ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/371646116

El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: una reseña

Article *in* Psicología y Salud · June 2023

DOI: 10.25009/pys.v33i2.2831

CITATIONS
0

READS
90

5 authors, including:



Rafael Armando Samaniego Garay
Autonomous University of Zacatecas
17 PUBLICATIONS **34** CITATIONS

SEE PROFILE



Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza
Autonomous University of Coahuila
23 PUBLICATIONS **15** CITATIONS

SEE PROFILE

All content following this page was uploaded by Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza on 05 August 2023.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

Instituto de Investigaciones Psicológicas - Universidad Veracruzana *Psicología y Salud*, Vol. 33, Núm. 2: 499-508, julio-diciembre de 2023

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831

El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: una reseña

The role of depression, anxiety, and risk behaviors in health professionals: A review

Rafael Armando Samaniego Garay[1], Mayra Aracely Chávez Martínez[2], Aurelia Morales Martínez[1], María de Lourdes del Río Mendoza[1] y Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza[2]

Universidad Autónoma de Zacatecas[1]
Universidad Autónoma de Coahuila[2]

Autor para correspondencia: Rafael Armando Samaniego Garay, *psicsalud@gmail.com*.

RESUMEN

El presente estudio escribe analíticamente el efecto que la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo tienen en el equipo de salud. En estos factores psicosociales, el reconocimiento por parte del personal de salud de que se padece depresión es clave para una buena atención a la salud de la población en general. Si no es detectada, no puede ser tratada. Es importante que no evolucione el padecimiento ya que en su forma más grave puede asociarse a intentos suicidas o a suicidios consumados. La depresión es un padecimiento común en internos, residentes y médicos debido al estrés al que están sometidos. Respecto a la ansiedad, la responsabilidad de preservar la vida de los pacientes, puede derivar en frustración, sufrimiento, impotencia, temor, aprehensión y preocupación en el equipo de salud. En cuanto a las conductas de peligro, la alta exposición a factores de riesgo tales como el consumo de alcohol, el tabaco y el sedentarismo afecta considerablemente la salud en general y la expectativa de vida en el personal de salud. Por consiguiente, es necesario efectuar estudios más profundos sobre los citados elementos en los profesionales de la salud a fin de contar con una visión más amplia de la situación de salud mental que estos atraviesan y que permita poner en práctica estrategias que fortalezcan mejores condiciones laborales y fomenten la prevención y la mejora de la calidad de la atención a los pacientes.

Palabras clave: Depresión; Ansiedad; Conductas de riesgo; Profesionales de la salud.

ABSTRACT

Objective. *Analytically describe the effect depression, anxiety, and risk behaviors have on the health team. In these psychosocial factors, recognizing that health personnel suffers from depression is vital to excellent or inadequate health care for the general population; if it is not detected, it cannot be treated. The condition must not evolve since it can be associated with attempts or suicide; it is common in inmates, residents, and attending physicians due to the stress they experience. Anxiety is frequent because there is a responsibility to preserve life in the health team, then frustration, suffering, helplessness, fear, apprehension, and worry arise. Regarding risk behaviors, high*

[1] Unidad Académica de Psicología, Av. Preparatoria 301, Col. Hidráulica, 98068 Zacatecas, Zac., México, tel. (492)924-19-34.
[2] Facultad de Psicología, Blvd. Venustiano Carranza s/n, Col. República de Oriente, 25280 Saltillo, Coah., México, tel. (844)438-16-00, correo electrónico: mayra8767@hotmail.com.

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

exposure to risk factors such as alcohol consumption, tobacco, and a sedentary lifestyle dramatically affects general health and life expectancy for many years in health personnel. We consider it necessary to carry out more systematic studies on psychosocial factors in health professionals, where it is imperative to have a broader vision of the mental health situation that they are going through and that allows the implementation of strategies that strengthen working conditions, preventive medicine, in addition to improving and guaranteeing a better quality of care for patients.

Key words: Depression; Anxiety; Risk behaviors; Health professionals.

Recibido: 04/10/2021
Aceptado: 09/03/2022

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se describen algunos aspectos teóricos conceptuales relacionados con los factores psicosociales de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en el personal de salud. En principio, debe decirse que las personas se relacionan y comunican en función de las diversas situaciones y estímulos que aparecen de manera cotidiana a su alrededor, y que dependen de su estado de ánimo y de otras respuestas emocionales.

