

TRABAJO FIN DE GRADO

Proyecto de investigación

Depresión en la práctica
enfermera. Comparativa
Urgencias y Cirugía General.

NAIARA DUCTOR GARCIA

05/2015



RESUMEN

Introducción: La depresión representa una alta carga para la sociedad afectando a 121 millones de personas en el mundo, convirtiéndose en la tercera causa de carga mundial de morbilidad entre todas las enfermedades. En el campo de la enfermería las tasas de depresión son aun menos prometedoras. Diversos estudios a nivel internacional han considerado a la enfermería como una profesión con altas prevalencias en trastornos depresivos dando lugar a un efecto negativo sobre la fuerza de trabajo en el sector sanitario.

Factores como los turnos rotatorios, mal ambiente laboral, bajo de nivel de autonomía o estar soltero o divorciado son algunos de los muchos agentes que aumentan el riesgo de padecer depresión.

Objetivos: Aunque la depresión ha sido ampliamente estudiada, en la literatura actual los estudios realizados entre la depresión y la enfermería son relativamente escasos. Por lo tanto, el presente estudio será un esfuerzo para abordar esta cuestión y tendrá un doble propósito: determinar los niveles de depresión existentes entre las enfermeras del Servicio de Urgencias y de Cirugía General del Hospital de Galdakao y comparar los niveles de depresión entre las unidades anteriormente citadas.

Metodología: Para ello se realizará un estudio descriptivo observacional de prevalencia. La población a estudio estará formada por los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de Urgencias y Cirugía General del Hospital de Galdakao. El instrumento que se utilizara para la recogida de datos será el Inventario de Depresión Beck (BDI) y el análisis estadístico se llevará a cabo mediante el programa informático SPSS.

Palabras clave: Depresión, Enfermería, BDI.

INDICE

1. Introducción	1
a. Justificación del estudio	4
2. Marco histórico y teórico: depresión	4
a. Factores de riesgo	5
b. Síntomas clínicos	6
c. Sistemas de clasificación	8
d. Escalas de valoración	10
e. Tratamiento de la depresión	11
f. Riesgo de suicidio	14
3. Objetivos	15
a. Objetivo general	15
b. Objetivos específicos	15
4. Hipótesis	15
5. Metodología	15
a. Búsqueda bibliográfica	16
b. Diseño	16
c. Sujetos de estudio	16
d. Tipo de muestreo	17
e. Criterios de inclusión	17
f. Criterios de exclusión	17
g. Variable dependiente	17
h. Variable independiente	17
i. Tamaño de la muestra	17
j. Recogida de datos	18
k. Análisis de datos	18
l. Consideraciones éticas y legales	18
6. Limitaciones del estudio	19
7. Plan de trabajo desarrollo del proyecto	19
a. Acciones	19
b. Cronograma	20
c. Material necesario	21
d. Participantes en el proyecto y funciones	21
8. Beneficios e innovaciones del proyecto	22
9. Bibliografía	24

1. INTRODUCCION

En la industria de la salud la mejora de la calidad de los servicios es un reto continuo para gestores de enfermería y administradores de hospitales, a pesar del aumento de los costes sanitarios y recursos limitados¹. En cualquier organización de la salud, los profesionales de enfermería son los primeros profesionales que están de cara al paciente y al mismo tiempo en la primera línea de la organización sanitaria, jugando un rol importante y directo en la prestación de un buen servicio de asistencia sanitaria de calidad².

El empeoramiento del funcionamiento de la institución sanitaria y su encarecimiento ha convertido a la enfermería en una ocupación profesional altamente estresante. Entre sus acciones destacan: una reducción de los gastos de personal, mayor responsabilidad con limitada cantidad de trabajadores y la falta de tiempo para el cuidado del paciente.

Por otra parte, la tendencia al envejecimiento general de la población está teniendo un efecto negativo sobre la fuerza de trabajo de enfermería, debido a que el volumen de pacientes está aumentando³. Según la Organización para la cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) en España la proporción de enfermeras por cada 1000 habitantes es de 5.2, mientras que el promedio europeo es de 8.8, lo que sitúa a España en una posición por debajo de la media, y esto conduce a mayor carga de trabajo para las enfermeras españolas⁴.

La depresión es un desorden afectivo caracterizado por un estado de ánimo deprimido. El estado de ánimo afecta fundamentalmente a la percepción y evaluación del ego y del entorno. Los cambios del estado de ánimo se producen formando parte de la experiencia cotidiana como respuesta a múltiples factores⁵. La depresión genera, dependiendo de la intensidad con la que afecte al individuo, pérdida de interés para la ejecución de actividades, ideas de culpa, inferioridad, inutilidad y en los casos más graves ideas suicidas⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión afecta a 121 millones de personas en el mundo, la prevalencia-vida en España del episodio depresivo es de 10,6%, y una prevalencia-año del 4,0%. Las características más notables en comparación con el resto de países europeos son el inicio a una edad temprana y altas tasas de comorbilidad y cronicidad. Mientras estos datos demuestran el alto índice de depresión a diferentes escalas convirtiéndose en un agravante peligroso para la salud mundial, las perspectivas futuras son aun

menos prometedoras. La OMS calcula que para el 2020 ocupará dentro del ranking de causas por discapacidad el segundo puesto^{7, 8}.

En tasas de enfermería la prevalencia es aún mayor. Revisando la literatura disponible, en un estudio realizado al sur de Estados Unidos con una muestra de 150 enfermeras, el 21% manifestó rasgo severo de depresión⁹. A una muestra de 67 trabajadores de enfermería de Sao Paulo, se le observó una prevalencia de 28,4% de depresión¹⁰. Otro estudio brasileño realizado para evaluar la calidad de vida en el trabajo, con 211 enfermeras del sector quirúrgico, encontró una prevalencia de depresión de 24.2%¹¹. Los estudios de enfermeras que trabajan en los hospitales chinos también muestran altas tasas de depresión basada en los síntomas reportados, 38% respectivamente¹².

Los profesionales sanitarios, y en especial el personal de enfermería, como respuesta a los cambios de políticas de salud expuestos anteriormente, experimentan una variedad de factores estresantes en el trabajo (turnos rotatorios, tareas repetitivas, menor interacción con el paciente o familia, turnos nocturnos, mal ambiente laboral...). Dichos agentes pueden afectar negativamente el estado de salud de este sector profesional, disminuyendo su rendimiento laboral y afectando a la calidad de los servicios sanitarios proporcionados dando lugar a efectos negativos para la salud de los pacientes¹³. Esta situación tan estresante a largo plazo aumenta el riesgo de padecer algún trastorno afectivo donde se ve principalmente alterado el humor, como es el caso de la depresión¹⁴.

Diversos estudios a nivel internacional han considerado a la enfermería como una profesión con altas prevalencias en trastornos depresivos^{9, 12, 15, 16}. De hecho en comparación con la población general y otras ocupaciones laborales la enfermería experimenta mayores tasas de depresión¹⁷. Es importante destacar que la mayoría de los profesionales de enfermería son mujeres por lo que existen amplias diferencias entre el sexo masculino y femenino en cifras de prevalencia de depresión¹⁸. Estudios previos mostraron que son las mujeres las que presentan mayores cifras de depresión¹⁹.

