentismo laboral, lo cual tiene repercusiones en el potencial de retornos de inversión del empleador. (Rost, Smith, & Dickinson, 2004) La Organización Mundial de Salud ha reportado la depresión como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y proyecta que para el 2020 sea la segunda. Pacientes con cualquier tipo de desorden mental en promedio pierden 31.1 días laborables al año y 24.5 días en personas con afecciones físicas. (Alonso et al., 2011)

Hay muchos estudios que varían en la metodología de la recopilación de datos dificultando la comparación entre las escalas implementadas. En una investigación realizada en Noruega con una población de aproximadamente 30.000 personas se aplicó la Escala hospitalaria de la depresión y ansiedad, pero no se demostró una asociación positiva. En la Universidad de Iowa, Estados Unidos se examinó la relación entre la hormona estimuladora de la tiroides y niveles de la tiroxina en 6.869 pacientes entre los 17 – 39 años. Hoffman F. y colaboradores asociaron niveles bajos de la TSH y niveles altos de la T4, con síndromes depresivos en hombre y mujeres. (Forman-Hoffman & Philibert, 2006) La alta prevalencia de alteraciones tiroideas y de desórdenes psiquiátricos permite crear la necesidad de investigar estados depresivos, de ansiedad y de sus efectos psicosociales para que se puede gestionar el adecuado manejo de cada patología en un ámbito multidisciplinario.

A nivel mundial se encuentra extensa bibliografía y estudios que relacionan niveles de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas. Hasta el momento no se encuentra ninguna investigación a nivel mundial que compare niveles de depresión y ansiedad con factores psicosociales laborales.

El presente estudio espera determinar los factores de riesgo laborales que pueden estar relacionados con la salud mental de los pacientes con enfermedades crónicas. Es importante realizar un análisis de pacientes con enfermedades crónicas, para poder realizar una planificación adecuada de las necesidades de salud y laborales específicas para cada

individuo. La atención del paciente con enfermedades endocrinológicas y sistémicas abarca un aspecto psicosocial que muchas veces no es incluido en el tratamiento holístico en una población susceptible a trastornos depresivos y de ansiedad.

1.2 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.2.1 Fundamentación Filosófica

Investigadores que utilizan la experiencia subjetiva y objetiva en los cuidados físicos como mentales, entienden la diferencia que existe entre el fenómeno descriptivo y experimental.

La investigación cuantitativa y cualitativa tienen sus bases en las ciencias sociales, observando y midiendo, las personas y su interacción con su medio ambiente. (Tuli, 2011)

El enfoque de esta investigación es cuantificar los datos cualitativos, que miden la depresión y ansiedad por medio de escalas de Hamilton. Adicionalmente se integrará el aspecto psicosocial laboral, por medio de la escala de Fpsico, que es utilizada en España para medir el riesgo y sus factores.

Por medio de un análisis estadístico se podrá interpretar los riesgos mentales y psicosociales laborales, que enfrentan pacientes que sufren de patologías crónicas. La responsabilidad moral que el personal de salud tiene en indagar y educar a sus pacientes, influye con el bienestar y vida brindada a la población.

1.2.2 Fundamentación Epistemológica

La epistemología mantiene dos aspectos fundamentales en cuanto al positivismo e interpretación – constructivismo. El positivismo propone la observación de comportamientos y métodos científicos, que expliquen probabilidades y patrones en la actividad humana. (Tuli, 2011) La cobertura del Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es de 87.400 afiliados, de una población superior a los 421.000 habitantes en la provincia de Chimborazo. Se aplicará encuestas, que contengan el consentimiento informado, para medir los niveles de ansiedad y depresión conjuntamente evaluando el riesgo psicosocial laboral que puedan tener. Actualmente, Riobamba es una ciudad que cuenta con un clima frío con dos estaciones, una húmeda y una seca. Esto influirá en la cultura y hábitos de la población por el cual es importante conocer la sociedad para interpretar el impacto que este estudio pueda tener en los pacientes.

La economía se basa principalmente en la producción agrícola, sin embargo, en la ciudad existe la presencia de industrias de: cerámica, cementeras, lácteos, madereros, molinerías, elaborados de construcción, turismo, ensamblaje de computadoras, fabricación de hornos, techos, tuberías, entre otros. La dieta de la población es rica en legumbres por el cual son factores que pueden influir en el manejo de su alimentación.

La valoración de los resultados indicara de manera cuantitativa, las medias y múltiples variantes que influyen en los resultados de la población que es atendida en el Hospital General Riobamba con el propósito de influir positivamente en los cuidados y estilos de vida que requieren para adaptarse de mejor manera en su vida social, familiar y laboral.

1.2.3 Fundamentación Psicológica

La patogénesis de la depresión y ansiedad tiene relación con desórdenes mentales, endocrinológicos y psicosociales. En Australia casi el 18% de la población sufre de uno de los trastornos mentales más comunes, depresión, ansiedad o abuso de sustancias, de los cuales el 43% padece de algún tipo de enfermedad. (Baker et al., 2010) La prevalencia a nivel mundial desde 1980 hasta 2013, demuestra que 1 de 5 personas cumplen criterios en tener algún desorden mental en los últimos 12 meses y el 29.2% fueron identificados en haber tenido algún episodio durante su vida. (Steel et al., 2014)

La psicología interviene en el aprendizaje de las personas enfocándose en los factores que interceden, sea de manera positiva o negativa, en la retención y aplicación de la información. Hay instrumentos que permiten cuantificar las necesidades de cada persona sin permitir que el diagnóstico sea perjudicado.

Al entender los entornos que engloban la depresión y ansiedad, se podrá tomar pautas educativas o aplicativas en los centros de atención con más necesidad.

1.2.4 Fundamentación Legal

La Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 32 dispone que la Salud sea un derecho que garantiza que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud. La citada Constitución de la República, en el artículo 361, prescribe que el Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quién será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la Salud; mientras que el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud establece que dicha Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública. El literal a) del artículo 7 de la Ley Orgánica de Salud, dispone que toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación con la salud, acceso universal, equitativo permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud.

La Ley Orgánica de Salud en su artículo 10 dispone que quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y

cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con la sujeción a los principios y enfoques establecidos. De conformidad a lo prescrito en el inciso primero del artículo 201 de la ley ibidem es responsabilidad de los profesionales de la salud, brindar atención de calidad, con calidad y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.

El Ministerio de Salud Pública como ente Rector ha abordado la problemática desde la perspectiva de la calidad de los servicios de salud, convirtiendo a la seguridad del paciente como un eje transversal de la excelencia en la atención sanitaria, y transformando la cultura punitiva por una cultura proactiva.

1.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.3.1 Enfermedades Crónicas

Alostasis es el proceso en el cual el cuerpo mantiene homeostasis, mientras que el estrés es una respuesta a los cambios o adaptación. En respuesta al estrés hay un aumento de niveles de cortisol, inhibición de la hormona de crecimiento, afectación en el axis tiroideo y disminución de la respuesta inmunitaria e inflamatoria. Las consecuencias metabólicas a la exposición de este tipo de alteraciones incluyen hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus tipo dos, hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y afectaciones en la salud mental. (Golden, 2007)

Enfermedades crónicas asociadas a condiciones que afectan la salud mental como la depresión y ansiedad, incluyen patologías de dolor crónico, diabetes, hipertensión arterial, patologías cardiovasculares, hipotiroidismo y cáncer. (Kessler & Bromet, 2013) (Dayan & Panicker, 2013) Comorbilidades físicas y mentales tienen un efecto significativo en el desempeño laboral. En Holanda más del 30% de la fuerza laboral padecen de alguna enfermedad crónica, de los cuales el 41% observa un bajo nivel de afectación en el desempeño de su trabajo y el 8% alto. (I. Varekamp & van Dijk, 2010) Enfermedades crónicas provocan dificultades en el cumplimiento con la carga laboral en el 22-49% de empleados y el entre el 27-58% presentan dificultad en cumplir con las demandas psicosociales laborales. (Inge Varekamp, Verbeek, de Boer, & van Dijk, 2011)

La evidencia de los altos índices de prevalencia de enfermedades crónicas, causan que el estado y personal de salud, tomen medidas específicas para atender las necesidades de los pacientes. La prevención y promoción son fundamentales para educar a la población, pero deben tener un enfoque holístico ya que la salud engloba el bienestar físico como mental.

Los riesgos psicosociales en el trabajo abarcan factores que interactúan entre su medio ambiente, satisfacción, condiciones de organización, capacidades, necesidades, cultura, relaciones laborales, entre otros. La percepción y experiencia de la fuerza laboral, influye en los factores psicosociales y pueden tener un efecto positivo o negativo al trabajador. (Jiménez & León, 2010) En el reino unido se estima que cada año, 2.6 millones de personas experimentan cuadros depresivos. Sus impactos están directamente relacionados con el aumento de costos en el servicio de salud y pueden tener implicaciones en el incremento de problemas económicos y psicosociales. (Fitzpatrick, Gibbons, & Mackintosh, 2009)

1.3.2 Epidemiología

Asociaciones entre el hipotiroidismo y la depresión han sido bien estudiadas pero sus relaciones no han sido establecidas. (Dayan & Panicker, 2013) Pacientes con hipotiroidismo tienen una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica. La depresión esta prevalente entre el 28 – 50% de los pacientes con hipotiroidismo y entre el 30 – 40% en desórdenes de la ansiedad. (Chaudhary, Chabra, Singla, Mishra, & Sharma, 2014) La tiroides es importante para nuestro metabolismo y desarrollo por el cual se ha reportado asociaciones entre desórdenes psiquiátricos y el hipo – e hipertiroidismo. (Dayan & Panicker, 2013)

La prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II es aproximadamente 60% más alto que en pacientes sin la patología y hay una fuerte asociación entre la depresión e incidencia. (Kahl et al., 2015) La relación de la depresión con la diabetes tipo II está asociada a los malos hábitos como son el sedentarismo, inadecuada alimentación y la obesidad. (Demakakos, Pierce, & Hardy, 2010) Los efectos de la depresión y ansiedad no solo tendrán un efecto en la calidad de vida de los pacientes, pero también en su adherencia a sus tratamientos y pronósticos de sus patologías.

Factores de riesgo en la depresión y ansiedad consisten en empeoramiento de su condición, falta de alivio de dolor, incumplimiento con el régimen de tratamiento, aumento de días de hospitalización e incremento en morbilidad y mortalidad. (Clarke & Currie, 2009) En 1989, Wells, et al. realizó la comparación de la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en pacientes con enfermedades crónicas versus pacientes sin. Los resultados indicaron que hay un aumento de prevalencia en desordenes de ansiedad y abuso de sustancias en personas con artritis, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar crónica. Adicionalmente se evidencio un aumento en la prevalencia de ansiedad

en pacientes con diabetes mas no de abuso de substancia. (Wells, Golding, & Burnam, 1989)

Los factores psicosociales están relacionados con el bienestar y salud de las personas, lo cual puede desencadenar estrés o tensión laboral. (Benach, Amable, Muntaner, & Benavides, 2002) Mientras que los factores psicosociales tienen repercusiones negativas en cuanto al estrés, los riesgos laborales engloban el daño en la salud física, social y/o mental, teniendo posibles repercusiones legales. Los riesgos psicosociales están asociados a un estrés agudo y en casos de violencia o acoso laboral, mientras que el estrés crónico está asociado al síndrome de burn-out e inseguridad laboral. (Jiménez & León, 2010) En el 2005 España realizó la VI encuesta de riesgos psicosociales obteniendo la inseguridad laboral y conflicto familia – trabajo entre los factores que más influyen en el bienestar del trabajador.

1.3.3 Fisiología

Fisiológicamente, no se tiene una explicación si alguien con depresión puede padecer de hipertensión, pero si hay explicaciones que pueden dar razón para algunas alteraciones. En un estudio mencionan aspectos fisiológicos que tienen relaciones entre ambas comorbilidades, ya que pacientes con hipertensión arterial y depresión experimentan un aumento en el tono simpático y en la secreción de hormona adrenocorticotropa. (Rubio-Guerra et al., 2013)

Neurotransmisores como la serotonina están relacionados con la depresión con un vínculo fisiológico. En ratas se demostró que desórdenes depresivos son atribuidos a la disminución de los niveles de serotonina en el núcleo raphe dorsal resultando por una inhibición de la habenula lateral. Dentro de la habenula lateral se encontró receptores tiroideos por el cual puede tener correlación con procesos depresivos ya que controlan el núcleo del raphe dorsal, donde se lleva a cabo la síntesis de la serotonina. (Zhang et al., 2016)

Pacientes con desordenes de ansiedad presentan niveles plasmáticos de catecolaminas mayor de lo normal.

1.3.4 Depresión

La comorbilidad de la depresión es un factor de riesgo para el aumento de la severidad de enfermedades por el incumplimiento del tratamiento, aumento de complicaciones, mayor tiempo de hospitalización e incremento de morbilidad. (Clarke & Currie, 2009)

Desórdenes depresivos acarean sufrimiento, pérdida de la productividad y vida. Tienen una prevalencia del 17% en la población de estados unidos causando reducción de calidad de

vida, aumento de costos en salud y discapacidad. (Gonzalez, Esbitt, Schneider, Osborne, & Kupperman, 2011) El 27,9% de los trabajadores españoles consideran que el trabajo afecta a su salud, de los cuales se estima una repercusión social y económica alrededor de 20.000 millones al año. (Jiménez & León, 2010)

Síntomas depresivos en pacientes con diabetes pueden tener un impacto significativo en cuanto a sus cuidados diarios. En un reciente meta análisis se demuestra que pacientes con diabetes presente altos niveles de prevalencia de depresión grave y tiene un impacto significativo.

1.3.5 Ansiedad

Mientras que la depresión es más prevalente en grupos con enfermedades crónicas, la ansiedad está relacionada con la población que padece de cáncer o enfermedad cardiovasculares. Estudios han determinado que existe un factor de riesgo para enfermedad coronaria, infarto y diabetes mellitus, en pacientes que padecen de ansiedad y depresión.

1.3.6 Riesgo Psicosocial

El método de evaluación de factores psicosociales FPSICO del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, tiene como objetivo la obtención de información a partir de la percepción de los trabajadores sobre distintas funciones para valorar condiciones de riesgo en la empresa. Factores que aportan datos para su valoración incluyen tiempo de trabajo, carga laboral, autonomía temporal, contenido del trabajo, supervisión y participación, definición de rol, interés por el trabajador, relaciones personales y demanda psicológica. Existen pocos estudios que valoran la validez del contenido, pero su sencilla forma de medición ofrece la oportunidad de realizar análisis factoriales que permiten realizar una aproximación psicométrica. (Universidad de Barcelona, 2010)

1.3.6 Validez De Escalas De Hamilton

La validación de las escalas de Hamilton para la ansiedad y depresión fueron evaluadas por medio de la aplicación de los instrumentos a una población con y sin enfermedades crónicas con el intento de aumentar la muestra y mejorar la confiabilidad. Para medir la confiabilidad se utilizó el Alpha de Cronbach que nos orientara con el grado de correlación que un instrumento de medición tiene a través de un conjunto de ítems que contengan la misma orientación teórica. (Escalante, Crisóforo, León Balderrama, & Preciado Rodríguez, 2016)

La escala demuestra ser estadísticamente significativa ($F 11,267, p < 0.00$). (Anexos) La escala de Hamilton de Ansiedad consiste en la valoración de 14 síntomas siendo de

carácter psicológico y somático. (Thompson, 2015) Se ha demostrado que la escala de ansiedad de Hamilton presenta correlaciones de confiabilidad entre .47 para síntomas gastrointestinales hasta .96 para cognitivos siendo estadísticamente significativos y comparables con nuestro estudio. (Clark & Donovan, 1994)

La escala de Depresión de Hamilton tiene una sensibilidad del 0.96 según L. Helmreich et al. (Helmreich et al., 2015) La escala de Eysenck de Neocriticismo y la de Inventario de Depresión de Beck han demostrado estar significativamente asociadas con los síntomas depresivos valorados en la escala de Hamilton de Depresión. (Bech, Kessing, & Bukh, 2016) En el presente estudio la validación de la Escala de Hamilton de Depresión obtuvo un alfa de Cronbach de .896 siendo la correlación inter clase de .342.

