

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MEDICOS RESIDENTES CON  
SÍNDROME DE BURNOUT, EN HOSPITAL DE NIÑOS  
BACA ORTIZ, DEL DISTRITO METROPOLITANO DE  
QUITO DURANTE EL AÑO 2010**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**CALDERÓN VILLOTA DELIA BETZAIDA**

**DIRECTOR DR. FRANCISCO CORNEJO**

**QUITO, 2010**

## **DEDICATORIA**

**PARA TODOS AQUELLOS QUE SABEN QUE UN GRAN LOGRO  
COMIENZA COMO UN SUEÑO..... NUNCA DEJES DE SOÑAR.**

**(ANONIMO)**

## **AGRADECIMIENTO**

**A DIOS POR PERMITIRME LOGRAR EL SUEÑO DE TODA MI VIDA, GRACIAS, PORQUE MEDIANTE UNOS ANGELES, LLAMADOS PADRES ACTUÓ DÍA A DÍA, Y ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE SER QUIEN SOY EL DIA DE HOY.**

**A MIS PADRES Y HERMANOS, POR SER MI TODO, Y ESTAR SIEMPRE AHÍ, GUIÁNDOME DURANTE EL DURO Y A LA VEZ HERMOSO TRAYECTO DE LA VIDA.**

**A MIS PROFESORES, POR TODA SU DEDICACIÓN Y PACIENCIA, DURANTE LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN Y DURANTE TODA MI CARRERA.**

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>1</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>2</b>
LISTA DE FIGURAS.....	6
LISTA DE GRÁFICOS.....	7
LISTA DE TABLAS.....	8
<b>RESUMEN</b> .....	<b>9</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPITULO II. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>	
<b>2.1.1 BURNOUT: DEFINICIONES</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.2 HISTORIA</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1.3 VARIABLES DESENCADENANTES O ANTECEDENTES</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1.4 SÍNTOMAS DE BURNOUT</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1.5 EPIDEMIOLOGÍA EN PERSONAL DE SALUD</b> .....	<b>36</b>
<b>2.1.6 VARIABLES FISIOLÓGICAS Y BIOQUÍMICAS</b> .....	<b>43</b>
<b>2.2. ANSIEDAD</b>	
<b>2.2.1 CONCEPTO</b> .....	<b>44</b>
<b>2.2.2 FISIOPATOLOGÍA DE LA ANSIEDAD</b> .....	<b>46</b>
<b>2.2.3 TEORIAS PSICOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD</b> .....	<b>49</b>
<b>2.2.4 CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD DSMIV</b> .....	<b>52</b>
<b>2.2.4.1 Trastorno de Pánico</b> .....	<b>54</b>
<b>2.2.4.2 Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)</b> .....	<b>59</b>
<b>2.2.4.3 Trastorno Estrés Postraumático</b> .....	<b>63</b>
<b>2.2.4.4 La Fobia Social / Trastorno de Ansiedad Social</b> .....	<b>68</b>
<b>2.2.4.5 Trastorno de Ansiedad Generalizada</b> .....	<b>69</b>

<b>2.3 DEPRESIÓN</b>	
2.3.1 DEFINICIONES.....	76
2.3.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	77
2.3.3 FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.....	80
2.3.3.1 Factores genéticos.....	82
2.3.3.2 Alteraciones de neurotransmisores.....	83
2.3.4 NEUROANATOMÍA DE LA DEPRESIÓN.....	88
2.3.4.1 Anormalidades generales del cerebro.....	89
2.3.5 PATOLOGÍA NEUROENDOCRINA DE LA DEPRESION.....	96
2.3.6 EFECTO DE SISTEMA INMUNE EN LA DEPRESIÓN.....	100
2.3.7 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN.....	102
2.3.8 CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS.....	107
2.4 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL AMBIENTE LABORAL.....	113
<b>CAPITULO III. MATERIALES Y MÉTODOS</b>	
3.1 PROBLEMA.....	120
3.2 OBJETIVO GENERAL.....	123
3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	123
3.4 HIPÓTESIS.....	124
3.5 TIPO DE ESTUDIO.....	124
3.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	124
3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	127
3.8 MUESTRA.....	128
3.9 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	128
3.10 ANÁLISIS DE DATOS.....	129
3.11 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.....	132
3.12 ASPECTOS BIÓÉTICOS.....	134
<b>CAPITULO IV. RESULTADOS</b>	
4.1 TAMAÑO MUESTRAL.....	135
4.2 ANÁLISIS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.....	135

<b>4.3 ANÁLISIS BIVARIAL.....</b>	<b>145</b>
<b>4.4 ANÁLISIS MULTIVARIAL.....</b>	<b>158</b>
<b>CAPITULO V</b>	
<b>5.1 DISCUSIÓN.....</b>	<b>160</b>
<b>5.2 FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....</b>	<b>172</b>
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>6.1 CONCLUSIONES.....</b>	<b>173</b>
<b>6.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>175</b>
<b>CAPITULO VII</b>	
<b>ANEXOS.....</b>	<b>177</b>
<b>CAPITULO VIII</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>181</b>

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.....	EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD.....	53
FIGURA 2...	PUNTUACION MEDIA DE SALUD POR AFECCION. ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD 2003...	78
FIGURA 3.....	DESORDENES DEL ESTADO DE ÁNIMO EN EL CICLO DE LA VIDA.....	81
FIGURA 4.....	NEUROTRANSMISORES Y SU PAPEL EN LA SICOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN.....	87
FIGURA 5.....	FUNCIONES DEL SISTEMA CRF.....	90
FIGURA 6.....	INTERACCIÓN ENTRE EL SISTEMA INMUNE Y EL SNC EN EL DESARROLLO DE LA DEPRESIÓN.....	101
FIGURA 7.....	PUNTAJE PARA VALORACIÓN DE ANSIEDAD.....	132

## LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO 1.....	PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES EN EL ESTUDIO.....	136
GRAFICO 2.....	DISTRIBUCIÓN DE RESIDENTES POR AREA DE TRABAJO.....	137
GRAFICO 3.....	PORCENTAJE DE RESIDENTES CON BURNOUT.....	138
GRAFICO 4.....	BURNOUT SEGÚN RESIDENTE ASISTENCIAL O POSTGRADO.....	139
GRAFICO 5.....	PORCENTAJE DE BURNOUT SEGÚN GENERO.....	139
GRAFICO 6....	TOTAL DE RESIDENTES POR AREA DE TRABAJO Y FRECUENCIA DE BURNOUT EN GENERAL.....	140
GRAFICO 7.....	SUBESCALAS DE BURNOUT EN RESIDENTES.....	141
GRAFICO 8.....	PORCENTAJE DE DEPRESIÓN POR GÉNERO.....	142
GRAFICO 9.....	PORCENTAJE DE ANSIEDAD POR GÉNERO.....	143
GRAFICO 10.....	BURNOUT, ANSIEDAD, DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL BACA ORTIZ DE LA CIUDAD DE QUITO, OCTUBRE-NOVIEMBRE DEL 2010.....	144
GRAFICO 11.....	REPRESENTACIÓN DE ODDS RATIO SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN A BURNOUT EN RESIDENTES DE HBO 2010.....	148
GRAFICO 12.....	REPRESENTACIÓN DE ODDS RATIO SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN A ANSIEDAD EN RESIDENTES DE HBO 2010.....	151
GRAFICO 13.....	REPRESENTACIÓN DE ODDS RATIO SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN RELACIÓN A DEPRESIÓN EN RESIDENTES DE HBO 2010.....	155

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1.....	TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN.....	102
TABLA 2.....	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	127
TABLA 3.....	SUBESCALAS DE BURNOUT.....	129
TABLA 4.....	PUNTAJE SEGÚN LAS SUBESCALAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	130
TABLA 5.....	TABLA 4X4 DE VARIABLES A ESTUDIAR.....	133
TABLA 6.....	ANÁLISIS DE VARIABLE EDAD.....	135
TABLA 7.....	ANÁLISIS DE VARIABLE TIEMPO DE TRABAJO.....	136
TABLA 8.....	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUALITATIVAS EN RELACIÓN A LOS RESIDENTES QUE PADECEN BURNOUT EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2010.....	145
TABLA 9.....	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUALITATIVAS EN RELACIÓN A LOS RESIDENTES QUE PADECEN ANSIEDAD EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2010.....	149
TABLA 10.....	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUALITATIVAS EN RELACIÓN A LOS RESIDENTES QUE PADECEN DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2010.....	152
TABLA 11.....	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUANTITATIVAS EN RELACIÓN A LOS RESIDENTES QUE PADECEN BURNOUT EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2010.....	155
TABLA 12.....	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUANTITATIVAS EN RELACIÓN A LOS RESIDENTES QUE PADECEN ANSIEDAD EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2010.....	156
TABLA 13.....	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUANTITATIVAS EN RELACIÓN A LOS RESIDENTES QUE PADECEN DEPRESIÓN EN EL HOSPITAL BACA ORTIZ DURANTE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2010.....	157
TABLA 14.....	ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, CONSUMO DE SUSTANCIAS, DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES CON SÍNDROME DE BURNOUT DE HBO DE QUITO, ENTRE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2010.....	158
TABLA 15.....	ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, CONSUMO DE SUSTANCIAS, ACTIVIDAD DEPORTIVA, ACTIVIDAD EXTRA, TENER HIJOS Y CONTRATO OCASIONAL, EN MÉDICOS RESIDENTES CON DEPRESIÓN DE HBO DE QUITO, ENTRE OCTUBRE – NOVIEMBRE 2010.....	159

## **RESUMEN:**

Mediante un estudio de tipo Transversal, se realizó a los médicos trabajadores de la institución de salud, Hospital de Niños Baca Ortiz, encuestas en donde se intentaba conocer la existencia de depresión y ansiedad en los trabajadores de la salud, a los cuales se les comprobó Burnout mediante la aplicación de la escala de MBI (Maslach Burnout Inventory). Se aplicó la escala de ansiedad GAD 7 (*Generalized Anxiety Disorder-7* questions) y escala de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS) para depresión. Además de analizarse factores sociodemográficos que podían estar relacionados.

En una muestra de  $n= 110$  médicos, la frecuencia de depresión y ansiedad dentro del grupo que padecen de Síndrome de Burnout (45%), fue alta, presentando del total un 80% síntomas ansiosos y un 65% síntomas depresivos.

Se estableció que el tener síntomas ansiosos representa un alto riesgo para el desarrollo de Síndrome de Burnout, ( $p = 0.001$ ), la depresión presenta de igual manera riesgo aunque menos significativo estadísticamente.

Conjuntamente se analizaron algunos factores sociodemográficos que podían estar influenciando, u ocasionando un aumento en el apareamiento de dichos síntomas.

Dentro de estos el género, el mantener pareja estable, el tener hijos, no presentaron significancia estadística ni relación alguna con el padecimiento de Burnout, ansiedad o depresión.

El ser residente de Posgrado predispone a presentar síntomas ansiosos, igualmente los residentes que se mantienen por medio de Becas presentaron un riesgo más alto de presentar además Síndrome de Agotamiento profesional.

Las áreas denominadas como alta complejidad parecen tener cierta relación de exposición para que se produzca Burnout, no así para depresión y ansiedad.

Se debe tomar en cuenta que al padecer no solamente agotamiento como tal sino tener alta frecuencia de ansiedad y depresión, hay que dar mas importancia a la salud mental de los médicos tomando medidas y así lograr mejoras en las condiciones laborales, en general para evitar daños en la salud integral de los trabajadores de la salud.

## **ABSTRACT**

The current Transversal Study was focused on medical workers from Baca Ortiz Hospital. The purpose of this investigation was to pick up enough information to determine the presence of depression and anxiety in doctors. The Burnout Syndrome was verified by applying the MBI (Maslach Burnout Inventory) scale. The anxiety scale GAD 7 (*Generalized Anxiety Disorder-7* questions) and the depression scale Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS) were applied; additionally, socio demographic factors involved were analyzed.

In the group of n=110 doctors, the frequency of depression and anxiety within the people that suffer the Burnout Syndrome (45%) was high, so the results showed 80 percent of anxious symptoms and 65 percent of depression symptoms.

It was established that having anxious symptoms represents a high risk and relation with the development of this syndrome, ( $p = 0.001$ ). The depression presents risks, but they are insignificant in statistics.

It was defined that this syndrome has a huge relation with substances consumption variable, which determines an important risk of appearance of anxious and depression symptoms.

The socio demographic factors that could generate an increase or appearance of these symptoms were analyzed in group. Within these factors:

the genre, stable couple, and having children don't show significant statistic importance neither with the suffering of these pathologies.

To be a post graduate medical resident, inclines to get anxious symptoms. In addition, medical residents that are part of a scholarship program showed a high risk of suffering the professional exhaustion syndrome.

The areas called as high complexity have a certain relation of exposure to generate the Burnout Syndrome, so the appearance of depression and anxiety.

It is important to keep on mind that doctors, who suffer professional exhaustion, high frequency of anxiety and depression, need special attention in their mental health. It is important to apply solutions and in this way avoid damages in doctor-integrity health, generating improvements in work conditions.

## **CAPITULO I. INTRODUCCIÓN**

Para los médicos mantener y enfrentar la función a la que cada día están expuestos, el hecho de lidiar con la vida y la muerte a cada segundo de su labor, implica el desarrollo de problemas conductuales como Burnout, además de otros problemas psicológicos y físicos. Los médicos tienen en sus manos responsabilidades muy grandes ya que su trabajo radica en el manejo de la salud de las personas, hecho que puede ocasionar grandes problemas psíquicos y físicos.

El fenómeno del trabajador quemado empezó a estudiarse en Estados Unidos en los trabajadores que prestaban servicios humanos, especialmente en médicos. Ahora, según algunos autores estadounidenses, afecta aproximadamente al 10% de los médicos. Pero no son los únicos afectados: les siguen muy de cerca el personal de enfermería, maestros y profesores, bomberos, trabajadores sociales, personal de equipos de rescate.

La medicina demanda mucho a los profesionales que la practican, el trato con personas determina un agotamiento emocional, fatiga física o psíquica al sentir que no se puede dar más de sí mismo, además puede acarrear una despersonalización como desarrollo de sentimientos y actitudes negativas, en primera instancia frente al grupo de trabajo que lo rodea, y luego con las personas que son los beneficiarios de su trabajo, los pacientes.

La depresión es un problema de salud que se ha extendido en varios ámbitos, incluido el laboral, y se considera que afecta en gran manera a muchos de los profesionales hoy en día, se sabe que entre las profesiones

que mas predisuestas se hallan es la de los trabajadores de la salud, los médicos, llevan consigo una sintomatología cuyas repercusiones están aún poco definidas y a la espera de estudios e investigaciones futuras que permitan la formulación, diseño y consecución de programas de evitación y afrontamiento de este trastorno.

El hecho de que el mismo trabajo ocasione estas actitudes y afecte tanto a la salud psicológica de los médicos, ocasiona acciones poco comprensivas, sensibles y en ocasiones agresivas frente a su relación con las personas, dándoles tratos distantes que afectan en su totalidad al vinculo que en todo momento se trata de preservar, la relación médico – paciente, fundamental para la práctica y seguimiento médico.

Las actividades de los profesionales de la salud requieren de mucho sacrificio a consecuencia del contacto diario con su trabajo, demanda de tiempo más que en ninguna otra profesión, además de exigencias tanto en el aspecto intelectual, físico como emocional, que a la larga pueden llegar a producir sensación de agotamiento, decepción y perdida de interés por la actividad laboral, situación grave, cuando se sabe que dicha actividad juega papel indispensable en la vida de muchos seres humanos.

Se ha experimentado que el estrés crónico, las demandas y características de la ocupación, lleva poco a poco al desgaste, a la insatisfacción laboral, y en algún punto sensaciones que pueden crear sentimientos de una realización profesional incompleta, situaciones que afectan a la calidad de vida de los médicos.

La sensación de malestar, e incertidumbre es grande frente a los conflictos a los que se enfrentan cuando actúan, siendo el actor principal sobre el cual pueden recaer consecuencias positivas o negativas de las disposiciones tomadas sobre la vida de los pacientes. Las responsabilidades y la toma de decisiones, pueden crear conductas de auto reproche frente a errores que cualquier ser humano puede cometer, pero que de ninguna manera llega a ser aceptable para un trabajador de la salud, siendo que de lo que se habla es de la vida de la gente, situación que lleva nuevamente a la carga tan pesada que llevan sobre sí los médicos durante el ejercicio de su labor, esto puede desencadenar tristeza, apatía y cambios de comportamiento notables que afectan a su desempeño familiar y laboral.

La crítica constante a la que están expuestos, debido a las acciones que realizan a favor de los pacientes, debido a la diversidad de escuelas a las que se rigen, aumenta aun más el estrés crónico al que se exponen a cada minuto de su labor. El ser médico no es nada sencillo, el rol profesional y social cada vez ha ido cambiando, además la convivencia diaria con el dolor, con la enfermedad y la muerte de las personas a su alrededor es muy complicado de afrontar, mas aun si no se está emocionalmente preparado para ello, ocasionando claramente conflictos emocionales fuertes que por lógica afectaran al ejercicio profesional.

Este problema va mucho más allá de sentir simplemente perdida de interés por lo que se hace, cosa que ya es grave, además de esto existe perdida de ilusión por el trabajo, perdida de deseo por ser mejor y alcanzar metas alguna

vez planteadas, lo que conlleva a la destrucción de una fuente de placer y satisfacción personal, dejando de percibir atractiva su labor frente a los demás, interrumpiendo la formulación de nuevos objetivos.

El afrontar diariamente situaciones, problemas sociales, acrecienta el desgaste psíquico, agota emocionalmente y físicamente, ya que el trato continuo con los pacientes es constante. El comenzar a perder el cariño y el gusto por lo que se hace, afecta al desempeño de la labor, surgiendo actitudes negativas, como indiferencia, despersonalización e indolencia hacia a los problemas y situaciones que atraviesa la gente con la que se trabaja y a quien se intenta ayudar. Cuando estos sentimientos de indiferencia están presentes, hace que los profesionales comiencen a presentar sentimientos de culpa por la aparición de dicha actitud y comportamiento, sin encontrar motivo.