En relación a los factores estresantes, un estudio realizado en el Centro de Oncología de Mansoura con 52 enfermeras como muestra encontró asociaciones significativas entre errores de medicación, depresión y turnos nocturnos. Los trabajadores por turnos a menudo experimentan alteraciones de ciclo circadiano, especialmente cuando están trabajando durante la noche o en

turnos rotatorios. El trabajo nocturno conduce a la dificultad del sueño o a no conseguir un sueño reparador aumentando de esta forma el riesgo de depresión, en especial en el sector sanitario ¹⁸. Además también puede ocasionar el uso excesivo de alcohol o barbitúricos, perjudicando la salud del profesional, su vida familiar, social y laboral ¹⁰.

También, el nivel de autonomía en el lugar de trabajo es esencial para neutralizar la depresión. Un estudio canadiense con una muestra de 17.337 enfermeros analizó la relación de la autonomía laboral con los casos de depresión mayor en enfermería. Los resultados demostraron que una escasa autonomía en el trabajo se asocia a mayor prevalencia de depresión y mayor ausentismo ³.

Por otra parte, el ausentismo laboral, la disminución del rendimiento en el trabajo, la falta de concentración y la calidad de los cuidados también se ven perjudicados por factores de origen psicosocial muy presentes en el ámbito sanitario y fundamentalmente en el campo de la enfermería. El profesional de enfermería se ve afectado emocionalmente por trabajar con enfermedades, dolor, tristeza y los propios sentimientos del profesional en los que se ve envuelto, exponiéndose desde la perspectiva emocional a un mayor riesgo de padecer depresión. No hay que olvidar que el profesional de enfermería es el profesional que está en contacto directo y permanente con el paciente, dando lugar a un mayor riesgo de alteración emocional y consecuentemente a padecer depresión ^{10,15}.

Desde el punto de vista sociodemográfico; los bajos ingresos ⁹, la presencia de una enfermedad crónica, estar soltero o divorciado ³, o síntomas somáticos ¹⁸ se correlacionan con la presencia de síntomas depresivos.

Así mismo, los niveles de depresión de las enfermeras pueden diferir dependiendo del servicio en el que estén trabajando. Los resultados de un estudio realizado en Taiwán indican que existen diferencias significativas entre los diferentes servicios de un hospital respecto a la depresión. Concretamente, los resultados demostraron que las enfermeras del servicio de medicina interna tienen mayor prevalencia de depresión que las de emergencias ².

Por último y no menos importante, como hemos mencionado previamente, la depresión está estrechamente relacionada con el suicidio. Más del 90% de los adultos que se suicidan tienen una enfermedad psiquiátrica asociada y la más

prevalente es el trastorno depresivo. Estadísticamente, los profesionales de enfermería están cuatro veces más expuestos al suicidio que las mujeres que trabajan fuera del ámbito de la salud²⁰.

A pesar de que son evidentes las dificultades metodológicas y prácticas que presenta la prevención de la depresión, esto es debido, por un lado, a la carencia de estudios nacionales entre el personal de enfermería y la depresión. Por otro lado, las condiciones de trabajo de este sector se caracterizan por: un elevado grado de tensión, el constante contacto con el sufrimiento, la falta de autonomía, impacto emocional y largos turnos en difíciles condiciones. Los esfuerzos deben dirigirse a la búsqueda de estrategias de afrontamiento hacia los profesionales de enfermería, con una especial atención a la salud del propio individuo.

a. Justificación del estudio:

Se justifica este estudio dada la prevalencia de la depresión a nivel mundial representando un 4.3% de la carga global de enfermedad y siendo una de las principales causas de discapacidad por su inicio temprano, impacto funcional y a que tiende a ser crónica y recurrente⁷.

En el contexto de las organizaciones de la salud, el impacto de la depresión puede concluir en importantes consecuencias tanto para la organización como para la salud física y psíquica de los trabajadores, y por ello resultan necesarios los estudios que, como paso previo a la intervención o prevención de este problema, traten de identificar los niveles del mismo existentes en el campo de la enfermería y en distintas unidades de trabajo.

Asimismo, estos estudios nos servirán para incrementar nuestro conocimiento sobre la depresión en la actuación de la enfermería y detectar mediante una comparación si existen amplias diferencias de la depresión en la práctica enfermera entre la unidad de Urgencias y el Servicio de Cirugía General.

2. MARCO HISTÓRICO Y TEORICO: DEPRESIÓN

El término depresión es relativamente nuevo. Las primeras referencias tanto conceptuales como clínicas de la depresión corresponden a Hipócrates (460-377a.C), el primero en definir la melancolía⁶.

Hasta el 1800, dicho concepto estaba ligado a la teoría humoral, la cual clasifica a los seres humanos según su temperamento (por líquidos del cuerpo humano), y manifiesta que las enfermedades eran causadas por los humores corporales, en el caso de la melancolía una excesiva o alteración de bilis negra ^{5,6}.

El enfoque de la melancolía de aquella época englobaba algo más que tristeza y apatía, en dicho concepto se incluían obsesiones, delirios, demencias e incluso conductas suicidas. Hacia 1820, la escuela alemana bajo la influencia del romanticismo y la natur-filosofía cambia la perspectiva acerca de la melancolía y esta deja de ser un subtipo de manía, un trastorno primario del intelecto y por último irreversible. En definitiva, es definida como un trastorno primario de las emociones ²¹.

Desde la antigüedad también se sospecha una relación entre la melancolía y la manía. En el siglo XVII varios autores como Thomas Willis, Areteo de Capadocia o Burton observan la sucesión de cuadros maniacos y melancólicos en algunos pacientes. Incluso Andrés Piquer describió con suma precisión la enfermedad maniaco depresiva del rey Fernando ⁶.

No obstante, deben de pasar algunos años hasta que Falret en 1851, hable de la "*folie circulaire*"⁶ que se caracterizaba por la sucesión de fases opuestas del humor con intervalos de lucidez, reseñando algunas diferencias con la melancolía. Actualmente dicho concepto hace referencia al trastorno bipolar ²².

El concepto de la melancolía con estas perspectivas va adquiriendo el significado que tiene hoy en día, a pesar de que hasta 1860 no apareció por primera vez en diccionarios médicos de lengua inglesa⁴ como se denomina actualmente, depresión ^{5,21}.

2.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo de padecer un trastorno depresivo quedan condensados en tres áreas: biológicos, variables demográficas y aspectos psicosociales.

I. Biológicos:

- Genéticos. El riesgo de desarrollar depresión mayor es significativamente más elevado en los familiares de pacientes con depresión. Además, existe un mayor riesgo de desarrollar depresión mayor grave, recidivante y, posiblemente, de inicio precoz en una historia de depresión mayor ^{5,6}.

- Marcadores biológicos. Deficit central de noradrenalina (NA) y déficit de serotonina (5-HT) ⁵.
- Síndrome premenstrual. Descrito entre mujeres con antecedentes de trastornos afectivos con síntomas depresivos premenstruales. Si bien el postparto y el periodo premenstrual son épocas de más alto riesgo, la menopausia no aumenta el riesgo de padecer depresión ⁶.

II. Variables sociodemograficas:

- Sexo. El factor de riesgo sociodemográfico más consistente de desarrollar depresión es el sexo femenino. Se ha estimado que la carga de depresión es 50% más alta en mujeres que en hombres.
- Edad. Más frecuente en menores de 30 años y mayores de 65¹⁹.
- Estado civil. Tanto la separación como el divorcio están ligados a la sintomatología depresiva ^{3,8}.
- Otras variables. La religión no parece ser un factor de riesgo específico, pero entre los católicos y judíos el índice de suicidios es más bajo. En relación al poder adquisitivo, los ingresos bajos se correlacionan con síntomas depresivos. Además, las personas en desempleo y baja laboral presentan depresión con mayor frecuencia ^{3,9}.