La escala es estadísticamente significativa ($F = 39,1231$, $p < 0.00$). En las pruebas de confiabilidad se evidencia una fuerte correlación. De las preguntas evaluadas, las que presentan mayor impacto en la ansiedad son tensión, intelectual, estado de ánimo deprimido y síntomas somáticos generales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales y genitourinarios.

El uso de las escalas mencionadas permite evaluar los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial en pacientes con morbilidades crónicas, ofreciendo pautas de educación dirigidas a las necesidades específicas de los pacientes de la sociedad ecuatoriana.

CAPITULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es descriptivo correlacional, no experimental y transversal. Al medir los diferentes niveles de depresión y ansiedad, se pudo relacionar sus variables con la diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipotiroidismo. Contrastando los niveles de ansiedad y depresión, se midió el riesgo psicosocial laboral con la finalidad de analizar su influencia con las mencionadas patologías.

La aplicación de las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad en conjunto con la escala de Fpsico, fue de manera aleatoria a los pacientes atendidos por consulta externa.

Al analizar los datos recopilados solo se incluirán los cuestionarios de pacientes que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión detallados.

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El diseño fue de carácter descriptivo-correlacional, transversal realizado durante un periodo de 6 meses.

2.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Método científico, de acción, que pretende plantear un problema y formular una hipótesis que permitan dar una solución.

El estudio contó con la aprobación previa del Comité de Ética.

El personal de salud fue informado sobre el estudio y metodología de recolección de información, considerando las necesidades de todos los involucrados.

Los pacientes entrevistados fueron instruidos sobre los objetivos del estudio y se obtuvo su consentimiento para el mismo.

Criterios de Inclusión:

Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado.

Pacientes mayores de 18 y menores de 65 años que están laboralmente activos.

Pacientes que tengan como diagnóstico diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipotiroidismo.

Criterios de exclusión:

Pacientes menores de 18 y mayores de 65 años que no están laboralmente activos.

Pacientes con historia de desórdenes mentales como de depresión o ansiedad previo a su diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial o hipotiroidismo.

Pacientes con historia de dependencia de sustancias, desórdenes psiquiátricos o enfermedades que no sean diabetes mellitus, hipertensión arterial o hipotiroidismo.

Ética

Los nombres de los participantes no serán publicados en ningún momento del estudio o análisis. La participación es de manera voluntarias y la operatividad del hospital no será afectado. Los resultados son de carácter científico y con el propósito de conocer lo estudiado.

Análisis Estadístico

Se llevo a cabo un análisis inferencial descriptivo. Para la comparación de información recopilada, se utilizó la Prueba de Spearman y el Chi-Cuadrado para pruebas no paramétricas. Si la prueba de Chi-Cuadrado no puede ser analizada, se realizará por medio de la prueba de Fisher de Exactitud, Likelihood Ratio o Regresión Lineal.

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicó encuestas que midieron los niveles de ansiedad y depresión, al igual que para el riesgo psicosocial laboral. Con los datos recopilados se pudo inferir deducciones lógicas que permitieron disminuir los efectos que los datos pueden mostrar o mejorarlos.

La información sociodemográfica incluye la edad, sexo, escolaridad, estado civil, patología, ocupación, etnicidad y si vive acompañado. La edad se categorizo en 18 a 24 años, 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 y mayores de 65 años. La escolaridad fue diferenciada entre primaria, secundaria, licenciatura, ingeniería y post grado. La ocupación cumplía con el objetivo de verificar si tenía empleo al momento de la entrevista al igual que si vivía o no acompañado. El estado civil mide si el paciente es soltero, divorciado, separado, viudo o unión libre.

La Escala de Hamilton para depresión comprende de un cuestionario de opción múltiple que valora 17 indicadores: Humor depresivo, sentimiento de culpa, suicidio, insomnio (precoz, intermedio, tardío), trabajo y actividades, inhibición y agitación psicomotora, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos generales, gastrointestinales y genitales, pérdida de peso, hipocondría e introspección. Cada indicador es medido con un puntaje que varía entre tres y cinco. La suma de la puntuación es categorizada entre normal (0-7), bajo (8-13), moderado (14-18), grave (19-22) o muy grave (mayor a 23). No debe ser tomado como un instrumento de diagnóstico. (Bathla, Singh, & Relan, 2016)

La Escala de Hamilton para ansiedad consiste en 14 indicadores que definen una serie de síntomas. La ansiedad es evaluada y diferenciada entre psiquiátrica y somática. Los parámetros incluyen el estado de ánimo, tensión, temores, insomnio, estado cognitivo y

deprimido, síntomas somáticos generales (musculares y sensoriales), cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitales, autónomos y comportamiento en la entrevista. La puntuación varía entre cero y cuatro, el cual permite cuantificar la severidad de ansiedad. La suma de la puntuación es escalada en el cual cero (No hay ansiedad), menor de 17 (bajo), entre 18 y 24 (moderado) y mayor a 25 como grave. (Bathla et al., 2016)

Los factores psicosociales serán medidos por medio de la escala del Fpsico. Ofrece información sobre 9 factores que influyen en el riesgo que puede presentar el paciente por causas laborales. El tiempo y trabajo mide la estructura temporal de la activada laboral a lo largo de la semana. La autonomía acoge aspectos sobre las condiciones del trabajador referentes a la capacidad de tomar decisiones y se divide en temporal y decisional. La carga de trabajo se valora por medio de tres clasificaciones, presiones de tiempos, esfuerzo de atención, cantidad y dificultad de la tarea. Demandas psicológicas se refieren a la naturaleza de la exigencias cognitivas y emocionales que incluyen trato con personas, ocultación de emociones y exposición a situaciones de impacto. El interés por el trabajador hace referencia a la preocupación de la empresa por su personal en cuestiones de promoción, formación y desarrollo de la carrera. El desempeño de rol valora la claridad, conflicto o sobrecarga de trabajo que puede experimentar el paciente en sus funciones diarias. Las relaciones y apoyo social son aquellos aspectos de las condiciones de trabajo que derivan de las relaciones que se establece con los compañeros en cuanto a la cálida, conflictos, situaciones de violencia o discriminación. (Pinto Reyes, 2017)

La operacionalización de las variables mencionadas en la recolección de la muestra se detalla dentro del Cuadro N.1, el cual indica las variables dependientes, concepto, indicador e instrumento de recolección de datos.

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente proyecto se realizó en el Hospital General Riobamba desde junio hasta diciembre del 2017. Todos los pacientes encuestados se encontraron clínicamente estables. La toma de muestra fue de manera aleatoria.

Las estadísticas de la clínica de crónicos del año 2017 aún no han sido procesadas por lo que la muestra se tomó en base a los datos del 2016.

El tamaño resultante de la muestra ($u= 600$), fue de 225; pacientes que acudieron a control y fueron sometidos a la encuesta del estudio durante el presente año. De esta población, se tuvo que excluir el 36,8%, ya que en las encuestas se pudo evidenciar que la mayoría no cumplieron los criterios necesarios de inclusión para el presente estudio, por lo que la muestra final que se utilizó fue de $n= 142$ pacientes.

POBLACIÓN

- Pacientes mayores de 18 y menores de 65 años laboralmente activos, atendidos en la clínica de crónicos del Hospital General Riobamba IEES

MUESTRA

Población de referencia: Es la población total del área de influencia del proyecto n= 600.

Población demandante potencial: Nivel de confianza del 95%, margen de error del 5%, población universo n= 600, población muestra n= 142, intervalo de confiabilidad de 7,19.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Los datos obtenidos serán analizados usando el programa de IBM, SPSS (Paquete Estadístico para la Ciencias Sociales), versión 23. Las muestras cuantitativas serán reportadas en porcentaje y los resultados analizados por medio del chi-cuadrado, valores de Pearson y Spearman. El error o probabilidad del mismo será inferior al 0.05 para ser considerado estadísticamente significativo. La información demográfica se calculará en porcentajes y frecuencias descriptivas.

Adicionalmente el riesgo psicosocial se comparará con el programa FPSICO 3.1 en el cual valora los riesgos en percentiles. Es categorizado en cuatro indicadores, muy elevado (percentil mayo a 85), elevado (entre el percentil 75 y 85), moderado (entre el percentil 65 y 74), y situación adecuada (menos del percentil 65).

2.6 HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

Existe relación de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial debido al trabajo, en pacientes con enfermedades crónicas laboralmente activas.

HIPÓTESIS ESPECIFICA

Pacientes con enfermedades crónicas evidencian niveles de depresión de acuerdo con la escala de Hamilton.

Pacientes con enfermedades crónicas evidencian niveles de ansiedad de acuerdo con la escala de Hamilton

Pacientes con enfermedades crónicas evidencia riesgo psicosocial laboral de acuerdo con la escala FPSICO.

CAPÍTULO III

3 LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

3.1 TEMA

Programa de prevención y promoción en la salud mental de pacientes con enfermedades crónicas en el Hospital General Riobamba IESS.

3.2 PRESENTACIÓN

Los programas de promoción y prevención en el lugar de trabajo presentan ahorros y disminución de gastos médicos. Por cada dólar invertido en programas de prevención se ahorra un estimado de \$3.27 en costos de salud, con los beneficios que reducen el ausentismo y mejoran el ambiente laboral. (Sorensen et al., 2011) La incidencia de enfermedades autoinmunes aumentado significativamente en los últimos 20 años. Factores genéticos y ambientales tienen una correlación muy importante en cuanto a la autoinmunidad. (Vojdani, 2014) Personas con una alta demanda laboral en combinación con poco control e incentivo, están en riesgo de presentar desórdenes mentales. (Bonde, 2008)

La promoción está dirigida a mejorar el control que las personas ejercen sobre su salud. El desarrollo de programas de capacitación y educación, permiten que la población se concientice en los buenos hábitos y estilos de vida. Al realizar investigaciones que combinen diferentes aspectos de la salud, permiten que se pueda realizar y levantar programas de enseñanza para la población general y personal médico. Dentro de los aspectos pedagógicos, las propuestas de mejora para la prevención y promoción deben iniciar con las enfermedades de mayor impacto.

Las enfermedades crónicas abarcan todos los aspectos de la vida personal y social de los pacientes. Siendo la diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipotiroidismo las patologías más prevalentes, esta investigación medirá aspectos personales y psicosociales laborales, con la finalidad de implementar una guía que eduque y brinde pautas para el manejo integral de sus padecimientos.

El proceso del conocimiento y su impacto en la educación de las disciplinas sociales, psicología y salud permiten la disminución de la morbilidad y mortalidad. Al describir y evaluar datos estadísticos, uno tiene el conocimiento para iniciar sus pautas terapéuticas basándose en evidencia. Es así como nace la prevención y promoción en la salud. El enfoque de la prevención y promoción tienen sus bases científicas en el proceso de evitar morbilidades y mortalidades modificando los estilos de vida de la población.

La pedagogía para los pacientes en las ciencias médicas nace de la necesidad de intercambiar información de manera didáctica para que el paciente pueda entender sus necesidades físicas como mentales. La psicología educativa tiene sus principios entendiendo los riesgos culturales, sociales, físicos y mentales que impactan la calidad de vida.

Evaluando y valorando los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial de los pacientes que presentan una patología de tipo crónica, se podrá tomar las pautas necesarias para atender al paciente en cuanto a sus comorbilidades.

3.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Prevenir los riesgos psicológicos que pueden desencadenarse en paciente con enfermedades crónicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Educar a los pacientes con enfermedades crónicas a cerca de los riesgos psicológicos que pueden presentar basados en las Escalas de Hamilton para depresión y ansiedad.

Capacitar al personal de salud sobre los riesgos psicológicos que pueden presentar pacientes con enfermedades crónicas.

Educar a pacientes sobre los riesgos psicosociales asociados a la depresión y ansiedad.

3.3 FUNDAMENTACIÓN

Los desórdenes de ansiedad y de depresión son comunes en el lugar de trabajo y su tratamiento oportuno asegura la productividad laboral y la inversión de las empresas. En Estados Unidos el ausentismo laboral le cuesta al estado cerca de 3.6 billones de dólares anualmente y días perdidos por desórdenes mentales, en Europa, se estima que lleguen a valores de 798 billones de euros. (Gustavsson et al., 2011) Desórdenes mentales pueden ser atribuidos a estresores psicosociales, ocupacionales y económicos experimentados en poblaciones que han presentado cambios urbanísticos significativos. (Baxter et al., 2014) Un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud, que involucró más de 20 países, evidenció que las condiciones físicas son responsables por el 47.6% de las razones que personas no están aptos para realizar su carga laboral o actividades diarias y el 16.5% son por desórdenes mentales. (Alonso et al., 2011)

Pacientes con enfermedades crónicas requieren un control más minucioso ya que involucra mantener un régimen de toma de medicación, cambiar estilos de vida y solventar problemas personales como laborales. La depresión, ansiedad y los riesgos psicosociales deben ser parámetros que se midan a nivel de la población y especialmente en pacientes de riesgo, para determinar pautas de prevención y promoción en la salud que permitan brindar una mejor calidad de vida y disminuyan gastos incurridos por ausentismo o disminución de la actividad laboral.

Es común asociar altos índices de depresión y ansiedad con enfermedades crónicas, el cual puede tener implicaciones físicas, mentales y sociales. La depresión contribuye a un pobre autocuidado, adherencia al tratamiento médico, disminución de la calidad de vida, altos niveles de morbilidad y mortalidad. (Ali, Stone, Peters, Davies, & Khunti, 2006) En un estudio realizado por Anderson en el 2001 sobre la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes, se concluyó que pacientes con la comorbilidad tienen casi tres veces más depresión que pacientes sin diabetes tipo 2. (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001)

Las escalas de Hamilton para la Depresión y Ansiedad es un instrumento que cuantifica los síntomas de dichas patologías. Para validar previo a su uso se investigó 142 casos procesados se puede evidenciar que, dentro de los datos estadísticos, el Alfa de Cronbach de la escala es de .902 con una correlación Inter clase de .390.

La demanda psicológica que puede tener el desarrollo de patologías crónicas crea la necesidad de encontrar métodos que permitan un desempeño óptimo en funciones diarias, físicas y mentales.

3.4 CONTENIDO

Presentación

Esta estrategia nos permite capacitar al paciente partiendo de conceptos básicos, describiendo las causas de enfermedades crónicas e identificando los principales factores de riesgo. Se señala patologías asociadas a la salud mental y como aplicar medidas preventivas con el objeto de evitar trastornos que afecten la salud mental y por ende el desempeño del trabajador.