Depresión

Con la pretensión de describir primeramente algunos elementos históricos relacionados con la depresión, se da cuenta de algunos datos. Así, para los hipocráticos de los siglos VI y V a.C., la depresión se denominaba "melancolía", y se definía como "irritabilidad, desesperación, insomnio e intranquilidad y aversión a la comida", lo que implicaba un ánimo triste característico. Durante el siglo II d.C., la descripción sobre la depresión se vio más claramente establecida sobre una base conceptual cada vez más formal en el que las características más importantes de este planteamiento clínico eran que, cuando la persona se observaba triste y temerosa, con frecuencia aparecían en ella ideas delirantes, de forma tal que los escritos médicos occidentales e islámicos mantuvieron la misma definición y comprensión del problema durante casi mil quinientos años (Zarragoitia, 2011).

Durante los siglos XVI y XVII se implementaron varias modificaciones respecto a lo que se quería describir y explicar como "depresión", tratando de ampliar y definir con mayor claridad lo relacionado a las diferentes descripciones iniciales de la melancolía, lo que comenzó a tener un mayor énfasis cuando, a principios del siglo XIX, se limita cada vez más el uso de la palabra "melancolía", con lo que fue perdiendo gradualmente su lugar en la descripción de los estados de ánimo, y continuaría así hasta considerarla una forma de perturbación depresiva grave.

A principios del siglo XX, uno de los personajes centrales en el ámbito de la salud mental y sus varios campos de aplicación, el alemán Emil Kraepelin (1856-1926), reúne los conceptos de melancolía y manía en el estado de insania denominada "maníaco-depresiva", enlistando dos tríadas de síntomas en cada uno de estos elementos. Para la manía, la tríada estaba constituida por factores tales como la hiperactividad, la exaltación y la fuga de ideas, y para el elemento de la melancolía, por la inhibición psicomotriz, la inhibición del pensamiento y la depresión de los sentimientos.

En la tradición kraepeliana y durante buena parte del siglo XX, se propuso y trató de hacer valer estos elementos como parte central de la melancolía, más nunca dejó de lado los signos y síntomas ya clásicos de la melancolía: pérdida de interés sexual y del apetito, insomnio, preocupaciones rumiativas, pérdida de peso, estreñimiento, irritabilidad, delirios, pérdida de interés, sentimientos de culpa o baja autoestima, energía disminuida y alteraciones del sueño y el apetito (Zarragoitia, 2011).

Aun así, todavía no se llegaba a concretar una definición más concreta e integrativa de la depresión, siendo por ello una de las principales preocupaciones y, a la vez, una de las metas principales en la ciencia ya que su comprensión y análisis quedaban bastante ambiguos o carentes de solidez teórico-conceptual.

Así fue como desde la psicología, y retomando algunos de los elementos de las citadas triadas, se trató de generar una definición de la

depresión; en general, la psicología la entendía como un trastorno mental que implicaba también indefensión, desesperanza, culpa, sentimientos de inutilidad, elementos que pueden estar acompañados de alteraciones de la alimentación y del sueño, autoabandono, inactividad y pérdida de la iniciativa personal.

No obstante, como es posible observar, las definiciones de la depresión esbozadas en este apartado no están siquiera cercanas a lo que desde el punto de vista científico puede servir para fundamentar de manera más amplia y sólida el conocimiento de este trastorno, lo que trae como consecuencia que el concepto sea utilizado de manera arbitraria y confusa por las diversas disciplinas del campo de la salud en general.

Según una de las herramientas que ha tomado mayor fuerza y que tiene gran aceptación hoy día en el campo de los trastornos y enfermedades mentales entre los diferentes profesionales de la salud, el Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-V), los siguientes criterios diagnósticos son necesarios en el trastorno depresivo:

A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, y al menos uno de ellos es un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer.

1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día o casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., la persona se siente triste, vacía, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., "Se le ve lloroso").[3]
2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo casi todos los días.
3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días (en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días.
8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo de morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio con un plan específico.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme o delirante u otro trastorno, especificado o no, de esquizofrenia y psicosis.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Como hoy es bien sabido, en la depresión interviene una compleja combinación de factores anímicos, emocionales, biológicos, contextuales y ambientales que en conjunto o de manera parcial pueden desencadenar la aparición, el curso y desarrollo de este trastorno mental con su respectivo cuadro de signos y síntomas (Zarragoitia, 2010).