III. Aspectos psicosociales:

- Personalidad y estilo cognitivo. (Personalidad depresiva).
- Rasgos neuróticos de la personalidad ⁸.
- Pérdidas parentales.
- Soporte social. La escasa relación interpersonal, especialmente en pareja, constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión.
- Acontecimientos vitales adversos. Se ha constatado la alta frecuencia de eventos significativos negativos, acaecidos meses antes del inicio de un cuadro depresivo.
- Traumas en la primera infancia producidos por: abusos sexuales, abusos físicos, pobre percepción de su papel en la familia y estilo educacional, así como elevada sobreprotección y/o bajo cariño paterno ⁵.

2.2 Síntomas clínicos

La manifestación clínica más representativa de la depresión es la tristeza vital y profunda que perjudica al sujeto hasta afectar todos los aspectos de su vida.

La clínica de la depresión queda sintetizada a grandes rasgos en las siguientes áreas:

I. Afectividad:

Junto al estado de ánimo deprimido converge otra característica esencial en la depresión, la anhedonia o la incapacidad de sentir placer. De echo se ha establecido en estudios con analisis factoriales que el estado de ánimo bajo y la anhedonia estan presentes sistematicamente en los sujetos con depresión.

Por otro lado junto a estos síntomas de forma secundaria pueden emerger otros estados emocionales como la ansiedad, irritabilidad e incluso la hostilidad^{5,6}.

II. Síntomas cognitivos:

La disminución de la capacidad para concentrarse, prestar atención o pensar son la consecuencia de la falta de interés y energía vital del paciente. El pensamiento, cuya base se degrada negativamente cada vez más, se enlentece. El contenido de sus pensamientos giran alrededor del desánimo, inutilidad y culpa. En los casos más graves el nihilismo puede conducir a la aparición y expresión de ideas suicidas, intento o planificación de suicidio. En este estadio el paciente puede presentar incluso trastornos de la percepción^{5,6}.

III. Trastornos fisiológicos:

Las repercusiones fisiológicas en la depresión son evidentes. La astenia es el principal desorden somático seguido de trastornos sueño, pérdida de apetito y disminución de la actividad sexual. La disminución del apetito recurrente irá seguida en una significativa pérdida de peso e incluso estreñimiento, también ocasionado por la falta de actividad. Otros síntomas como las cefaleas, amenorrea y palpitaciones también son frecuentes⁶.

IV. Conducta:

El abandono personal se puede presentar en forma de descuido higiénico por falta de interés o energía. El aislamiento y el llanto son frecuentes en este trastorno. Por último la agresividad dirigida hacia ellos mismos crean sentimientos de culpabilidad y desesperanza que pueden llevar al suicidio^{5,6}.

2.3 Sistemas clasificación

Los dos sistemas de clasificación más utilizados, tanto en la investigación como en la clínica actual de la depresión, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de *la American Psychiatric Association* (DSM) ⁸.

No obstante, las clasificaciones de la depresión que realizaron diversos autores al principio de la investigación de este trastorno, no son menos importantes. (Tabla 1).

Clasificación de la *American Psychiatric Association*, quinta edición (DSM-5):

Recientemente, se ha publicado la quinta edición del DSM, no obstante actualmente se utiliza la versión DSM-IV, ya que la posterior no se ha instaurado globalmente en el campo clínico de la psiquiatría.

La nueva versión del DSM realiza una nueva división separando los “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y “trastornos bipolares”. Respecto al episodio de depresión mayor, el DSM-V no introduce cambios significativos, exceptuando las especificaciones al describir el estado clínico actual de la depresión mayor. El episodio de depresión mayor, se divide dependiendo de su gravedad, en: leve, moderada o grave incluyendo estados de remisión no especificados en el DSM-IV ⁸.

Trastornos depresivos DSM-V ²³:

296.99 Trastorno de depresión mayor

296.31 Leve

296.32 Moderado

296.33 Grave

296.34 Con características psicóticas

296.35 En remisión parcial

296.36 En remisión total

300.4 Trastorno depresivo persistente (distimia)

625.4 Trastorno disfórico premenstrual

293.83 Trastorno depresivo debido a otra afección médica

311 Trastorno depresivo no especificado

Clasificación internacional de enfermedades, decima revisión (CIE-10) ²⁴:

En la CIE-10 la depresión esta introducida dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30-F39).

- F 32 Episodio depresivo
 - F32.0 Leve
 - F 32.1 Moderado
 - F32.2 Grave sin síntomas psicóticos
 - F32.3 Grave con síntomas psicóticos
 - F32.8 Otros episodios depresivos
 - F32.9 No especificado
- F 33 Trastorno depresivo recurrente

Tanto en la CIE-10 como en el DSM-5, la gravedad de los episodios se basa en el número, tipo e intensidad de los síntomas en el grado de deterioro funcional.

Tabla 1. Clasificación de la depresión de acuerdo al origen

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ACUERDO AL ORIGEN		
		Características
Clasificación clásica	Depresión endógena	Su origen se debe a factores internos o psicobiológicos, que presuponen una alteración o cambio estructural en la bioquímica del cerebro que desencadena la reacción depresiva sin un acontecimiento externo evidente.
	Depresión reactiva	Es una reacción ante una pérdida significativa para el paciente, constituyendo el núcleo central del contenido depresivo.
	Depresión somatogena	Su origen es biológico, constituyendo un grupo orgánico de diversa índole, especialmente: trastornos tiroideos, anemias, infecciones virales, parkinsonismo, iatrogenia medicamentosa etc....

	<p>Secundaria. Cuando la depresión forma parte del síntoma de otra enfermedad</p>	<p>Es la depresión que forma parte de los síntomas de una enfermedad física o psiquiátrica, es decir no es el diagnóstico principal. La depresión que se presenta posterior a la remisión del episodio. Por ejemplo, el síndrome de abstinencia para un alcohólico.</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración propia ^{5,6}.

2.4 Escalas de valoración

En los trastornos depresivos se pueden emplear numerosos métodos y escalas con el objetivo de evaluar sintomáticamente a un paciente en un tiempo determinado, permitiendo la gradación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, no obstante, junto a la evaluación de los factores tanto personales y sociales como cognitivos y familiares, se obtiene un cuadro clínico con vistas al diagnóstico.

Las escalas autoadministradas las cumplimenta el paciente. Para la evaluación de la depresión se utilizan, primordialmente, el Inventario de Depresión Beck (BDI) y la escala de Hamilton para la depresión (HRSD) ^{8,25}.

BDI

Inventario de Depresión Beck es uno de los test más utilizados por su fácil y rápida aplicación, y cuenta con traducciones en castellano validadas en España, desde la versión original de 1961 hasta la más reciente 1996 (BDI-II). Es una escala con 21 ítems, cumplimentable en 5 minutos, que valora la intensidad de la depresión en individuos entre 13 y 80 años. Cada ítem se valora con una escala de 0 a 3 puntos (0, ausencia de síntomas; 1-3, niveles de gravedad en incremento). Tras sumar la puntuación de cada ítem, la puntuación total puede variar de 0 a 63 puntos. Las puntuaciones ≥ 14 se consideraron indicativas de la presencia de síntomas depresivos tanto para la versión original como para la adaptación española ^{8,25}. Los puntos de corte para los distintos grados de depresión de la adaptación española se muestran en la (tabla 2).

Tabla 2. Puntos de corte BDI.II

	Mínima	Leve	Moderada	Grave
BDI-II Adaptación española	0-13	14-18	19-27	>28

Fuente: Guía de la práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto⁸.