Objetivo

El objetivo de esta estrategia es impartir los conocimientos necesarios para disminuir los riesgos, prevenir trastornos que afecten la salud mental y proporcionar a los pacientes las herramientas para que desarrolle al máximo sus habilidades y destrezas en el desempeño de su actividad y tratamiento de su patología.

Modalidad

La capacitación se llevará a cabo a través de:

- Charlas científicas - una por día (una hora)
- Talleres- cada mes (una hora)
- Entrega de material- trípticos

Dirigido a

La capacitación va dirigido a todos los funcionarios, profesionales y afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Metodología

La capacitación, se basará en una metodología participativa. La metodología participativa es una forma de concebir y abordar los procesos de enseñanza-aprendizaje y construcción del conocimiento.

Esta forma de trabajo concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción, reconstrucción del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores.

Esta metodología parte de los intereses del alumno/a y prepara al alumnado para la vida diaria.

REUNIONES DE TRABAJO

Las reuniones de trabajo se desarrollarán todos los días y los talleres se realizará una vez por semana (Todos los viernes).

CHARLAS

Los grupos de trabajo, el tema a tratar y el horario se confirmará personalmente o vía telefónica.

ENTREGA DE MATERIAL

El material informativo y de apoyo se entregará en cada reunión y acuerdo a las necesidades del grupo.

EVALUACIÓN

Se evaluará a los grupos de trabajo mediante pruebas, o trabajos realizados luego de cada charla.

TRABAJO FINAL O TALLERES

Se desarrollará un trabajo al final de la capacitación, que consistirá en un resumen y análisis de los temas tratados.

ASISTENCIA

Es obligatoria ya que los horarios no van a interferir con jornadas de trabajo.

Contenido

Temario del curso	Tema	Apartados
1era Jornada	Reunión con las autoridades y accionistas del Hospital General Riobamba	
2da.- Jornada	Fundamentos y Principios de normas y leyes nacionales en prevención de riesgos.	Escalas de Hamilton. Material informativo de apoyo
3ra. - Jornada	Fundamentos y Principios de la depresión y ansiedad.	Medidas de Relajación y Musicoterapia

4ta.- Jornada	Depresión Niveles de depresión.	Diagnósticos y tratamientos Talleres. Material informativo
5ta- Jornada	Estrategias para la identificación de riesgos en la salud mental. Identificación de los principales riesgos en el personal de la empresa	Talleres Material Informativo Trabajo Grupal
6ta- Jornada	Ansiedad Consecuencias y principales trastornos en el cuerpo humano.	Diagnósticos y tratamientos
7ma.- Jornada	Riesgo Psicosocial Consecuencias y principales trastornos en el cuerpo humano.	Dimensiones
8va.- Jornada	Trastorno en la salud mental: Tipos de trastornos, causas, diagnóstico , prevención y tratamiento	

TEMAS:

SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

¿En qué consiste la vigilancia de la salud de los Trabajadores?

El término "vigilancia de la salud de los trabajadores" engloba una serie de actividades, referidas tanto a individuos como a colectividades y orientadas a la prevención de los riesgos laborales, cuyos objetivos generales tienen que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas.

Riesgos Laborales

Es la probabilidad de que ocurra accidentes, enfermedades ocupacionales, daños materiales, incremento de enfermedades comunes, insatisfacción e inadaptación, daños a terceros y comunidad, daños al medio y siempre pérdidas económicas". De esto podemos decir que el riesgo es la probabilidad de que ocurra un incidente en relación directa con el daño o consecuencia que puede causar el incidente. (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, 2007)

TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL

El sueño es una actividad fisiológica vital para el correcto funcionamiento del organismo. Dormir mal tiene consecuencias adversas para la salud en diferentes niveles: el cansancio, los accidentes por sueño, el absentismo laboral, problemas familiares, sociales, e incluso patologías como la depresión, la úlcera gástrica y el burn-out se asocian habitualmente a la patología del sueño. (Paul C. Jagot, 1981)

La actividad circadiana en su mayor parte ocurre al final de la tarde o principio de la noche, dejando las horas nocturnas dedicadas al descanso. Si se mantiene un tipo de trabajo a turnos durante mucho tiempo o se trabaja exclusivamente en horario nocturno, se va destruyendo el sincronismo entre el reloj interno del cuerpo y el entorno. El trastorno circadiano por turnos indica un patrón de sueño desestructurado, y los cambios frecuentes en el horario de sueño se relacionan con dos factores principales: la atención continuada, o guardia, y el hecho de no descansar inmediatamente después de la misma, esperando, mientras se trabaja, a que termine otra jornada laboral completa para poder hacerlo.

Insomnio

No es una enfermedad sino un síntoma y es la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o una alteración en el patrón del sueño que, al despertarse, lleva a la percepción de que el sueño ha sido insuficiente. (Brigo, 2011).

Las personas con una alteración en su patrón de sueño pueden experimentar inversiones en el ritmo del sueño, es decir, concilian el sueño a horas inadecuadas y no pueden dormir cuando deberían hacerlo. Las inversiones en el ritmo del sueño reflejan generalmente un desfase horario por un viaje en avión, turnos de trabajo nocturnos irregulares, cambios frecuentes de horarios o el abuso de bebidas alcohólicas. A veces se debe al efecto secundario de un fármaco. El patrón de sueño puede verse alterado por lesiones al reloj interno del cerebro, por ejemplo: una encefalitis, un ictus, o una enfermedad de Alzheimer.

Hipersomnia

Este trastorno es un aumento en las horas absolutas de sueño, aproximadamente en un 25 por ciento más del patrón normal de sueño de una persona, es menos frecuente que el insomnio, la hipersomnia es un síntoma que a menudo indica la posibilidad de una enfermedad grave. Las personas sanas pueden experimentar una hipersomnia temporal durante algunas noches o días como consecuencia de un período de privación de sueño continuado o debido a un esfuerzo físico inusual.

Si la hipersomnia se prolonga más allá de unos días, puede ser síntoma de un trastorno psicológico como ansiedad o depresión grave, o del abuso de hipnóticos, falta de oxígeno y acumulación de anhídrido carbónico en el cuerpo como consecuencia de la apnea durante el sueño, o bien debido a trastornos cerebrales. La hipersomnia crónica que se presenta en una edad temprana puede ser un síntoma de narcolepsia.

Narcolepsia

Es una alteración poco frecuente del sueño, que se caracteriza por crisis recidivantes de sueño durante las horas normales de vigilia y también de cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones. (Ledesma, 2012)

Se desconoce la causa, pero el trastorno suele presentarse en personas con antecedentes familiares, lo que sugiere una predisposición genética. Aunque la narcolepsia no tenga consecuencias graves para la salud, puede producir un sentimiento de temor y aumentar el riesgo de accidentes. La persona afectada de narcolepsia puede manifestar una parálisis momentánea sin pérdida de la consciencia (un trastorno denominado cataplejía) en respuesta a reacciones emocionales bruscas, como sentimientos de enfado, temor, alegría, gozo, o sorpresa. Dicha persona puede experimentar una debilidad en las extremidades, puede soltar lo que esté sosteniendo en las manos o puede caerse. También pueden producirse episodios esporádicos de parálisis del sueño en los que, al quedarse dormida, o inmediatamente después de despertarse, la persona quiere moverse, pero es incapaz de hacerlo.

ESTRATEGIA DE RELAJACIÓN

Presentación

Para los empleados relajarse es sinónimo sentarse frente al televisor sin hacer nada después de un día estresante a la salida del turno. Pero esto no ayuda a reducir los efectos de los riesgos psicosociales a los que están expuestos. Para combatir eficazmente estos riesgos, es necesario activar la respuesta de relajación natural del cuerpo, lo cual se consigue mediante la práctica de técnicas de relajación como la respiración profunda, la meditación, el ejercicio rítmico.

Descripción de la estrategia Capacitación.

Objetivo

Contribuir con estrategias de relajación para disminuir los trastornos del sueño y por ende los riesgos relacionados con la sobrecarga mental de trabajo, apremio del tiempo, ausencia de pausas en el trabajo.

Modalidad

La Estrategia de Relajación se llevará a cabo a través de:

- Reuniones
Clases Prácticas (30 min)

Dirigido a

La estrategia de relajación va dirigido a todos los funcionarios, profesionales y afiliados de la clínica de crónicos metabólicos (médicos, enfermeras, auxiliares, personal de laboratorio, farmacia y Rayos X.

Metodología

<p>La Estrategia de Relajación, se basará en tres pilares.</p> <ul style="list-style-type: none">• Aromaterapia• Musicoterapia• Ejercicios de Respiración	<p>La metodología práctica en la que se utilizan numerosos ejercicios prácticos para obtener resultados observables, se conecta la teoría con aquello que será útil y aplicable para todo el personal.</p> <p>Esta forma de trabajo concibe a los participantes de los procesos como agentes activos en la construcción, reconstrucción del conocimiento y no como agentes pasivos, simplemente receptores.</p>
---	---

<p>AROMATERAPIA</p>	<p>Colocar una o dos gotas de aceite en las manos y olerlas.</p> <p>También se pueden aplicar mediante un baño tibio con 6 u 8 gotas del aceite esencial al agua de la tina y quedarse en ella durante unos 15 minutos.</p> <p>Otra opción también es utilizar antes de dormir: inciensos, difusores que pueden ser eléctrico o con velas.</p>
<p>MUSICOTERAPIA</p>	<p>Utilizamos música instrumental anti estrés con sonidos de la naturaleza como complemento a las otras terapias, principalmente 1 hora antes de dormir y obligatoriamente durante los ejercicios de respiración</p>
<p>EJERCICIOS DE RESPIRACION</p>	<p>Inspira por la nariz, no por la boca.</p> <p>Colocarse en una posición cómoda e intenta relajar los músculos.</p> <p>Colocar una mano en el pecho y otra sobre el estómago.</p> <p>Respirar superficialmente 5 veces. Ver como se ensancha el abdomen en la inspiración y cómo se estrecha en la espiración.</p> <p>Hacer 2 inspiraciones profundas por la nariz seguidas de exhalaciones lentas y suaves por la boca.</p> <p>Tomar aire lentamente por la nariz</p>

	<p>llevando el aire hasta la mano que tienes en el estómago. La mano del pecho debe quedar inmóvil.</p> <p>Cuando consigan llevar el aire hasta allí, reténlo durante un par de segundos.</p> <p>Suelta el aire poco a poco por la boca, de manera que sientas como se va hundiendo el estómago y la mano del pecho sigue inmóvil.</p> <p>Repite varias veces este ejercicio</p>
--	--

AROMATERAPIA

La aromaterapia llega desde épocas remotas a nuestra agitada vida moderna, como una excelente alternativa para ayudarnos a mantener la paz y la calma necesaria antes de dormir.

La aromaterapia trabaja con los diferentes aromas de las plantas y flores en un tratamiento natural, ayudándonos a restablecer nuestro equilibrio y promoviendo la salud y el bienestar físico, mental y emocional. Los aceites esenciales poseen propiedades que provocan estímulos en el ser humano, actuando directamente en nuestro cerebro y nuestro sistema nervioso, armonizando nuestras emociones y logrando un impacto fisiológico muy positivo en el funcionamiento de una actividad tan vital como el sueño.

MUSICOTERAPIA

Se utilizan los conocimientos de musicoterapia para crear ambientes agradables y tranquilizadores en zonas de trabajo, oficinas diversas, salas de espera en hospitales, etc. Es decir, se utiliza la musicoterapia para regular el estado de ánimo de una persona, generalmente buscando la calma y la tranquilidad.

La musicoterapia también parece ejercer una cierta influencia en la capacidad de aprender y en la estimulación psicomotriz y ha resultado ser de significativa ayuda en personas con:

- Dificultades en el aprendizaje.
- Problemas de conducta.
- Para niños con necesidades educativas especiales.
- Dificultades en la socialización.

- Con trastornos médicos crónicos y/o degenerativos (cardiopatías, problemas de dolor) debido a que estimula la secreción de dopamina.

Además la integración de la musicoterapia con otras disciplinas como la actividad física, actuación, la danza etc, han dado resultados significativos en los procesos de ayuda a las distintas manifestaciones y siempre con el propósito de brindar una activación del poder personal, en su lado creativo, autorregulable, construyendo puentes hacia una continuidad de la conciencia, y en pleno respeto de la naturaleza particular, única y responsable de cada individuo y que al ser autentica se convierte en el camino de regreso a la salud .

Las demandas psicológicas se refieren a la naturaleza de las distintas exigencias a las que se ha de hacer frente en el trabajo. Tales demandas suelen ser de naturaleza cognitiva y de naturaleza emocional. Las exigencias cognitivas vienen definidas por el grado de presión o movilización y de esfuerzo intelectual al que debe hacer frente el trabajador en el desempeño de sus tareas (procesamiento de información del entorno o del sistema de trabajo a partir de conocimientos previos, actividades de memorización y recuperación de información de la memoria, de razonamiento y búsqueda de soluciones, etc.). De esta forma el sistema cognitivo se ve comprometido en mayor o menor medida en función de las exigencias del trabajo en cuanto a la demanda de manejo de información y conocimiento, demandas de planificación, toma de iniciativas, etc.

3.5 OPERATIVIDAD

La escala medirá parámetros de depresión, ansiedad y diferentes dimensiones de los riesgos psicosociales.

El Alpha de Cronbach nos orientara a la validación de las escalas de Hamilton de Ansiedad y Depresión. Adicionalmente se realizará la correlación inter-clase por pregunta con una Análisis de Varianzas para identificar si las escalas son estadísticamente significativas. En cuanto al análisis de los riesgos psicosociales se evaluará las 9 dimensiones con el objetivo de identificar preguntas que tengan un mayor peso en cuanto a los riesgos de la salud mental del trabajador.

Criterios de inclusión para la Escala Ocupacional de Depresión, Ansiedad y Riesgos Psicosocial:

En el proceso de la validación de las escalas, pregunta correlacione con los niveles de depresión y ansiedad con un Alfa de Cronbach mayor a 0.6 o sean necesarios para incluir en diagnósticos según la Asociación Americana de Psiquiatría, Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desordenes Mental, quinta edición.

En la escala de Fpsico se analizará las dimensiones que presenten un grado de riesgo sea moderado, elevado o muy elevado para la valoración de las preguntas.

Criterios de exclusión para la Escala Ocupacional de Depresión, Ansiedad y Riesgo Psicosocial:

Preguntas que contengan una alfa de Cronbach inferior a 0.6.

Dimensiones de la escala de Fpsico que no presenten niveles de riesgo.

Las dimensiones que integran los parámetros de las escalas Hamilton y de FPSICO se tomaran en cuenta para integrar en el análisis descriptivo y correlacional que se valore para su operatividad.