Cuando el trabajo se vuelve poco satisfactorio para un profesional, la sensación de frustración frente a lo que se hace o se piensa puede hacer que la persona presente sentimientos de inutilidad e impotencia al enfrentarse a toma de decisiones, que en este caso pueden ser decisivas para la vida de otros seres humanos, llevando a patologías como la ansiedad y la depresión, que obstaculizan el desarrollo normal de las actividades tanto profesionales como personales

La depresión ha sido categorizada por la Organización Mundial de la Salud entre uno de los diagnósticos discapacitante, como enfermedad crónica y recurrente que influye dentro del rendimiento laboral, comportamiento social y cultural, convirtiéndose así en una enfermedad profesional por excelencia.

Es un tema que no debe pasar por alto debido a las profundas manifestaciones que se han dado en los últimos años, además del aumento significativo que han tenido los problemas de salud mental en la población en general, mas aun cuando se habla de profesionales cuya labor consta en el trato diario y continuo con personas que acuden por ayuda.

## **CAPITULO II. REVISION BIBLIOGRAFICA**

### **2.1.1 BURNOUT: Definiciones**

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla es de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual.

Según Wheaton (1996) y Sandín (1999), existen cinco características definitorias de los estresores

- a) El estresor debe implicar amenaza o demanda.
- b) El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de “elasticidad” de dicho organismo.
- c) El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo.
- d) Ser consciente del daño potencial del estresor no es condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas
- e) Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por lo contrario.

Es importante diferenciar entre estresor, estrés y respuesta de estrés; ya que estresor es el acontecimiento objetivo, estrés es la experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, y respuesta al estrés es la reacción fisiológica y conductual a la experiencia del estresor 1

Estrés puede estar motivado tanto por problemas domésticos como laborales, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento “La Organización del trabajo y el estrés” define el estrés laboral como *“la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación”*.

Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo.

Significa entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento estresante

La diferencia es la manera o la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no.

Los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto

internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria, se conoce como afrontamiento.

Los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas situaciones, presentándose entonces lo que se denomina *estrés laboral crónico* de carácter interpersonal y emocional que aparece como resultado de un proceso continuo o exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes.<sup>2</sup>

El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector servicios una de las formas más habituales de desarrollarse el estrés laboral es el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) o el Burnout como lo describe Gil-Monte (2006).

“El burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca si más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout. Desde esta perspectiva el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto”.

Al síndrome de burnout se le han dado también varias denominaciones, aunque la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de

ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”, “estar quemado profesionalmente” y “desgaste psíquico”. 2

### **2.1.2 HISTORIA**

El término Burnout es descrito originalmente en 1974 por Freudenberger”, describe el burnout como una “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral, aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome. 3

En 1976 Cristina Maslach dio a conocer la palabra Burnout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban “quemándose”. Pero el concepto de Burnout de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981, tras varios años de estudios empíricos, quienes lo describieron como un *síndrome de estrés crónico* que se manifiesta en aquellas profesiones caracterizadas por una atención intensa y prolongada a

personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. En 1982 se crea el Inventario de Burnout de Maslach (Gil-Monte, 2005). 2

El Burnout también se percibe de manera devastadora por la insatisfacción y pérdida de la calidad laboral, mala atención a los usuarios, conflictos con los compañeros y absentismo, rotación o abandono del puesto de trabajo.

Estas autoras describieron las tres dimensiones del burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés.

Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, que prestan servicios al público. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome, la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia, que representa la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. 3

**Cherniss** (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas”.

Si como plantea Cherniss el burnout es un fenómeno transaccional progresivo, el desarrollo del síndrome podría establecerse en etapas:

- **Fase de entusiasmo:** cuando el trabajo inicialmente se experimenta como algo estimulante.
- **Fase de estancamiento:** cuando se comienzan a plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale la pena, las expectativas iniciales se oscurecen, los objetivos ya no son tan claros y comenzamos a aislarnos y a interpretar negativamente las propuestas.
- **Fase de frustración:** aquí las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien salvemos positivamente la situación (recobremos la ilusión por nuevos proyectos, las motivaciones, o cambiemos hacia un trabajo con mejores perspectivas...) o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se van cronificando, y se va adoptando una actitud irritable, de paso del tiempo, dudas, inadecuación con las tareas.
- **Fase de apatía:** o bien se resigna uno a cambiar las cosas, o entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los clientes; comienzan las bajas laborales.

- **Fase de quemado:** se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas.<sup>4</sup>

Esta respuesta supone una variable entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales.<sup>3</sup>

Después de muchas investigaciones el trabajo con pacientes es considerado como uno de los factores importantes para desencadenamiento de Burnout, en 1990 en Croacia, se realizaron estudios que analizaron estrés ocupacional en relación a dicho síndrome, mostrando su efecto negativo sobre la salud de los trabajadores además de pérdidas económicas, ausencia laboral y descenso en productividad laboral, habiendo confirmado la correlación entre la baja satisfacción en el trabajo y el apareamiento de burnout. En trabajos previos se observa dicha relación, observando la insatisfacción como una causa y como consecuencia, evaluando su efecto en las actitudes, salud física y mental, productividad, ausencia, fluctuaciones, comportamiento en el

trabajo, demostrando que trabajadores sociales, enfermeras, presentan poca y pobre satisfacción laboral. 5

Esto ha sido confirmado en algunos estudios conducidos además en Reino Unido y Canadá, mientras que existen otras investigaciones que demuestran exactamente lo contrario, con un alto grado de satisfacción en dichas profesiones. Hay que tener en cuenta que la exposición ocupacional, esta determinada también por el estrés, la reacción física y mental de cada individuo, la intensidad y la forma de manifestarse o actuar frente a factores ambientales diferentes. Comparado con la población en general y otras profesiones, los trabajadores sociales sufren niveles más altos de ansiedad y depresión relacionado a su tipo de labor. En una investigación en 174 individuos, que trabajaban en institutos de salud mental en Croacia, se encontró una correlación importante entre desgaste emocional y la frecuencia de manifestaciones físicas y psicológicas de estrés ocupacional. La despersonalización fue relacionada a la frecuencia de emociones y comportamiento negativo hacia los pacientes y colegas. Además que el estrés ocupacional era mayor en las personas que tenían una peor relación con sus superiores y compañeros.<sup>5</sup>

Son muchas las investigaciones que presentan datos similares en los que el ambiente de trabajo negativo, esta ligado al padecimiento de Burnout en sus tres dimensiones, más que ningún otro factor, esto demuestra que los trabajadores menos satisfechos con el trabajo tienen tasas más elevadas del síndrome, incluso un metanálisis concluye que el nivel de satisfacción

profesional, y satisfacción laboral influyen de manera directa sobre la salud, incluso recomienda a organizaciones incluir el desarrollo de políticas para el manejo de estrés, ayudando a erradicar prácticas que causen más insatisfacción como parte de un ejercicio que ayude a mejorar las condiciones en general. En los trabajadores de salud recomienda explorar maneras de brindar incentivos que permitan obtener satisfacciones en el área laboral.<sup>6</sup>

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

### **2.1.3 VARIABLES DESENCADENANTES O ANTECEDENTES**

Se pueden dividir las variables en tres categorías:

- Organizacionales.
- Sociales.
- Personales.

Organizacionales: variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones negativas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo.

*Dinámica del trabajo:* fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros, de un mal establecimiento de los roles a desempeñar.

Inadecuación profesional: no adaptarse el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña, no tanto por sí mismo como por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto al que objetivamente no está adecuado profesionalmente.

Sobrecarga de trabajo: referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias, y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición del síndrome. En los profesionales asistenciales este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout.

Los contenidos: relacionados con la variedad de tareas, el grado de feedback, la identidad de las mismas, la realización.

Ambiente físico de trabajo: estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral.

Los turnos de trabajo: el trabajo nocturno, como variable que incide en el síndrome; especialmente cuando a su vez implica una sobrecarga de trabajo, junto con las dificultades propias de la sociabilidad por la falta continuada de descanso.

La rotación de turno laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio. Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome, manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. 4

Conflicto y ambigüedad de rol: un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición.

Estresores relacionados con las nuevas tecnologías: las nuevas tecnologías afectan a los profesionales, facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo.

Estructura organizacional: el burnout se da en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está

previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. También en estructuras descentralizadas donde la improvisación y el “verlas venir” se impone.

Estresores económicos: cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad al burnout. El salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro.

Desafío en el trabajo: se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores, dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A más desafío más burnout, en concreto, mayor despersonalización y menor realización personal.<sup>4</sup>

**Sociales**: Son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc.

El apoyo social está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos.

Comunicación: cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la aparición de burnout aumenta.

Actitudes de familiares y amigos: está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero, en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona.

Problemas familiares: El hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar predispone a la persona a sufrir burnout.

Recursos de afrontamiento familiares: cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento.

Cultura: el burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que ésta marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir.<sup>4</sup>

**Personales:** Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sentimientos y pensamientos.

Locus de control: es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones (locus interno) o no (locus externo). Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría que apareciera el síndrome.

Personalidad resistente (hardiness): se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza.

Sexo: la variable sexo no tiene una influencia clara. El rol familiar-laboral relevante que juega la mujer la hace más vulnerable al burnout; así, las mujeres presentan más conflicto de rol, conflictos familia-trabajo, entre otros, por lo que serán más propensas a presentar el síndrome. En general la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, pero más bajas en reducida realización personal; mientras que los varones puntúan más alto en despersonalización. Sin embargo esta variable no es del todo concluyente.

Edad: la edad aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez, debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros de carrera profesional dado que

sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Estado civil: existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con su pareja tienen menores índices de estar quemado, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime”:

Parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas.

Estrategias de afrontamiento: lo que supone que el individuo está empleando unas estrategias para hacer frente a la situación, centradas en el carácter activo y en el problema, que hacen que disminuya la posibilidad de padecer burnout.

Autoeficacia: la autoeficacia es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere “comprobar” la valía personal del individuo.

Personalidad tipo A: caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, que predisponen claramente al burnout.

Expectativas personales: se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital; conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer burnout.

Estas variables son importantes por encima de las otras, puesto que el burnout se ha conceptualizado fundamentalmente en el contexto laboral. La mayoría de trabajos parten de la presunción de que las diversas variables laborales condicionan, por sí mismas, determinadas reacciones en los individuos que podrían conducir al padecimiento del burnout. 4

#### **2.1.4 SINTOMAS DE BURNOUT**

Los más insidiosos que han sido reportados a nivel general por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout son:

A nivel *somático*: fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, etc.

A nivel *conductual*: comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, absentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos.

A nivel *emocional*: agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos.

A nivel *cognitivo*: cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, etc. Todos estos síntomas se tornan en cuadro clínico y las características de personalidad (factores internos-intrínsecos) como la personalidad resistente o no, los recursos internos, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos, la edad, el género, la historia de aprendizaje, los estilos de afrontamiento, entre otros, pueden ser o no un factor protector ante la manifestación del síndrome burnout. 2

Los síntomas psicosomáticos pueden vulnerarse o precipitarse en ambientes laborales (factores externos-extrínsecos) que presenten algunas de las siguientes características: a nivel organizacional no se posibilite la toma de decisiones, haya excesiva burocratización o demasiada complejidad y formalización de la empresa; ambientes donde no se posibilite la promoción y

se frustren las expectativas de los empleados; trabajos con cambios en los turnos laborales y el horario de trabajo; empresas que no brinden seguridad y estabilidad en el puesto; ambiente laboral que no permitan al empleado controlar las actividades a realizar; ambientes donde no haya retroalimentación de la propia tarea; empresas que no brinden un salario justo; empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reduce personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores o que no invierten en capacitación y desarrollo del personal; ambiente físico de trabajo con deficiencias de condiciones. 2

Ambientes donde las relaciones interpersonales con compañeros, clientes y otros sea de difícil comunicación, o ambientes laborales donde no este claro los roles.

La presencia o manifestación del burnout, trae como consecuencias la disminución del rendimiento laboral, los absentismos e incapacidades, el riesgo de accidentes, las dificultades interpersonales, la baja calidad de vida y las pérdidas económicas significativas para la empresa u organización

### 2.1.5 EPIDEMIOLOGIA

#### BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD

En el ámbito mundial, la OMS (2000, citado en Gil-Monte 2001) señala que los recursos de salud son importantes para el buen funcionamiento del sistema; ahora bien, para ofrecer un servicio de calidad los recursos humanos son vitales y no existe duda de la influencia significativa de las condiciones de trabajo sobre la calidad de vida laboral y calidad en el servicio ofrecido en las organizaciones del sector salud.

El estrés en áreas de la salud está compuesto por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Es una profesión en la que inciden especialmente estresores como la escasez de personal (la cual supone sobrecarga laboral), trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, entre otros (Gil-Monte 2003). 7

De acuerdo al modelo demanda – control – apoyo el estrés ocupacional produce burnout si las demandas en el trabajo son elevadas mientras que la autonomía individual es muy baja, y este estrés interfiere con la vida familiar del servidor de salud. En alrededor de 15 estudios revisados en Medline y Pubmed, se encontraron estos factores asociados al estrés de los residentes. Dentro de las respuestas obtenidas estuvo el cinismo que podía ser

precursor de un desgaste emocional o despersonalización, en este ejemplo se encontró un 61% de cinismo y 23% de sentimientos menos humanitarios al ejercer la profesión. Muchos se sienten emocionalmente exhaustos, deprimidos, y críticos de su cuidado hacia los pacientes. Se concluye que los residentes que tienen mejores condiciones de trabajo, más control en sus demandas y un mejor autocuidado brindan mejor cuidado a los pacientes. 8

Dicho escenario es compartido por los profesionales de la medicina y estudiantes del área; en estos últimos las consecuencias pudieran tener muchas más repercusiones por la falta de experiencia en el contacto con un número alto de pacientes demandantes.

Burnout en residentes ha sido asociado con un peor estado de salud, abuso de sustancia, tendencia a la depresión, ansiedad y pensamientos suicidas. Sin embargo dos revisiones extensas de literatura realizadas por Thomas (2004) [1] y por Prins et al. (2007) [2] demostraron carencia de datos publicados sobre este síndrome en médicos residentes.

Los elevados niveles de Burnout en los médicos residentes, puede desencadenar en un pobre rendimiento, errores, y baja calidad de cuidados, además de un deterioro en los servicios de salud en general.

En un estudio realizado en Grecia denominado, "Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive (EWTD) make a difference?", se investigó prevalencia de Burnout,

además de ciertas variables demográficas, relación en el trabajo, satisfacción profesional, y su opinión sobre el (EWTD), que regula el horario de trabajo, las vacaciones anuales pagadas, las características de los derechos de turnos nocturnos, y el tiempo para descansar después de las guardias. Todos los miembros de los estados europeos están obligados a reducir gradualmente las horas de trabajo de los residentes a no más de 48 hrs. A la semana, esto debía ser aplicado desde el 01 de agosto del 2009, sin embargo hasta junio de este año, dicho reglamento no ha sido aplicado en Grecia. Se aplicó cuestionario a los 400 residentes de los que lo completaron 311 que fueron incluidos en el estudio, este constaba de 9 preguntas sobre su situación sociodemográfica, preguntas sobre satisfacción profesional, opinión sobre EWTD, además del MBI. Se obtuvieron 154 residentes (49.5%) que cumplieron con criterios de Burnout, y 99 (31.8%) que llenaron las tres subescalas contempladas en el test. Sobre su futuro como médicos 46.6% sentían poco optimismo y 29.9% se encontraban ajenos a lo que podría pasar, estas proporciones no fueron significativamente afectadas por las variables sociodemográficas. Se obtuvo un 55.9% de médicos que creen en los efectos positivos de EWTD, sobre su calidad de entrenamiento, solo el 10.3% piensan que no tiene efectos beneficios para sus vidas ( $P$  values > 0.1). La insatisfacción con la residencia e inseguridad laboral estuvieron asociados con las subescalas de Burnout sobre los médicos griegos. 9

La opinión y la expectativa, sobre el EWTD, no estuvo relacionado con las tasas de Burnout encontradas. El estudio indica que la limitación gradual de

las horas de trabajo pueden no ser significativo para disminuir los niveles de burnout, mientras no este complementado con reformas de residencia, enseñanza, programas para reducción de estrés, además de otras intervenciones sistémicas. 9

La situación preocupa aun más cuando se ha empezado a hablar de este Síndrome ya no en médicos sino en estudiantes en los últimos grados de la carrera de Medicina y médicos recién egresados, quienes han iniciado estudios de especialización (Aranda et. Al; 2003 Dyrbye et al. 2006). La transición desde la Facultad hacia el trabajo para completar la formación es una de las fases más críticas en la profesión médica, pues la tríada de largas jornadas de trabajo, falta de sueño y fatiga es moneda corriente en los jóvenes médicos al inicio de su carrera. A lo anterior se suma la variable angustia, creada por el contacto con el sufrimiento, la enfermedad, la muerte, la necesidad de formarse, las responsabilidades y otros factores que pueden dar lugar a primeros signos de fatiga y desilusión cuando todavía no se ha completado la formación. 7

Respecto a esta situación se realizo un estudio en estudiantes, del Hospital General Regional de México, con 39 de ellos de pregrado y 43 de posgrado, todos ellos desarrollaban sus actividades, se encontró prevalencia del Síndrome de Burnout en el 1.64% de la población estudiada. Para las dimensiones o sub-escalas se encontró: el 5% de los participantes manifestó bajos niveles de ilusión por el trabajo, el 95% manifestó niveles altos, el 74.4% (61) se encontraba con un nivel de Desgaste Psíquico alto, el 13.6%

(13) presentó a niveles altos de Indolencia, encontrando sólo un 9.8% niveles altos de Culpa.

En relación al apoyo social, es decir, el apoyo recibido por parte del jefe inmediato y/o compañeros fue percibido como positivo (niveles altos) por el 92.5% y negativo por sólo el 7.5% de la población estudiada, Se realizaron análisis estadísticos no paramétricos para variables sociodemográficas como el sexo y estado civil y su relación con las dimensiones del Síndrome Burnout, sin embargo, no se encontraron resultados significativos.