HRSD

Es una escala heteroaplicada y junto al BDI son los instrumentos más utilizados para la evaluación de la depresión. Es una escala de 6,17 o 21 ítems según la versión aplicada que proporciona una puntuación global del cuadro depresivo^{8, 25}.

Tras sumar la puntuación de cada ítem, la puntuación total puede variar de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo con esta escala de valoración. Según el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE), a partir de una puntuación mayor de 8 se considera indicativo de la presencia de síntomas depresivos. La NICE recomienda emplear los siguientes puntos de corte (tabla 3):

Tabla 3. Puntos de corte HRSD

NICE 2009	No depresión	Subclínica	Leve	Moderada	Grave
Puntuación	0-7	8-13	14-18	19-22	>23

Fuente: Guía de la práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto⁸.

2.5 Tratamiento de la depresión

La depresión puede ser abordada de muchas maneras para lograr un tratamiento efectivo. Las intervenciones que se utilizan actualmente para tratar la depresión se dividen primordialmente en dos bloques: intervenciones somáticas o antidepresivos y psicoterapia.

Los tratamientos somáticos vienen demostrando mayor eficacia terapéutica en los trastornos depresivos que cualquier tipo de psicoterapia. No obstante, la combinación de medicación con algún tipo de psicoterapia potencia resultados terapéuticos²².

A continuación describiremos algunos de los tratamientos más utilizados actualmente:

Farmacología:

Los principales antidepresivos utilizados de acuerdo con el mecanismo de acción para el tratamiento de la depresión son los siguientes: Antidepresivos cíclicos (ADT), Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), Inhibidores de la amino oxidasa (IMAO), y otros como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) e Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND).^{5,8.}

La actividad principal, algunos ejemplos, indicaciones, interacciones y efectos adversos se presentan en el (Anexo 1).

Psicoterapia:

La psicoterapia según la *European Association for Psychotherapy* (EAP) se puede definir como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, fundamentada en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades mayores del desarrollo personal. La psicoterapia utiliza procedimientos psicoterapéuticos científicos, con uno o varios individuos, con el objetivo de paliar o eliminar los síntomas, cambiar patrones de actitud alterados, y favorecer un proceso de salud mental y bienestar⁸.

Se pueden encontrar diversos modelos de psicoterapia con diferentes características como su base teórica o el nivel de desarrollo de sus técnicas. En los últimos años, la investigación en el campo de la psicoterapia ha crecido y de la misma forma, las guías de práctica clínica sobre la depresión recomiendan su utilidad⁶.

1. Terapia cognitivo conductual:

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una intervención terapéutica que adopta un formato breve, estructurada, colaborativa y limitada en el tiempo. La duración más común oscila entre 12 y 20 sesiones semanales de 50 minutos⁸. La TCC se centra en el modo inadaptado del paciente para resolver sus problemas sociales, modificando los patrones de conductas disfuncionales, pensamientos negativos vinculados a situaciones concretas y actitudes problemáticas relacionadas con la depresión⁵.

La psicoeducación es un componente esencial con el objetivo de que los pacientes aprendan a reconocer sus patrones de pensamientos negativos y reevaluarlos. Esta dinámica requiere una actitud colaborativa por parte del

paciente que se basa en practicar sus nuevas habilidades y conductas entre sesiones mediante tareas para casa. Estas tareas deben describirse y registrarse en un libro, que se utilizará como manual además de registrarse los factores o las situaciones estresantes, así como los sentimientos asociados y los pensamientos negativos del paciente.

La TCC grupal también es empleada en pacientes con depresión mayor, y su duración más frecuente es de 12 sesiones de dos horas, realizadas a lo largo de 8 semanas⁸.

2. Psicoterapia interpersonal:

La psicoterapia interpersonal (TIP) es una intervención colaborativa, estructurada y breve, cuya duración frecuentemente oscila entre 12 y 20 sesiones⁵.

La dinámica de esta terapia se centra en las relaciones actuales del paciente y en los procesos interpersonales, con el objetivo de mitigar los síntomas de la depresión por medio de un afrontamiento de las áreas problemáticas⁸.

3. Terapia psicodinámica:

La terapia psicodinámica tiene su origen en el modelo psicoanalítico. El objetivo de dicha terapia es descubrir por parte del terapeuta los conflictos actuales y pasados del paciente con la finalidad de interpretarlos y trabajar sobre ellos⁸.

Estos conflictos pueden ser internalizados por el paciente en forma de ira, superego y responsabilidad sobredesarrollados o sentimientos de dependencia y desesperanza. A consecuencia de los conflictos, la persona puede desarrollar unos mecanismos de defensa externos, como represión, negación, proyección y formación reactiva.

El esfuerzo por entender, la tolerancia a la frustración y la capacidad de constancia hacia las tareas son factores esenciales por parte del paciente que hay que tener en cuenta para realizar una terapia de dicha índole para lograr con más probabilidad el éxito^{5,8}.

2.6 Riesgo de suicidio

El suicidio, definido como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza es un problema de la salud pública en muchos países. Cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, casi 10

personas se suicidan al día en España. Según el Instituto Nacional de estadística en el 2012 España incrementó la tasa de suicidio un 11.3%²⁶.

La relación entre la presencia de depresión y la aparición de riesgo de suicidio es estadísticamente significativa y compartida por numerosos estudios. De hecho el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor en las personas con depresión en comparación con la población general. Se han identificado varios factores asociados a un riesgo mayor de suicidio en pacientes con depresión: sexo masculino, historia familiar de trastorno mental, intento de suicidio previo, niveles más graves de depresión, presencia de desesperanza y trastornos comórbidos, especialmente ansiedad y abuso de alcohol y otras drogas. Otros factores relacionados con la personalidad se han asociado al suicidio en pacientes con depresión, y son: la agresividad, la impulsividad, la autoestima baja y la hostilidad⁸.

Los profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras, son un sector vulnerable a causa de la situación laboral que acaece actualmente y por ello retienen mayor riesgo suicida que el resto de sectores laborales. Diferentes investigaciones corroboran que en términos de suicidio los profesionales sanitarios no solo corren más riesgo que la población general sino que las tasas de suicidio son superiores²⁶. En relación a la depresión y a los profesionales sanitarios, se ha visto que era frecuente encontrar un trastorno mental asociado en los sanitarios con ideación suicida o que consumaron el suicidio, siendo la depresión la más frecuente. Entre los trabajadores sanitarios se percibe una tendencia a evitar el contacto con salud mental, esto podría acarrear en muchas ocasiones mala praxis y exponer la seguridad y salud de los pacientes. En general, los datos confirman que los profesionales con riesgo suicida presentan un elevado grado de depresión²⁰.

En el ámbito universitario los estudiantes de enfermería en comparación con el resto de estudiantes, el riesgo de cometer un suicidio también es mayor. Esto es debido a la dificultad de poder compaginar formación teórica y prácticas clínicas, y a la frecuente exposición temprana durante las prácticas a situaciones de muerte, sufrimiento, invalidez y enfermedad²⁶.

Cabe destacar que únicamente se contemplan las tasas de suicidio de los casos oficiales, considerablemente infravaloradas debido al rechazo a dicha conducta y a registrar como accidentes las muertes que acaecen en situaciones dudosas²⁰.

Sería interesante disponer de datos reales, con el objetivo de conocer el alcance real del problema y establecer estrategias en el sector sanitario.

3. OBJETIVOS

Atendiendo a lo anteriormente descrito, y dado que en nuestro contexto laboral es escaso el número de trabajos que estiman la prevalencia de depresión en el campo de la enfermería, el presente estudio pretende como objetivo principal estimar la prevalencia de los niveles de depresión de dos muestras de personal de enfermería ubicadas en el Servicios de Urgencias y el Servicio de Cirugía General.