En términos generales, y sabiendo que en realidad hay muchas definiciones de la depresión, en este apartado se entiende que la mayoría de ellas coinciden en ciertos aspectos fundamentales que plantean que la depresión es una alteración del estado de ánimo que conlleva agotamiento emo-

[3] En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831

cional y que afecta todas las áreas de la vida de la persona: la familiar, la social y la laboral (Goldberg, 1992; Sudupe, Taboada y Castro, 2006).

En el caso del grupo de los profesionales de la salud, se observa que no están exentos de este tipo de trastornos ya que frecuentemente reportan tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración.

Ansiedad

Se ha utilizado una gran variedad de construcciones conceptuales para definir el fenómeno de la ansiedad, y publicado una considerable cantidad de artículos en relación a este tema en el campo de la salud mental, en los que se ha destacado la multiplicidad de acepciones y asimismo su carácter ambiguo, generando debate y confusión respecto a su definición. Por lo tanto, delimitar las cualidades del término *ansiedad* es importante para ser tomadas en cuenta, comprendidas y estudiadas en toda su extensión (Organización Panamericana de la Salud, 2018; Sarudiansky, 2013).

El concepto de ansiedad tiene su origen en el periodo clásico griego, cuando al mismo tiempo se desarrollaron los de autoconcepto y autoconciencia en el pensamiento occidental (McReynolds, 1975; *cf*. Ansorena, Cobo y Romero, 1983).

Muchos siglos después, William Battie (1758) y Søren Kierkegaard (1844) utilizaron el término, y en la década de 1920 Sigmund Freud lo incorpora en diversas obras en el ámbito de la psicología mediante la elaboración de su teoría de la personalidad (Ansorena *et al*., 1983).

Freud distingue entre ansiedad *objetiva* o realidad, ansiedad *moral* y ansiedad *neurótica*. La primera, es aquella que aparece ante un estímulo o peligro real y es proporcional a la amenaza; las dos últimas se refieren a un conflicto entre las instancias psíquicas del ello, el yo y el superyó) (Endler y Kocovsky, 2001).

Frente a las aportaciones de la escuela psicodinámica, en la misma década y a través de estudios de corte experimental y motivacional, ya Clark L. Hull consideraba la ansiedad como un "*drive*" o impulso motivacional para aludir a la capacidad del sujeto para emitir respuestas ante una situación determinada (Ansorena *et al*., 1983), y asimismo se desarrolla una perspectiva conductista y ambiental, mediante la cual Watson y Rayner (1920) desarrollan más aún el concepto de ansiedad con el famoso caso del pequeño Albert, de 11 meses de edad, en quien una rata blanca genera respuestas de ansiedad al presentársele apareada con un fuerte sonido.

En 1939, Hobart Mowrer en su teoría establece principios que afirman que "la ansiedad es una conducta aprendida por procedimientos de condicionamiento clásico y es una motivación para el aprendizaje de conductas por ensayo y error" (*cf*. Ansorena *et al*., 1983, p. 34) y así generar la disminución de la ansiedad mediante la evitación del estímulo que la produce. Como resultado de estas investigaciones se va delimitando el concepto de ansiedad en términos de procesos de aprendizaje.

Después, en la década de los años sesenta, aparece un nuevo modelo, el cual se apoya en las técnicas del análisis factorial y en la teoría de rasgos de personalidad, siendo su principal representante Raymond B. Catell. En su obra *El significado y medida de neuroticismo y ansiedad* establece el primer intento de desarrollar dos factores de la ansiedad: el rasgo y el estado. Sin embargo, el modelo que ha tenido mayor difusión y valor dentro de esa área ha sido el de Charles D. Spielberger (1972), quien considera la ansiedad-estado como una emoción temporal, y la ansiedad-rasgo como una característica de la personalidad y una tendencia a responder ante las situaciones de forma ansiosa (*cf*. Fernández, Rodríguez, Sánchez, Díaz y Sánchez, 2010).

Así, si se trata de enlistar los signos y síntomas principales de la ansiedad, estos se pueden presentar de manera muy general de la siguiente manera: sensación de nerviosismo, agitación o tensión; sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe; aumento del ritmo cardíaco, respiración acelerada (hiperventilación), sudoración, temblores, sensación de debilidad o de cansancio.

Con lo anterior es posible observar que la ansiedad se caracteriza por tensión y sufrimiento, y por sentimientos de peligro por algo que supuestamente habrá de suceder, así como por una acti-

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831

vación del sistema nerviosos simpático, toda vez que en la ansiedad su objeto o razón no siempre son claros, siendo frecuente que su intensidad sea mayor que el peligro objetivo.