Es importante resaltar que 92.5% de la población percibió un nivel alto de apoyo proveniente de sus supervisores y directores, que estuvo positiva y significativamente correlacionado con la ilusión de alcanzar metas laborales, lo cual permite que el trabajo sea percibido como una fuente de realización personal (Gil-Monte 2005); esta dimensión también se ve favorecida al presentar niveles altos de Autoeficacia como en la población estudiada. Si bien la prevalencia del Síndrome de Burnout encontrada en el estudio es muy baja comparada con los resultados encontrados en otros países, es importante resaltar las dimensiones de desgaste psíquico, el 74.4% de los participantes en este estudio alcanza niveles altos, en la dimensión de Indolencia el 13.6%, y en Culpa el 9.8%.

Esto es preocupante ya que se trata de médicos jóvenes, con una media de edad de 26.49 años, que se encuentran en el inicio de lo que será su vida profesional, por tanto, es importante desarrollar programas de intervención-prevenición para permitir mejores condiciones psicosociales en sus áreas de trabajo. 7

Es alarmante saber que a pesar de tratarse de médicos jóvenes, con pocos años de trabajo en atención primaria, un tercio de ellos presenta puntuaciones altas de cansancio emocional y despersonalización

El Burnout y la depresión se han hecho más prevalentes sobre los residentes alrededor del mundo en todas las especialidades, estudios han encontrado tasas de burnout entre 41% y 76%, además tasas de depresión de 7% y 56%. El estrés durante la residencia, la deprivación del sueño, poco tiempo libre, sobrecarga de trabajo, contribuyen a que estos problemas se vuelvan mas frecuentes, pero a pesar de esto existen pocos estudios que han cuantificado esto junto con la seguridad de los pacientes. De acuerdo al Instituto de Medicina, entre 44000 y 98000 pacientes mueren cada año en Estados Unidos como resultado de errores médicos, la salud mental de los proveedores de salud ha sido poco estudiada,

Se realizo un estudio en varias instituciones pediátricas de los Estados Unidos, Children's Hospital Boston en Boston, The Lucile Packard Children's Hospital y The Children's National. Fueron elegidos todos los residentes de medicina pediátrica para participar en el, se hizo el estudio en 123 residentes de 246 del total, no se encontraron diferencias estadísticas entre edad, sexo, o año de postgrado. Se identificaron 45 errores en un total de 6078 órdenes dadas por los participantes del estudio. 10

Aplicaron el test Harvard para depresión obteniendo 20% de los residentes con riesgo de depresión, 26% con síndrome depresivo. No se encontró asociación con condiciones sociodemográficas. En la cohorte 19 residentes con depresión cometieron 24 errores versus los 82 residentes sin depresión que hicieron un total de 21 errores.

Noventa y dos residentes (75%) cumplieron con criterios para padecer Burnout, de estos 25% también cumplieron criterios para depresión. El rango de errores entre los médicos con y sin burnout no fue estadísticamente significativo. Aquellos quienes estaban deprimidos cometieron 6 veces más errores que los que no lo estaban.

Existen además estudios sobre médicos residentes de medicina interna, en los que se investigan niveles de fatiga y estrés asociados a errores, pero en los que no se encuentra una relación directa. 10

Una investigación en residentes de cardiología en Argentina, se encontraron significativos síntomas depresivos y de estrés en menos de la mitad de los residentes. Aquellos quienes tenían dos trabajos demostraron altos niveles de despersonalización, no se encontró asociación con características o factores sociodemográficos comparado con profesionales no médicos, aquellos ajenos a la profesión presentaban menos horas de trabajo por semana, menos porcentaje de segundos trabajos, y un mejor salario. Burnout, síntomas depresivos y la percepción de estrés fue baja en el grupo de referencia. 11

Existe escasez de estudios realizados en estudiantes latinoamericanos, para conocer el grado de prevalencia del Síndrome de Burnout; además, se ha dejado de lado la importancia de los factores psicosociales y patrones de personalidad en los pocos estudios conocidos; así pues, no existen herramientas o propuestas para establecer programas preventivos al respecto.<sup>11</sup>

### **2.1.6 VARIABLES FISIOLÓGICAS Y BIOQUÍMICAS**

No existe un marcador biológico específico para el estrés psíquico. Se han asociado concentraciones elevadas de Interleucina 6 y proteína C reactiva con niveles elevados de estrés crónico. Nogareda (1994), indica que las catecolaminas son los indicadores precoces de las consecuencias del estrés, aumentando en situaciones de estrés psíquico y de ansiedad.

El stress laboral crónico, factores psíquicos y en menor grado factores nutricionales provocan amplias y profundas consecuencias metabólicas debido a repercusiones principalmente sobre el sistema neuroendocrino que dan origen a la diversa sintomatología detallada con anterioridad.

El eje hipotálamo-hipófisis-glándula suprarrenal interactúan sobre nuestro organismo de una manera adversa y negativa ya que es el principal afectado por este síndrome.

En situaciones estresantes crónicas el hipotálamo se reactiva y estimula la glándula hipofisaria que produce más hormona adrenocorticotropa (ACTH) que estimula inadecuadamente las glándulas suprarrenales produciendo:

- aumento en la producción de glucocorticoides y mineralocorticoides como el cortisol que alteran profundamente el metabolismo.
- aumento en la producción de adrenalina, noradrenalina y dopamina que interactúan en forma negativa en los neurotransmisores del

sistema nervioso central y periférico como ser el hipocampo y otras áreas ocasionando: neurotoxicidad como por ejemplo: atrofia dendrítica, daño y muerte neuronal principalmente en el hipocampo y otras áreas aún no muy descritas. 42

## **2.2 ANSIEDAD**

### **2.2.1 CONCEPTOS**

Los términos de ansiedad y angustia derivan de la raíz indogermánica *angh*, que significa estrechez y también malestar o apuro. A partir de la influencia latina y posteriormente mediante el influjo de la psiquiatría francesa, que diferenció entre *anxiété* (malestar e inquietud del espíritu) y *angoisse* (sentimiento de constricción epigástrica, dificultades respiratorias e inquietud), se estableció la separación entre ansiedad y angustia.

En la psicología española, no suele asumirse esta distinción, permaneciendo el concepto de ansiedad con variantes somáticas y cognitivas.

La distinción entre ansiedad y miedo es actualmente bastante mantenida, los términos de miedo y ansiedad se diferencian porque miedo se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, mientras que la ansiedad no (estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible). Por otra parte, a veces los estímulos inductores de respuestas de miedo / ansiedad son de tipo interno, generalmente más difíciles de determinar por el sujeto que los estímulos externos. 12

Según Epstein el miedo puede ser entendido como un drive que motiva la conducta de escape ante la percepción de un estímulo de amenaza, mientras que la ansiedad sería un estado emocional del miedo no resuelto o

un estado de activación que no posee una dirección específica tras la percepción de amenaza. Miedo es alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por elevada activación y alto afecto negativo, en cambio la ansiedad es una combinación difusa de emociones orientada hacia el futuro, siendo de naturaleza cognitiva y de marcada orientación. 12

Una propiedad importante de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria. Esto quiere decir que la respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante, ya que posee utilidad biológico-adaptativa.

Los trastornos de ansiedad afectan a aproximadamente 40 millones de adultos estadounidenses de 18 años de edad o más (aproximadamente el 18%) cada año llenando a personas de miedo e incertidumbre. A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante, los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se los trata. Los trastornos de ansiedad ocurren comúnmente junto con otras enfermedades mentales o físicas, incluyendo abuso del consumo de alcohol o sustancias, lo cual puede enmascarar los síntomas de la ansiedad o empeorarlos. En algunos casos, estas otras enfermedades necesitan ser tratadas antes de que una persona pueda responder a un tratamiento para el trastorno de ansiedad. 13

La ansiedad normal consiste en una reacción adaptativa a un peligro identificable en el entorno y se corresponde cuantitativa y cualitativamente con él.

La ansiedad patológica, sin embargo, es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación. Se trata de una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente. El fracaso en el diagnóstico de la patología ansiosa puede provocar en el paciente incapacidad, depresión e hipocondría, o llevarle al abuso de alcohol u otras sustancias, buscando de esta forma la mejoría de los síntomas.

En los Estados Unidos y en la Unión Europea, 30-40% de trabajadores están expuestos a estrés laboral y estas tasas parecen haber incrementado desde 1990, las condiciones de trabajo predicen la pobre salud mental, además de las condiciones que contribuyen a la morbilidad psiquiátrica. (National Institute of Occupational Health and Safety, 1999; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005).

Con excepciones, hay estudios anteriores que se han enfocado en los síntomas de estrés psicológico, demostrando tasas elevadas en trabajadores que reportan altas demandas en el trabajo, bajo control o insuficiente apoyo social. 14

## **2.2.2 FISIOPATOLOGIA**

### ASPECTOS BIOQUIMICOS Y NEUROBIOLOGICOS

#### *Sistema Neuroendocrino*

Se relaciona tanto con estrés como con la ansiedad. Se ha venido asumiendo que un incremento de los estados de ansiedad supone un incremento en la activación de ciertos procesos neuroendocrinos, tales como los implicados en

secreción de tiroxina, cortisol, catecolaminas y ciertas hormonas hipofisarias.

28

El sistema hipotálamo – hipofiso – suprarrenal se ha relacionado con la ansiedad, al igual que también con las respuestas del estrés, postulándose un incremento de activación en el citado eje. Este incremento puede traducirse en hipersecreción de cortisol, vinculado en los últimos años mas selectivamente con la depresión.

Los sistemas hipotálamo- hipofiso- suprarrenal y médulo – suprarrenal se activan significativamente durante las respuestas de estrés y ansiedad. No obstante, posiblemente en el momento actual cabe defender cierta diferenciación entre la activación de dichos sistemas y las respuestas emocionales y de afrontamiento, puesto que , tal y como parece derivarse de algunas líneas de evidencia recientes, la activación córtico-suprarrenal se asocia con cierto grado de especificidad a las situaciones incontrolables y emociones subsecuentes, mientras que los estados de hiperactivación catecolaminérgica tienden más a vincularse a situaciones de amenaza de pérdida de control y emociones subyacentes. 15

### *Aspectos neurobiológicos*

Una de las teorías más conocidas ha propuesto que la ansiedad se relaciona con una actividad noradrenérgica incrementada, debido posiblemente a la existencia de hiperactividad del locus ceruleus. Algunos de los tipos de datos que apoyan esta hipótesis son: 1) estimulación eléctrica del locus induce respuestas de ansiedad y ataques de pánico. 2) la estimulación de

receptores beta centrales y el bloqueo de receptores alfa 2 produce igualmente respuestas de ansiedad y pánico. 28

Se ha resaltado además el posible papel de una alteración del GABA en la etiología. El efecto anti-ansioso de las benzodiazepinas parece que puede estar mediatizado por su acción sobre el sistema GABA-érgico, por su acción inhibitoria sobre neuronas noradrenérgicas. 16

En la actualidad se tiende a explicar la ansiedad de forma más dinámica, integrando los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. La posición de (Eison 1990) consiste en que la ansiedad y la depresión reflejan una perturbación de las interacciones dinámicas entre neurotransmisores catecolaminérgicos y serotoninérgicos. Establece además que tanto la ansiedad y la depresión están involucradas en un continuo dinámico serotoninérgico, siendo trastornos de exceso y déficit de serotonina.

La ansiedad puede estar asociada a estados agudos de estrés, mientras que la depresión puede representar la fase de agotamiento de la ansiedad crónica. Este continuo lineal parece ser direccionalmente específico, en el sentido de que generalmente se establece la transición desde la ansiedad hacia la depresión, desde la hiperactividad hacia el agotamiento serotoninérgico. Según la teoría, la ansiedad se genera a partir de la estimulación del sistema de inhibición conductual, localizada en estructuras límbicas y está conectado primariamente con el tronco cerebral y regiones corticales. Puede ser estimulado mediante indicadores de castigo, señales de no recompensa y estímulos innatos de miedo. 16

Le Deux 1994, refiere la importancia de una vía nerviosa que comunica directamente el tálamo con la amígdala en las reacciones emocionales, y que puede representar un papel crucial en procesos automáticos.

Los estímulos visuales, se procesan inicialmente en el tálamo el cual transmite una información rudimentaria a la amígdala, permitiendo un rápido cambio en la focalización de la atención y /o emisión por el organismo de una respuesta automática de evitación ante un potencial peligro. Paralelamente la corteza visual recibe información del tálamo y lleva a cabo una representación precisa y detallada sobre el estímulo. La información cognitiva se transmite a la amígdala, induciendo activación autónoma y muscular. 28

### **2.2.3 TEORIAS PSICOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD**

#### **Teoría Psicodinámica**

En esta teoría no se hace distinción entre las características cualitativas de la ansiedad y la angustia

Primera teoría de Freud sobre la neurosis de ansiedad, que identifica la transformación fisiológica directa de la energía sexual no descargada

Segunda teoría de Freud de la señal de ansiedad, la ansiedad es una señal de la existencia de un conflicto intrapsíquico dirigido al ego.

Ansiedad de separación, aumento de la vulnerabilidad psicológica a la separación.17

## Origen de la Neurosis

La neurosis fue una patología sumamente estudiada por Freud. Mediante sus investigaciones descubrió que la misma se producía a partir de la represión de la sexualidad y supuso que en las vivencias de seducción sexual de infancia estaba el trauma. Los conflictos psíquicos, se debían a la existencia de tendencias de índole sexual que eran vividas como inaceptables por el sujeto, de manera inconsciente, que fueron reprimidas y que dan lugar a síntomas neuróticos. La conclusión es que los síntomas neuróticos tienen un origen sexual pero no se refiere directamente a hechos reales sino a fantasías o deseos. Para la neurosis vale más la realidad psíquica que lo que realmente ha sucedido. Los síntomas neuróticos son formaciones sustitutivas de la satisfacción de la sexualidad” (Sigmund Freud-1905)

Freud desarrolló que el YO está justo en el centro de grandes fuerzas; la realidad, la sociedad (SUPER YO); y la biología (ELLO). Cuando el ELLO y el SUPER YO entra en conflicto con el YO, uno se siente amenazado. A este sentimiento lo llamó ansiedad y lo consideró como una señal del YO que traduce supervivencia y, en algunas situaciones, una señal de que se corre peligro. Freud postuló tres tipos de ansiedad:

- **Ansiedad de realidad:** la llamada “miedo”.
- **Ansiedad moral:** cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del SUPER YO.

- ***Ansiedad neurótica:*** miedo a sentirse abrumado por los impulsos del ELLO.

### ***Mecanismos de defensa***

Cuando la ansiedad llega a ser abrumadora, el YO debe defenderse, bloqueando inconscientemente los impulsos o distorsionándolos, logrando que sean mas aceptables y menos amenazantes.18

### Teoría Conductual

Es la unión de un estímulo no condicionado con un estímulo condicionado, que produce una respuesta condicionada.

Supone que la ansiedad es resultado de un proceso de aprendizaje condicionado. Según este punto, la persona ha aprendido a reaccionar con miedo ante estímulos ambientales o internos que normalmente no desencadenarían esta respuesta. Algunas conductas, como la evitación de la situación temida, llegan a "mejorar" en algo el problema por lo que producen un cierto placer secundario. Esta disminución de la tensión, actuaría entonces como refuerzo de esa conducta, por lo que ésta tiende a perpetuarse automáticamente.

### Teoría Cognitiva

Mal interpretación cognitiva catastrófica de las sensaciones físicas incomodidad y de afecto 17

Resultado de "cogniciones" (pensamientos o representaciones mentales) patológicos. La persona evalúa las situaciones o sus propios estímulos internos sacando conclusiones "defectuosas", que determinan un tipo de respuestas o conductas desproporcionadas o inadecuadas. En el caso de la angustia, se tiende a sobreestimar el grado de peligro, ya sea interno o externo, así como devalúa sus propias capacidades personales para enfrentarlo. Un ejemplo típico sería la aparición de una crisis de angustia tras pequeñas molestias corporales que la persona interpreta como el anuncio inminente de la propia crisis,

#### **2.2.4 CLASIFICACION DE ANSIEDAD**

##### **Trastornos de ansiedad según la DSM-IV TR**

- Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)
- Agorafobia
  - Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)
  - Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01)
  - Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00)
- Fobia específica (F40.02)
- Fobia social (F40.1)
- Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)
- Trastorno por estrés postraumático (F43.1)
- Trastorno por estrés agudo (F43.0)
- Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

De los distintos tipos de trastornos por ansiedad existen tasas en las que se pueden observar cuales son los mas prevalentes en la población en genera.

FIG 1.

**EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD.**

TIPO DE TRASTORNO	PORCENTAJE POBLACIÓN
TRASTORNO DE PÁNICO SIN AGORAFOBIA	0,8 % - 1 %
TRASTORNO DE PÁNICO CON AGORAFOBIA	1,2 % - 3,8 %
FOBIAS ESPECÍFICAS	4,1 % - 7,7 %
FOBIA SOCIAL	1,7 % - 2 %
TRASTORNO OBSE SIVO COMPULSIVO (T.O.C.)	1,6 % - 2,5 %
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (T.A.G.)	6,4 % - 7,6 %
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	1 %

**FIGURA 1**

Fuente: Elaboración :(ECHEBURÚA, 1.995)  
TASAS DE PREVALENCIA

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en la DSM-IV TR se incluye finalmente un trastorno de ansiedad infantil, el trastorno de ansiedad por separación.

A continuación veremos los criterios diagnósticos de todos estos desórdenes, tal y como se describen en la DSM-IV TR.

### **2.2.4.1 Trastorno de Pánico**

Es una enfermedad real que se puede tratar satisfactoriamente. Se caracteriza por ataques repentinos de terror, usualmente acompañados por latidos fuertes del corazón, transpiración, debilidad, mareos, o desfallecimiento. Durante estos ataques, las personas con trastorno de pánico pueden acalorarse o sentir frío, sentir un hormigueo en las manos o sentirlas adormecidas; y experimentar náuseas, dolor en el pecho, o sensaciones asfixiantes. Los ataques de pánico usualmente producen una sensación de irrealidad, miedo a una fatalidad inminente, o miedo de perder el control.