Objetivo general:

Determinar los niveles de depresión existentes entre las enfermeras del Servicio de Urgencias y del Servicio de Cirugía General.

Objetivos específicos:

Comparar los niveles de depresión existentes entre las enfermeras que trabajan en el Servicio de Urgencias y Servicio de Cirugía General.

4. HIPOTESIS

a) En relación al objetivo general:

Los valores de depresión en el personal de enfermería de Urgencias y del Servicio de Cirugía General serán superiores a 18 puntos.

b) En relación al objetivo específico:

Los valores de depresión en los profesionales de enfermería de Urgencias serán mayores que los del Servicio de Cirugía General.

5. METODOLOGIA

a. Búsqueda bibliográfica:

Las bases de datos para la realización de la revisión bibliográfica del presente trabajo son las siguientes: Pubmed, Web of Science, The Cochrane Library, Scielo, Science Direct, y Cuiden.

Se definieron diferentes estrategias de búsqueda utilizando Descriptores que están incluidos en tesauros de Ciencias de la Salud (MeSH-DeCS), combinándolos con el operador booleano: AND. (Tabla 4)

Asimismo, se han empleado cuatro libros de la Biblioteca Universitaria del País Vasco; dos de ellos pertenecientes al campo de la psiquiatría y los otros dos a la enfermería y salud mental.

Por último, también se han analizado datos de la Organización Mundial de la salud (OMS), de la Organización para la cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) y del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE).

Tabla 4. Descriptores y operadores booleanos.

Idioma	Descriptores	Operadores booleanos
Castellano	Enfermería, Depresión	Y
Inglés	Nursing, Depression, BDI	AND
Portugués	Enfermagem, Depressão	

Fuente: elaboración propia.

La estrategia de la búsqueda bibliográfica del proyecto se presenta en el (Anexo 2) a través de un diagrama de flujo.

b. Diseño:

Se trata de una investigación de enfoque descriptivo observacional de prevalencia, que se realizará en el Hospital de Galdakao (Osakidetza) en el periodo comprendido de septiembre de 2015 a abril del 2017.

c. Sujetos de estudio:

La población a estudio está formada por los profesionales de enfermería que trabajaban en el servicio de Urgencias y de Cirugía General sumando un total de 74 enfermeras, 60 pertenecientes al Servicio de Urgencias y 14 del Servicio de Cirugía General, formados especialmente para desempeñar su trabajo en dicha área.

d. Tipo de muestreo:

Probabilístico, de tipo aleatorio simple.

e. Criterios de inclusión:

- Personal fijo, interino o suplente que acepten contestar los cuestionarios de manera voluntaria.
- Trabajar en dichos servicios en el tiempo que dure la investigación de manera continuada y en condiciones de turnicidad (turno matutino, vespertino y nocturno).
- Edad, estado civil y género indistinto.
- Se aplicará a todo el personal de enfermería del Servicio de Cirugía General y de Urgencias que proporcione el consentimiento informado.

f. Criterios de exclusión:

- Todos aquellos cuestionarios que no fueron rellenos o con una cumplimentación de la encuesta menor del 60%.
- Las enfermeras que se nieguen a participar y las que se encuentren de baja por enfermedad o gestación.
- Profesionales de enfermería con menos de 6 meses de experiencia.
- Profesionales de enfermería que cuenten con un contrato a jornada reducida, por no estar expuestos a los factores de riesgo durante el mismo tiempo que el resto.

g. Variable dependiente:

Mide los valores de depresión a través del cuestionario BDI-II, de Beck, Steer y Brown.

h. Variables independientes:

Variabes que pueden influir en el resultado, en nuestro caso el tipo de Unidad donde se presta atención sanitaria, Urgencias y Cirugía General.

i. Tamaño de la muestra:

Se llevará a cabo un muestreo aleatorio probabilístico entre las enfermeras participantes.

Aplicando la siguiente fórmula ²⁸: $n = \frac{K^2 N pq}{e^2 (N-1) + K^2 pq}$ donde:

El nº de sujetos necesario para el estudio es 62. Respectivamente, 50 enfermeros del servicio de Urgencias y 12 del servicio de Cirugía General.

j. Recogida de datos:

Se obtendrá el consentimiento informado de los participantes, y la presencia de síntomas depresivos se valorarán aplicando el Inventario de Depresión de Beck.

El BDI-II adaptación española es un cuestionario autoaplicable de 21 puntos ampliamente usada para medir la presencia y la gravedad de los síntomas depresivos. Los encuestados serán instruidos para calificar cada síntoma de la escala de 0 a 3 (0, ausencia de síntomas; 1-3, niveles de gravedad en incremento). Tras sumar la puntuación de cada ítem, se obtendrá una puntuación de 0 a 63. Las puntuaciones >18 se consideran indicativas de la presencia de depresión (Anexo 3).

El cuestionario no preguntará por datos personales de identificación, como nombres y apellidos, quedando en anonimato la persona encuestada.

k. Análisis de datos:

Los datos serán procesados a través del programa SPSS 21.0 y para el análisis estadístico se utilizará la prueba de Kolgomorov-Smimov y la T de Student. Si no son normales los grupos se utilizará la prueba de Wilcoxon. Se considera un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0.05$) y una potencia estadística del 80% ($\beta = 0.8$) para todos los cálculos estadísticos.

l. Consideraciones éticas y legales:

En primer lugar, se pondrá en conocimiento al Director Gerente y a la Comisión de Investigación del Hospital de Galdakao la realización del estudio y se solicitará la autorización del mismo por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC). Por ello, se enviará un documento sobre el proyecto de investigación para su evaluación y aceptación (Anexo 4) y un documento mostrando el compromiso del investigador principal (Anexo 5).

Teniendo en cuenta el principio de autonomía, se pedirá a todos los profesionales de enfermería el consentimiento informado por escrito previamente aprobado por el CEIC y posteriormente aceptado por los participantes(Anexo 6). Asimismo se les informará de forma verbal sobre el objeto del estudio, su técnica y porqué han sido invitados a participar.-

Todos los datos y tratamientos agregados a los mismos serán tratados acorde a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LODP) que garantiza la confidencialidad por lo que no se recolectará información de identificación de los participantes.

Se aplicarán los principios éticos para las investigaciones médicas en humanos recogidas en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio presenta varias limitaciones; En primer lugar, el cuestionario BDI-II valora la intensidad de la depresión, no lo diagnostica, aunque el nivel de intensidad señala indirectamente la presencia de depresión.

En segundo lugar, sería importante completar el cuestionario con una entrevista clínica, pero esto no garantizaría el anonimato de los sujetos.

En tercer lugar, los tamaños de las muestras para las diferentes unidades no serán equilibrados, por lo tanto al comparar los resultados de la unidad de Urgencias y de Cirugía General, los resultados deben ser valorados con cautela, ya que podrían generalizarse. En un futuro se anima a los investigadores a equilibrar el tamaño de la muestra para generalizar los resultados.

7. PLAN DE TRABAJO DESARROLLO DEL PROYECTO

a. Acciones:

El proyecto se desarrollará en el Hospital de Galdakao. La muestra a analizar serán los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de Urgencias y de Cirugía General. Una vez que tengamos el permiso del Director Gerente del Hospital de Galdakao y las autorizaciones pertinentes, se dará a conocer el estudio al personal de enfermería y a las supervisoras de los anteriormente citados servicios de la investigación que se llevará a cabo, mediante las siguientes acciones:

- En primer lugar, se contactará telefónicamente y personalmente con las supervisoras de ambos servicios para informarles de la investigación que se va a poner en marcha y los días concretos que acudiremos a los dos servicios para realizar las acciones oportunas. Por último, se organizará

de tal forma para que las enfermeras pierdan el menos tiempo posible y de esta forma no afectar a su rendimiento ni a la calidad de los cuidados.