En muchas de las descripciones y definiciones de la ansiedad se consideran sus principales detonantes, factores tales como situaciones o conflictos cognoscitivos y situaciones potencialmente peligrosas. Las respuestas físicas a la misma amenaza pueden ser moderadas o intensas. Cabe señalar que también debe considerarse como un elemento importante que las experiencias que ha tenido la persona moldean el nivel de ansiedad presente.

Aunque todas las personas muestran ciertos niveles característicos de ansiedad en igualdad de circunstancias, las respuestas a determinados sucesos dependen hasta cierto punto de los pensamientos y apreciaciones del sujeto. Existen pruebas de que tanto los animales de laboratorio como los seres humanos experimentan menos tensión cuando sienten que tienen control de la situación, cuando las tensiones son predecibles y se ve la posibilidad de una solución.

Por todo ello, y tratando de ofrecer una aportación que integre sus distintas definiciones, es posible afirmar que la ansiedad es el estado en que una persona experimenta, ante estímulos o situaciones de origen desconocido o inespecífico, un sentimiento o una carga leve o intensa que puede tener como origen la relación compleja de la persona ante situaciones percibidas como de peligro.

Hoy en día, el factor de la ansiedad es considerado como una respuesta emocional de las personas ante aquellas situaciones que se perciben o interpretan como amenazantes o peligrosas, cuyas consecuencias acarrean un importante desgaste físico y emocional. Lo anterior está relacionado con una diversidad de causas que, en el caso del grupo de los profesionales de la salud, sobresalen las de una sobrecarga de trabajo, un ambiente físico laboral indeseable, turnos laborales y jornada de trabajo excesivos, privación frecuente del sueño, quejas o malos tratos de los pacientes y mala alimentación, todo lo cual tiene como resultado la afección de la calidad de vida de dichos profesionales y, por consiguiente, una pobre calidad en la atención que brinden a los pacientes.

Para cerrar el presente apartado, se aborda a continuación el tercer factor planteado en este trabajo, esto es, las conductas de riesgo.

Se considera necesario que antes de describir lo que son las conductas de riesgo, debe señalarse un par elementos centrales que permitirán entender de mejor manera lo que estas son; nos referimos a los que son los riesgos y los factores de riesgo, que se consideran concomitantes a tales conductas.

Según lo planteado por Krauskopf (2002) se entiende por "riesgo" todo aquello que implica la probabilidad de que la ocurrencia de varias situaciones o factores aumente de manera importante la generación de consecuencias desfavorables para la salud, la supervivencia personal o el proyecto de vida, entre otros.

En este mismo tenor, autores como Jessor (1991) y Krauskopf (2002) plantean que en el enfoque de riesgo también se debe de poner atención e identificar los factores de riesgo y de protección, del cual son parte las conductas de riesgo de las personas.

Por ello, por factores de riesgo se entienden aquellas características o circunstancias detectables en una persona o grupo de personas que están relacionadas con la probabilidad de padecer o estar especialmente expuestos a un proceso mórbido; tales factores de riesgo normalmente se agrupan e interactúan con los ambientales, económicos, de comportamiento, biológicos o socioculturales (Pita, Vila y Carpente, 2002). Esta aportación permite apreciar de manera más técnica lo que es un factor de riesgo, las conductas de la persona y su exposición (baja, media o alta) al mismo en cualquiera de los diferentes tipos en que estos aparecen usualmente.

Con relación a los factores protectores, estos se entienden como "aquellas acciones involuntarias o voluntarias que pueden implicar acciones, situaciones y efectos protectores para la salud, integrando en su funcionamiento elementos de carácter biopsicosocial" (Corona y Peralta, 2011), lo cual aclara algunas diferencias significativas con los factores de riesgo, sobre todo en cuanto a sus alcances y maneras de hacerse presentes en el comportamiento de las personas en distintos escenarios, situaciones o condiciones en los que dichos factores pueden llegar a manifestarse.

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831

De acuerdo con Páramo (2011), dialogar sobre factores protectores en el campo de la salud es hablar de aquellas características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano y el mantenimiento o la recuperación de la salud, y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores y conductas de riesgo, y por lo tanto reducir la vulnerabilidad ante los mismos.