Cuadro N.1

Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	INDICADOR	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Grado de depresión en pacientes con diabetes, hipertensión arterial primaria e hipotiroidismo	Pacientes mayores de 18 que tengan como diagnostico al menos una de las siguientes patologías: diabetes, hipertensión arterial primaria e hipotiroidismo y que este laboralmente activa	Escala de Hamilton para la depresión	Entrevista Aplicación de escala de Hamilton para la depresión
Grado de ansiedad en pacientes con diabetes, hipertensión arterial primaria e hipotiroidismo	Pacientes mayores de 18 años que tengan como diagnostico al menos una enfermedad crónica	Escala de Hamilton para la ansiedad	Entrevista Aplicación de escala de Hamilton para la ansiedad
Riesgo psicosocial en pacientes con diabetes, hipertensión arterial primaria e hipotiroidismo	Pacientes mayores de 18 años que tengan como diagnostico al menos una enfermedad crónica	Aplicación de Psico donde se valorarán nueve dimensiones	F- Encuesta realizada por personal de salud capacitado F-Psico

Elaborado por: Hugo Nevarez

CAPÍTULO IV

4 EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se obtuvo datos de 225 pacientes en la consulta externa de la clínica de crónicos del Hospital General Riobamba IESS. De los 225 pacientes encuestados, se excluyó el 37% (83 encuestas), por no cumplir con los criterios de inclusión. El 37,3% de la población en el estudio fue masculino y el 62,7% femenina. El promedio de edades se encontraba entre los 45 y 54 años. El 30% de la población padecía de hipotiroidismo, 22% de diabetes mellitus tipo II y el 19% de hipertensión arterial primaria.

Cuadro N.2

Características Descriptivas y Sociodemográficas

Características Descriptivas y Sociodemográficas		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-24 años	2	1,4
25-34 años	10	7,0
35-44 años	16	11,3
45-54 años	47	33,1
55-64 años	54	38,0
65 o más años	13	9,2
Total	142	100,0
SEXO		
MASCULINO	53	37,3
FEMENINO	89	62,7
Total	142	100,0
ESCOLARIDAD		
PRIMARIA	17	12,0
SECUNDARIA	67	47,2
LICENCIATURA	30	21,1
INGENIERA	13	9,2
POST GRADO	15	10,6
Total	142	100,0
ENFERMEDAD		
DIABETES	31	21,8
HIPERTENSION ARTERIAL	27	19,0
HIPOTIROIDEO	51	35,9
VARIAS ENFERMEDADES	33	23,2
Total	142	100,0

Elaborado por: Hugo Nevarez

Cuadro N.5

Niveles de Ansiedad por Enfermedad

			ENFERMEDAD				Total
			DIABETES	HIPERTENSION ARTERIAL	HIPOTIROIDEO	VARIAS ENFERMEDADES	
Niveles de ansiedad	No hay ansiedad	Count	0	0	1	0	1
		% of Total	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%
	Menor de 17 (Bajo)	Count	20	21	39	20	100
		% of Total	14,1%	14,8%	27,5%	14,1%	70,4%
	18-24 (Moderado)	Count	6	5	5	5	21
		% of Total	4,2%	3,5%	3,5%	3,5%	14,8%
	Mayor o igual a 25 (Grave)	Count	5	1	6	8	20
		% of Total	3,5%	0,7%	4,2%	5,6%	14,1%
Total	Count	31	27	51	33	142	
	% of Total	21,8%	19,0%	35,9%	23,2%	100,0%	

Elaborado por: Hugo Nevarez

De acuerdo con los niveles reportados por las Escalas de Hamilton, la mayoría de los pacientes presentan un grado bajo o moderado de ansiedad (85,2%) y depresión (38,8%), como se observa en el cuadro N.5 y N.6. Según el cuadro N.6, el 20,4% de los hipotiroideos, 14,1% de los diabéticos y el 8,6% de los hipertensos tienen un grado de depresión. El 27,5% de los pacientes con hipotiroidismo prevalecen de un bajo nivel de ansiedad, mientras que la población de diabetes e hipertensión reportan niveles inferiores al 15%.

Cuadro N.6

Niveles de Depresión por Enfermedad

Crosstab

			ENFERMEDAD				Total
			DIABETES	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	HIPOTIROIDEO	VARIAS ENFERMEDADES	
Niveles de Depresión	0-7 (Normal)	Count	11	15	22	15	63
		% of Total	7,7%	10,6%	15,5%	10,6%	44,4%
	8-13 (Bajo)	Count	11	7	17	4	39
		% of Total	7,7%	4,9%	12,0%	2,8%	27,5%
	14-18 (Moderado)	Count	2	2	7	5	16
		% of Total	1,4%	1,4%	4,9%	3,5%	11,3%
	19-22 (Grave)	Count	2	2	4	3	11
		% of Total	1,4%	1,4%	2,8%	2,1%	7,7%
	Mayor o Igual a 23 (Muy Grave)	Count	5	1	1	6	13
		% of Total	3,5%	0,7%	0,7%	4,2%	9,2%
Total		Count	31	27	51	33	142
		% of Total	21,8%	19,0%	35,9%	23,2%	100,0%

Elaborado por: Hugo Nevarez

No se observa que los niveles de ansiedad o depresión presenten alguna relación estadísticamente significativa en cuanto a pacientes con las enfermedades estudiadas. A pesar de presentar altos niveles de prevalencia en la depresión y ansiedad, los datos no presentan tener una relación significativa.

Cuadro N.7

Niveles de Ansiedad analizado por medio de la prueba del Chi-Cuadrado

Prueba Chi-Square

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		Monte Carlo Sig. (1-sided)			
				Significance	95% Confidence Interval		Significance	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	9,183 ^a	9	,421	,422 ^b	,413	,432			
Likelihood Ratio	9,961	9	,354	,333 ^b	,323	,342			
Fisher's Exact Test	9,690			,331 ^b	,322	,340			
Linear-by-Linear Association	1,065 ^c	1	,302	,311 ^b	,302	,320	,165 ^b	,157	,172
N of Valid Cases	14	2							

a. 10 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.
b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1314643744.
c. The standardized statistic is 1,032.

Elaborado por: Hugo Nevarez

La relación de los niveles de ansiedad y las enfermedades crónicas fue medida por medio de la prueba del chi cuadrado que demuestra un valor de .421 y el Likelihood Ratio equivale a .354. Los valores son válidos cuando el conteo es inferior a 5 o el 50%. Al no cumplir con este requisito, se analiza los datos usando la prueba de Asociación Linear. Se evidencia un nivel de significancia de .302 y en la Prueba de Monte Carlo con un 95% de intervalo de confianza entre el .302 y .320 (Cuadro N.7).

Cuadro N.8

Niveles de Depresión analizado por medio de la prueba del Chi-Cuadrado									
	Val ue	df	Asymp totic Signifi cance (2- sided)	Prueba Chi-Square			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Monte Carlo Sig. e	95% Confidence Interval		Signif icanc e	95% Confidence Interval	
					Lower Boun d	Upper Bound		Lower Boun d	Upper Bound
Pearson Chi-Square	15,760 ^a	12	,202	,202 ^b	,194	,209			
Likelihood Ratio	17,162	12	,144	,205 ^b	,197	,213			
Fisher's Exact Test	15,943			,164 ^b	,156	,171			
Linear-by-Linear Association	,560 ^c	1	,454	,466 ^b	,456	,476	,232 ^b	,223	,240
N of Valid Cases	14	2							

Elaborado por: Hugo Nevarez

La depresión presenta un valor de chi cuadrado de .315 y un Likelihood ratio de .244. El nivel esperado no coincide con ser menor a cinco, por el cual se analizará la prueba de Asociación linear obteniendo un valor de significancia de .454. El 95% de intervalo de confianza según Monte Carlo se encuentra entre .281 y .289 (Cuadro N.8).

Al analizar los datos por género, se observa que el 35,1% de las mujeres padecen de un nivel de depresión, comparado al 20,4% de los hombres (Cuadro N.9). El 62% de las mujeres padecen de un grado de ansiedad, comparado al 37,3% de los hombres.

Cuadro N.9

Niveles de Depresión y Ansiedad por Genero

			SEXO		Total
			MASCULI NO	FEMENI NO	
Niveles de Depresion	0-7 (Normal)	Count	24	39	63
		% of Total	16,9%	27,5%	44,4%
	8-13 (Bajo)	Count	13	26	39
		% of Total	9,2%	18,3%	27,5%
	14-18 (Moderado)	Count	5	11	16
	% of Total	3,5%	7,7%	11,3%	
	19-22 (Grave)	Count	2	9	11
		% of Total	1,4%	6,3%	7,7%
	Mayor o Igual a 23 (Muy Grave)	Count	9	4	13
		% of Total	6,3%	2,8%	9,2%
Total		Count	53	89	142
		% of Total	37,3%	62,7%	100,0%

			SEXO		Total
			MASCULI NO	FEMENI NO	
Niveles de ansiedad	No hay ansiedad	Count	0	1	1
		% of Total	0,0%	0,7%	0,7%
	Menor de 17 (Bajo)	Count	39	61	100
		% of Total	27,5%	43,0%	70,4%
	18-24 (Moderado)	Count	5	16	21
		% of Total	3,5%	11,3%	14,8%
	Mayor o igual a 25 (Grave)	Count	9	11	20
		% of Total	6,3%	7,7%	14,1%
Total		Count	53	89	142
		% of Total	37,3%	62,7%	100,0%

Elaborado por: Hugo Nevarez

Los niveles obtenidos en las escalas de Hamilton no son estadísticamente significativos con el género, evidenciando un $p=,095$ y $p=,414$, en la ansiedad y depresión, respectivamente (Cuadro N.10 y N.11).

Cuadro N.10

Prueba de Chi-Cuadrado para Genero con Niveles de Ansiedad

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Significance	95% Confidence Interval		Significance	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,859 ^a	3	,414	,437 ^b	,428	,447			
Likelihood Ratio	3,299	3	,348	,400 ^b	,390	,409			
Fisher's Exact Test	2,795			,413 ^b	,404	,423			
Linear-by-Linear Association	,020 ^c	1	,887	,902 ^b	,896	,908	,489 ^b	,479	,499
N of Valid Cases	142								

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c. The standardized statistic is -,143.

Elaborado por: Hugo Nevarez

Cuadro N.11

Prueba de Chi-Cuadrado para Genero con Niveles de Depresión

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Significance	95% Confidence Interval		Significance	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,914 ^a	4	,095	,096 ^b	,090	,101			
Likelihood Ratio	7,894	4	,096	,108 ^b	,101	,114			
Fisher's Exact Test	7,410			,111 ^b	,105	,117			
Linear-by-Linear Association	,816 ^c	1	,366	,389 ^b	,380	,399	,201 ^b	,193	,209
N of Valid Cases	142								

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,11.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 92208573.

c. The standardized statistic is -,904.

Elaborado por: Hugo Nevarez

Al relacionar la depresión con las edades, se evidencia que el 21,8% de los pacientes entre los 45 y 54 años y el 17,7% entre los 55 y 64 años padecen de cierto grado de depresión (Cuadro N.12). Se toma en cuenta la asociación lineal con el grado de libertad de uno, obteniendo un valor de $p=,032$, siendo la relación significativa (Cuadro N.13). Por el cual se deduce que el 39,5% de la población entre 45 y 64 años presentan un nivel de depresión significativo.

Cuadro N.12

Niveles de Depresión en relación con edades

Crosstab

		EDAD						Total	
		18-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65 o más años		
Niveles de Depresion	0-7 (Normal)	Count	2	7	7	16	29	2	63
		% of Total	1,4%	4,9%	4,9%	11,3%	20,4%	1,4%	44,4%
	8-13 (Bajo)	Count	0	2	3	19	14	1	39
		% of Total	0,0%	1,4%	2,1%	13,4%	9,9%	0,7%	27,5%
	14-18 (Moderado)	Count	0	0	3	6	4	3	16
		% of Total	0,0%	0,0%	2,1%	4,2%	2,8%	2,1%	11,3%
	19-22 (Grave)	Count	0	0	1	3	4	3	11
		% of Total	0,0%	0,0%	0,7%	2,1%	2,8%	2,1%	7,7%
	Mayor o Igual a 23 (Muy Grave)	Count	0	1	2	3	3	4	13
		% of Total	0,0%	0,7%	1,4%	2,1%	2,1%	2,8%	9,2%
Total		Count	2	10	16	47	54	13	142
		% of Total	1,4%	7,0%	11,3%	33,1%	38,0%	9,2%	100,0%

Elaborado por: Hugo Nevarez

Cuadro N.13

Prueba de Chi-cuadrado para los Niveles de Depresión en relación con edades

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
				Significance	95% Confidence Interval		Significance	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	31,279 ^a	20	,052	,056 ^b	,054	,063			
Likelihood Ratio	30,835	20	,057	,077 ^b	,071	,082			
Fisher's Exact Test	27,665			,046 ^b	,042	,050			
Linear-by-Linear Association	4,573 ^c	1	,032	,034 ^b	,031	,038	,015 ^b	,013	,018
N of Valid Cases	142								

a. 22 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 726961337.

c. The standardized statistic is 2,138.

Elaborado por: Hugo Nevarez

Se observa que el 71,1% de la población entre los 45 y 64 años, prevalecen de un nivel de ansiedad, sin ser estadísticamente significativo según la asociación lineal comparando niveles de ansiedad y edades. (Grado de Libertad= 1, p=.062, Intervalo de Confianza de 95%= entre 0,64 y 0,74)

Cuadro N.14

Niveles de Ansiedad en relación con edades

Crosstab

			EDAD						Total
			18-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65 o más años	
Niveles de ansiedad	No hay ansiedad	Count	0	0	0	1	0	0	1
		% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%
	Menor de 17 (Bajo)	Count	2	8	12	34	39	5	100
		% of Total	1,4%	5,6%	8,5%	23,9%	27,5%	3,5%	70,4%
	18-24 (Moderado)	Count	0	1	3	5	7	5	21
		% of Total	0,0%	0,7%	2,1%	3,5%	4,9%	3,5%	14,8%
	Mayor o igual a 25 (Grave)	Count	0	1	1	7	8	3	20
		% of Total	0,0%	0,7%	0,7%	4,9%	5,6%	2,1%	14,1%
Total		Count	2	10	16	47	54	13	142
		% of Total	1,4%	7,0%	11,3%	33,1%	38,0%	9,2%	100,0%

Elaborado por: Hugo Nevarez

En el análisis correlacional bivalente utilizando prueba de Spearman rho, se demostraron varias correlaciones importantes en cuanto a enfermedades crónicas, edad, escolaridad y sexo (Cuadro N.15). En el análisis de los niveles de depresión y ansiedad se demostró que síntomas cardiovasculares (Coeficiente de correlación = ,167, p=,047) y gastrointestinales (Coeficiente de correlación = ,187, p=,026) son estadísticamente significativo en cuanto a su relación con enfermedades crónicas. Los síntomas cardiovasculares (Coeficiente de correlación = ,247, p= ,003) y respiratorios (Coeficiente de correlación = ,218, p= ,009)

presentan ser estadísticamente significativos con las edades, al igual que síntomas autónomos (Coeficiente de correlación = ,176, p= ,036), suicidio (Coeficiente de correlación = ,190, p= ,023) e hipocondría (Coeficiente de correlación = ,186, p= ,026). En cuanto a su coeficiente de correlación y probabilidad de los niveles de depresión y ansiedad, no presentan tener relación en cuanto a pacientes con enfermedades crónicas.