El miedo a los inexplicables síntomas físicos de uno mismo, es también un síntoma del trastorno de pánico. No pueden predecir cuándo o dónde ocurrirá un ataque, y entre los episodios, muchas personas se preocupan intensamente y se aterrorizan de pensar en el próximo ataque.

Los ataques de pánico pueden ocurrir en cualquier momento, incluso al dormir. Usualmente, un ataque alcanza su máxima intensidad durante los primeros diez minutos, pero algunos síntomas pueden durar mucho más tiempo. 13

El trastorno de pánico afecta a aproximadamente 6 millones de adultos estadounidenses y es dos veces más común en mujeres que en hombres. Los ataques de pánico usualmente comienzan a finales de la adolescencia o al comienzo de la edad adulta, pero no todos los que padecen de ataques de

pánico desarrollarán el trastorno de pánico. Muchas personas sólo tienen un ataque y nunca vuelven a tener otro. La tendencia a desarrollar ataques de pánico parece ser hereditaria.

Las personas que presentan ataques de pánico repetidos y en su máxima expresión, pueden llegar a quedar muy discapacitadas por esta enfermedad, y deben buscar tratamiento antes de que comiencen a evitar lugares o situaciones en las cuales han padecido ataques de pánico. Si un ataque de pánico ocurrió en un ascensor, alguien que sufre de trastorno de pánico puede desarrollar miedo a los ascensores.

Las vidas de algunas personas se restringen tanto que terminan evitando actividades normales, tales como ir de compras o conducir un automóvil. Aproximadamente un tercio de estas personas se limitan a vivir en sus casas o sólo pueden enfrentar una situación temida si están acompañadas por su cónyuge o una persona de confianza. Cuando la enfermedad llega hasta este punto, se llama *agorafobia* o miedo a los espacios abiertos.

Un tratamiento temprano puede prevenir la agorafobia, pero las personas que padecen del trastorno de pánico pueden en ocasiones ir de un médico a otro durante años, e ir a la sala de emergencias repetidamente, antes de que alguien pueda diagnosticar correctamente su enfermedad. Esto es desafortunado, ya que el trastorno de pánico es uno de los trastornos de ansiedad más tratables, ya que en la mayoría de casos responde a ciertos tipos de medicación o a ciertos tipos de psicoterapia cognitiva, lo cual ayuda

a cambiar los patrones de pensamiento que conducen al miedo y la ansiedad.

Con frecuencia, el trastorno de pánico viene acompañado de otros problemas graves, tales como depresión, abuso de drogas, o alcoholismo. Estas enfermedades necesitan ser tratadas por separado. Los síntomas de depresión incluyen sensación de tristeza o desesperanza, cambios en el apetito o los patrones de sueño, falta de energía, y dificultad para concentrarse. La mayoría de personas que padecen depresión pueden tratarla efectivamente con medicamentos, ciertos tipos de psicoterapia, o una combinación de ambos.<sup>13</sup>

### **Criterios para el diagnóstico de los ataques de pánico**

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o taquicardia
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales

8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. sensación de irrealidad o despersonalización
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

### **Criterios para el ataque de pánico sin agorafobia**

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
  - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias
  - (c) cambio del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o una enfermedad médica (hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (cuando la obsesión versa sobre un tema específico), trastorno por estrés postraumático

(respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (estar lejos de casa o de los seres queridos). 13

### **Criterios para el ataque de pánico con agorafobia**

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
  - (a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
  - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (perder el control, sufrir infarto, "volverse loco")
  - (c) cambio del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o una enfermedad médica (hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (cuando la obsesión versa sobre un tema específico), trastorno por estrés postraumático (respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente

estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (estar lejos de casa o de los seres queridos).

#### **2.2.4.2 Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)**

Afecta a aproximadamente 2.2 millones de adultos estadounidenses y el problema puede estar acompañado por trastornos de la alimentación, otros trastornos de ansiedad, o depresión. Este trastorno afecta aproximadamente en números iguales a hombres y mujeres y usualmente aparece durante la infancia, adolescencia, o a comienzos de la edad adulta. Una tercera parte de los adultos con TOC desarrollan síntomas desde la infancia e investigaciones indican que puede ser hereditario. Es caracterizado, con pensamientos obsesivos o imágenes que incrementan ansiedad, llevando a conductas compulsivas, repetitivas, de acuerdo a reglas, que sirven para disminuir la ansiedad.

La mayoría de las veces, los rituales terminan controlando a esas personas. Por ejemplo, si las personas están obsesionadas con los gérmenes o la suciedad, pueden desarrollar una compulsión de lavarse las manos una y otra vez. Si desarrollan una obsesión con respecto a los intrusos, pueden trancar y volver a trancar las puertas muchas veces antes de irse a dormir. En el mejor de los casos, produce un alivio temporal de la ansiedad generada por los pensamientos obsesivos.

Algunas obsesiones comunes incluyen el tener pensamientos frecuentes de violencia y de hacer daño a los seres queridos, el pensar persistentemente acerca de realizar actos sexuales que no son del agrado de la persona, o el tener pensamientos que son prohibidos por creencias religiosas. Pueden preocuparse con el orden y la simetría, tener dificultad para deshacerse de cosas (acumulan), o guardar artículos innecesarios. La diferencia con personas sanas, está en que las personas con TOC realizan sus rituales a pesar de que hacerlo interfiere con su vida diaria, y de que la repetición les resulta agobiante. 13

Los síntomas pueden aparecer y desaparecer, disminuir con el tiempo, o empeorar. Si el TOC llega a ser severo, éste puede incapacitar a la persona trabajar o llevar a cabo sus responsabilidades normales. Las personas quizá intenten ayudarse a sí mismas evitando situaciones que provoquen sus obsesiones o usen alcohol o drogas para calmarse.

Usualmente, el TOC responde bien al tratamiento con ciertos medicamentos y/o a la psicoterapia basada en exposición, en la cual la persona enfrenta situaciones que le causan miedo o ansiedad y se vuelve menos sensible a éstas. El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) está apoyando investigaciones en lo concerniente a nuevos enfoques de tratamientos. Estos enfoques incluyen tratamientos combinados o agregados y también técnicas modernas tales como estimulación cerebral profunda.

## **Criterios para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo**

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún

acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades, fantasías sexuales o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

- Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. 13

### **2.2.4.3 Trastorno Estrés Postraumático**

Las personas que son víctimas de sucesos aversivos inusuales de forma brusca, tales como consecuencias de guerras, agresiones sexuales, accidentes o catástrofes, pueden sufrir el trastorno. La victimización puede causar repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas. El TEPT afecta a aproximadamente 7.7 millones de adultos estadounidenses, pero puede ocurrir a cualquier edad, incluso en la infancia

El desarrollo de estrés postraumático como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25 por 100 de todas las víctimas. Según DSM IV el trastorno aparece cuando la persona ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida.

El trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando el suceso sufrido es intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no accidentales.

Las personas con TEPT pueden asustarse con facilidad, paralizarse a nivel emocional (especialmente en relación con personas cercanas a ellas), perder

interés en las cosas que solían disfrutar, tener problemas para mostrarse afectuosas, ponerse irritables, más agresivas, o incluso violentas. Tales personas evitan situaciones que les recuerdan el incidente original y los aniversarios del incidente son con frecuencia un momento muy difícil.

La mayoría de personas con TEPT reviven múltiples veces el trauma en sus pensamientos durante el día y en pesadillas al dormir. Esta experiencia se llama escena retrospectiva. Las escenas retrospectivas pueden consistir de imágenes, sonidos, olores, o sensaciones, y con frecuencia son situaciones rutinarias las que las provocan, tales como un portazo o una explosión del escape de un automóvil en la calle. La persona que tiene una escena retrospectiva puede perder el contacto con la realidad y creer que el incidente traumático está volviendo a suceder. 13

No todas las personas traumatizadas desarrollan un TEPT completamente desarrollado o incluso uno leve. Normalmente, los síntomas comienzan dentro de los tres meses luego del incidente, pero ocasionalmente pueden surgir varios años después. Los síntomas deben durar más de un mes para que se considere un caso de TEPT. La evolución de la enfermedad es variable. Algunas personas se pueden recuperar al cabo de seis meses, mientras que otras tienen síntomas que perduran por mucho más tiempo. En algunas personas, la enfermedad se vuelve crónica.

Las mujeres son más susceptibles a desarrollar un TEPT que los hombres y hay alguna evidencia de que la susceptibilidad al trastorno puede ser

hereditaria. Con frecuencia, el TEPT viene acompañado de depresión, abuso de sustancias, o uno o más de los otros trastornos de ansiedad.<sup>13</sup>

### **Criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar

reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden re-escenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
  2. irritabilidad o ataques de ira
  3. dificultades para concentrarse
  4. hiper vigilancia
  5. respuestas exageradas de sobresalto
- E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

- De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses. 13

#### **2.2.4.4 La Fobia Social / Trastorno de Ansiedad Social**

Las personas se presentan ansiosas y conscientes de sí mismas en situaciones sociales de la vida cotidiana. Las personas con fobia social tienen miedo intenso, persistente, y crónico de ser observadas y juzgadas por los demás y de hacer cosas que les producirán vergüenza.

En la fobia social, se desarrolla solo en el contexto de situaciones sociales que para la persona impliquen sentimientos de humillación y vergüenza. Como resultado, la persona empieza a evitar dichas situaciones.

Se pueden sentir preocupadas durante días o semanas antes de una situación que les produce temor. Este miedo puede tornarse tan intenso, que interfiere con sus actividades comunes, y puede dificultar el hacer nuevas amistades o mantenerlas. 13

Aunque las personas con fobia social son conscientes de que sus miedos de estar con la gente son excesivos o irracionales, son incapaces de superarlos. Incluso en el caso de que logren enfrentar sus temores y logren estar rodeadas de otras personas, con frecuencia se sienten muy ansiosos, muy incómodos y se preocupan cómo si fueran juzgadas por los demás.

La fobia social se puede limitar a una sola situación (tal como preguntar algo a la gente, comer o beber, o escribir en una pizarra en frente a los demás), o puede ser tan amplia (como en el caso de una fobia social generalizada) la persona puede experimentar ansiedad en presencia de prácticamente cualquier persona que no sea de su familia. Los síntomas físicos que

acompañan con frecuencia a la fobia social incluyen enrojecimiento, transpiración intensa, temblor, náuseas, y dificultad para hablar.

La fobia social afecta a aproximadamente 15 millones de adultos estadounidenses. Las mujeres y los hombres tienen la misma probabilidad de desarrollar el trastorno, el cual normalmente comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia. Existe alguna evidencia de que hay factores genéticos involucrados. Normalmente, la fobia social viene acompañada de otros trastornos de ansiedad o depresión y se puede desarrollar abuso de sustancias.<sup>13</sup>

#### **2.2.4.5 Trastorno de Ansiedad Generalizada**

Es el trastorno de ansiedad más frecuente en atención primaria. Su prevalencia se sitúa en torno al 5 % de la población general, es más frecuente dentro del sexo femenino (2:1) y su momento de aparición suele ser la edad adulta. Su curso suele ser variable, pero en general tiende a ser fluctuante y crónico, con fases de mejoría y empeoramiento que generalmente se relacionan con situaciones de estrés ambiental.

El TAG afecta a aproximadamente 6.8 millones de adultos estadounidenses. El trastorno se desarrolla gradualmente y puede comenzar en cualquier punto del ciclo de vida.

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es tener una preocupación y ansiedad excesivas (expectativa aprensiva o

aprensión ansiosa), persistentes (más de la mitad de los días durante al menos 6 meses) y difíciles de controlar sobre un número de acontecimientos o actividades tales como el rendimiento laboral o escolar. Que la preocupación y ansiedad son excesivas significa que su intensidad, duración o frecuencia son desproporcionadas con relación a la probabilidad o impacto real del evento temido. 13

Las áreas más comunes de preocupación suelen hacer referencia a circunstancias de la vida diaria; son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, el dinero, el trabajo, los estudios, el manejo de la casa y la salud propia y de otros. Las preocupaciones pueden ser por cuestiones menores tales como faenas domésticas, reparación del coche o llegar tarde a un sitio o a una cita. 20

En comparación con las preocupaciones físicas o económicas, las preocupaciones sociales parecen tener más peso a la hora de predecir la tendencia general a preocuparse.

El centro de la ansiedad y preocupación no se limita a lo que es propio de otros trastornos; por ejemplo, la posibilidad de tener un ataque de pánico (trastorno de pánico), sentirse azorado en público (fobia social), contaminarse (trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (trastorno de ansiedad por separación), ganar peso (anorexia nerviosa), tener múltiples quejas físicas (trastorno de somatización), padecer una enfermedad

grave (hipocondría). La ansiedad y preocupación tampoco ocurren exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.<sup>20</sup>

Las personas con TAG se preocupan por cosas que son improbables que sucedan o que si ocurren son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan. Los pacientes con TAG presentan preocupaciones relativamente constantes y, por lo general, únicamente suelen ser capaces de dejar de lado un tema de preocupación ante la aparición de un nuevo tema de preocupación. Como ha afirmado Deffenbacher (1997, pág., 242): *“El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación decisiva y de vivir con relativa tranquilidad con las consecuencias. Por el contrario, suelen darle vueltas y más vueltas a, y preocuparse con, las posibilidades negativas, los errores y equivocaciones potenciales, y los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas.”* <sup>20</sup>

La ansiedad y las preocupaciones están asociadas con síntomas tales como inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). El DSM-IV exige tres o más de estos seis síntomas (uno en niños) y que algunos de ellos hayan estado presentes

habitualmente (más de la mitad de los días) durante los últimos 6 meses. Aunque los síntomas mencionados parecen los más importantes, otros posibles síntomas físicos son temblores, sacudidas, dolores o entumecimientos musculares, manos frías y húmedas, boca seca, sudoración, náusea o diarrea, polaquiuria, dificultad para tragar o nudo en la garganta y respuestas exageradas de sobresalto

En comparación al DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la **CIE-10** (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) para el trastorno de ansiedad generalizada no requieren que las preocupaciones sean excesivas y difíciles de controlar.

Además, exigen la presencia de 4 síntomas de 22 (entre los cuales se incluyen 5 de los 6 síntomas que contiene el DSM-IV). Los 22 síntomas se dividen en:

- **Síntomas autónomos** : palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación).
- **Relacionados con pecho y abdomen** : dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.
- **Relacionados con el estado mental** : sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento; desrealización o despersonalización; miedo a

perder el control, a volverse loco o a perder la conciencia; miedo a morir

- **Síntomas generales** : sofocos o escalofríos; aturdimiento o sensaciones de hormigueo; tensión, dolores o molestias musculares; inquietud o incapacidad para relajarse; sentimiento de estar al límite o bajo presión, o de tensión mental; sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- **Otros síntomas no específicos**: respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos; dificultad para concentrarse o “mente en blanco” debido a la preocupación o la ansiedad; irritabilidad persistente; dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.

Al menos uno de los síntomas debe ser del grupo autónomo. El grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es relativamente alto. En el estudio de Andrews, Slade y Peters (1999), el 77% de los casos con un diagnóstico positivo según uno de estos sistemas tuvo un diagnóstico positivo en ambos sistemas. 20

#### *Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de F41.1*

##### Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una gran cantidad de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (en los niños sólo se requiere uno de ellos), algunos de los cuales han persistido más de 6 meses:

o Inquietud o impaciencia

o Fatigabilidad fácil

o Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

o Irritabilidad

o Tensión muscular

o Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

El paciente ansioso puede buscar mejoría sintomática en el alcohol y otras sustancias, y no es raro el abuso de éstas. Tampoco es extraño que la ansiedad crónica provoque en el paciente una desmoralización que puede dar lugar a la coexistencia de síntomas depresivos. Cabe recordar la mayor incidencia de enfermedad psicósomática en individuos que padecen ansiedad sostenida. La detección precoz de los trastornos ansiosos y su tratamiento apropiado no solo pueden evitar estas complicaciones al enfermo, sino también economizar recursos sanitarios consumidos innecesariamente.<sup>19</sup>

## **2.3 DEPRESIÓN**

### **2.3.1 DEFINICIONES**

La Asociación Americana de Psicología la define como una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar y actuar. Afecta también la alimentación y el sueño, la autovaloración y la forma en que se concibe el mundo interno y el entorno. La ocurrencia de un episodio de depresión aumenta en gran medida el riesgo de sufrir otro.

La depresión es mucho más que una tristeza ocasional, pero muchas de las personas afectadas ni siquiera reconocen los síntomas de esta condición, la cual puede tratarse muy eficazmente con terapia psicológica.<sup>21</sup>

La OMS establece dentro de su programa de salud mental que la atención a la enfermedad depresiva es prioritaria además, afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, más si se considera que las consecuencias de sufrirla se hacen palpables no solo en la vida personal y profesional, sino que también, en algunos casos, puede terminar en tragedias mayores si se le permite prosperar.

### **2.3.2 EPIDEMIOLOGIA**

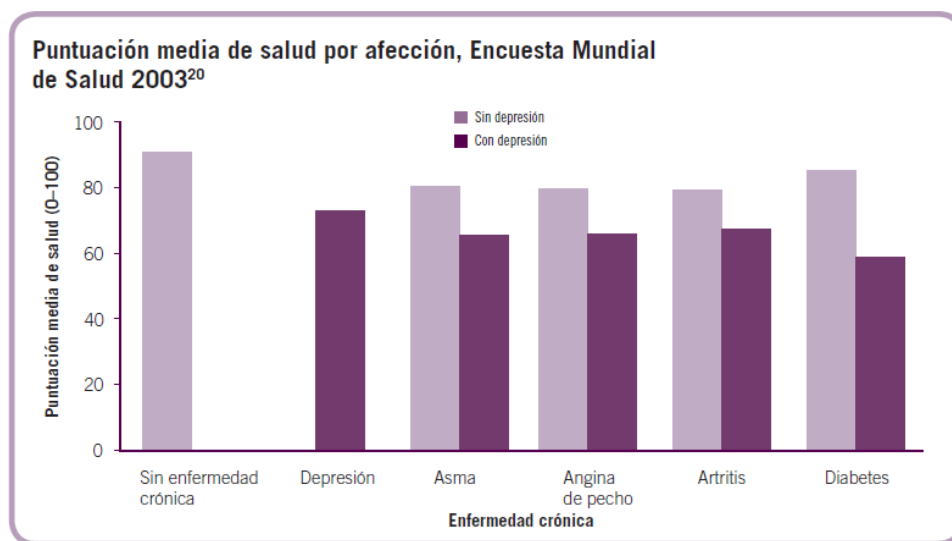
La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes a nivel mundial, afectando al menos al 12% de las mujeres americanas y al 8% de los hombres americanos a lo largo de su vida. De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría, en México, una de cada cinco personas sufre de depresión en algún momento de su vida, siendo las mujeres 21.3% contra 12.7% de los hombres.