Es de suma importancia señalar un elemento que desempeña un papel fundamental: la subestimación de los riesgos por parte de las propias personas, lo que puede convertirse en algo habitual cuando llevan a cabo ciertas conductas en determinadas circunstancias. Será más probable la subestimación de los factores riesgo cuando está en juego la imagen, cuando las personas se han habituado a ellos, cuando creen poder controlarlos o tienen expectativas de daños mínimos o poco significativos, y también cuando pueden estar ligados a importantes ganancias personales.

Por otra parte, los factores protectores muchas de las veces son nulos o muy escasos, en comparación con los factores de riesgo a los que puede estar expuesta una persona.

Con base en las anteriores consideraciones teórico-conceptuales en relación con el riesgo y los factores de riesgo y de protección es posible abordar, también de manera muy general, lo que son las conductas de riesgo, ante lo cual se plantea que estas son "aquellas acciones voluntarias o involuntarias realizadas por un individuo o comunidad que pueden tener consecuencias nocivas. Son múltiples y pueden tener un carácter biopsicosocial" (Corona y Peralta, 2011). Ya Ulriksen (2003, 2009) señala que las conductas de riesgo pueden generar un desequilibrio importante en la vida, la salud, la integridad física y psíquica de las personas.

Es posible establecer dos tipos de conductas de riesgo: las que comprometen el aspecto de la supervivencia o el desarrollo psicosocial de la persona, y aquellas que implican riesgos, que son propias de las personas que asumen cuotas de riesgo conscientes de ello o como parte del compromiso y la necesidad de desarrollarse más plenamente (Jessor, 1991; Krauskopf, 2002).

En esta revisión y de una manera muy genérica se pueden enlistar las siguientes conductas de riesgo que pueden llevar a cabo las personas en distintos escenarios de actuación: nutrición y actividad física inadecuadas, actividad sexual e infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, uso y abuso de sustancias, conductas que contribuyen a causar lesiones no intencionales y violencia (homicidio y suicidio).

Cabe señalar que tales conductas de salud/enfermedad están en función de varios factores causales o determinantes, como, entre otros, los de carácter biopsicosocial: *a*. Actitudes y creencias, *b*. Autoeficacia percibida, *c*. Vulnerabilidad percibida, *d*. Percepción de síntomas, *e*. Evaluación de costo-beneficio, *f*. Norma subjetiva y *g*. Apoyo social.

Así, una conducta de riesgo es una situación, característica o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o de sufrir una lesión.

En el caso de los profesionales de la salud, en muchas ocasiones las conductas de riesgo pueden ser individuales, pero en los hechos se observa que estos no siempre se llevan a cabo de manera aislada, pues también se manifiestan de manera grupal o social.

En el plano individual, se pueden enlistar conductas de riesgo tales como el sedentarismo, que, con el tiempo puede producir aumento de peso u obesidad, presión arterial elevada y altos niveles de colesterol; combinados, tales factores aumentan significativamente la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiacas crónicas y otros problemas de salud. En el plano grupal o social también es posible observar conductas de riesgo que tienen una alta probabilidad de generar enfermedades graves y de alto costo, como el consumo de alcohol, drogas y tabaco, conductas sexuales sin protección, automedicación, violencia y muchas otras.

Con las aproximaciones anteriores, descripciones, argumentos y algunas definiciones de carácter teórico y otras de naturaleza conceptual en relación a la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo, se ha buscado ofrecer un panorama histórico de cómo ha sido que estos tres factores

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831

fueron planteados, surgieron y se consolidaron a lo largo del tiempo, en distintas épocas, con diversos modelos, paradigmas y autores, y que sin duda alguna continuarán su perfeccionamiento técnico y científico, lo que hará que la psicología de la salud y de la psicología en general cuenten con paradigmas más consolidados que proporcionen respuestas a muchas de las demandas actuales.

Depresión

En los estudios revisados sobre este factor se reportan varias consecuencias de la depresión en los integrantes del equipo de salud: el ausentismo, la discapacidad, las bajas por enfermedad, el deterioro del desempeño laboral, la escasa productividad, la calidad deficiente de la atención proporcionada, la rotación de los trabajadores y el suicidio (Rotenstein *et al*., 2016).

Se ha demostrado que los trabajos con una excesiva presión laboral y los pasivos se asocian a bajas laborales, y el pobre apoyo social a la reducción de la productividad y el desempeño en el trabajo. Debido a que los profesionales de la salud son los principales actores en los diferentes sistemas de atención de salud que deben garantizar la accesibilidad, la longitudinalidad y la atención integral de la población, la depresión en estos trabajadores de la salud puede poner en peligro la sostenibilidad de los programas de atención primaria (Gómez, Ballester, Gil y Abizanda, 2015).