Cuadro N.15

Correlaciones Prueba de Spearman Rho Multivariantes Significativas Depresión y Ansiedad

			ENFERMEDAD	EDAD	ESCOLARIDAD	SEXO
			D		D	
Spearman's rho	Tension	Correlation Coefficient	,009	,033	-,163	,167
		Sig. (2-tailed)	,914	,697	,053	,047
		N	142	142	142	142
	Intelectual (cognitivo)	Correlation Coefficient	-,021	,068	-,216	,058
		Sig. (2-tailed)	,805	,418	,010	,496
		N	142	142	142	142
	Síntomas somáticos generales (musculares)	Correlation Coefficient	-,018	,078	-,012	,276
		Sig. (2-tailed)	,834	,354	,885	,001
		N	142	142	142	142
	Síntomas cardiovasculares	Correlation Coefficient	,167	,247	-,075	-,044
		Sig. (2-tailed)	,047	,003	,377	,606
		N	142	142	142	142
	Síntomas respiratorio	Correlation Coefficient	,085	,218	-,123	-,140
		Sig. (2-tailed)	,315	,009	,144	,097
		N	142	142	142	142
	Síntomas gastrointestinal	Correlation Coefficient	,187	,118	,017	-,011
		Sig. (2-tailed)	,026	,160	,841	,894
		N	142	142	142	142
	Síntomas autónomos	Correlation Coefficient	-,063	,176	,070	-,021
		Sig. (2-tailed)	,458	,036	,410	,805
		N	142	142	142	142
	Niveles de ansiedad	Correlation Coefficient	,045	,164	-,092	,013
		Sig. (2-tailed)	,597	,051	,275	,882
		N	142	142	142	142
	Sentimiento de culpa	Correlation Coefficient	,043	,042	-,173	-,061
		Sig. (2-tailed)	,611	,620	,040	,473
		N	142	142	142	142
	Suicidio	Correlation Coefficient	-,014	,190	-,168	-,171
		Sig. (2-tailed)	,873	,023	,045	,042
		N	142	142	142	142
	Hipocondria	Correlation Coefficient	,078	,186	-,095	-,238
		Sig. (2-tailed)	,355	,026	,262	,004
		N	142	142	142	142
	Pérdida de peso	Correlation Coefficient	,114	,095	-,089	-,184
		Sig. (2-tailed)	,176	,260	,293	,028
		N	142	142	142	142
	Niveles de Depresion	Correlation Coefficient	,023	,132	-,106	-,031
		Sig. (2-tailed)	,785	,118	,207	,715
		N	142	142	142	142

Elaborado por: Hugo Nevarez

En el análisis de los factores psicosociales laborales (Cuadro N.16), pacientes con enfermedades presentan relación con la posibilidad de tomar día u horas libres para atender asuntos de tipo personal (Coeficiente de correlación = ,180, p= ,032) y en ocultar sus emociones con sus jefes (Coeficiente de correlación = ,166, p= ,048), compañeros (Coeficiente de correlación = ,269, p= ,001) y subordinados (Coeficiente de correlación = ,173, p= ,040). Adicionalmente se observa que adaptarse a nuevas situaciones es estadísticamente significativo (Coeficiente de correlación = ,197, p= ,019).

La edad es estadísticamente significativo con la cantidad de trabajo que tiene que realizar (Coeficiente de correlación = -,168, p= ,045), el método para realizar el trabajo

(Coeficiente de correlación = $-.252$, $p = .003$), la planificación del trabajo (Coeficiente de correlación = $-.225$, $p = .007$), ritmo de trabajo (Coeficiente de correlación = $-.252$, $p = .003$), la calidad de trabajo (Coeficiente de correlación = $-.281$, $p = .001$), las posibilidades de formación (Coeficiente de correlación = $-.166$, $p = .049$), las posibilidades de promoción (Coeficiente de correlación = $-.167$, $p = .047$), situación de empresa en mercado (Coeficiente de correlación = $-.174$, $p = .038$), responsabilidad de trabajo (Coeficiente de correlación = $.197$, $p = .018$), interrumpir la tarea para realizar otra no prevista (Coeficiente de correlación = $-.167$, $p = .047$), personas que no están empleadas en la empresa (Coeficiente de correlación = $.173$, $p = .040$), consideración que tareas que realiza tienen sentido (Coeficiente de correlación = $.176$, $p = .036$), satisfacción con salario (Coeficiente de correlación = $.273$, $p = .001$)

La escolaridad de los pacientes es estadísticamente significativo con los pacientes que trabajan los sábados (Coeficiente de correlación = $.173$, $p = .039$), posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal (Coeficiente de correlación = $.183$, $p = .029$), frecuencia de acelerar el ritmo de trabajo (Coeficiente de correlación = $-.184$, $p = .028$), atención de atender a varias tareas al mismo tiempo (Coeficiente de correlación = $-.170$, $p = .044$) y en casos que existe interrupciones que alteran seriamente la ejecución del trabajo (Coeficiente de correlación = $-.220$, $p = .009$).

El sexo de los pacientes presenta tener relación con la calidad de trabajo (Coeficiente de correlación = $-.169$, $p = .045$), exigencia de tomar decisiones o realizar cosas con las que no estás de acuerdo (Coeficiente de correlación = $.213$, $p = .011$), ocultar emociones con los jefes (Coeficiente de correlación = $.182$, $p = .030$), situaciones de violencia psicológica (Coeficiente de correlación = $.190$, $p = .024$), situaciones de acoso sexual (Coeficiente de correlación = $.222$, $p = .008$), en general la cantidad de trabajo (Coeficiente de correlación = $-.170$, $p = .043$), atención a varias tareas al mismo tiempo (Coeficiente de correlación = $-.173$, $p = .040$), cantidad de trabajo que suele ser irregular (Coeficiente de correlación = $-.234$, $p = .005$) y el sentido de tareas realizadas (Coeficiente de correlación = $-.297$, $p = .000$).

Cuadro N.16

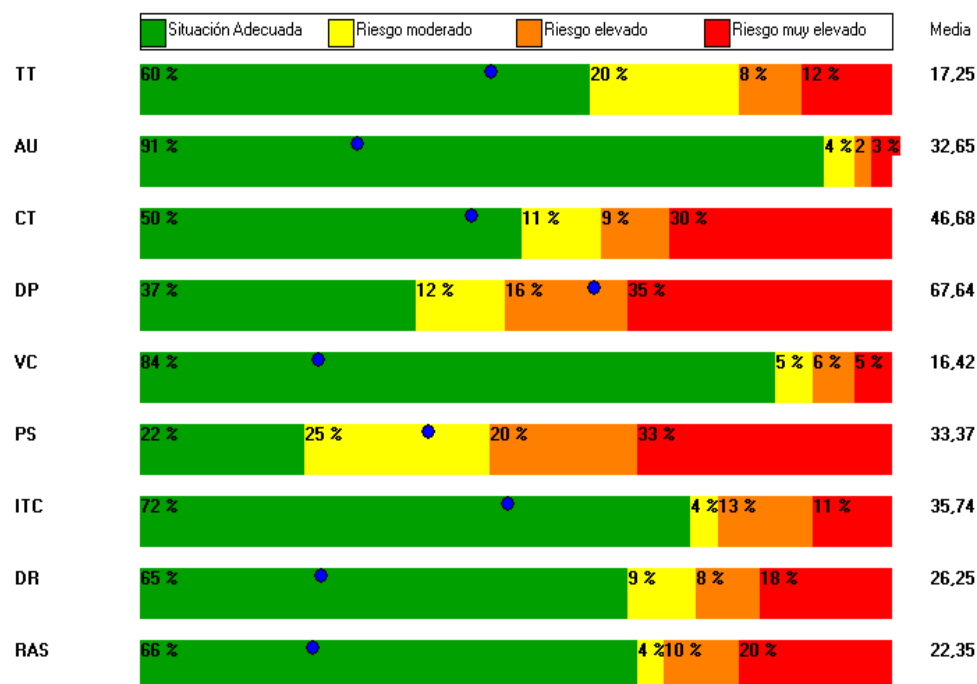
Correlaciones Prueba de Spearman Rho Multivariante Significativas Riesgo Psicosocial			ENFERMEDA D	EDAD	ESCOLARIDA D	SEXO
Spearman's rho	Trabajas los sabados	Correlation Coefficient	-.011	-.090	.173	-.019
		Sig. (2-tailed)	.901	.288	.039	.824
		N	142	142	142	142
	Tienes la posibilidad de tomar dias u horas libres para atender asuntos de tipo personal	Correlation Coefficient	.180	-.075	.183	.038
		Sig. (2-tailed)	.032	.377	.029	.656
		N	142	142	142	142
	La cantidad de trabajo que tienes que realizar	Correlation Coefficient	.031	-.168	-.039	-.027
		Sig. (2-tailed)	.712	.045	.646	.749
		N	142	142	142	142
	El metodo para realizar el trabajo	Correlation Coefficient	-.114	-.252	-.014	-.065
		Sig. (2-tailed)	.177	.003	.868	.440
		N	142	142	142	142
	La planificacion del trabajo	Correlation Coefficient	-.050	-.225	.041	-.123
		Sig. (2-tailed)	.558	.007	.630	.143
		N	142	142	142	142
	El ritmo de trabajo	Correlation Coefficient	.029	-.252	-.031	-.048
		Sig. (2-tailed)	.728	.003	.711	.572
		N	142	142	142	142
	La calidad de trabajo realizado	Correlation Coefficient	-.007	-.281	.036	-.169
		Sig. (2-tailed)	.936	.001	.668	.045
		N	142	142	142	142
	Las posibilidades de formacion	Correlation Coefficient	-.061	-.166	.009	-.053
		Sig. (2-tailed)	.468	.049	.916	.530
		N	142	142	142	142
	Las posibilidades de promocion	Correlation Coefficient	-.157	-.167	.058	-.085
		Sig. (2-tailed)	.062	.047	.492	.314
		N	142	142	142	142
	Situacion de la empresa en el mercado	Correlation Coefficient	-.156	-.174	-.065	-.101
		Sig. (2-tailed)	.063	.042	.439	.232
		N	142	142	142	142
	La responsabilidad del puesto de trabajo (que errores o defectos pueden achacarse a tu actuacion y cuales no?)	Correlation Coefficient	.034	.197	-.111	-.130
		Sig. (2-tailed)	.689	.018	.187	.123
		N	142	142	142	142
	Se te exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estas de acuerdo por que tu suponen un conflicto moral, legal, emocional...	Correlation Coefficient	.036	-.101	.080	.213
		Sig. (2-tailed)	.674	.232	.343	.011
		N	142	142	142	142
	Tus jefes	Correlation Coefficient	.166	.161	.071	.182
		Sig. (2-tailed)	.048	.056	.402	.030
		N	142	142	142	142
	Tus compañeros	Correlation Coefficient	.269	.100	-.003	.119
		Sig. (2-tailed)	.001	.238	.972	.158
		N	142	142	142	142
	Tus subordinados	Correlation Coefficient	.173	.144	-.046	.141
		Sig. (2-tailed)	.040	.086	.587	.095
		N	142	142	142	142
	Otras personas que trabajan en la empresa	Correlation Coefficient	.244	.140	-.065	.097
		Sig. (2-tailed)	.003	.006	.439	.252
		N	142	142	142	142
	Las situaciones de violencia psicologica (amenazas, insultos, hacer el vacio, descalificaciones personales...)	Correlation Coefficient	.034	-.050	-.041	.190
		Sig. (2-tailed)	.690	.552	.629	.024
		N	142	142	142	142
	Las situaciones de acoso sexual	Correlation Coefficient	.074	-.146	.014	.222
		Sig. (2-tailed)	.379	.084	.870	.008
		N	142	142	142	142
	En general, como consideras la atencion que debes mantener para realizar tu trabajo	Correlation Coefficient	-.036	.165	-.089	-.110
		Sig. (2-tailed)	.767	.050	.292	.194
		N	142	142	142	142
	Con que frecuencia debes acelerar el ritmo de trabajo	Correlation Coefficient	.045	.053	-.184	-.092
		Sig. (2-tailed)	.598	.535	.028	.274
		N	142	142	142	142
	En general, la cantidad de trabajo que tienes es	Correlation Coefficient	-.056	.025	-.140	-.170
		Sig. (2-tailed)	.516	.769	.096	.043
		N	142	142	142	142
	Debes atender a varias tareas al mismo tiempo	Correlation Coefficient	-.007	.045	-.170	-.173
		Sig. (2-tailed)	.933	.598	.044	.040
		N	142	142	142	142
	En tu trabajo, tienes que interrumpir la tarea que estas haciendo para realizar otra no prevista	Correlation Coefficient	-.104	-.167	-.054	-.056
		Sig. (2-tailed)	.218	.047	.526	.493
		N	142	142	142	142
	En el caso que exista interrupciones, alteran seriamente la ejecucion de tu trabajo?	Correlation Coefficient	-.006	-.079	-.220	-.036
		Sig. (2-tailed)	.943	.353	.009	.667
		N	142	142	142	142
	La cantidad de trabajo que tienes suele ser irregular o imprevisible	Correlation Coefficient	.018	.116	-.071	-.234
		Sig. (2-tailed)	.829	.170	.399	.005
		N	142	142	142	142
	Adaptarse a nuevas situaciones	Correlation Coefficient	.197	.076	-.037	.018
		Sig. (2-tailed)	.019	.366	.665	.836
		N	142	142	142	142
	Personas que no estan empleadas en la empresa (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	Correlation Coefficient	.028	.173	-.085	-.088
		Sig. (2-tailed)	.742	.040	.314	.299
		N	142	142	142	142
	En general, ¿consideras que las tareas que realizas tienen sentido?	Correlation Coefficient	.002	.176	-.006	-.297
		Sig. (2-tailed)	.977	.036	.941	.000
		N	142	142	142	142
	Tus superiores	Correlation Coefficient	.011	.005	-.038	.173
		Sig. (2-tailed)	.897	.953	.652	.039
		N	142	142	142	142
	Considerando los deberes y responsabilidades de tu trabajo, ¿estas satisfecho con el salario que recibes?	Correlation Coefficient	.072	.273	-.003	.002
		Sig. (2-tailed)	.395	.001	.976	.980
		N	142	142	142	142

Elaborado por: Hugo Nevarez

La evaluación del riesgo psicosocial se realizó por medio del programa diseñado para su medición el cual es el FPSICO 3.1. El Grafico 1 demuestra que, dentro de la media, el factor de la demanda psicológica tiene un valor del 68%.

Grafico N.1

Mediación del Riesgo Psicosocial por Medio del Programa Fpsico



Elaborado por: Hugo Nevarez

De los pacientes encuestados 52 personas presentan una situación adecuada, 17 riesgo moderado, 23 riesgo elevado y 50 un riesgo muy elevado (Cuadro N.17). El siguiente parámetro que contiene la prevalencia del factor con más riesgo tiene es la carga de trabajo con un valor del 47% (Cuadro N.18). Entre los niveles de riesgo, 72 personas presentaron una situación adecuada, 15 riesgo moderado, 13 riesgo elevado y 42 riesgo muy elevado.

Cuadro N.17

Demandas psicológicas

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
10-112	67,64	19,63	67,00
Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
52	17	23	50

Elaborado por: Hugo Nevarez

Cuadro N.18

Carga de trabajo

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-106	46,68	20,73	46,00
Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
72	15	13	42

Elaborado por: Hugo Nevarez

La dimensión del interés por el trabajador o compensación presenta una media del 35,74% (Cuadro N.19). A pesar de que la medio no represente un riesgo es importante reconocer este parámetro como un de interés ya que mide la estructura orgánica de empresas por su preocupación a largo plazo de sus trabajadores.