Las mujeres están afectadas aproximadamente el doble que los hombres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ubicado recientemente a la depresión como la principal causa de morbilidad en las naciones en desarrollo en el próximo siglo, lo que resultará en elevada utilización de los servicios de salud y descenso de la productividad laboral.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2000, "alrededor de 400 millones de personas en el mundo sufren de algún trastorno mental o neurológico, o algún problema psicosocial relacionado con el consumo de alcohol o consumo de drogas" (WHO/OMS,2000).

La depresión es un problema importante de salud pública mundial debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida como a la importante discapacidad que causa. En 2002 fue responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad (expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad). Es, asimismo, responsable de la proporción mas elevada de la carga atribuible a resultados sanitarios no mortales, y a ella se

debe casi el 12% del total mundial de años vividos con discapacidad. Sin tratamiento, la depresión tiende a hacerse crónica, a recurrir y a causar una discapacidad que se acentúa con el tiempo. La prevalencia de depresión se estimó basándose en los criterios de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, décima revisión (CIE-10)*. También se estimaron las prevalencias de cuatro dolencias físicas crónicas: angina de pecho, artritis, asma y diabetes FIG 2 . 21



**FIGURA 2**

Fuente: OMS

ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2007

Es fundamental diagnosticar y tratar oportunamente los trastornos depresivos, sea cual sea su causa. En muchos entornos de atención primaria en los que los pacientes acuden a consulta con diversos trastornos, entre ellos depresión, esta queda a menudo sin diagnosticar.

Dentro de los problemas de salud mental, la depresión es uno de los trastornos que puede ser fácilmente diagnosticado por los médicos generales en el primer nivel de atención, la OMS estima que entre el 60 y 80% de las personas con trastorno depresivo puede ser tratado por un tipo de terapia breve y el uso de antidepresivos, sin embargo, cerca del 25 % en algunos países sólo el 10% recibe tales tratamientos.

Estudios más recientes, sin embargo, han revelado que aun la depresión leve, que no satisface los criterios del DSM-IV para depresión, realmente se asocia a afectación psicosocial significativa, y, por tanto, debería ser el foco de ulterior investigación. 21

La depresión es corrientemente conceptualizada como una enfermedad crónica única de etiologías heterogéneas, cayendo a lo largo de un espectro que va de las formas más leves, tales como la depresión sintomática subsindrómica, a formas severas incluyendo la depresión mayor (DM) con síntomas melancólicos o psicóticos. Las fronteras entre estos subtipos depresivos son flexibles y los pacientes se mueven entre los subtipos durante el curso de su enfermedad.

### **2.3.3 FISIOPATOLOGIA DE LA DEPRESION**

En los últimos años el uso de medicamentos antidepresivos se ha convertido en una de las principales estrategias para el tratamiento de la depresión y de otros trastornos psiquiátricos. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos (ADT) fueron los medicamentos de elección durante varias décadas, y su efectividad abrió las puertas para la comprensión de los posibles mecanismos fisiopatológicos de la depresión.

En la última década, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina (ISRN) y los inhibidores duales se han constituido en medicamentos de suma importancia en el tratamiento de la depresión, no sólo porque en todos los casos su efectividad es comparable a la de los ADT, sino también por la seguridad en el uso, pues sus efectos colaterales son menos molestos y menos frecuentes.

La especificidad del mecanismo de acción de los nuevos antidepresivos ha hecho posible estudiar de una manera más detallada los aspectos farmacológicos y los posibles fenómenos subyacentes detrás de la fisiopatología de la depresión. 25

El papel de los factores físicos o biológicos en la patogénesis de la depresión se ha sospechado desde la antigüedad. Sin embargo, sólo en la mitad tardía del siglo XX la tecnología y la metodología experimental han estado disponibles para estudiar estos procesos en los desórdenes del talante.

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- Factores genéticos
- Factores químicos: alteraciones de neurotransmisores
- Factores psicosociales como: experiencias adversas en la infancia: dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.

En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica. 25 A lo largo de la vida se cruzan por diversas situaciones que predisponen a sufrir síntomas depresivos. 25 FIG 3.

### Desordenes del Estado de Animo en Ciclo de la Vida

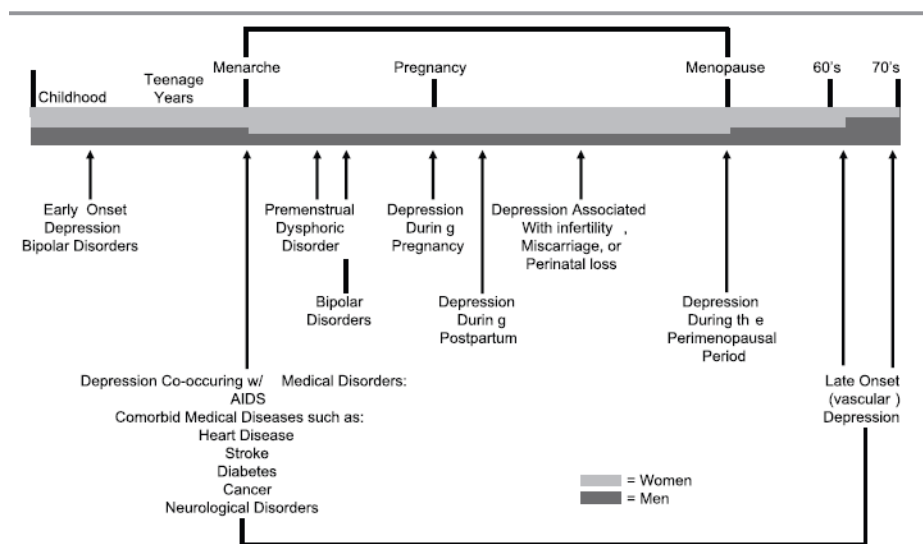


FIGURA 3

Fuente: Psiquiatría Emory Universidad, Atlanta, Georgia

### **2.3.3.1 Factores genéticos**

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21. Sin embargo, la transmisión genética de la vulnerabilidad a los trastornos psiquiátricos mayores, incluida depresión, claramente no sigue las simples leyes de Mendel de la herencia. En consecuencia, los investigadores han sugerido que los trastornos psiquiátricos podrían seguir un modo poligénico de herencia de la vulnerabilidad y/o involucrar influencias ambientales mayores.<sup>22</sup>

En un estudio reciente se hicieron pruebas para ver por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas pero no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión.

Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo

alelo. Ese estudio epidemiológico provee la evidencia de la interacción genético- ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo.

### **2.3.3.2 Alteraciones de neurotransmisores**

Existe evidencia que niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.<sup>22</sup>

#### **Serotonina**

La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno núcleo del rafé, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral.

La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica.

El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. Ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina

### **Noradrenalina**

El *Locus coeruleus* (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El *Locus coeruleus*, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir.<sup>8</sup> Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar. La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis. El aminoácido

tirosina es el precursor indispensable para la síntesis de la NA. La tirosina es primero convertida a dopa (dihidroxifenilalanina) por la tirosina-hidroxilasa. La dopa es convertida a noradrenalina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa. 22

## **Dopamina**

La dopamina es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas en la *pars compacta* del *Locus níger*, y en neuronas de la parte ventral del tegmento mesencefálico; de aquí se origina la vía que existe entre la *substantia nigra* y el cuerpo estriado (*vía nigroestriada*), la vía que va del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el *nucleus accumbens* del sistema límbico y a la corteza prefrontal (*vía mesolímbico-cortical*).<sup>7</sup> Una tercera vía dopaminérgica se origina de neuronas del túber de la hipófisis a la adenohipófisis (*vía tuberohipofisaria*), aunque esta última solamente participa en la síntesis de prolactina. La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina. La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz. Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para un funcionamiento normal del cerebro; por esta razón dicha neurotransmisores han sido el centro de estudios neurocientíficos

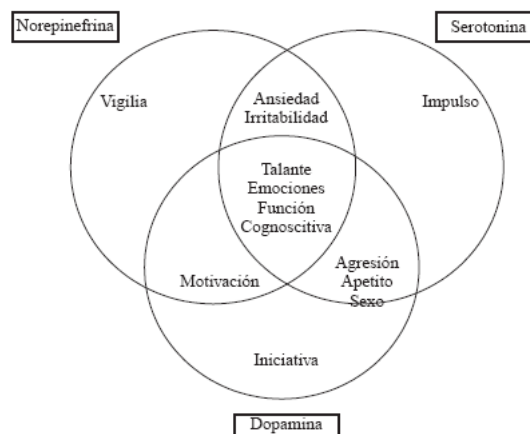
durante muchos años. La figura 2 ilustra la interacción de los tres neurotransmisores en la fisiopatología de la depresión. Es tan importante la interacción de estos tres neurotransmisores que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la “hipótesis de las monoaminas en la depresión”, que se ha utilizado para explicar los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). En su forma original la hipótesis propuso que la depresión era causada por un déficit funcional de las monoaminas, noradrenalina y serotonina en sitios claves del cerebro, mientras que la manía era causada por el exceso funcional de éstas; y que los agentes antidepresivos ejercían su efecto facilitando la neurotransmisión monoaminérgica por medio del incremento de los niveles de las monoaminas en las terminales sinápticas.<sup>22</sup>

Se ha demostrado que el tabaquismo crónico inhibe la monoamino-oxidasa B, la enzima que participa en la degradación de la dopamina y de la monoamino-oxidasa A. Esta acción explica en parte la acción antidepresiva de la nicotina. Estudios clínicos y de laboratorio indican la participación de los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) en varias funciones cerebrales complejas como la memoria, atención y procesos cognoscitivos, pero también en la patogénesis de varias aflicciones neuropsiquiátricas como las enfermedades de Parkinson y Alzheimer.

Éstas se caracterizan por la disminución de la densidad de nAChRs, o como en la epilepsia autosómica dominante nocturna del lóbulo frontal y posiblemente en la esquizofrenia, las cuales parecen ser producidas por

alteraciones genéticas que afectan las funciones de los nAChRs. Estudios realizados indican que el tabaquismo podría representar una forma de automedicación en enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, el desorden de déficit de atención e hiperactividad así como en la depresión.<sup>22</sup>

### Neurotransmisores y su papel en la sicopatología de la depresión



**FIGURA 4**

Fuente: Guadarrama L., Rev Fac Med (Mex) 2006

Es tan importante la interacción de estos tres neurotransmisores que desde hace 50 años existe lo que se ha llamado la “hipótesis de las monoaminas en la depresión”, que se ha utilizado para explicar los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO). **FIG 4**

Se ha demostrado que el tabaquismo crónico inhibe la monoamino-oxidasa B, la enzima que participa en la degradación de la dopamina y de la monoamino-oxidasa A. Esta acción explica en parte la acción antidepresiva de la nicotina. La nicotina ha sido usada con éxito ya sea como un tratamiento único o complementario en las enfermedades antes mencionadas. El uso terapéutico de la nicotina está severamente limitado por sus efectos colaterales carcinogénicos y cardiovasculares. Esta inconveniencia está próxima a superarse con la síntesis de agonistas selectivos de los nAChRs.<sup>22</sup>

#### **2.3.4 NEUROANATOMIA DE LA DEPRESION**

Se ha propuesto un modelo neuroanatómico que comprende la corteza prefrontal, el complejo amígdala-hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las abundantes conexiones entre esas estructuras. Se piensa que los dos principales circuitos neuroanatómicos involucrados en la regulación del talante son: el circuito límbico-talámico-cortical, que incluye la amígdala, los núcleos dorsomediales del tálamo, y la corteza prefrontal tanto la medial como la ventrolateral; así como el circuito límbico-estriado-pálido-talámico-cortical. Las alteraciones del talante podrían ser el resultado de disfunción o anomalías en diferentes partes de esos circuitos que podrían ser el inicio de trastornos del talante, o conferir cierta vulnerabilidad biológica, que en combinación con factores ambientales, tenga como consecuencia alguno de estos desórdenes.<sup>22</sup>

Se han reportado anormalidades estructurales en ganglios basales, lóbulo frontal, lóbulo temporal y cerebelo, en estudios controlados hechos en pacientes con desórdenes del talante, que sugieren atrofia regional. El patrón de anormalidades es distinto en los trastornos unipolar y bipolar, los pacientes con problemas unipolares presentan el lóbulo frontal y ganglios basales más pequeños y los pacientes bipolares muestran anormalidades en el lóbulo temporal.

#### **2.3.4.1 Anormalidades generales del cerebro**

La mayoría de los estudios en pacientes con depresión unipolar o bipolar no encontraron anormalidades en el flujo sanguíneo cerebral global bajo condiciones de reposo. Parece haber una reducción global en el flujo sanguíneo en ancianos deprimidos, que podría ser el resultado de enfermedad vascular subyacente e irreversible.

En conclusión, existen hallazgos conflictivos acerca de los cambios funcionales globales en el cerebro, pero la mayoría de los estudios no apoyan la presencia de anomalías en el flujo sanguíneo cerebral o del metabolismo en los trastornos del talante. 22

#### **Fisiología y anatomía del Eje HPA.**

La estructura del CRF fue dilucidada hace veinte años, y este descubrimiento ha contribuido significativamente a nuestra comprensión de la

respuesta al estrés y de la regulación del eje HPA. En el hipotálamo, el CRF es secretado por neuronas del núcleo paraventricular, y luego transportado vía circulación portal hipotálamo-pituitaria a la hipófisis anterior, donde estimula la secreción de hormona adrenocorticotrofina (ACTH). 23

La ACTH entra entonces a la circulación periférica y estimula la secreción de glucocorticoides por la corteza adrenal: cortisol en los primates y corticosterona en la mayoría de los roedores. Los glucocorticoides, a su turno, generan una retroalimentación negativa sobre la hipófisis anterior, el hipotálamo y el hipocampo, a través de receptores glucocorticoides, lo cual normalmente mantiene los niveles de cortisol dentro del rango esperado. **FIG**

5. 23

### FUNCIONES DEL SISTEMA CRF

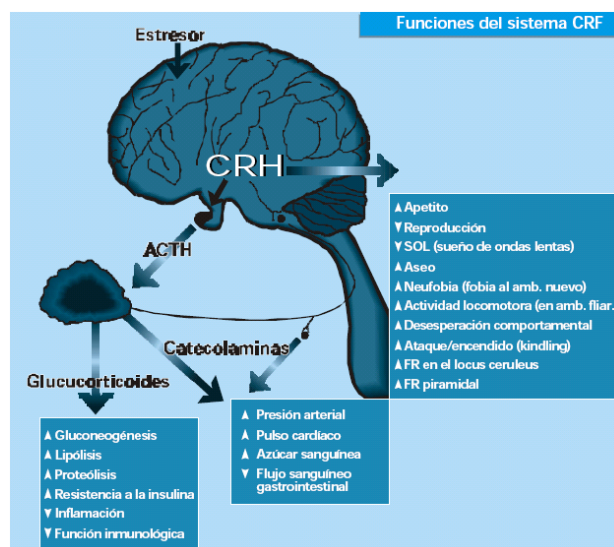


FIGURA 5

### **Funciones del cortisol.**

El cortisol tiene múltiples acciones, destacándose que incrementa la respuesta fisiológica al estrés. Bajo variadas condiciones estresantes, incluyendo ejercicio, trauma, ansiedad y depresión, los niveles de cortisol se elevan, llevando a una cadena de eventos que en última instancia proveen de inmediata energía al organismo, y mantienen al individuo alerta a través de la estimulación del sistema adrenérgico (la típica reacción de huida o “respuesta de pelea-o-huida”). Sin embargo, cuando el cortisol es hipersecretado en forma crónica, pueden producirse secuelas fisiológicas deletéreas, tales como incremento de la presión arterial, diabetes, aterosclerosis, supresión inmunológica, resorción ósea (osteoporosis), y atrofia muscular.<sup>23</sup>

### **El sistema CRF extrahipotalámico.**

Adicionalmente a su localización en el hipotálamo, el CRF y su ARN mensajero (ARNm) se han hallado heterogéneamente distribuidos en el SNC. Estos sitios extrahipotalámicos incluyen primariamente la corteza cerebral, el núcleo central de la amígdala (CeA) y el tronco encefálico. Las neuronas de CRF, a su vez, se proyectan sobre diferentes regiones cerebrales. A destacar, las neuronas de CRF de la amígdala se proyectan al núcleo paraventricular del hipotálamo, así como a varios núcleos del tronco encefálico. Este último grupo incluye el locus ceruleus, el núcleo parabraquial y los núcleos del rafe. El locus ceruleus y los núcleos del rafe constituyen los

sitios más importantes de origen de neuronas noradrenérgicas y serotoninérgicas, respectivamente, que se proyectan al cerebro anterior. Esta distribución diseminada de las neuronas de CRF en el SNC, ha llevado a los investigadores a volver a incursionar en la neurobiología de la respuesta al estrés. En estudios animales, la inyección directa de CRF en el SNC induce las alteraciones fisiológicas y comportamentales típicas que se asemejan fuertemente a la respuesta al estrés. Estas alteraciones incluyen la activación del sistema nervioso autónomo, cambios endocrinos secundarios al cortisol elevado, y disturbios comportamentales similares a los síntomas depresivos y de ansiedad. Por lo tanto, en respuesta al estrés agudo, el CRF parece mediar la respuesta endócrina a través del eje HPA; las reacciones emocionales a través de las neuronas de la amígdala; las respuestas cognitivas y comportamentales a través de las neuronas de CRF corticales; y la respuesta autonómica a través de las proyecciones amigdalinas a los núcleos del tronco encefálico, principalmente el locus ceruleus. Así, “el CRF parece funcionar no sólo como un factor liberador, sino también como un neurotransmisor que funciona como un mediador primario del SNC de las respuestas endócrina, autonómica, inmunológica y comportamental al estrés”. 23