Se necesitan estrategias para brindar asistencia de atención primaria a los trabajadores que sufren depresión que faciliten el diagnóstico y el acceso al tratamiento, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos, pues su reconocimiento es clave en la práctica general, ya que si no es detectado o reconocido oportunamente no puede ser tratado; además, es importante que no se deje evolucionar este padecimiento en virtud que en ocasiones se asocia a intentos o suicidio consumado.

La depresión es un padecimiento muy común en el equipo de profesionales de la salud debido al enorme estrés al que están sometidos (Medina-Mora, Fleiz y Zambrano, 2004). En general, los trabajadores reportan desánimo, tristeza y desesperanza en niveles de moderados a altos, por lo que se debe dar una mayor atención a los síntomas precursores de cuadros de depresión más graves, pues en último término pueden influir negativamente en la asistencia que se presta.

Ansiedad

Con base a lo encontrado en los diversos estudios, el grado de ansiedad se manifiesta en un nivel medio, lo que implica en general que tanto esta como característica de personalidad, como la debida a una reacción o evento en particular que ocurre en el trabajo cotidiano, son frecuentes en estos profesionales. Así, por ejemplo, entre mayor es el número de pacientes atendidos por día, mayor será el nivel de ansiedad, por lo cual la demanda excesiva de servicios es un factor de riesgo evidente.

Debido a que la sociedad coloca sobre ellos la responsabilidad de preservar la vida, si esta misión no puede ser lograda, surge ansiedad, angustia y frustración, sufrimiento y tristeza, impotencia, miedo, aprehensión y preocupación (Gómez *et al*., 2015).

Con base en lo anterior, se observa que en los profesionales de la salud los niveles de ansiedad y la satisfacción laboral se asocian con su salud mental y física; si la ansiedad se cronifica, puede generar el síndrome de *burnout*, que afecta a este tipo de grupos laborales en porcentajes de moderados a altos, que se manifiesta con síntomas depresivos y ansiosas y que si se agrava puede conducir a sufrir problemas somáticos graves y al abuso de fármacos o de alcohol.

Para prevenir este tipo de afectaciones, es fundamental incidir en las principales variables que generan ansiedad, sobre todo las institucionales, como las condiciones laborales, la insatisfacción en la relación médico-paciente, la falta de formación psicológica, la carencia de apoyo social y la escasez de tiempo. La disminución de la ansiedad así generada posibilitará al equipo de salud atender mejor las dificultades específicas de sus pacientes.

Conductas de riesgo

Las conductas de riesgo, como el sedentarismo o el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, suelen estar relacionados con "acciones" que el

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831

sujeto ha elegido realizar. Por lo tanto, pueden eliminarse o reducirse mediante elecciones de estilo de vida o de conducta. Por ejemplo, un porcentaje elevado de los profesionales de la salud considera que el consumo de alcohol es un problema importante en el mundo laboral. Enfermedades, accidentes laborales, disminución de la productividad y mal ambiente entre compañeros son las principales razones por las que dicho consumo es considerado como un problema. Se estima que los profesionales de la salud que consumen alcohol muestran un ausentismo laboral dos a tres veces mayor que el resto de los trabajadores. Las bajas por enfermedad de estos trabajadores tienen un costo tres veces mayor que las del resto de los empleados. Así, el consumo de alcohol afecta negativamente la productividad al ocasionar importantes perjuicios por el ausentismo, los desajustes laborales, las frecuentes incapacidades, la elevada rotación del personal, la reducción del rendimiento laboral y la mala calidad del trabajo.

Con relación a otra conducta de riesgo, la del consumo de tabaco (nicotina), en México son escasos los estudios que han investigado su prevalencia en profesionales de la salud; los pocos efectuados muestran que dicho consumo se relaciona con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La dependencia a la nicotina guarda una relación directa con el número de cigarrillos fumados; así, cuando aquella es más severa las personas fumarán más cigarrillos durante el día. Hay dependencia a una sustancia cuando se reúnen ciertos criterios para la abstinencia (al suspender o reducir abruptamente la cantidad de sustancia administrada) o la tolerancia a la sustancia (necesidad de dosis mayores para tener el efecto deseado).