Cuadro N.19

Interés por el trabajador / Compensación

Rango	Media	Desviación típica	Mediana
0-73	35,74	21,05	41,00
Situación adecuada	Riesgo moderado	Riesgo elevado	Riesgo muy elevado
104	5	18	15

Elaborado por: Hugo Nevarez

Durante el análisis de los datos se observa que los datos no son paramétricos por el cual se inicia realizando una correlación de Pearson, Spearman y Kendall Tau. Las estadísticas descriptivas demuestran que al correlacionar los datos de enfermedades con niveles de depresión y ansiedad el valor de Pearson para depresión es de .038 con $p < .653$ y ansiedad de .058, $p < .491$. (Cuadro N.20)

Cuadro N.20

Correlación por Prueba de Pearson

		ENFERMEDAD	Niveles de Depresión	Niveles de ansiedad
ENFERMEDAD	Pearson Correlation	1	,038	,058
	Sig. (2-tailed)		,653	,491
	N	142	142	142
Niveles de Depresión	Pearson Correlation	,038	1	,600**
	Sig. (2-tailed)	,653		,000
	N	142	142	142
Niveles de ansiedad	Pearson Correlation	,058	,600**	1
	Sig. (2-tailed)	,491	,000	
	N	142	142	142

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Elaborado por: Hugo Nevarez

Los valores de Spearman rho para depresión y ansiedad son de .006, $p < .948$ y de .022, $p < .796$, respectivamente. (Cuadro N.21)

Cuadro N.21

Correlación por Pruebas de Kendall Tau y Spearman Rho

Correlations

			ENFERMEDAD	Niveles de Depresion	Niveles de ansiedad
Kendall's tau_b	ENFERMEDAD	Correlation Coefficient	1,000	,006	,017
		Sig. (2-tailed)	.	,929	,814
		N	142	142	142
	Niveles de Depresion	Correlation Coefficient	,006	1,000	,504**
		Sig. (2-tailed)	,929	.	,000
		N	142	142	142
	Niveles de ansiedad	Correlation Coefficient	,017	,504**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,814	,000	.
		N	142	142	142
Spearman's rho	ENFERMEDAD	Correlation Coefficient	1,000	,006	,022
		Sig. (2-tailed)	.	,948	,796
		N	142	142	142
	Niveles de Depresion	Correlation Coefficient	,006	1,000	,563**
		Sig. (2-tailed)	,948	.	,000
		N	142	142	142
	Niveles de ansiedad	Correlation Coefficient	,022	,563**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,796	,000	.
		N	142	142	142

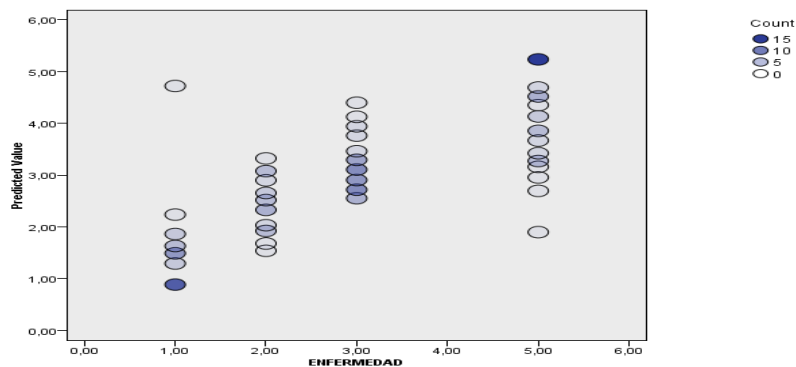
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Elaborado por: Hugo Nevarez

En el análisis linear regresivo, en cuanto a pacientes con enfermedades crónicas, se evidencio niveles significativos en las preguntas relacionadas con los riesgos psicosociales. Sus valores predictivos demuestran tener un valor significativo con pacientes que padecen de hipotiroidismo. (Grafico N.2).

Grafico N.2

Predicción por lo observado en relación con las enfermedades crónicas

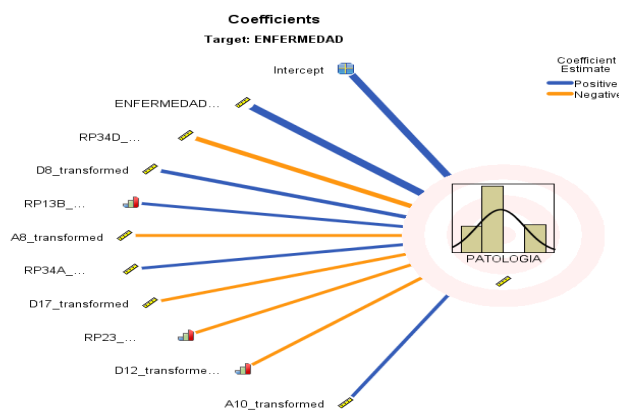


Elaborado por: Hugo Nevarez

Personas que no están empleadas en la empresa (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.) (negativo), Hipocondría (positivo), Las posibilidades de promoción (positivo), Síntomas somáticos generales (sensoriales) (negativo), Tus superiores jerárquicos (positivo), Ansiedad psíquica (negativo), El tiempo que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado (negativo) y Síntomas respiratorio. (Grafico N.3)

Grafico N.3

Estimado de Coeficiente con relación negativa y positiva



Elaborado por: Hugo Nevarez

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La extensa revisión bibliográfica sobre la evidencia de la relación entre depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas demuestra una alta prevalencia en alteraciones de su salud mental.

En el proceso de correlacionar las enfermedades crónicas con la depresión, ansiedad y riesgo psicosocial se demostró que no su relación no es estadísticamente significativa. Lo que si se demostró es que la prevalencia de la ansiedad en pacientes con patologías crónicas alcanza niveles de hasta el 70% y la depresión en el 28% de la población. En el 2014 la Federación Internacional de Diabetes estimó que el 8,2% de los adultos entre las edades 20 y 79 vivían con diabetes. (da Rocha Fernandes et al., 2016) Pacientes con patologías crónicas como diabetes tienen una prevalencia de presentar síntomas severos de depresión en el 11% y elevados en el 31%, duplicando los valores en pacientes sin dicha patología (Odds Ratio = 1.6,95%, Coeficiente de intervalo 1.5-1.7). (Ali et al., 2006; Anderson et al., 2001) A pesar de no obtener resultados favorables en cuanto a los niveles de depresión y ansiedad, se identificaron preguntas de introspección, insomnio precoz e intermedio y agitación psicomotora, como las de mayor relación con los niveles de depresión.

La ansiedad es común en la práctica clínica, con una prevalencia que varía entre el 13 – 18%. (Katz, Stein, & Sareen, 2013) En el estudio realizado se evidencio que el 14,8% de los pacientes presentan un nivel moderado de ansiedad, mientras que el 14,1% un nivel grave. Nuestros datos demuestran que más del 90% de la población con una de las enfermedades medidas presentan un grado de ansiedad.

Para poder entender mejor la medición de las encuestas y su relación en cuanto a las enfermedades crónicas se realizó un análisis linear regresivo. Demostró tener un 66,8% de fiabilidad.

Las alteraciones tiroideas son patologías comunes en nuestro medio siendo los cuadros subclínicos detectados principalmente en la atención primaria aplicada en adultos. El hipotiroidismo se puede evidenciar entre el 2 y 10% de la población menor de 60 años y hasta el 20% en los mayores de 60 años con niveles definidos de la hormona estimuladora de la tiroides. (Aminorroaya et al., 2017) (Veltri et al., 2017) En un estudio realizado en España de 4554 personas se demostró una prevalencia de 9.1% en el hipotiroidismo y 0,8% en el hipertiroidismo, con un promedio de 50 años (Rango 18-93 años). (Valdés et al., 2017) Estudios han encontrado una relación entre anticuerpos tiroideos y depresión. La

prevalencia de autoinmunidad tiroidea varía entre 4 – 25%. (Engum, Bjøro, Mykletun, & Dahl, 2005)

La hipertensión arterial tiene una prevalencia, en México, del 30.1% y su comorbilidad con la depresión varía entre el 4.8% hasta el 8.6%. (Rubio-Guerra et al., 2013) La prevalencia de enfermedades de salud mental, como la depresión, se presentan en un promedio de 3.2% en pacientes sin comorbilidades y entre el 9.3-23% en pacientes con enfermedades crónicas. (Kessler & Bromet, 2013) Esto correlaciona con los resultados encontrados en el estudio ya que el 28% de los pacientes encuestados prevalecen de un nivel bajo de depresión, al igual de personas que presentan un nivel entre moderado, grave y muy grave. Condiciones endocrinológicas asociadas con estados de ansiedad son definidas como el hiper – e hipotiroidismo, hipoglicemia, feocromocitoma e hiperadrenocorticismismo. Adicionalmente puede ocurrir en la administración de hormonas, insulina y corticoides. (Hall & Hall, 1999) La prevalencia de la ansiedad según las encuestas nacionales de estados unidos reportan hasta el 18.1%, siendo el desorden de ansiedad generalizada el más común en pacientes con diabetes variando sus valores entre el 13 y 14%. (Gonzalez et al., 2011)

Preguntas que demuestran tener un grado significativo o $p < .05$ son: Personas que no están empleadas en la empresa (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.), Hipocondría, Síntomas somáticos generales (sensoriales), Tus superiores jerárquicos, Ansiedad psíquica, Síntomas respiratorio, Las posibilidades de promoción y si el tiempo que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado.

En la evaluación del riesgo psicosocial por medio de método FPSICO se demostró que el 68% de pacientes con enfermedades crónicas prevalecen de un riesgo moderado en la dimensión de la demanda psicológica no siendo estadísticamente significativo en presentar riesgo psicosocial más un riesgo moderado de la demanda psicológica impuesta por el trabajo. La depresión ha sido asociada con la prevalencia de la hipertensión y en un metaanálisis realizado en el 2012 por Meng et. al., demostraron que su relación es tiempo dependiente. Adicionalmente diferentes niveles de ansiedad se identificaron en estudios con un seguimiento después de cinco años. (Meng, Chen, Yang, Zheng, & Hui, 2012) Esto demuestra que pacientes pueden estar siendo subdiagnosticados y con el pasar de los años presentar patologías crónicas por su estilo de vida.

4.2 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Se rechaza la hipótesis general ya que no es estadísticamente significativo que pacientes con enfermedades crónicas tengan relación en cuanto a los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial.

CAPÍTULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Pacientes con enfermedades crónicas no exhiben tener una relación en cuanto a los niveles de ansiedad, depresión y riesgo psicosocial, pero si hay mediciones de ciertos parámetros que se pueden aplicar para poder evaluar más a fondo la alta prevalencia de patologías que afectan la salud mental de la población. El 70% de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial primaria e hipotiroidismo presenta un grado de ansiedad bajo y el 28% de depresión. Estos datos demuestran que más del 90% de pacientes con enfermedades crónicas padecen de algún tipo de grado de ansiedad y/o depresión. Estos datos son alertadores ya que se debe enfocar en una prevención y promoción basada en un enfoque holístico haciendo hincapié en la salud mental de los pacientes.

A pesar de que no se pudo establecer una correlación entre el variable independiente y sus tres variables dependientes es evidente que se debe medir y reportar los casos de pacientes que estén padeciendo de patologías que afectan su salud mental ya puede incluir en la calidad de vida que se brinda los pacientes. La tasa de incumplimiento de tratamiento sea farmacológica o no, causa que el personal de salud tome otras medidas para poder analizar al paciente en sus áreas cognitivas, entendiendo que la falta de conocimiento sobre su patología causa efectos en los cambios de estilo de vida.

5.2 RECOMENDACIONES

Realizar un seguimiento detallado del estado de salud mental de los pacientes con y sin enfermedades crónicas, reportando periódicamente sus incidencia y prevalencia.

Ejecutar programas de prevención y promoción con el enfoque en la salud mental y el buen vivir de los pacientes.

Validar escala para pronta medición de niveles de ansiedad, depresión y riesgo psicosocial. Evaluar confiabilidad y correlación de la escala para medir los tres parámetros que acarrear la salud mental de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J., & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis: Review article. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165–1173. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x>
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T. B., ... others. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Molecular Psychiatry*, 16(12), 1234–1246.
- Aminorroaya, A., Meamar, R., Amini, M., Feizi, A., Nasri, M., Tabatabaei, A., & Faghihimani, E. (2017). The TSH levels and risk of hypothyroidism: Results from a population based prospective cohort study in an Iranian adult's population. *European Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.12.019>
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, 24(6), 1069–1078.
- Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., & Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome: CBT for depression and alcohol problems. *Addiction*, 105(1), 87–99. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02757.x>
- Bathla, M., Singh, M., & Relan, P. (2016). Prevalence of anxiety and depressive symptoms among patients with hypothyroidism. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 20(4), 468. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.183476>

- Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). CHALLENGING THE MYTH OF AN “EPIDEMIC” OF COMMON MENTAL DISORDERS: TRENDS IN THE GLOBAL PREVALENCE OF ANXIETY AND DEPRESSION BETWEEN 1990 AND 2010: Research Article: Challenging Myths of a Mental Disorder Epidemic. *Depression and Anxiety*, *31*(6), 506–516. <https://doi.org/10.1002/da.22230>
- Bech, P., Kessing, L. V., & Bukh, J. D. (2016). The validity of dysthymia to predict clinical depressive symptoms as measured by the Hamilton Depression Scale at the 5-year follow-up of patients with first episode depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(8), 563–566. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1180712>
- Benach, J., Amable, M., Muntaner, C., & Benavides, F. G. (2002). *The consequences of flexible work for health: are we looking at the right place?* BMJ Publishing Group Ltd.
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, *65*(7), 438–445. <https://doi.org/10.1136/oem.2007.038430>
- Clark, D. B., & Donovan, J. E. (1994). Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(3), 354–360.
- Clarke, D., & Currie, K. (2009). Depression anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *MJA*, *190*(7).
- da Rocha Fernandes, J., Ogurtsova, K., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Seuring, T., Zhang, P., ... Makaroff, L. E. (2016). IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global

- health expenditures on diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 117, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.04.016>
- Dayan, C. M., & Panicker, V. (2013). Hypothyroidism and Depression. *European Thyroid Journal*, 2(3), 168–179. <https://doi.org/10.1159/000353777>
- Engum, A., Bjørø, T., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Thyroid autoimmunity, depression and anxiety; are there any connections? An epidemiological study of a large population. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(5), 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.04.002>
- Escalante, C., Crisóforo, J., León Balderrama, J. I., & Preciado Rodríguez, J. M. (2016). CAPACIDAD DE ABSORCIÓN Y COMPETITIVIDAD. EL CASO DE LA ACUACULTURA DE CAMARÓN EN LA REGIÓN NORTE DE SINALOA.
- Fitzpatrick, R., Gibbons, E., & Mackintosh, A. (2009). AN OVERVIEW OF PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES FOR PEOPLE WITH ANXIETY AND DEPRESSION 2009. *PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASUREMENT GROUP, OXFORD*, 3.
- Forman-Hoffman, V., & Philibert, R. A. (2006). Lower TSH and higher T4 levels are associated with current depressive syndrome in young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(2), 132–139. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00703.x>
- Gonzalez, J. S., Esbitt, S. A., Schneider, H. E., Osborne, P. J., & Kupperman, E. G. (2011). Psychological Issues in Adults with Type 2 Diabetes. In S. Pagoto (Ed.), *Psychological Co-morbidities of Physical Illness* (pp. 73–121). New York, NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-0029-6_2
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European*