- La explicación para el personal de la enfermería de cada servicio se realizará en el office en dos turnos con el pretexto de que ningún servicio se quede desatendido. La información a comunicar será clara, concisa y breve. Además se dará un número de teléfono, por si se da el caso de alguna duda poder aclararla de forma anónima y el consentimiento informado para que lo cumplimenten.
- Reunión con las supervisoras de las unidades: Se elegirá al azar los participantes que intervendrán en el estudio hasta llegar al número 62 siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos. (50 del Servicio de Urgencias y 12 del Servicio de Cirugía General). Y se darán las instrucciones pertinentes a las supervisoras sobre la entrega y recolección de los cuestionarios. Los participantes del estudio tendrán una semana para cumplimentarlos.

b. Cronograma:

El tiempo estimado para realizar la investigación completa se establecerá en 20 meses, se iniciará en Septiembre de 2015 y finalizará en Abril del 2017 y se distribuye en las siguientes etapas:

Primera etapa: fase de actualización de la revisión bibliográfica existente y diseño del proyecto (8 meses).

- Búsqueda bibliográfica y revisión exhaustiva de la literatura reciente.
- Reunión con el Director gerente del Hospital de Galdakao y Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CEIC).
- Reunión con las supervisoras de cada unidad (Urgencias y Cirugía General) para darles todos los pasos a seguir y la información sobre el estudio que se va a llevar a cabo en sus unidades.
- Reunión con los profesionales de enfermería de cada unidad para informales del estudio que se va a poner en marcha y proponerles a participar.
- Construcción de una base de datos para la introducción de los datos obtenidos.

Segunda etapa: Recogida de datos (aproximadamente 4 meses).

- Después de captar los candidatos se procederá a una selección de los sujetos de estudio siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos.
- Reunión con las supervisoras de ambas unidades para darles las instrucciones pertinentes, los cuestionarios y llevar a cabo la elección de sujetos al azar.
- Recogida de datos.

Tercera etapa: Análisis de datos y elaboración de los resultados (6 meses).

- Organización de los datos mediante el SPSS.
- Análisis estadístico de los datos obtenidos.
- Elaboración de los resultados de la investigación.
- Desarrollo de las conclusiones de la investigación.

Cuarta etapa: Divulgación de los resultados (2 meses).

- Redacción del artículo científico tanto en español como en inglés para su publicación en revistas científicas y su difusión en conferencias científicas.

Mediante el Diagrama de Gantt se resumen las acciones que se llevarán a cabo y el tiempo que se prevé en cada una de ellas y también las del presente proyecto. (Anexo 7)

c. Material necesario:

Para la realización del presente proyecto se necesitarán los siguientes recursos:

- Material inventariable: un ordenador portátil o no, con acceso a internet, impresora y el programa estadístico SPSS para la recogida y análisis de los datos obtenidos.
- Material fungible: hojas de papel para la impresión tanto del consentimiento informado como los cuestionarios y sus correspondientes copias, material de oficina...
- Viajes y dietas: gastos de los desplazamientos durante el periodo de investigación, dietas de los viajes y alojamientos para la divulgación de los resultados.

- Contratación de servicios externos: un estadístico para la elaboración del análisis de datos con el programa SPSS.
- Financiación: privada.

d. Participantes en el proyecto y funciones:

- Investigador principal: Se ocupará de elaborar y redactar el proyecto de investigación, así como de ponerse en contacto con el CEIC, Director Gerente, Comisión de investigación, supervisoras de enfermería y enfermeros que trabajen en los servicios de Urgencias y Cirugía General del Hospital de Galdakao. Así mismo, elaborar el documento del consentimiento informado para los participantes voluntarios, el documento sobre el proyecto de investigación para su evaluación y aceptación. También, cumplimentar el documento que muestra el compromiso del investigador principal.
- Supervisoras de las unidades de Urgencias y Cirugía general: Se encargarán de coordinar a los participantes del estudio, y se responsabilizarán de dar y recoger los cuestionarios de los participantes.
- Estadístico: se encargará de realizar el análisis estadístico de los datos con el programa estadístico SPSS.
- Traductor de inglés: Se ocupará de traducir el estudio para su difusión en revistas científicas internacionales.
- Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad Autónoma del País Vasco: Se encargará de dar el visto bueno al proyecto y de aprobar la autorización necesaria para la puesta en marcha del estudio.

8. BENEFICIOS E INNOVACIONES ESPERADOS DEL PROYECTO

Si los resultados obtenidos en la investigación confirman las hipótesis planteadas, podríamos afirmar que las enfermeras del Hospital de Galdakao de los Servicios de Urgencias y Cirugía general presentan síntomas depresivos.

En este caso se llevaría a cabo una investigación más exhaustiva con una muestra más grande para verificar la sospecha de que un porcentaje del personal de enfermería que trabaja en Euskadi padece depresión.

Sabiendo que las hipótesis son reales, los beneficios serían considerables. En primer lugar después de diagnosticar con una entrevista clínica a los

profesionales de enfermería que en un principio han presentado síntomas de depresión a través del cuestionario, se les podría ayudar mediante Programas de Prevención de la depresión y Estrategias de Afrontamiento para mejorar su salud mental y calidad de vida. Sin un tratamiento adecuado la atención de enfermería puede deteriorarse y afectar a los destinatarios de la atención enfermera: los pacientes.

Desde la perspectiva de la organización sanitaria, el rendimiento y la calidad de los cuidados progresarían, mejorando la asistencia sanitaria de calidad.

9. BIBLIOGRAFIA:

1. Yun H, Jie S, Anli J. Nursing shortage in China: State, causes and strategy. Nursingoutlook. [revista en internet] mayo-junio 2010 [acceso 12 de abril de 2015]; 58(3): 122-128. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655409002358>
2. Chiang Y. M, Chang Y. Stress, depression and intention to leave among nurses in different medical units: Implications for healthcare management/nursing practice. HealthPolicy. [revista en internet] 2012 [acceso 12 de abril de 2015]; 108(2-3); 149-157. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851012002527>
3. Enns V, Currie S, Wang J. L. Professional Autonomy and Work Setting as Contributing Factors to Depression and Absenteeism in Canadian Nurses. Nursing Outlook. [revista en internet] 2014 [acceso 23 de febrero de 2015]; 62(6): 379-494. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655414002930>
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. París: OECD; 2014 [acceso 12 de enero de 2015]. Estadísticas de la OECD sobre la salud 2014 España en comparación. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/estadisticas/>
5. Hales Robert E, Yudofsky Stuart C, Schatzberg Alan F, Gabbard Alan F. Tratado de la psiquiatría clínica. Quinta edición. Barcelona: Masson; 2009.
6. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Séptima edición. Barcelona: Masson; 2011.
7. Barbui C, Cipriani A, Saxena S, Tansella M y Saraceno B. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, DC EEUU; 2010. Disponible en: whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf
8. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, Avila González MJ, González García A, Guitian Rodríguez D, Louro González A, Triñares Pego Y. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2014.
9. Subhashni D, Joy S, Kayyali A. Predicting depression in nurses. American Journal of Nursing. [revista en internet] febrero 2010 [acceso 8 de enero