Los fumadores que reúnen los criterios para la dependencia representan el mayor problema de salud pública. Debe considerarse el consumo de cigarrillos, y en especial la dependencia, como un trastorno crónico recurrente con recaídas, remisiones y exacerbaciones. Así, el personal sanitario es uno de los grupos sociales que mayor poder de influencia tiene sobre la población en cuanto al abandono del hábito de fumar a través de la información que transmiten a los pacientes sobre el riesgo que conlleva, el consejo sanitario y la participación en programas de abandono del tabaco (Martínez, Medina-Mora y Rivera, 2005).

En relación con la tercera conducta de riesgo, el sedentarismo, es referida como la falta de actividad física regular y se define como menos de 30 minutos diarios de ejercicio regular y menos de tres días a la semana.

La conducta sedentaria es propia de la manera de vivir, consumir y trabajar en las sociedades avanzadas. Sin embargo, la inactividad física no es simplemente el resultado del modo de vida elegido por una persona, pues la falta de acceso a espacios abiertos seguros, a instalaciones deportivas y a terrenos de juegos escolares, así como los escasos conocimientos sobre los beneficios de la actividad física y la insuficiencia de presupuestos para promover la actividad física y educar al ciudadano, pueden hacerla difícil, si no imposible.

Se considera que una persona es sedentaria cuando su gasto semanal en la actividad física no supera las dos mil calorías. También lo es aquella que solo efectúa semanalmente y de forma no repetitiva, por lo cual las estructuras y funciones del organismo no se ejercitan y estimulan al menos cada dos días, como lo requieren.

La insuficiente actividad física se ha transformado en un problema de relevancia mundial, pues un estilo de vida insuficientemente activo, con un gran componente de sedentarismo (por ejemplo, un tiempo excesivo de trabajo ante una pantalla), se transforma en un factor de riesgo para diversas afecciones, como enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2, además de hipertensión, dislipidemia, osteoporosis y lumbalgia mecánica, entre otras. Al no hacer suficiente ejercicio físico, se disminuye el tejido muscular, con la consiguiente disminución de la fuerza, lo que puede generar una pobre calidad de vida, que se verá agravada por el envejecimiento.

El aumento de la conducta sedentaria ya es parte del estilo de vida cotidiano de las nuevas generaciones, pues cada vez es mayor el tiempo en que se permanece en posición sedente durante el día, lo que entraña un escaso gasto energético.

El estudio del tiempo sedentario es complejo, especialmente cuando se tiene que determinar su correlación con la salud ya que la mayoría de los profesionales de la salud, aunque refieran cumplir con las recomendaciones de actividad física mínimas, permanecen un tiempo considerable mostrando conductas sedentarias. El tiempo

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831

frente a las pantallas en el trabajo y otras situaciones, como transportarse, son propias de una sociedad en constante progresión tecnológica. Se debe, pues, intentar realizar más actividad física diariamente y evitar el tiempo sedentario prolongado. Es de vital importancia que los profesionales de la salud que desarrollan su labor cotidiana sean agentes de cambio, hagan prescripciones correctas y sean ellos mismos ejemplos de un estilo de vida activo (Bazán *et al*., 2019).

CONCLUSIÓN

La presente revisión destaca que los factores psicosociales de la depresión y la ansiedad afectan negativamente a los profesionales de la salud, quienes manifiestan por ello diversas conductas de riesgo, lo cual se refleja en un importante número de estudios. Otro hallazgo de interés en relación con los factores es que la depresión se conceptúa como un elemento determinante para la ansiedad y las conductas de riesgo en este grupo; es decir, entre mayor sea la sintomatología depresiva, menores serán los niveles de ansiedad y menos las conductas de riesgo. Estos efectos observados en los trabajos analizados se han visto confirmados por importantes estudios efectuados en todo el orbe. Los realizados en nuestro país apuntan además a que estas tres variables psicosociales son las principales responsables de las deficientes conductas protectoras en los diferentes profesionales de la salud.

Es necesario llevar a cabo más estudios exploratorios y de manera permanente en el personal de medicina, enfermería, psicología y trabajo social para detectar la sintomatología depresiva, los niveles de ansiedad y las conductas de riesgo y de desgaste profesional para actuar oportunamente y evitar su progresión.