### **Alteraciones en el sistema SNC-CRF debidas a trauma temprano.**

Varios estudios han confirmado los hallazgos de que el trauma temprano en la vida lleva a cambios persistentes en el sistema SNC-CRF, a saber, a un estado de supersensibilidad. En estudios de roedores, la separación materna

temprana causó cambios significativos en el sistema CRF, que persistieron hacia la adultez. Estos incluyeron un incremento en el número de neuronas de CRF a través del SNC, e hiperactividad del eje HPA, tanto basal como en respuesta al estrés en la rata adulta. Un estudio clínico sobresaliente fue recientemente conducido para medir la respuesta al estrés de mujeres adultas sobrevivientes de abuso infantil, con y sin DM, comparada con las de control sanas sin tal historia. Bajo exposición a estrés psicosocial estandarizado de laboratorio, las mujeres con historia de abuso infantil, con y sin DM en curso, tuvieron respuestas de ACTH significativamente mayores que las que no habían sufrido abuso infantil. Más aun, las mujeres con historia de abuso infantil demostraban respuestas de frecuencia cardíaca al test de estrés más elevadas y más persistentes, comparadas con sujetos control. Estos hallazgos sugieren que las mujeres con abuso infantil, sexual y/o físico, tienen un sistema de respuesta al estrés persistentemente hipersensible. Las mujeres abusadas con DM en curso también exhibieron incremento en los niveles de cortisol en respuesta al estrés, comparadas con sujetos control y con mujeres abusadas sin DM. Existió una correlación positiva entre las respuestas de ACTH y cortisol al estrés, la magnitud del abuso, y la severidad de la DM. Significativamente, las mujeres que fueron víctimas de abuso, pero que no tenían DM en curso, demostraron un incremento de las respuestas de ACTH con respuestas de cortisol normales a descendidas tras la administración intravenosa de CRF. En contraste, las mujeres que fueron víctimas de abuso, con DM en curso, exhibieron respuestas aplanadas de ACTH, que probablemente se debieran a sobre-

exposición crónica de la hipófisis al CRF, lo que posiblemente lleva a una regulación hacia abajo de los receptores de CRF en la hipófisis. Cambios en el hipocampo relacionados con el estrés El hipocampo es un componente del sistema límbico localizado en el lóbulo temporal medial, y se piensa que está involucrado en los trastornos del humor. La disfunción del hipocampo probablemente subyace a alguno de los síntomas vegetativos y los déficit cognitivos que se observan comúnmente en pacientes deprimidos. 23

### **Neurotoxicidad**

Se ha postulado que el trauma temprano produce neurotoxicidad en el hipocampo, lo que lleva a pérdida neuronal. La pérdida neuronal hipocámpica se ha reportado en roedores y en primates no humanos criados en condiciones de deprivación, comparados con sus pares normalmente criados. Asimismo, la administración directa de glucocorticoides a dosis que se aproximaban a los niveles inducidos por estrés, resultó en similar atrofia neuronal en el hipocampo, aunque otros investigadores encontraron resultados discrepantes. A destacar, estudios clínicos han sugerido una reducción en el volumen del hipocampo en adultos con historia de abuso infantil y en aquellos con depresión.<sup>23</sup>

### **Neurogénesis disminuida.**

El estrés temprano no sólo lleva a neurotoxicidad mediada por corticoides, sino también a un decremento en la producción neuronal o “neurogénesis disminuida”. Contrariamente a lo que se creía, la neurogénesis es un proceso

que continúa a lo largo de toda la vida de los roedores, primates no humanos, y quizás humanos. 23

### **Cambios en el sistema noradrenérgico**

Dentro del SNC, los cuerpos de las células nerviosas que contienen NE están localizados principalmente en el locus ceruleus del tronco cerebral. Estas neuronas se proyectan ampliamente a la corteza, áreas subcorticales y médula espinal. Como ya fue visto, las neuronas amigdalinas de CRF se proyectan al locus ceruleus; consecuentemente, se podría esperar que el locus ceruleus fuera influido por alteraciones en el sistema CRF, tales como cambios producidos por trauma temprano. Por cierto, el trauma temprano parece tornar hipersensible al sistema noradrenérgico. Los monos adultos deprivados en el período neonatal, exhiben una hiperactivación del locus ceruleus, que persiste por meses luego del evento adverso temprano. Adicionalmente, la administración de yohimbina un antagonista del receptor alfa2 adrenérgico que actúa presinápticamente para incrementar la liberación de NE produjo disturbios comportamentales similares a la ansiedad en monos adultos con trauma vital temprano, pero no en monos normalmente criados. Este hallazgo sugiere que el locus ceruleus estaba hipersensible a los efectos de la yohimbina en estos monos deprivados en el período neonatal. Hay claras conexiones entre los sistemas del CRF y del locus ceruleus: ambos se vuelven hiperactivos luego de un trauma vital temprano. Se activan mutuamente entre ellos, porque la administración de yohimbina

incrementa las concentraciones de CRF en el LCR en humanos, comparada con la administración de naloxona o placebo.

### **2.3.5 PATOLOGIA NEUROENDOCRINA DE LA DEPRESION**

El sistema neuroendócrino consiste de varios ejes hipotálamo-pituitario-glándula endócrina blanco. El hipotálamo segrega péptidos a los que se denomina hormonas liberadoras u hormonas liberadorasinhibitorias (tales como CRF y somatostatina, respectivamente). Estos factores, a su vez, estimulan o inhiben la secreción hipofisaria de otros péptidos (como ACTH y hormona de crecimiento), que se liberan a la circulación periférica para afectar las glándulas endócrinas periféricas (como la corteza adrenal).

Existen tres sistemas neuroendócrinos principales que se han encontrado significativamente alterados en la depresión: el eje HPA, el eje hipotálamo-pituitario-tiroideo (HPT) y la hormona de crecimiento (GH).<sup>23</sup>

#### **Sistema CRF-Eje HPA y depresión**

La hiperactividad del eje HPA es uno de los hallazgos mejor replicados en la neurobiología de la depresión. Como se mencionó, las neuronas de CRF están presentes en el hipotálamo (núcleo paraventricular) y en regiones extrahipotálamicas, exhibiéndose alteraciones en ambas localizaciones en pacientes deprimidos.

La investigación sugiere que la perturbación hipotalámica primaria en el eje HPA en la depresión podría consistir en un incremento en el número de neuronas que contienen CRF y ARNm de CRF en el núcleo paraventricular, lo que lleva a la hipersecreción de CRF hipotalámico.

Presumiblemente, la síntesis y secreción incrementada de CRF conducen a una cadena de eventos, comenzando por un agrandamiento de la hipófisis con incremento en la secreción de ACTH, llevando a un agrandamiento de la corteza adrenal, con incremento de los niveles de cortisol basal.

Se postula que la hipercortisolemia resulta en alteraciones en los receptores glucocorticoides, los que se tornan menos funcionantes, o regulados hacia abajo, o “resistentes a los glucocorticoides”, en algunos pacientes deprimidos. Sin embargo, los investigadores también han hipotetizado que la resistencia a los glucocorticoides podría ser un defecto primario en la depresión, conduciendo a hipercortisolemia secundaria a la ausencia de inhibición por retroalimentación de los glucocorticoides sobre la hipófisis y el hipotálamo.

El 50% de los pacientes deprimidos exhibe no-supresión de la secreción de cortisol luego de la administración del test de supresión con dexametasona (DST). Se cree que la dexametasona, un glucocorticoide sintético, se liga a los receptores glucocorticoides localizados en la hipófisis anterior, reduciendo así la secreción de ACTH y, en última instancia, la producción de cortisol.

El hipocampo normalmente exhibe un efecto inhibitorio sobre el eje HPA. Sin embargo, cuando los receptores de glucocorticoides están alterados secundariamente a la hipercortisolemia, este efecto inhibitorio puede afectarse y llevar a un efecto estimulador anterógrado sobre el eje HPA y, en última instancia, a una secreción persistente de cortisol. 24

### **Sistema CRF extrahipotalámico**

Existe considerable evidencia de que la depresión, al menos en algunos pacientes, se asocia con hiperactividad de neuronas de CRF extrahipotalámicas.

Esta hipótesis se sustenta por:

1. Elevadas concentraciones de CRF en el LCR (que refleja CRF extrahipotalámico) en algunos pacientes deprimidos, comparados con sujetos controles sanos, pacientes con esquizofrenia, y pacientes con demencia Senil.
2. Regulación hacia abajo de los receptores postsinápticos de CRF corticales frontales en víctimas de suicidio deprimidas.
3. Comportamiento similar al de la depresión/ ansiedad luego de la administración de CRF directamente en los ventrículos cerebrales y/o sitios específicos del SNC 23

## **Eje HPT y depresión**

Como el CRF, la hormona liberadora de tirotropina (TRH) se encuentra heterogéneamente distribuida a través del SNC. Los pacientes deprimidos exhiben varias alteraciones en el eje HPT. Estas incluyen las siguientes:

1. Existe un aplanamiento en el ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, con ausencia del pico nocturno normal de secreción de hormona tiroideo-estimulante (TSH).
2. Algunos pacientes deprimidos muestran elevadas concentraciones de TRH en el LCR.
3. Esta hipersecreción de TRH puede llevar a una regulación hacia abajo de los receptores de TRH de las células tirotróficas de la hipófisis anterior, lo que explica la ampliamente documentada respuesta aplanada de la TSH a la TRH exógena. Sin embargo, esta respuesta aplanada de TCH es, de alguna manera, no específica del punto de vista diagnóstico, porque es observada a menudo también en pacientes maníacos y alcohólicos.

Finalmente, la administración directa de TRH en el LCR por inyección intratecal puede resultar en una respuesta antidepresiva aguda. Esto sugiere que los niveles elevados de TRH en el LCR en pacientes deprimidos puede representar una reacción compensadora más que un efecto causal en el estado depresivo. 23

### **Hormona de crecimiento y depresión**

La hormona de crecimiento (GH) se segrega por la hipófisis anterior y juega un papel central para estimular el crecimiento somático; su secreción es respuesta al estrés. La secreción de GH está bajo el control de dos péptidos hipotalámicos: la hormona liberadora de hormona de crecimiento (GHRH) (estimuladora) y la somatostatina (inhibitoria). Los pacientes deprimidos demuestran un aplanamiento del ritmo diurno de secreción de GH, especialmente el pico nocturno. Este aplanamiento puede ser debido al sueño interrumpido que acompaña a la depresión. Una respuesta aplanada de GH a estímulos provocadores, tales como el uso de clonidina, el estrés y la hipoglicemia también han sido notados en pacientes deprimidos.<sup>23</sup>

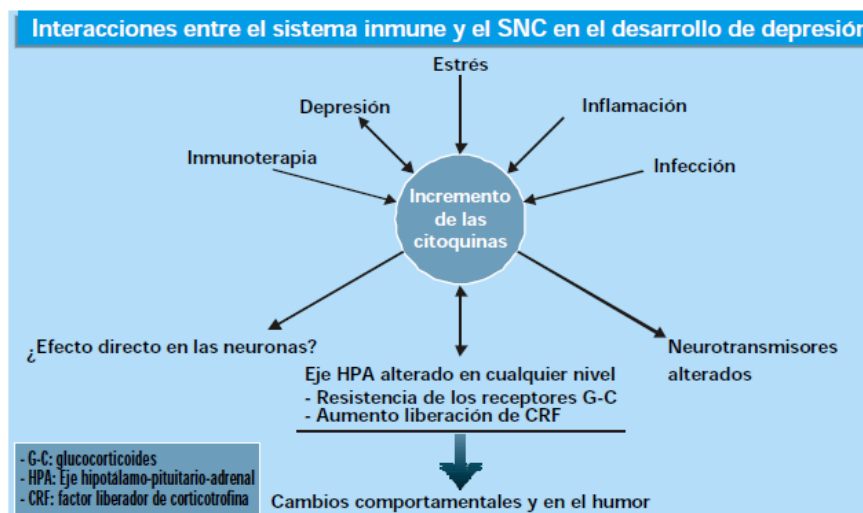
### **2.3.6 EFECTO DE SISTEMA INMUNE EN LA DEPRESIÓN**

Paralelamente al efecto de los trastornos psiquiátricos y el estrés sobre el sistema inmune, los mediadores inmunes parecen contribuir a la fisiopatología de enfermedades neuropsiquiátricas como depresión, delirium, demencia y esquizofrenia.

El sistema inmune consiste de células inmunes (como las células T, células B) así como astrocitos y microglía (en el SNC). Varios factores gatillan la activación de estas células inmunes, lo que conduce, en última instancia, a la liberación de sustancias denominadas mediadores inmunes. Los mediadores inmunes consisten primariamente de citoquinas, tales como interleuquinas

(ILs), interferones (IFNs) y factor de necrosis tumoral (TNF). Otras sustancias, incluyendo óxido nítrico, prostaglandinas y aminoácidos excitatorios, también juegan un rol en la inmunomediación y la neurotransmisión.

Se cree que la presencia de un patógeno, de estrés, o inflamación no inducida por patógenos (por ejemplo, enfermedad autoinmune, reacción alérgica, inflamación postisquémica del tejido cerebral) conduce a la producción de citoquinas. 23 **FIG 6**



**FIGURA 6**

Fuente: Revista de Psiquiatría del Uruguay| 2000

Primero, las citoquinas pueden activar el eje HPA, ya sea directamente a través de sus efectos sobre el CRF, o indirectamente a través de resistencia de los receptores a los glucocorticoides, inducida por citoquinas, lo que puede llevar a hiperactividad del eje HPA, afectando su inhibición por retroalimentación.

Segundo, las citoquinas proinflamatorias pueden alterar los neurotransmisores monoaminas en múltiples regiones del cerebro.

Por ejemplo, la respuesta de fase aguda, caracterizada por elevación de IL-6 y de las proteínas de fase aguda, puede contribuir a reducir la disponibilidad de L-triptófano, lo que se sabe que conduce a disminución de la disponibilidad de serotonina en el SNC.

Finalmente, los receptores de citoquinas se expresan en neuronas a través de todo el SNC, lo que genera la posibilidad de que las citoquinas funcionen como neurotransmisores y así ejerzan sus efectos directos sobre el SNC

### 2.3.7 TEORIAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

Teoría		Trastorno primario	Factor precipitante	Características principales
Psicoanalítica	Freud	Fijación del desarrollo durante la etapa oral.	Pérdida real, amenazada o percibida.	El mantenimiento de la autoestima necesita de un apoyo tranquilizador y constante; la disrupción lleva a una pérdida de la autoestima y a la depresión.
Conductual	Lewinsohn	Ausencia de habilidades sociales.	Disminución del refuerzo positivo contingente a la respuesta (RPCR).	La reducción del RPCR produce la disforia; la depresión clínica es el resultado de una ganancia secundaria.
Cognitiva/ conductual	Beck	Actitudes disfuncionales.	Factor ambiental precipitante.	La activación de los esquemas depresogénicos activa todos los otros síntomas de la depresión.
Indefensión aprendida	Seligman	Estilo atribucional disfuncional.	Sucesos negativos.	Interpretación interna, estable y global de la causa de los sucesos negativos para creer que las acciones futuras no tendrán un efecto sobre el pronóstico.

TABLA 1

Fuente: American Psychiatric Press Textbook 1988

Aquí se describen las teorías psicológicas más conocidas sobre la depresión.<sup>26</sup>

### **Teoría Psicodinámica**

Fue la escuela dominante de pensamiento dentro de la psiquiatría y gran parte de la psicología clínica en la primera parte del siglo 20, al menos en lo que respecta a las ideas acerca de cómo la psicoterapia debe llevarse a cabo.

Los primeros enfoques psicodinámicos se centraron en la interrelación de la mente (o psiquis) y las fuerzas mentales, emocionales o de motivación dentro de la mente que interactúan para dar forma a una personalidad.

Sigmund Freud, a quien se atribuye la invención de la teoría psicodinámica y el psicoanálisis, sugiere que la mente inconsciente se divide en varias partes, incluyendo la identificación irracional e impulsiva (una representación de los deseos de los animales primaria), el juicio Super-ego (una representación de las reglas y normas de la sociedad dentro de la mente), y el yo racional (que sirve como un intento de salvar las otras dos partes).

De acuerdo con Freud, las partes conscientes e inconscientes de la mente pueden entrar en conflicto entre sí, produciendo un fenómeno llamado la represión (un estado en el que no son conscientes de tener ciertos deseos inquietantes, pero que influyen negativamente en la misma. 26

En general, las teorías psicodinámicas sugieren que una persona con éxito debe resolver los conflictos tempranos de desarrollo (por ejemplo, ganar la confianza, el afecto, el éxito de las relaciones interpersonales, el dominio de las funciones del cuerpo, etc.) a fin de superar la represión y lograr la salud mental. La enfermedad mental, por el contrario, es un fracaso para resolver estos conflictos.

Hay múltiples explicaciones que se incluyen en la psicodinámica "paraguas" que explican por qué una persona desarrolla síntomas de depresión. Los psicoanalistas históricamente creen que la depresión fue causada por la ira convertida en odio a sí mismo ("la ira hacia adentro").

La teoría psicodinámica se ha desarrollado una buena cantidad más de su larga historia, y muchas variaciones de la teoría original están disponibles hoy. Una rama popular de la teoría psicodinámica moderna, conocida como teoría de las relaciones de objetos, se refiere a cómo las personas entienden y mentalmente representar a sus relaciones con los demás. Los "objetos" en el objeto teoría de las relaciones son representaciones de personas (como otras personas con experiencia, representados y recordados por la persona que realiza la objetivación). De acuerdo con objeto de teoría de las relaciones, estados de ánimo de las personas y las emociones (y muchos otros aspectos de su personalidad) sólo puede ser adecuadamente entendida en el contexto de las relaciones de las personas que han experimentado. 26

De acuerdo con la teoría de las relaciones de objeto, la depresión es causada por los problemas que tienen en el desarrollo de las representaciones de las relaciones sanas. La depresión es una consecuencia de una lucha constante que las personas deprimidas sufren con el fin de tratar de mantener el contacto emocional con los objetos deseados. Hay dos formas básicas que este proceso puede jugar de salida: el patrón anaclítico, y el patrón introyectivo.