- de 2015]; 110(2): 63-64. Disponible en: http://www.nursingcenter.com/Inc/journalarticle?Article_ID=966833
10. De Vargas D, Vieira Dias A. P. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de unidades de terapia intensiva: estudio en hospitales de una ciudad al noroeste del estado de Sao Paulo. Revista latinoamericana Enfermagem [revista en internet] septiembre-octubre 2011. [acceso 3 de enero de 2015]; 19(5): 1114-1121. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000500008&script=sci_arttext&tlng=es
 11. Costa Schmidt D. R, SpadotiDantas R. A, PalucciMarziale M. H. Anxiety and depression among nursing professionals who work in surgical units. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [revista en internet] 2011 [acceso 7 de marzo de 2015]; 45(2): 487-493. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 12. Gong Y, Han T, Yin X, Yang G, Zhuang R, Chen Y, et al. Prevalence of depressive symptoms and work-related risk factors among nurses in public hospitals in southern China: A cross-sectional study. Nature [revista en internet] Noviembre 2014 [acceso 7 de marzo de 2015]; 4 (7109). Disponible en: <http://www.nature.com/srep/2014/141127/srep07109/full/srep07109.html>
 13. Mi Wang S, Yu Lai C, Chang Y. Y, Huang C. Y, Zauszniewski J. A, Yu C. Y. The relationships among work stress, resourcefulness and depression level in psychiatric nurses. Archives of Psychiatric Nursing. [revista en internet] 2015 [acceso 3 de marzo de 2015]; 29(1): 64-70. Disponible en: <http://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417%2814%2900164-2/abstract>
 14. García Rivera B, Maldonado Radillo S, Ramírez Barón M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Summa Psicológica UST. [revista en internet] 2014 [acceso 24 de enero de 2015]; 11(1): 65-73. Disponible en: <http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/128>
 15. Lerma Martínez V. L, Rosales Arellano G. V, Gallegos Alvarado M. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. Conamed [revista en internet] 2009 [acceso 15 de

- diciembre de 2014]; 14(1): 5-10. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=59703&id_seccion=699&id_ejemplar=6038&id_revista=41
16. Letvak S, Ruhm C. J, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*. [revista en internet] junio 2012 [acceso 17 de abril de 2015]; 26(3): 177-182. Disponible en: http://journals.lww.com/cns-journal/Abstract/2012/05000/Depression_in_Hospital_Employed_Nurses.13.aspx
 17. Gandhi S, Sangeetha G, Ahmed N, Chaturvedi S. K. Somatic symptoms, perceived stress and perceived job satisfaction among nurses working in an Indian psychiatric hospital. *Asian Journal of Psychiatry*. [revista en internet] 2014 [acceso 3 de marzo de 2015]; 12: 77-81. Disponible en: <http://www.asianjournalofpsychiatry.com/article/S1876-2018%2814%2900148-8/abstract>
 18. Saleh A. M, Awadalla N. J, El-masri Y. M, Sleem W. F. Impacts of nurses circadian rhythm sleep disorders, fatigue and depression on medication administration errors. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. [revista en internet] 2014 [acceso 15 de febrero de 2015]; 63(1): 145-153. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0422763813002380>
 19. Monteso Curto P, Aguilar Martin C. Depresión según la edad y género. *Atención Primaria*; 2014; 46 (3):167-172.
 20. Tomas Sábado J. Ansiedad, depresión y riesgo suicida en profesionales de enfermería. Congreso nacional de enfermería de salud mental. Valencia. 2014. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/262563166_Ansiedad_depresin_y_riesgo_suicida_en_profesionales_de_enfermera
 21. Luque R, Berrios Germán E. Historia de los trastornos afectivos. *Revista colombiana de psiquiatría* [revista en internet]. Octubre 2011 [acceso 3 de marzo de 2015]; 40 (Supl. 1): 120-146. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000500010&lng=en
 22. Rigol Cuadra A, Ugalde Apalategui M. *Enfermería de salud mental y psiquiatría*. Cuarta edición. Barcelona: Masson; 2000.
 23. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V-TR*. Arlington,VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.

24. Organización Panamericana de la Salud. CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima edición. Madrid, España: Medica Panamericana; 2003.
25. Videbeck SL. Enfermería psiquiátrica. 5 edición. Philadelphia: The point; 2012.
26. Cano Langreo M, Cicirello Salas S, López A, Aguilar Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en el personal sanitario. Medicina y seguridad en el trabajo. [revista en internet] enero-marzo 2014 [acceso 8 de marzo de 2015]; 60(234): 198-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465546X2014000100015&script=sci_arttext
27. Tomás Sábado J. Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de enfermería. Enfermería21. [revista en internet] 2009 [acceso 2 de abril de 2015]; 12(2): 67-74. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/262727333_Factores_psicologicos_relacionados_con_el_riesgo_suicida_en_estudiantes_de_enfermera
28. Norman GR, Streiner DL. Bioestadística. Madrid: Mosby/Doyma Libros: 1996.

ANEXOS

ANEXO 1

Antidepresivo	Ejemplos	Actividad principal	Indicaciones	Interacciones	Efectos adversos
ADT	Clomipramina Amitriptilina, desipramina, doxepina	<i>IRS, IRN, Ach-M, Hist.a</i>	Depresión mayor, enuresis	Con alcohol aumento de la sedación. Con simpaticomiméticos vasoconstrictores aumenta la tensión arterial	Efectos anticolinérgicos, hipotensión, taquicardia, sedación, glaucoma, disfunción sexual...
ISRS	Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, Escitalopram, Sertralina,	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos del control de los impulsos, bulimia nerviosa	Fluoxetina con warfarina puede elevar el INR y con antipsicóticos puede aumentar la concentración de estos. Riesgo de sangrado con AINEs.	Agitación, insomnio, temblor, cefaleas, náuseas, vómitos, disfunción sexual e hiponatremia
IMAO	Tranilcipromina, Moclobemida, Isocarboxazida	Inhibidores de la monoamino-oxidasa	Depresión mayor, fobia social		Crisis hipertensivas con los fármacos más antiguos, insomnio, náuseas, agitación, confusión
IRSN	Venlafaxina Desvenlafaxina, Duloxetina	Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina	Depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizado		Hipertensión, náuseas, insomnio, sequedad en la boca, sedación, sudoración, agitación, cefalea, disfunción sexual y posibles efectos arritmogénicos

IRND	Bupropión	Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina y noradrenalina	Depresión mayor, abandono tabaquismo	Gracias a su acción dopaminérgica puede beneficiar a los pacientes con enfermedad de Parkinson que padecen síntomas depresivos.	Agitación, insomnio, cefalea, náuseas y vómitos, convulsiones (0.4%)
-------------	-----------	--	--------------------------------------	---	--

Fuente:

Álvarez Ariza M, Atienza Merino G, Ávila González MJ, González García A A, Guitián Rodríguez D, De las Heras Liñero E et al. Guía de la práctica clínica sobre el manejo de la depresión del adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.

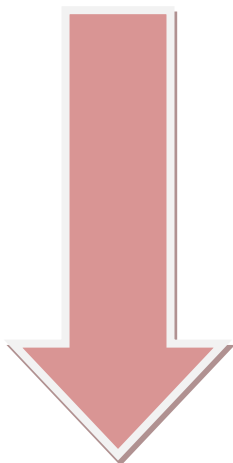
ANEXO 2

BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA

1º Búsqueda (59)



PUBMED: 13	WEB OF SCIENCE: 10	THE COCHRANE LIBRARY PLUS: 4	SCIELO:12	SCIENCE DIRECT: 18	CUIDEN:2
------------	--------------------	------------------------------	-----------	--------------------	----------



Se descartan artículos según:

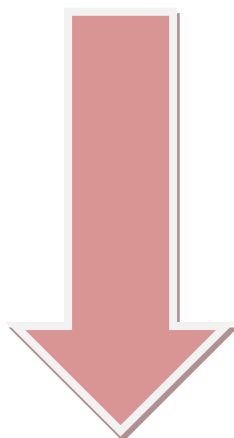
Límites:

- Idioma: Español, inglés y portugués.
- 1996 a la actualidad (Dando preferencia a los de menos de 5 años).
- Título y abstract: artículos no relacionados con el ámbito de estudio.