Entre las intervenciones preventivas pueden incluirse la capacitación de los supervisores para que brinden una retroalimentación más efectiva a los trabajadores de la salud, así como el diseño de estrategias para aumentar la autonomía laboral y la calidad de atención en el trabajo. También deberá considerarse la realización, más frecuente, de actividades recreativas, tanto culturales como deportivas, e incluso implementar sesiones o programas de música instrumental en sus sitios de trabajo, teniendo lo anterior como un objetivo principal mejorar su calidad de vida a fin de optimizar la calidad de la atención que dan a los enfermos. Asimismo, se hace necesario crear modelos de intervención para el cuidado de la salud integral de los profesionales de la salud, como grupos de apoyo o de reflexión para que afronten de un modo óptimo su realidad, pues el sufrimiento emocional en ellos puede interferir no solo en su salud, sino también en la calidad de los servicios que brindan.

Esos aspectos, tan evidentes en la labor diaria del personal que trabaja en los centros de salud tienden a calificar el trabajo sanitario como una profesión de riesgo en la que se debe lograr un equilibrio intelectual, físico y emocional a toda prueba. Feeney *et al*. (2016) apuntan que una de las barreras que impide a los integrantes del equipo de salud consultar a otros cuando sufren síntomas de depresión y ansiedad se relaciona en 90% a la cultura del propio autocuidado del médico, el estilo de vida desafiante que se le atribuye y la escasez de tiempo de que dispone; de hecho, no atender adecuadamente su estado de salud biológica, psicológica y social es también una conducta de riesgo frecuente.

Es por ello que se recomienda seguir investigando los aspectos señalados, pues, tal como se observa en múltiples casos, las consecuencias de no realizar una intervención eficaz con el equipo de profesionales de la salud pueden suponer daños irreparables en el largo plazo, lo que podría evitarse si hubiese un protocolo de actuación válido para que la salud mental y la calidad de vida de este tipo de grupos laborales se encuentren protegidas permanentemente.

Citación: Samaniego G., R.A., Chávez M., M.A., Morales M., A., del Río M., M.L. y Pérez P., B.A. (2023). El papel de la depresión, la ansiedad y las conductas de riesgo en profesionales de la salud: una reseña. *Psicología y Salud*, *33*(2), 499-508. https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). México: Editorial Médica Panamericana.

Ansorena, Á., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología*, 16, 31-45.

Bazán R., G.E., Osorio G., M., Torres V., L.E., Rodríguez M., J.I. y Ocampo J., J.A. (2019). Validación de una escala sobre estilo de vida para adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Pediatría*, *86*(3), 112-118.

Catell, R.B. y Scheier, I.H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.

Corona, F. y Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *22*(1), 68-75.

Endler, N.S. y Kocovski, N.L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disorders*, 15, 231-245.

Feeney, S., O'Brien, K., O'Keeffe, N., Iomaire, A.N., Kelly, M.E., McCormack, J., McGuire, G. y Evans, D.S. (2016). Practique lo que predica: comportamientos de salud y estrés entre los médicos del hospital que no son consultores. *Medicina Clínica*, *16*(1), 12-18.

Fernández A., E., García, B., Jiménez, M., Martín, M. y Domínguez, F. (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders. A bio-social model*. London: Tavistock/Routledge.

Gómez M., S., Ballester A., R., Gil J., B. y Abizanda C., R. (2015). Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología*, *31*(2), 743-750.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework understanding and action. *Journal of Adolescence Health*, 12, 597-605.

Krauskopf, D. (2002). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Recuperado de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%208y9_UT_1.pdf.

Martínez, L., Medina-Mora, M.E. y Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y stress en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, *48*(5),191-197.

McReynolds, P. (1975). Historical antecedents of personality assessment. En P. McReynolds (Ed.): *Advances in psychological assessment* (v. 3, pp. 477-532). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Medina-Mora, M.E., Fleiz B., C. y Zambrano R., J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, *46*(5), 417-424.

Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS.

Páramo M., A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, *29*(1), 85-95.

Pita, S., Vila, M.T. y Carpente, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. *Atención Primaria en la Red*, *197*(4), 75-78.

Rotenstein, L., Ramos, M., Torre, M., Segal, B., Peluso, M., Guille, C., Sen, S. y Mata, D. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, *316*(21), 2214-2236.

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, *21*(2), 19-28. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003.

Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.): *Anxiety behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press.

Sudupe, J., Taboada, O. y Castro, C. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, *6*(11), 1-6.

Ulriksen V., M. (2003). Presentación. En D. Le Breton (Comp.): *Adolescencia bajo riesgo* (pp. 9-14). Montevideo: Ediciones Trilce.

Ulriksen V., M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Watson, J.B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, *3*(1), 1-14.

Zarragoitía A., I. (2011). *Depresión. Generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

ISSN: 1405-1109 https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2831
View publication stats