Depresión anaclítica implica una persona que se siente dependiente de las relaciones con los demás y que, esencialmente, se lamenta por la pérdida de esas relaciones. La depresión anaclítica es causada por la interrupción de una relación de cuidado con un objeto primario y se caracteriza por sentimientos de impotencia y debilidad. Una persona con depresión anaclítica experimenta intensos temores de abandono y lucha desesperadamente por mantener el contacto físico directo con el objeto necesidad gratificante. 26

La depresión se produce cuando una persona siente que no han podido cumplir con sus propias normas y que por lo tanto son fracasos. Esta surge de una dura e implacable, el superyó muy crítico que crea sentimientos de inutilidad, culpa y la sensación de haber fracasado. Una persona con depresión experimenta intensos temores de perder la aprobación, reconocimiento y amor de un objeto deseado.

## **Teoría Cognitiva de Aaron Beck de la depresión**

Diversos teóricos cognitivo-conductual han desarrollado su propio y único giro en el camino del pensamiento cognitivo. Según el Dr. Aaron Beck, los pensamientos negativos, generados por las creencias disfuncionales suelen ser la principal causa de los síntomas depresivos. Una relación directa se produce entre la cantidad y gravedad de los pensamientos negativos de alguien y la severidad de sus síntomas depresivos.

Beck también afirma que hay tres temas principales creencias disfuncionales (o "esquemas") que dominan las personas deprimidas: 1) Soy defectuosa o insuficiente, 2) Todos mis resultados son derrotas o fracasos, y 3) El futuro no tiene esperanza. En conjunto, estos tres temas se describen como la negativa tríada cognitiva. Cuando estas creencias están presentes en el conocimiento de alguien, la depresión es muy probable que se produzca (si no se hubiese producido). 26

Más allá del contenido negativo de los pensamientos disfuncionales, estas creencias también se puede deformar. Beck afirma que las personas deprimidas prestan atención selectiva a los aspectos de su entorno que confirman lo que ya saben y lo hacen incluso cuando la evidencia de lo contrario se encuentra justo enfrente de sus narices. Esta falta de atención adecuada que se conoce como tratamiento de la información defectuosa.

Fallas particulares de procesamiento de la información son muy características de la mente deprimida. Ellos tienden a magnificar la

importancia y el significado puesto en los acontecimientos negativos, y reducir al mínimo la importancia y significado de los acontecimientos positivos. 26

### **2.3.8 CLASIFICACION DE TRASTORNOS DEPRESIVOS**

Se incluye dentro de trastornos del estado de ánimo

#### Trastornos del estado del ánimo

##### Criterios Para El Episodio Depresivo Mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. 27

#### Criterios para el diagnóstico de F32

##### Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2)

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. 27

### Criterios para el diagnóstico de F33

#### Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias

o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. 27

### Criterios para el diagnóstico de F34.1

#### Trastorno distímico (300.4)

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad. 27

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico): Con síntomas atípicos

## **2.4 ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL AMBIENTE LABORAL**

La relación entre las condiciones laborales y los desordenes psiquiátricos asociados al cuidado de la salud y la baja productividad no esta totalmente dilucidado. Existen datos en un estudio realizado en Nueva Zelanda, bastante interesantes, si es que el estrés en el trabajo puede provocar o inducir a trabajadores de distintas áreas a padecer ansiedad o depresión, se incluyeron cerca de 406 mujeres y 485 hombres

Las demandas psicológicas en el área laboral fueron consistentemente asociadas a depresión y/o ansiedad, en comparación a participantes reportados con pocas demandas o exposición con un riesgo relativo (RR) en mujeres 1.90 (95% CI 1.22–2.98), hombres 2.00 (95% CI 1.13–3.56). 14

Los individuos con elevados niveles en demanda de trabajo fueron 1.83 (mujeres) 2.78 (hombres) veces más predispuestos y cumplían criterios de depresión, 2.06 (hombres) 2.76 (mujeres) veces más a cumplir criterios de ansiedad generalizada.

Depresión y la ansiedad tienen una alta comorbilidad, (46% de los casos de depresión también tienen criterios para ansiedad, y 54% de los casos de ansiedad también cumplen criterios para depresión), y los efectos del estrés laboral fueron comparables y estadísticamente significativos en ambos desordenes. 14

Como se comenta anteriormente la depresión tiene múltiples etiologías, una de estas ha sido relacionada, al igual que con la ansiedad, con la influencia que tienen las condiciones laborales sobre la salud mental y física de los trabajadores. Existen características en particular que han sido estudiadas como en lo que respecta a condiciones de trabajo; la demanda, el control y apoyo. La interacción de dos factores como altas demandas de trabajo con un poco control, predice efectos adversos en la salud de los que laboran incluyendo síntomas físicos y psíquicos, como ansiedad y depresión, que a su vez pueden llevar a problemas, enfermedades o adicciones.

El estrés, ansiedad y depresión han sido reconocidos como importantes ya en varios ambientes laborales, sugiriendo que condiciones precarias de trabajo pueden ser precursoras de estrés lo cual contribuye al desarrollo posterior depresión y/o ansiedad.

En Brasil se realizó un estudio sobre las características de síntomas depresivos en los estudiantes de medicina durante su entrenamiento, esto se realizó en 481 médicos estudiantes de los cuales 184 (38.2%) presentaron síntomas depresivos, estando asociado a esto de manera muy directa el estar en etapas más avanzadas de su preparación ( $p < 0.001$ ). Helmerse et al (1997) compara la presencia de síntomas ansiosos y depresivos sobre otras disciplinas de educación superior, y parece que estas tasas aumentan en la transición de la educación médica básica 29

Existen un sin número de estudios que exploran la relación entre la situación laboral, con las patologías antes mencionadas, (Karasek et al.) han demostrado que trabajos con mucha demanda, poco control, y escaso apoyo social, reportan ansiedad, insomnio, nerviosismo, problemas de sueño y cansancio.

Incluso algunas investigaciones, además de relacionar la ansiedad, la depresión y el estrés con el sitio de trabajo, lo hacen con la pobre calidad de vida que llevan las personas que sufren dichos síndromes.

Recientemente se reportó que personas con depresión obviamente presentan bajos puntajes en escalas relacionadas a la Calidad de Vida, con respecto a los no deprimidos.

Además se sabe que una vida con mayor grado de estrés contribuye a presentar una enfermedad depresiva acompañada por una pobre calidad de vida, siendo esta definida como la percepción individual de cada uno en la

vida, en el contexto de cultura, sistema de valores en los cuales se vive en relación con las metas, expectativas, standards.

Se realizó un estudio que fue conducido en hombres trabajadores de una de las plantas más representativas de ensamblaje de automóviles en Malasia. Este estudio fue parte de una investigación para la intervención y manejo de estrés ocupacional. La estimación del tamaño de la muestra se hizo usando un IC 95%, teniendo un tamaño de 728, con una edad media de 27 años, se aplicó el Job "Content Questionnaire", usado para medir las condiciones laborales y consta de tres factores: demanda laboral, control laboral y apoyo social laboral. Se obtuvo que la demanda de trabajo es inversamente relacionada con el apoyo social ( $p < 0.01$ ), salud física ( $p < 0.05$ ), y condiciones ambientales ( $p < 0.01$ ), directamente relacionada con estrés, ansiedad y depresión ( $p < 0.01$ ).

Apoyo social está relacionado directamente con la salud física, estado psicológico y relaciones sociales ( $p < 0.01$ ) e inversamente relacionada con estrés, ansiedad y depresión ( $p < 0.01$ ). El estrés está directamente relacionado con ansiedad y depresión ( $p < 0.001$ ), e inversamente relacionado con salud física, ambiente de trabajo y relaciones sociales ( $p < 0.001$ ).

Ansiedad directamente relacionada con depresión ( $p < 0.001$ ) e inversamente relacionada con salud física ( $p < 0.001$ ), depresión inversamente relacionada al estado psicológico ( $p < 0.001$ ).

Este estudio sugiere relaciones muy significativas entre las demandas de trabajo, el control, el apoyo laboral, con el estrés, ansiedad y depresión, influyendo a su vez sobre la calidad de vida de los trabajadores. 30

Factores laborales como son el apoyo social, juega un papel fundamental sobre la todos los aspectos que permiten tener una calidad de vida adecuada, el estrés la ansiedad y la depresión deben ser tomados en cuenta para mejorar las condiciones de los trabajadores. Cabe recalcar que la depresión representa un peligro para la vida de quien la padece.

Un artículo publicado y realizado en la ciudad de México sobre adicciones, estrés y depresión en médicos residentes, en una muestra de 192, entre otros datos, mediante un análisis estadístico de escalas de depresión y estrés, reportan que los índices de los sujetos con alto nivel de estrés, se encuentra en el 14% de sujetos estudiados y en la escala de depresión 47.5% se identificaron con signos depresivos. 31

Se sabe que el padecimiento de estas alteraciones emocionales, pueden conducir a graves consecuencias entre las que esta el consumo de sustancias como alcohol, drogas, tabaco, además de fármacos, que en el caso del personal de salud, es de fácil adquisición.

Hay que tomar en cuenta además, la Calidad de Vida en el Trabajo (CVT), también afectada por lo antes mencionado. En las organizaciones encargadas del cuidado de salud, la (CVT) se refiere a las debilidades y fortalezas existentes en el ambiente laboral. 31

Las características organizacionales como las políticas y procedimientos, el estilo de liderazgo, operaciones y en general factores contextuales, todos tienen un profundo efecto en como el grupo de trabajo percibe la calidad de vida laboral. Y dicha percepción es sostenida por los empleados quienes juegan un papel esencial en sus decisiones de entrar, quedarse o salir de la organización en la que se trabaja. Estudios demuestran que la baja satisfacción laboral es una de las causas principales que afectan a los trabajadores de la salud, influyendo sobre la calidad de servicio y organización.

Existen una investigación realizada en Canadá en 2002, en 5486 empleados de seis instituciones diferentes en donde se analizó algunos de los predictores para una satisfacción laboral, obteniendo como los más importantes la buena comunicación (OR 1.87, 95% CI), menos frecuente la solicitud de trabajo excesivo (OR, 1.80, 95% CI), buenas decisiones (OR 3.28, 95% CI), satisfacción con el sueldo (OR 1.61, 95% CI), satisfacción con el reconocimiento y contribuciones por parte de la organización (OR 1.57, 95% CI), ser mujeres (OR 2.83, 95% CI), claridad del rol a cumplir (OR 1.73, 95% CI), estar contentos con la información que se le brinda a los empleados (OR 1.35, 95% CI), buen equipo de trabajo (OR 1.45, 95% CI), el tener suficiente tiempo para entregar el trabajo hecho (OR 1.57, 95% CI), buenas relaciones con equipo de trabajo (OR 2.02, 95% CI). 32

Los resultados de esta investigación demuestran que la satisfacción en el trabajo es multidimensional y producto de una evaluación global de el lugar

de trabajo y lo que lo compone. Esto provee una información valiosa acerca de cómo los proveedores de salud aprecian su ambiente laboral, además de arrojar algunos predictores específicos de gran utilidad, para evaluar, planear, y administrar los recursos humanos.<sup>32</sup>

Otra investigación en Canadá entre 2004- 2005, fue realizada a 1999 residentes, la investigación fue llamada Doctores Felices, aquí al igual que algunos estudios mas se revisan factores que influyan sobre su bienestar laboral. Un tercio de los residentes reportaron su vida como reducida además de extremadamente estresante (33%, N = 656), presión sobre el tiempo de trabajo fue el factor mas asociado al estrés (49%, N = 978). La intimidación y hostigamiento fue experimentado por mas de la mitad de todos los residentes (52%, N = 1050), el 18% de residentes reportaron su salud mental como pobre.<sup>33</sup>

Muchos de los residentes tuvieron también una mirada positive a su bienestar, ellos experimentan estresores significativos que representan riesgo para la salud mental y emocional.

Este bienestar que presentan puede deberse a que muchos expresaron presentar apoyo de autoridades y compañeros, observando una vez mas que además de factores psicosociales, el apoyo en el trabajo, y el tipo de ambiente laboral es básico para un desenvolvimiento normal. 33

## **CAPITULO III. MATERIALES Y METODOS**

### **3.1 PROBLEMA**

Los médicos están expuestos diariamente a múltiples estímulos y situaciones que, debido a su profesión suelen involucrar responsabilidades a las que están sujetos y que impiden un desenvolvimiento adecuado de sus actividades tanto profesionales como personales. Se observan aumento de ansiedad, estrés, llevando inclusive a depresión, todo relacionado con las condiciones socio-laborales en las que ejercen la medicina.

Los efectos negativos de los eventos a los que se encuentran expuestos todo el tiempo durante su labor, como son las dificultades con los recursos, conflictos con el rol que desempeñan, sobrecarga de trabajo y responsabilidades, demanda de multiplicidad de tareas, la interrelación con los pacientes, con los familiares, con los compañeros de trabajo además del poco reconocimiento que puede darse en ocasiones frente a la labor que realizan, la responsabilidad que tienen con la vida de las personas con las que tratan es sumamente pesada, ya que trae consigo una demanda y exigencia de resultados que en ocasiones pueden no ser los que se espera.

El conocimiento de una gran cantidad de temas, y patologías que el profesional de la salud tiene, en ocasiones puede resultar en otra carga intelectual y emocional bastante difícil de sobrellevar, en situaciones sobre todo, en las que no se pueden exigir resultados favorables para la vida de la

persona, la impotencia del no tener que hacer, y el sentir la limitación de sus acciones también produce rupturas emocionales fuertes.

Todas estas circunstancias durante el tiempo pueden llegar a ocasionar sentimientos de temor, desesperación y angustia conduciendo a situaciones realmente críticas y que llevan en ocasiones a reacciones negativas, antisociales, perjudicando el desempeño laboral, físico y mental. Si enfocamos también el problema desde el punto de los pacientes que es con quienes trabajan a diario y los cuales también están sujetos a múltiples circunstancias, como son la misma enfermedad, además de problemas sociales varios, que los afectan de manera global, todo esto forma parte de la gente con la cual se trata y a la que se intenta ayudar, en todas las ocasiones, el trabajo del médico no solo se limita a diagnosticar y curar enfermedades, sino a tratar a las personas en todo su contexto, hablando así de la parte física, emocional, social y cultural.

Estos síntomas afectan a los afectos y emociones (agotamiento emocional, odio) a las cogniciones (baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia, sensación de fracaso,) a las actitudes (cinismo, despersonalización), y a las conductas. Existe una sucesión de síntomas en el tiempo, o que algunos síntomas, al hacerse crónicos, se intensifican y degeneran hacia procesos mas graves, como depresión y ansiedad.

Este desgaste o agotamiento que se produce, debido a la atención prolongada e intensa a personas que están en situaciones de necesidad o

dependencia, actualmente conocido como el síndrome de trabajador fundido “BURNOUT”, es la manera de sufrir dolores, angustias, que se ocultan bajo la rutina y la cotidianidad , siendo una enfermedad laboral desconocida como tal, debido a lo cual puede agravarse con mucha frecuencia llevando fácilmente a la depresión, en la mayoría de casos no se da tratamiento médico ni psicológico , tomado como falta de espacio y tiempo para los doctores, cosa en situaciones frustrante, poco estimulante y que al contrario puede empeorar la situación por la que atraviesan.

La Depresión ha sido considerada como un síntoma y una consecuencia del S.B. Dado que los sentimientos de culpa son un síntoma del síndrome y en algunos estudios se ha concluido o sugerido que entre estos sentimientos y la depresión se podría establecer una relación causa efecto. Es más adecuado ubicar los sentimientos de culpa en la categoría de respuestas al estrés laboral crónico, como uno de los síntomas del síndrome, y la depresión como su consecuencia.

La presencia constante de preocupación o tensión, que parecen flotar de un problema a otro, como problemas familiares o de relaciones interpersonales, cuestiones de trabajo, dinero, salud y otros problemas, pueden llevar a que los trabajadores de la salud experimenten ansiedad, llevando hacia miedos desproporcionados con dificultad para controlarlos, afectando la calidad de servicios prestados.

El Síndrome de Burnout es un problema social y de salud pública de primer orden, puesto que es un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional y la calidad de su labor asistencial, aun mas cuando ocurren sentimientos de depresión o ansiedad sumados, lo que conlleva a un incremento de los costes sociales y económicos.

### **3.2 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la frecuencia de ansiedad y depresión en los doctores en los cuales se comprueba Síndrome de Burnout, además de factores socios demográficos que predispongan a padecer dicho síndrome, y que trabajen en el Hospital de Niños Baca Ortiz, de la ciudad de Quito.

### **3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar la existencia de “Síndrome de Burnout” sobre el grupo de médicos residentes que trabajan en dicho Hospital
2. Establecer los factores de riesgo que predisponen a que los médicos que trabajan en dicha institución sufran el “Síndrome del Trabajador Fundido”
3. Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión dentro del grupo de doctores que padezcan del Síndrome de Burnout

4. Conocer el impacto que tiene el agotamiento profesional, sumado a ansiedad o depresión, de los médicos, sobre la calidad de servicio y atención que se le brinda a los pacientes.
5. Identificar los aspectos susceptibles de intervención desde una perspectiva de salud pública

### **3.4 HIPÓTESIS**

La carga laboral y factores sociodemográficos a los que se están expuestos los médicos residentes, los predispone a padecer Burnout, además conduce a graves estados emocionales como, ansiedad y la depresión, afectando a la calidad de vida de los médicos que trabajan en el Hospital de Niños Baca Ortiz.

### **3.5 TIPO DE ESTUDIO**

El presente es un estudio transversal, para determinar la frecuencia de Ansiedad y Depresión en médicos residentes en quienes se compruebe Síndrome de Burnout del Hospital de Niños Baca Ortiz de la ciudad de Quito durante el periodo comprendido entre octubre – noviembre del 2010.