- Hall, R. C., & Hall, R. C. (1999). Anxiety and endocrine disease. In *Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 4, pp. 72–83). WB SAUNDERS COMPANY. Retrieved from <http://www.kinesiologydatabase.com/page/view/anxiety-and-endocrine-disease>
- Helmreich, I., Wagner, S., König, J., Kohnen, R., Szegedi, A., Hiemke, C., & Tadić, A. (2015). Hamilton depression rating subscales to predict antidepressant treatment outcome in the early course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 175, 199–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.043>
- Islam, S. M. S., Purnat, T. D., Phuong, N. T. A., Mwingira, U., Schacht, K., & Fröschl, G. (2014). Non-Communicable Diseases (NCDs) in developing countries: a symposium report. *Globalization and Health*, 10(1), 81.
- Jiménez, B. M., & León, C. B. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. *Universidad Autónoma de Madrid*.
- Katz, C., Stein, M., & Sareen, J. (2013). Anxiety disorders in the DSM-5: new rules on diagnosis and treatment. *Mood and Anxiety Disorders Rounds*, 2(3), 1–6.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119–138. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
- Meng, L., Chen, D., Yang, Y., Zheng, Y., & Hui, R. (2012). Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Hypertension*, 30(5), 842–851. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32835080b7>

- Pinto Reyes, D. A. (2017). ANÁLISIS DE LA ERGONOMÍA COGNITIVA EN UNA EMPRESA PÚBLICA Y PROPUESTA DE UNA ADECUADA GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD ORIENTADA A ASPECTOS ORGANIZACIONALES.
- Rost, K., Smith, J. L., & Dickinson, M. (2004). The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity a randomized trial. *Medical Care*, *42*(12), 1202.
- Rubio-Guerra, A. F., Rodriguez-Lopez, L., Vargas-Ayala, G., Huerta-Ramirez, S., Serna, D. C., & Lozano-Nuevo, J. J. (2013). Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Experimental & Clinical Cardiology*, *18*(1), 10.
- Smith, J. P., & Smith, G. C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science & Medicine*, *71*(1), 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.046>
- Sorensen, G., Landsbergis, P., Hammer, L., Amick III, B. C., Linnan, L., Yancey, A., ... Pratt, C. (2011). Preventing chronic disease in the workplace: a workshop report and recommendations. *American Journal of Public Health*, *101*(S1), S196–S207.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Thompson, E. (2015). Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occupational Medicine*, *65*(7), 601–601. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv054>
- Tuli, F. (2011). The basis of distinction between qualitative and quantitative research in social science: Reflection on ontological, epistemological and methodological perspectives. *Ethiopian Journal of Education and Sciences*, *6*(1).

- Universidad de Barcelona. (2010). *La evaluación de riesgos psicosociales guía de buenas prácticas, métodos de evaluación y sistemas de gestión de riesgos psicosociales: un balance de utilidades y limitaciones*. Madrid: Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC.
- Valdés, S., Maldonado-Araque, C., Lago-Sampedro, A., Lillo, J. A., Garcia-Fuentes, E., Perez-Valero, V., ... Rojo-Martínez, G. (2017). Population-Based National Prevalence of Thyroid Dysfunction in Spain and Associated Factors: Di@bet.es Study. *Thyroid*, 27(2), 156–166. <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0353>
- Varekamp, I., & van Dijk, F. J. H. (2010). Workplace problems and solutions for employees with chronic diseases. *Occupational Medicine*, 60(4), 287–293. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq078>
- Varekamp, I., Verbeek, J. H., de Boer, A., & van Dijk, F. J. (2011). Effect of job maintenance training program for employees with chronic disease – a randomized controlled trial on self-efficacy, job satisfaction, and fatigue. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(4), 288–297. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3149>
- Vojdani, A. (2014). A Potential Link between Environmental Triggers and Autoimmunity. *Autoimmune Diseases*, 2014, 1–18. <https://doi.org/10.1155/2014/437231>
- Weisz, G., & Vignola-Gagné, E. (2015). The World Health Organization and the Globalization of Chronic Noncommunicable Disease. *Population and Development Review*, 41(3), 507–532.
- Wells, K. B., Golding, J. M., & Burnam, A. M. (1989). High Blood Pressure, or Chronic Affective, Substance Use, and Anxiety Disorders in Persons with Arthritis,

Diabetes, Heart Disease, High Blood Pressure, or Chronic Lung Conditions Lung
Conditions. *Elsevier Science Publishing Co.*, 320–327.

ANEXOS

Datos de Validación de Escala de Hamilton para Ansiedad

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,902	,906	15

Elaborado por: Hugo Nevarez

Resumen Estadísticos por ítem de la Escala de Hamilton para Ansiedad

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1,085	,683	1,423	,739	2,082	,045	15
Item Variances	,917	,544	1,269	,725	2,334	,031	15
Inter-Item Correlations	,390	,104	,699	,595	6,729	,015	15

Elaborado por: Hugo Nevarez

Análisis de Varianzas de Validación de Escala de Hamilton para Ansiedad

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People		818,153	141	5,803		
Within People	Between Items	89,640	14	6,403	11,267	,000
	Residual	1121,826	1974	,568		
	Total	1211,467	1988	,609		
Total		2029,619	2129	,953		

Grand Mean = 1,0850

Elaborado por: Hugo Nevarez

Datos de Validación de Escala de Hamilton para Depresión

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,896	,897	18

Elaborado por: Hugo Nevarez

Resumen Estadísticos por ítem de la Escala de Hamilton para Depresión

Intraclass Correlation Coefficient							
	Intraclass Correlation ^b	95% Confidence Interval		F Test with True Value 0			
		Lower Bound	Upper Bound	Value	df1	df2	Sig
Single Measures	,325 ^a	,271	,389	9,650	141	2397	,000
Average Measures	,896 ^c	,870	,920	9,650	141	2397	,000

Elaborado por: Hugo Nevarez

Análisis de Varianzas de Validación de la Escala de Hamilton para Depresión

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
Between People		726,103	141	5,150		
Within People	Between Items	355,919	17	20,936	39,231	,000
	Residual	1279,192	2397	,534		
	Total	1635,111	2414	,677		
Total		2361,214	2555	,924		
Grand Mean = ,74						

Elaborado por: Hugo Nevarez

Instrumentos y escalas para recopilación de datos

DATOS DEMOGRÁFICOS						
EDAD		FECHA DE NACIMIENTO				
SEXO	MASCULINO O	FEMENINO				
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	SECUNDARIA	LICENCIATURA	INGENIERA	POSGRADO	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	SEPARADO	VIUDO	UNIÓN LIBRE
ENFERMEDAD	DIABETES	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	HIPOTIROIDE O	HIPERTIROIDE O		
OCUPACIÓN	SI TIENE EMPLEO	NO TIENE EMPLEO	EMPLEO:			
ETNICIDAD	MESTIZO	BLANCO	NEGRO	INDÍGENA	OTRO:	
VIVE ACOMPAÑADO	SI	NO				

Elaborado por: Hugo Nevarez

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Fecha de evaluación _____

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de homigüeo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Fecha de evaluación _____

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente 1 - Estas sensaciones las relata espontáneamente 2 - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 3 - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a 4 	
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente 1 - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 2 - Siente que la enfermedad actual es un castigo 3 - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 4 	
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 2 - Ideas de suicidio o amenazas 3 - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4 	
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente 0 - Ligera 1 - Moderada 2 - Severa 3 - Incapacitante 4 	
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno 0 - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 1 - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 2 - 3 - 4 	

Síntomas somáticos generales	
- Ninguno	0
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
- Ausente	0
- Débil	1
- Grave	2
Hipocondría	
- Ausente	0
- Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
- Preocupado por su salud	2
- Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
- Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1 2
- No se da cuenta que está enfermo	3
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
- No hay dificultad	0
- Tensión subjetiva e irritabilidad	1
- Preocupación por pequeñas cosas	2
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
- Expresa sus temores sin que le pregunten	4

deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

1. ¿Trabajas los sábados?

siempre o casi siempre
a menudo
a veces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

2. ¿Trabajas los domingos y festivos?

siempre o casi siempre
a menudo
a veces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

3. ¿Tienes la posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal?

siempre o casi siempre

<input type="checkbox"/>	1
--------------------------	---

5. ¿Dispone de al menos 48 horas consecutivas de descanso en el transcurso de una semana (7 días consecutivos)?

siempre o casi siempre
a menudo
a veces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

6. ¿Tu horario laboral te permite compaginar tu tiempo libre (vacaciones, días libres, horarios de entrada y salida) con los de tu familia y amigos?

siempre o casi siempre
a menudo
a veces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

7. ¿Puedes decidir cuándo realizar las pausas reglamentarias (pausa para comida o bocadillo)?

siempre o casi siempre
a menudo
a veces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

8. Durante la jornada de trabajo y fuera de las pausas reglamentarias, ¿puedes detener tu trabajo o hacer una parada corta cuando lo necesitas?

siempre o casi siempre
a menudo
a veces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

9. ¿Puedes marcar tu propio ritmo de trabajo a lo largo de la jornada laboral?

siempre o casi siempre
a menudo
a veces
nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

10. ¿Puedes tomar decisiones relativas a:

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (actividades y tareas a realizar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de tareas a lo largo de tu jornada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución del entorno directo de tu puesto de trabajo (espacio, mobiliario, objetos personales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo tienes que hacer tu trabajo (método, protocolos, procedimientos de trabajo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que tienes que realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo que realizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La resolución de situaciones anormales o incidencias que ocurren en tu trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución de los turnos rotativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
↳ No trabajo en turnos rotativos <input type="checkbox"/>				

11. Qué nivel de participación tienes en los siguientes aspectos de tu trabajo:

	Puedo decidir	Se me consulta	Sólo recibo información	Ninguna participación
	1	2	3	4
Introducción de cambios en los equipos y materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introducción de cambios en la manera de trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lanzamiento de nuevos o mejores productos o servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reestructuración o reorganización de departamentos o áreas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios en la dirección o entre tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratación o incorporación de nuevos empleados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboración de las normas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cómo valoras la supervisión que tu jefe inmediato ejerce sobre los siguientes aspectos de tu trabajo?

	no interviene	insuficiente	adecuada	excesiva
	1	2	3	4
El método para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La planificación del trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ritmo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad del trabajo realizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cómo valoras el grado de información que te proporciona la empresa sobre los siguientes aspectos?

	no hay información	insuficiente	es adecuada
	1	2	3
Las posibilidades de formación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las posibilidades de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los requisitos para ocupar plazas de promoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La situación de la empresa en el mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Para realizar tu trabajo ¿cómo valoras la información que recibes sobre los siguientes aspectos?

	muy clara	clara	poco clara	nada clara
	1	2	3	4
Lo que debes hacer (funciones, competencias y atribuciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cómo debes hacerlo (métodos, protocolos, procedimientos de trabajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cantidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad de trabajo que se espera que hagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El tiempo asignado para realizar el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La responsabilidad del puesto de trabajo (qué errores o defectos pueden achacarse a tu actuación y cuáles no)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Señala con qué frecuencia se dan las siguientes situaciones en tu trabajo

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca
	1	2	3	4
Se te asignan tareas que no puedes realizar por no tener los recursos humanos o materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para ejecutar algunas tareas tienes que saltarte los métodos establecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estás de acuerdo porque te suponen un conflicto moral, legal, emocional...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibes instrucciones contradictorias entre sí (unos te mandan una cosa y otros otra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se te exigen responsabilidades, cometidos o tareas que no entran dentro de tus funciones y que deberían llevar a cabo otros trabajadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Si tienes que realizar un trabajo delicado o complicado y deseas ayuda o apoyo, puedes contar con:

	s siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no hay otras personas
	1	2	3	4	5
Tus jefes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tus compañeros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tus subordinados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras personas que trabajan en la empresa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

17. ¿Cómo consideras que son las relaciones con las personas con las que debes trabajar?

buenas	<input type="text"/>	1
regulares	<input type="text"/>	2
malas	<input type="text"/>	3
no tengo compañeros	<input type="text"/>	4

18. Con qué frecuencia se producen en tu trabajo:

	raras veces	con frecuencia	constante mente	no existen
	1	2	3	4
Los conflictos interpersonales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Las situaciones de violencia física	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Las situaciones de violencia psicológica (amenazas, insultos, hacer el vacío, descalificaciones personales...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Las situaciones de acoso sexual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. Tu empresa, frente a situaciones de conflicto interpersonal entre trabajadores:

deja que sean los implicados quienes solucionen el tema	<input type="text"/>	1
pide a los mandos de los afectados que traten de buscar una solución al problema	<input type="text"/>	2
tiene establecido un procedimiento formal de actuación	<input type="text"/>	3
no lo sé	<input type="text"/>	4

20. En tu entorno laboral ¿te sientes discriminado? (por razones de edad, sexo, religión, raza, formación, categoría.....)

siempre o casi siempre	<input type="text"/>	1
a menudo	<input type="text"/>	2
a veces	<input type="text"/>	3
nunca	<input type="text"/>	4

21. ¿A lo largo de la jornada cuánto tiempo debes mantener una exclusiva atención en tu trabajo? (de forma que te impida hablar, desplazarte o simplemente pensar en cosas ajenas a tu tarea)

siempre o casi siempre	<input type="text"/>	1
a menudo	<input type="text"/>	2
a veces	<input type="text"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="text"/>	4

22. En general, ¿cómo consideras la atención que debes mantener para realizar tu trabajo?

muy alta	<input type="text"/>	1
alta	<input type="text"/>	2
media	<input type="text"/>	3
baja	<input type="text"/>	4
muy baja	<input type="text"/>	5

23. El tiempo de que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado:

siempre o casi siempre	<input type="text"/>	1
a menudo	<input type="text"/>	2
a veces	<input type="text"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="text"/>	4

24. La ejecución de tu tarea, ¿te impone trabajar con rapidez?

siempre o casi siempre	<input type="text"/>	1
a menudo	<input type="text"/>	2
a veces	<input type="text"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="text"/>	4

25. ¿Con qué frecuencia debes acelerar el ritmo de trabajo?

siempre o casi siempre	<input type="text"/>	1
a menudo	<input type="text"/>	2
a veces	<input type="text"/>	3
nunca o casi nunca	<input type="text"/>	4

26. En general, la cantidad de trabajo que tienes es:

- excesiva
- elevada
- adecuada
- escasa
- muy escasa

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5

27. ¿Debes atender a varias tareas al mismo tiempo?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

28. El trabajo que realizas, ¿te resulta complicado o difícil?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

29. ¿En tu trabajo tienes que llevar a cabo tareas tan difíciles que necesitas pedir a alguien consejo o ayuda?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

30. En tu trabajo, tienes que interrumpir la tarea que estás haciendo para realizar otra no prevista

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

31. En el caso de que existan interrupciones, ¿alteran seriamente la ejecución de tu trabajo?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

32. ¿La cantidad de trabajo que tienes suele ser irregular e imprevisible?

- siempre o casi siempre
- a menudo
- a veces
- nunca o casi nunca

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4

33. En qué medida tu trabajo requiere:

	siempre o casi siempre 1	a menudo 2	a veces 3	nunca o casi nunca 4
Aprender cosas o métodos nuevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adaptarse a nuevas situaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar iniciativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tener buena memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar directamente con personas que no están empleadas en tu trabajo (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. En tu trabajo ¿con qué frecuencia tienes que ocultar tus emociones y sentimientos ante...?

	siempre o casi siempre 1	a menudo 2	a veces 3	nunca o casi nunca 4	no tengo, no trato 5
Tus superiores jerárquicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus subordinados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personas que no están empleadas en la empresa (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿estás expuesto a situaciones que te afectan emocionalmente?