2º Aplicación de límites (36)



PUBMED: 13	WEB OF SCIENCE: 10	THE COCHRANE LIBRARY PLUS: 4	SCIELO:12	SCIENCE DIRECT: 18	CUIDEN:2
------------	--------------------	------------------------------	-----------	--------------------	----------



Se descartaron aquellos artículos que estaban repetidos entre las distintas bases de datos.

Y los que no fueron relevantes para nuestra revisión bibliográfica.

Artículos para la revisión: 28

ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II

1.

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Fuente:

Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del "Inventario de Depresión de Beck-II" (BDI-II). Manuscrito bajo revisión editorial. 2013.

ANEXO 4



SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

D./D^a (Investigador principal del estudio)
En calidad de
Nombre de la empresa promotora (si procede)
Dirección
Código postal
Teléfono Fax E-mail

**Persona de contacto, dirección, teléfono y fax (para recibir los informes del CEIC-E):
(INCLUIR SOBRE FRANQUEADO si se requiere acuse de recibo en papel)**

Nombre y apellidos
Dirección
Teléfono Fax
e-mail

EXPONE:

Que teniendo en cuenta la legislación vigente en materia de investigación biomédica, tiene previsto la realización de:

- Proyecto de investigación con procedimientos invasivos
- Proyecto de investigación con muestras biológicas
- Otro (especificar)

Tipo de solicitud:

- Proyecto nuevo
- Alegaciones
- Enmienda relevante NO ampliación de centros

Nombre de la enmienda:

Documentación modificada:

- Ampliación de centros de un proyecto que ya se está realizando en algún centro del País Vasco
- Ampliación de centros de un proyecto que no se está realizando en ningún centro del País Vasco

Se ha solicitado la financiación a:

- Comunidad Autónoma**
- Copromoción**
- Fundación/Instituto/Asoc. investigación biomédica**
- Industria biotecnológica**
- Industria farmacéutica**
- Otra industria biosanitaria**
- Otras instituciones privadas**
- Otras instituciones públicas**
- Plan Nacional I+D+I (FIS, etc.)**
- Programas europeos**
- Sociedad/Asociación científica**
- Universidad**
- No procede (Memoria económica = 0)**

¿Si finalmente no recibe financiación para el proyecto, lo van a realizar igualmente?

- Sí**
- No**

Título del estudio Depresión en la práctica enfermera. Comparativa Urgencias y Cirugía General.

Código de protocolo 584B2A **Versión** OJ10N

Versión y fecha de la HIP y CI OJ10N y 15/09/2015

Fecha prevista de finalización del estudio 15/04/2017

En los siguientes centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Investigadores principales (IP)	e-mail de contacto	Centros	Servicios	Cargo del IP en el Servicio	Teléfono
Naiara Ductor García	nductor001@ikasle				

Que se acompaña la presente solicitud de la documentación descrita en el documento "REQUISITOS DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN".

En base a esta documentación, y comprometiéndose a:

- Realizar el estudio tal y como se ha planteado, respetando la normativa legal aplicable, y siguiendo las normas éticas internacionalmente aceptadas.
- Enviar al CEIC-E las modificaciones relevantes y no relevantes para su evaluación y notificación respectivamente (ver apartado de ayuda en la web para más.
- Informar tanto al CEIC Autonómico como al **local** correspondiente, al menos una vez al año de la **situación general en el centro ubicado en el País Vasco**.
- Proporcionar los artículos científicos o abstracts de comunicaciones científicas al CEIC-E una vez el estudio se publique.

SOLICITA:

La evaluación del citado estudio por el CEIC de Euskadi

En a de de

NOTA: Quien conste como persona de contacto será a todos los efectos el interlocutor con los CEICs y será quien reciba los documentos oficiales relacionados con el ensayo y con quién se contacte en relación con posibles cuestiones a aclarar sobre el ensayo.

Observaciones

ANEXO 5

Compromiso del investigador principal

Don/Dña: NAIARA DUCTOR GARCIA

Servicio:

Centro:

Hace constar:

Que ha elaborado/evaluado la memoria científica del proyecto de investigación titulado:

Depresión en la práctica enfermera. Comparativa Urgencias y Cirugía General.

Que el proyecto de investigación respeta las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que acepta participar como investigador principal en este proyecto de investigación.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el proyecto de investigación, sin que ello interfiera en la realización de otro tipo de estudios ni en otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el memoria científica con dictamen favorable por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Que respetará las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios y seguirá las normas de buena práctica clínica en su realización.

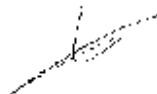
Que los colaboradores que necesita para realizar el estudio propuesto son idóneos y tienen formación en aspectos científicos, éticos y legales.

En Arrigorriaga, a 26 de Noviembre de 2015

Firmado:

Don/Dña: Naiara Ductor García

Investigador Principal



ANEXO 6

MODELO DE SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Depresión en la enfermería. Comparativa Urgencias y Servicio de Cirugía General.

Investigador principal: Naiara Ductor García

Yo, D/Doña (nombre y apellidos de la/el enfermera/o) _____, mayor de edad y con DNI _____ manifiesto que he leído comprendido y aceptado la información sobre el estudio de investigación y he podido reformular todas las preguntas que he creído oportunas. Mi participación es voluntaria y el abandono del estudio en cualquier momento es posible sin que esto sea repercutible.

Con todo lo anterior, habiendo comprendido la información recibida, otorgo mi consentimiento informado firmando el presente documento:

En Galdakao, a..... de..... de.....

Firma del participante:

Firma del/de la representante de la investigación:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el participante.

ANEXO 7

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACION																													
ACTIVIDADES	FECHA																												
	2015				2016												2017												
	SEP	OCT	NO	DIC	ENE	FEB	MR	ABR	MY	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NO	DIC	ENE	FEB	MR	ABR	MA	JUN	JUL	AG	SEP	OCT	NO	DIC	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	
Búsqueda bibliográfica	I	II	I	II																									
Reunión con el Director ,CEIC y supervisoras				I	II																								
Reunión con los profesionales de enfermería					I																								
Construcción de una base de datos					I	II																							
Selección de los sujetos						I																							
Instrucciones para las supervisoras							I																						
Entrega y recogida de cuestionarios								I	II																				
Organización y analisis de los datos									I	II																			
Elaboración de los resultados y conclusiones										I	II	I	II	I	II	I	II	I	II										
Redacción del informe final																				I	II	I	II						
Difusión del estudio																								I	II	I	II		

CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES DE LA ELABORACION DEL PROYECTO									
ACTIVIDADES	FECHAS								
	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
Búsqueda bibliográfica	I	II	I	II					
Interpretación y síntesis de la bibliográfica			I	II					
Reflexión sobre el formato del trabajo				I					
Redacción				I	II				
Elaboración del diseño de investigación					I				
Realización de anexos						I			
Leer y corregir la redacción						I			
Realización de la presentación							I	II	
Entrega							I		
Ensayo de la presentación							I	II	
Defensa								I	