- siempre o casi siempre 1
- a menudo 2
- a veces 3
- nunca o casi nunca 4

36. Por el tipo de trabajo que tienes, ¿con qué frecuencia se espera que des una respuesta a los problemas emocionales y personales de tus clientes externos? (pasajeros, alumnos, pacientes, etc.):

- siempre o casi siempre 1
- a menudo 2
- a veces 3
- nunca o casi nunca 4

37. El trabajo que realizas ¿te resulta rutinario?:

- no 1
- a veces 2
- bastante 3
- mucho 4

38. En general ¿consideras que las tareas que realizas tienen sentido?:

- mucho 1
- bastante 2
- poco 3
- nada 4

39. ¿Cómo contribuye tu trabajo en el conjunto de la empresa u organización?

- no es muy importante 1
- es importante 2
- es muy importante 3
- no lo sé 4

40. En general, ¿está tu trabajo reconocido y apreciado por...?

	siempre o casi siempre	a menudo	a veces	nunca o casi nunca	no tengo, no trato
	1	2	3	4	5
Tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tus compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El público, clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc. (si los hay)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu familia y tus amistades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. ¿Te facilita la empresa el desarrollo profesional (promoción, plan de carrera,...)?

- adecuadamente 1
- regular 2
- insuficientemente 3
- no existe posibilidad de desarrollo profesional 4

42. ¿Cómo definirías la formación que se imparte o se facilita desde tu empresa?

- muy adecuada 1
- suficiente 2
- insuficiente en algunos casos 3
- totalmente insuficiente 4

43. En general, la correspondencia entre el esfuerzo que haces y las recompensas que la empresa te proporciona es:

- muy adecuada 1
- suficiente 2
- insuficiente en algunos casos 3
- totalmente insuficiente 4

44. Considerando los deberes y responsabilidades de tu trabajo ¿estás satisfecho con el salario que recibes?

- muy satisfecho 1
- satisfecho 2
- insatisfecho 3
- muy insatisfecho 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Las enfermedades crónicas tienen influencia en los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial en la población laboralmente activa.	Determinar la influencia en enfermedades crónicas con los niveles de depresión y ansiedad y riesgo psicosocial	<p>Evaluar los niveles de depresión en pacientes con enfermedades crónicas.</p> <p>Analizar los niveles de ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas.</p> <p>Valorar los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial en</p>	<p>General: Las Enfermedades crónicas no influyen en los niveles de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial.</p> <p>Especifica: Las enfermedades crónicas nos influyen en la depresión.</p> <p>Las enfermedades crónicas nos</p>	<p><u>Variable independiente:</u> Pacientes que padecen de enfermedades crónicas</p> <p><u>Variable dependiente</u> Nivel de depresión, ansiedad y riesgo psicosocial.</p>	<p>Niveles de depresión y ansiedad basada en la escala de Hamilton.</p> <p>Niveles de riesgo psicosocial determinado por la Escala y de FPSICO</p> <p>Pacientes con Enfermedades crónicas laboralmente activos.</p>	<p>Tipo de investigación descriptiva correlacional transversal</p> <p>Población: 142</p> <p>Técnicas: Aplicar evaluación a pacientes atendidos en consulta externa</p> <p>Tratamiento Estadístico: Procesamiento y análisis de datos, SPSS Versión 23. Chi cuadrado, Spearman rho, regresión linear predictiva.</p>

		pacientes con hipotiroidismo.	influyen en la ansiedad. Las enfermedades crónicas nos influyen en los riesgos psicosociales.			
--	--	-------------------------------	--	--	--	--

		ENFERMEDAD				Total	
		DIABETE S	HIPERTENS ION ARTERIAL	HIPOTIROID EO	VARIAS ENFERMED ADES		
Niveles de ansiedad	Mayor o igual a 25 (Grave)	Count	5	1	5	9	20
		% within ENFERMEDAD	16,1%	3,7%	11,9%	21,4%	14,1%
		% of Total	3,5%	0,7%	3,5%	6,3%	14,1%
	18-24 (Moderado)	Count	6	5	5	5	21
		% within ENFERMEDAD	19,4%	18,5%	11,9%	11,9%	14,8%
		% of Total	4,2%	3,5%	3,5%	3,5%	14,8%
	Menor de 17 (Bajo)	Count	20	21	31	28	100
		% within ENFERMEDAD	64,5%	77,8%	73,8%	66,7%	70,4%
		% of Total	14,1%	14,8%	21,8%	19,7%	70,4%
	No hay ansiedad	Count	0	0	1	0	1
		% within ENFERMEDAD	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,7%
		% of Total	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%
Total	Count	31	27	42	42	142	
	% within ENFERMEDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	21,8%	19,0%	29,6%	29,6%	100,0%	

Elaborado por: Hugo Nevarez

NIVELES DE DEPRESIÓN POR ENFERMEDAD

Crosstab

			ENFERMEDAD				Total
			DIABETES	HIPERTENSION ARTERIAL	HIPOTIROIDE O	VARIAS ENFERMEDADES	
Niveles de Depresion	Mayor o Igual a 23 (Muy Grave)	Count	5	1	1	6	13
		% within ENFERMEDAD	16,1%	3,7%	2,4%	14,3%	9,2%
		% of Total	3,5%	0,7%	0,7%	4,2%	9,2%
	19-22 (Grave)	Count	2	2	3	4	11
		% within ENFERMEDAD	6,5%	7,4%	7,1%	9,5%	7,7%
		% of Total	1,4%	1,4%	2,1%	2,8%	7,7%
	14-18 (Moderado)	Count	2	2	6	6	16
		% within ENFERMEDAD	6,5%	7,4%	14,3%	14,3%	11,3%
		% of Total	1,4%	1,4%	4,2%	4,2%	11,3%
	8-13 (Bajo)	Count	11	7	15	6	39
		% within ENFERMEDAD	35,5%	25,9%	35,7%	14,3%	27,5%
		% of Total	7,7%	4,9%	10,6%	4,2%	27,5%
	0-7 (Normal)	Count	11	15	17	20	63
		% within ENFERMEDAD	35,5%	55,6%	40,5%	47,6%	44,4%
		% of Total	7,7%	10,6%	12,0%	14,1%	44,4%
Total		Count	31	27	42	42	142
		% within ENFERMEDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	21,8%	19,0%	29,6%	29,6%	100,0%

Elaborado por: Hugo Nevarez

MODELO DE CONSTRUCCIÓN, EN RESUMEN, DE PRUEBA DE REGRESIÓN
LINEAR

Objetivo: Enfermedad

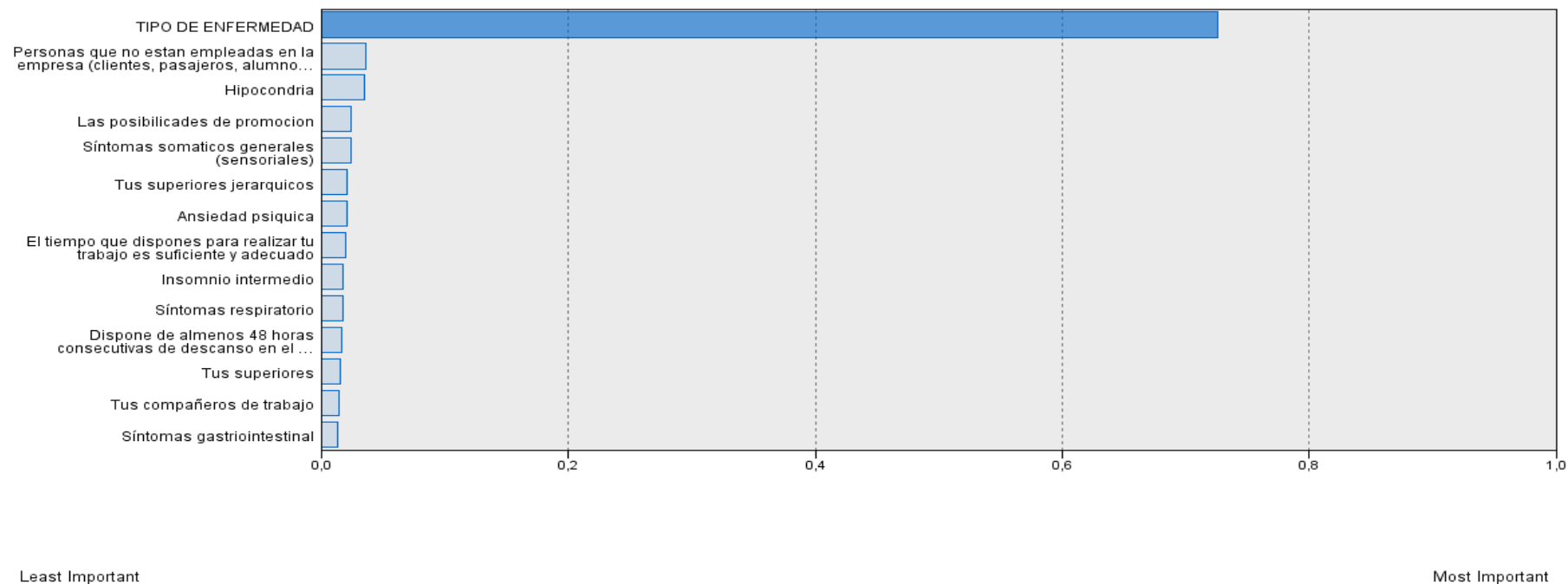
	Step										
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Information Criterion	-13,050	-16,671	-18,994	-21,151	-22,357	-22,842	-24,770	-25,099	-25,448	-25,638	
ENFERMEDAD_transformed	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
RP33E_transformed	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
D12_transformed	✓	✓	✓	✓	✓						
RP5_transformed	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
RP13B_transformed		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
RP23_transformed			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Effect				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
RP33F_transformed					✓	✓	✓	✓	✓	✓	
RP18D_transformed					✓	✓	✓	✓	✓	✓	
A11_transformed							✓	✓	✓	✓	
RP40D_transformed								✓	✓	✓	
A8_transformed									✓	✓	
RP16B_transformed										✓	

The model building method is Forward Stepwise using the Information Criterion.
A checkmark means the effect is in the model at this step.

Elaborado por: Hugo Nevarez

PREDICTOR DE IMPORTANCIA POR ENFERMEDADES CRÓNICAS

Predictor Importance
Target: ENFERMEDAD



Elaborado por: Hugo Nevarez

Correlations			
Spearman's rho		Niveles de ansiedad	Niveles de Depresión
	Tienes la posibilidad de tomar días u horas libres para atender asuntos de tipo personal	.068	.176
	Puedes decidir cuando realizar las pausas reglamentarias (pausa para comida o bocadillo)	.422	.036
	Durante la jornada de trabajo y fuera de las pausas reglamentarias, puedes detener tu trabajo o hacer una parada corta cuando lo necesitas	.142	.142
	Puedes marcar tu propio ritmo de trabajo a lo largo de la jornada laboral	.101	.193
	La distribución del entorno directo de tu puesto de trabajo (Espacio, mobiliario, objetos personales, etc.)	.232	.022
	Como tienes que hacer tu trabajo (metodo, protocolos, procedimientos de trabajo...)	.142	.142
	La resolución de situaciones anormales o incidencias que ocurren en tu trabajo	.123	.262
	La distribución de los turnos rotativos	.146	.002
	Las posibilidades de formación	.142	.142
	Las posibilidades de promoción	.152	.229
	La cantidad de trabajo que se espera que hagas	.071	.006
	La calidad de trabajo que se espera que hagas	.142	.142
	El tiempo asignado para realizar el trabajo	.142	.142
	La responsabilidad del puesto de trabajo (que errores o defectos pueden achacarse a tu actuación y cuales no?)	.108	.183
	Se te asignan tareas que no puedes realizar por no tener los recursos humanos o materiales	.200	.030
	Para ejecutar algunas tareas tienes que saltarte los metodos establecidos	.142	.142
	Se te exige tomar decisiones o realizar cosas con las que no estas de acuerdo por que tu suponen un conflicto moral, legal, emocional...	.141	.238
	Recibes instrucciones contradictorias entre si (unos te mandan una cosa, y otros otra)	.094	.004
	Se te exigen responsabilidades, cometidos, o tareas que no entran dentro de tus funciones y que deberian llevar a cabo otros trabajadores	.142	.142
	Como consideras que son las relaciones con las personas con las que debes trabajar	.142	.142
	Las situaciones de violencia fisica	.218	.267
	Las situaciones de violencia psicologica (amenazas, insultos, hacer el vacío, descalificaciones personales...)	.009	.001
	Las situaciones de acoso sexual	.142	.142
	Tu empresa, frente a situaciones de conflicto interpersonal entre trabajadores:	.287	.338
	En tu entorno laboral, te sientes discriminado (por razones de edad, sexo, religion, raza, formacion, categoria...)	.001	.000
	El tiempo que dispones para realizar tu trabajo es suficiente y adecuado	.142	.142
	El trabajo que realizas, te resulta complicado o difícil	.207	.276
	En tu trabajo tienes que llevar a cabo tareas tan difíciles que necesitas pedir a alguien consejo o ayuda?	.013	.001
	En tu trabajo, tienes que interrumpir la tarea que estas haciendo para realizar otra no prevista	.142	.142
	En el caso que exista interrupciones, alteran seriamente la ejecución de tu trabajo?	.228	.309
	Tener buena memoria	.006	.000
	Tratar directamente con personas que no estan empleadas en tu trabajo (clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc.)	.142	.142
	Tus subordinados	.325	.271
	Tus compañeros de trabajo	.000	.001
	Por el tipo de trabajo que tienes, ¿estas expuesto a situaciones que te afectan emocionalmente?	.142	.142
	El trabajo que realizas ¿te resulta rutinario?	.276	.221
	En general, ¿consideras que las tareas que realizas tienen sentido?	.001	.008
	El publico, clientes, pasajeros, alumnos, pacientes, etc. (Si los hay)	.142	.142
	Tu familia y tus amistades	.320	.392
	Considerando los deberes y responsabilidades de tu trabajo, ¿estas satisfecho con el salario que recibes?	.000	.000
		.142	.142
		.251	.216
		.003	.010
		.142	.142
		.202	.093
		.016	.270
		.142	.142
		.278	.190
		.001	.023
		.142	.142
		.265	.078
		.001	.358
		.142	.142
		.282	.356
		.001	.000
		.142	.142
		.207	.190
		.013	.023
		.142	.142
		.211	.192
		.012	.023
		.142	.142
		.293	.250
		.000	.003
		.142	.142
		.260	.222
		.002	.008
		.142	.142
		.227	.165
		.007	.050
		.142	.142
		.117	.260
		.167	.002
		.142	.142
		.076	.257
		.368	.002
		.142	.142
		.179	.031
		.142	.142
		.201	.019
		.016	.827
		.142	.142
		.259	.180
		.002	.032
		.142	.142
		.073	.227
		.389	.006
		.142	.142
		.212	.326
		.011	.000
		.142	.142
		.130	.268
		.032	.001
		.142	.142
		.150	.333
		.074	.000
		.142	.142
		.240	.196
		.004	.020
		.142	.142