### **3.6 DESCRIPCION DE VARIABLES**

**Edad:** años cumplidos, los médicos jóvenes tienen menor exposición, pero poseen menos preparación en habilidades psicosociales, y

capacidad para abordar grandes demandas psico-afectivas de los pacientes.

**Sexo** : definido como genero, en las mujeres el riesgo de sufrir más desgaste emocional puede ser mayor debido a que a diario además de cumplir con la labor, hay una lucha hasta el día de hoy constante por demostrar sus capacidades.

**Años de trabajo:** El mayor tiempo de permanencia en una cierta área predispone a un agotamiento físico como emocional mucho mas frecuente

**Estado psico-social:** Como el médico lleva su vida fuera del ámbito profesional, situaciones personales múltiples, que puedan sumarse a lo laboral de manera positiva o negativa

**Institución laboral:** El hecho de trabajar en instituciones del estado puede acarrear una mayor demanda o carga laboral, por la cantidad de pacientes, además de la limitación en recursos que en ocasiones ocurre. Las instituciones privadas, demandan mayores responsabilidades y se esta sometido a mayor regulación por parte de autoridades.

**Área de trabajo:** Trabajar con pacientes terminales, o pacientes en estados críticos, hace que las responsabilidades se multipliquen y el desgaste físico - mental sea mayor, además de llevar consigo cargas emocionales mucho más fuertes.

**Residencia General o Posgrado:** aquí influyen la carga de responsabilidades y la realización profesional del individuo

**BURNOUT:** El agotamiento, cansancio, estrés crónico, la falta de gusto por lo que se hace, el desinterés que poco a poco se va dando, llevan fácilmente a situaciones como depresión y ansiedad

**Turnos por semana:** El tipo de horario, influye directamente sobre el desgaste físico, no es lo mismo tener un turno por semana que tener 3 turnos por semana

**Consumo de sustancias:** El consumo de drogas o alcohol pueden predisponer a desbalances emocionales y personales

### 3.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION	Categorización
Edad	Numérico	Promedio	Años
Sexo	Proporción	Catagórico	Masculino Femenino
Pareja estable	Proporción	Catagórico	Si No
Tener Hijos	Proporción	Catagórico	SI NO
Burnout (variable dependiente)	Proporción	Catagórico	Si No
Tiempo de trabajo	Numérico	Promedio	# de años
Área de trabajo	Proporción	Catagórico	Alta complejidad Baja complejidad
Residencia de Posgrado	Proporción	Catagórico	Si No
Residencia General	Proporción	Catagórico	Si No
Actividad externa	Proporción	Catagórico	Si No
Actividad deportiva	Proporción	Catagórico	Si No
Consumo de sustancias	Proporción	Catagórico	Si No
TURNOS A LA SEMANA	Numérico	Promedio	# turnos

**TABLA 2**

Fuente: Autor

Elaboración: Autor

### **3.8 MUESTRA**

La investigación fue realizada tomando en cuenta a todos los médicos residentes, es decir todos aquellos que trabajan en el Hospital Baca Ortiz, en total 129, durante los meses de octubre y noviembre del año 2010,

### **3.9 RECOLECCION DE LA INFORMACION**

La recolección de la información fue realizada mediante la aplicación de una encuesta para determinar ciertas condiciones socio demográficas de la persona encuestada, (**ANEXO I**), en estudios previos. Además se utilizaron tests auto aplicados, como el de Maslach, Zung y GAD 7, a los médicos residentes del Hospital Baca Ortiz, cada una de ellas constaba de un consentimiento informado ( **ANEXO IV**) que contenía toda la información acerca del estudio a realizarse, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- Médicos residentes que trabajen en , Hospital Baca Ortiz
- Acepten participar en el presente estudio

#### **Criterios de exclusión**

- No acepte participar en el estudio

### 3.10 ANALISIS DE DATOS

Para el análisis sobre el padecimiento de Burnout, se utilizó el MBI que consta de 22 preguntas valoradas de 0- 6, cuestionario autoadministrado, constituido por ítems de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes 40. **ANEXO III**

Para poder determinar la presencia de este síndrome se evalúan tres subescalas dentro del mismo que son las siguientes:

- Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

ESCALA	PREGUNTAS DEL MBI
CANSANCIO EMOCIONAL	1,2,3,6,8,13,14,16,20
DESPERSONALIZACION	5,10,11,15,22
REALIZACION PERSONAL	4,7,9,12,17,18,19,21

**TABLA 3**

Fuente: Autor

Elaboración: Autor

- Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. Se

considera el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad, y no como una variable dicotómica

La severidad es directamente proporcional a la puntuación obtenida.

La condición del síndrome de desgaste profesional requiere un elevado cansancio emocional, asociado a una alta despersonalización, o bien, a una baja realización personal, de acuerdo con los puntos de cohorte obtenidos en el desarrollo y la aplicación del instrumento de medición del síndrome.40

#### PUNTAJE SEGÚN LAS SUBESCALAS DEL SINDROME DE BURNOUT

Nivel	Agotamiento emocional	Despersonalización	Baja de realización personal y en el trabajo
Alto	$\geq 27$	$\geq 14$	$< 30$
Medio	17-26	9-13	36-31
Bajo	0-16	0-8	48-37

**TABLA 4**

Fuente: Autor

Elaboración: Autor

## DEPRESION

Se aplico además para valoración de síntomas de depresivos, la escala autoaplicada de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), permite la

cuantificación de síntomas de base empírica, dando peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores. **(ANEXO II)**

Se cuantifica la frecuencia de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El rango de puntuación es de 20 – 80 puntos.

No depresión < 35

Depresión leve 36-51

Depresión moderada 52-67

Depresión grave > 68

## **ANSIEDAD**

En este caso se utilizó la escala que se conoce como **GAD-7** (the *Generalized Anxiety Disorder-7* questions). **(ANEXO II)**

GAD-7 es una válida y eficiente herramienta para valoración de ansiedad y resulta de gran utilidad para la práctica clínica. 34

Consta de 7 preguntas puntuables entre 0 y 3, siendo por tanto las puntuaciones mínima y máxima posibles de 0 y 21 respectivamente.

De igual manera es una escala auto aplicada fácil de entender y responder.

#### **Puntaje para valoración de ansiedad**

<b>Puntos de corte</b>	
0-4	No se aprecia ansiedad
5-9	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
10-14	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
15-21	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

**FIGURA 7**

**FUENTE: Asociación Médica Americana**

**ELABORACION: Autor**

### **3.11 PLAN DE ANALISIS DE DATOS**

El análisis descriptivo de los datos mediante medidas de tendencia (media, mediana, moda), frecuencias y proporciones para variables cualitativas además de desviaciones para aquellas cuantitativas.

Todo el análisis de datos se realizó parámetro por parámetro, la incidencia de ansiedad y depresión en los residentes que padecían del Síndrome de

Burnout, se midió de manera global y también de manera estratificada con los factores socio demográficos investigados.

Se realizaron cruces entre las variables, para poder observar la relación que existía entre las mismas y la aparición o no de ansiedad y depresión en la población descrita anteriormente.

Se utilizó el OR para obtener la relación entre las variables estudiadas en la investigación.

		ANSIEDAD O DEPRESION		
		Casos	Controles	Total
BURNOUT	Expuestos	a	b	a+b
	No expuestos	c	d	c+d
	Total	a+c	b+d	N

**TABLA 5**

Fuente Autor

Elaboración: Autor

Dentro de las pruebas de significancia para estudios controlados, se utilizó en este estudio p de la prueba no paramétrica, Chi Cuadrado y su corrección de Yates que aumento la exigencia de la prueba. En casos en los que los valores eran muy pequeños se utilizo la p de Fisher.

$$\chi^2 = \sum_i \frac{(\text{observada}_i - \text{teórica}_i)^2}{\text{teórica}_i}$$

Toda la información que se recolecto durante la investigación fue ingresada y tabulada mediante el programa Epi-info, donde se realizaron los cálculos epidemiológicos.

### **3.12 ASPECTOS BIÓÉTICOS**

El estudio fue realizado previa autorización y conocimiento de las d autoridades de la institución de salud Hospital de Niños Baca Ortiz, de la ciudad de Quito-Ecuador, además del debido consentimiento de los residentes participantes en la investigación debido a que la información y los datos que se obtuvieron han sido manejados manteniendo la confidencialidad de cada individuo.

## CAPITULO IV. RESULTADOS

### 4.1 TAMAÑO MUESTRAL

El universo que inicialmente se tomó en cuenta para el estudio fue de 129 residentes (entre asistenciales y postgradistas), dato tomado de la oficina de Docencia del Hospital de Niños Baca Ortiz, en el mes de octubre del 2010. Al iniciar las encuestas y recolección de datos, existían 6 residentes que no se encontraban en ese tiempo laborando dentro de la institución, además de 13 personas que no respondieron las encuestas por diferentes motivos y por lo tanto no desearon participar en el estudio. Debido a estas dificultades durante el tiempo en el que se obtuvo la información el universo final se encontró constituido por n= 110 residentes en total, que aceptaron y a quienes se tomó en cuenta para esta investigación.

### 4.2 ANALISIS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

#### DESCRIPCION DE LA POBLACION ESTUDIADA

Los residentes a quienes se encuestó se encontraban en un promedio de edad de 30.6 años, con una mínima edad de 25 y una edad máxima de 48

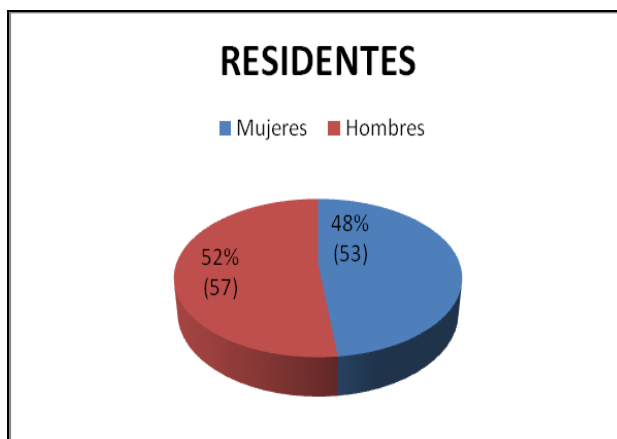
OBSERVADO	TOTAL	PROMEDIO	VARIANZA	Std Dev	
110	3374,0	30,7	13,4	3,7	
MINIMO	25%	MEDIANA	75%	MAXIMO	MODO
25	28	30	32	48	30

TABLA 6

Fuente: Encuestas HBO octubre-noviembre 2010

Elaboración: Autor

De los 110 residentes que se entrevistaron un 48% son mujeres y 52% son hombres.



**GRAFICO 1**

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

Se indagó sobre el tiempo que llevaban laborando dentro de la institución, obteniendo múltiples respuestas, como promedio de tiempo 1.7 años. Yendo desde un mes de residencia hasta 11 años.

### ANALISIS DE VARIABLE TIEMPO DE TRABAJO

OBSERVADO	TOTAL	PROMEDIO	VARIANZA	Std Dev	
110	194.50	1,76	2,88	1,69	
MINIMO	25%	MEDIANA	75%	MAXIMO	MODO
0,10	0.90	1.00	2.00	11.00	1.00

**TABLA 7**

Fuente: Encuestas HBO octubre-noviembre 2010

Elaboración: Autor

De todos los médicos involucrados 54 de ellos son residentes asistenciales y 56 pertenecen a algún postgrado. De los asistenciales todos poseen contrato ocasional, en caso de postgradistas 25 se Autofinancian y 31 se mantienen por medio de Becas.

De todos los residentes 49 de ellos tienen hijos, y 57 tienen una pareja estable, esto fue considerado tomando en cuenta respuestas como, casado o unión libre

Se realizó la entrevista por Áreas de trabajo en el Hospital, observando que la mayoría de residentes están dentro de Clínica y Cirugía, siendo el 29% y 30% respectivamente.

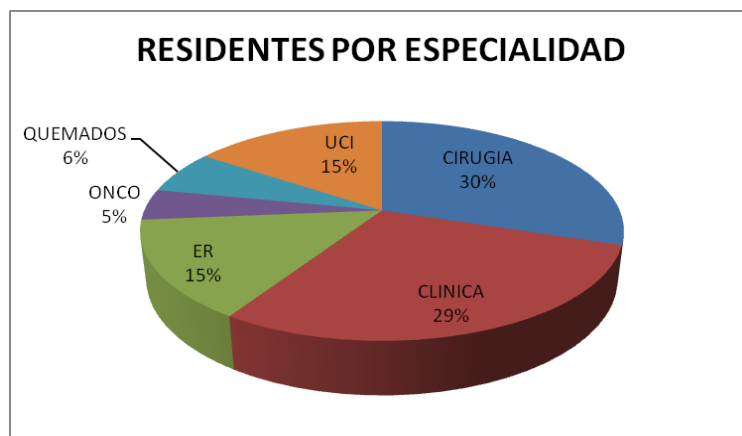


GRAFICO 2

Fuente: Encuestas HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

En el consumo de alcohol, tabaco y drogas, se obtuvo como respuesta, que apenas 10 residentes de todo el universo consumían alguna de estas sustancias,

Actividades extra, 35 de los residentes, pertenecen a grupos o directivas de actividades diferentes, y 64 refieren realizar actividad física.

En lo que respecta a actividades extra, 35 de los residentes, pertenecen a grupos o directivas de actividades diferentes a las médicas, y 64 refieren además realizar actividad física.

De todos los residentes estudiados, de manera global se obtuvo 45% de presencia de Agotamiento profesional

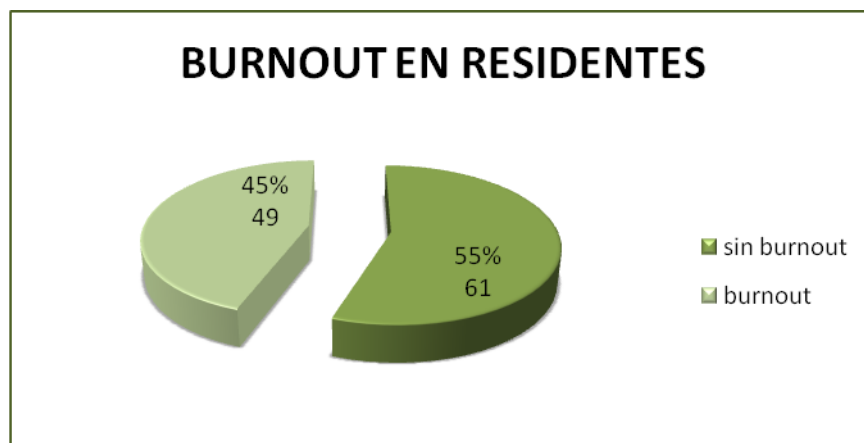


GRAFICO 3

Fuente: Encuestas HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

De los cuales 53% pertenecen a los residentes postgradistas.

## BURNOUT SEGÚN RESIDENTE ASISTENCIAL O POSTGRADO

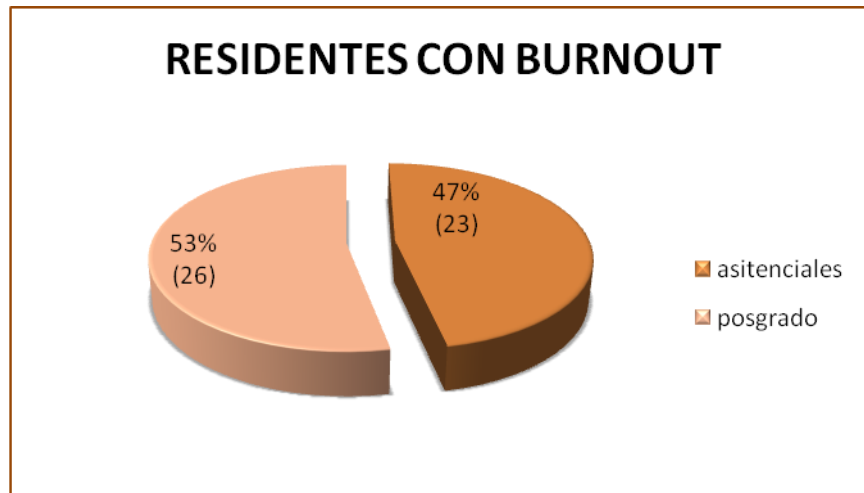


GRAFICO 4

Fuente: Encuestas HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

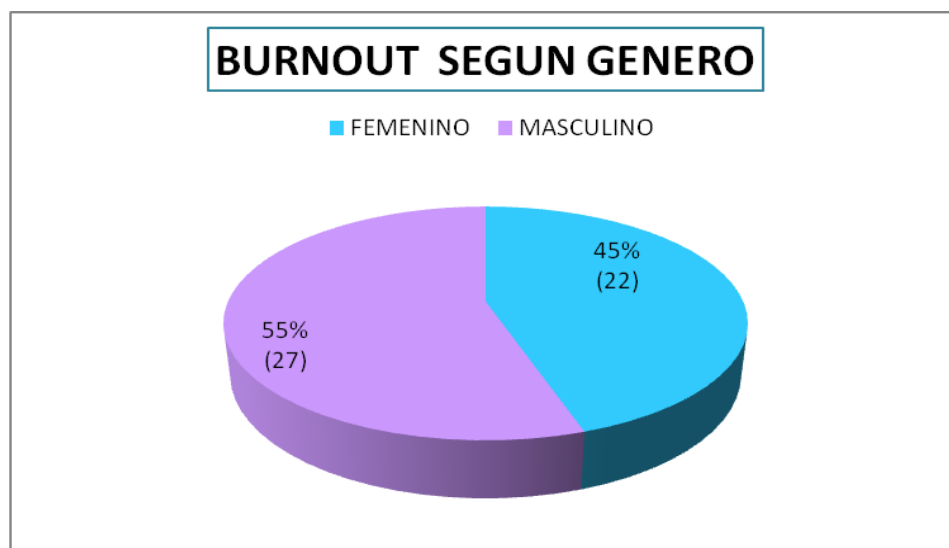


GRAFICO 5

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

Obteniendo un porcentaje mayor de Burnout en hombres con un 55%.

El estudio se realizó en todas las áreas del hospital por especialidad, agrupándolas en Área de Cirugía (33), Clínica (32), Oncología (5), Quemados (7), Emergencia (16), UCI (17)

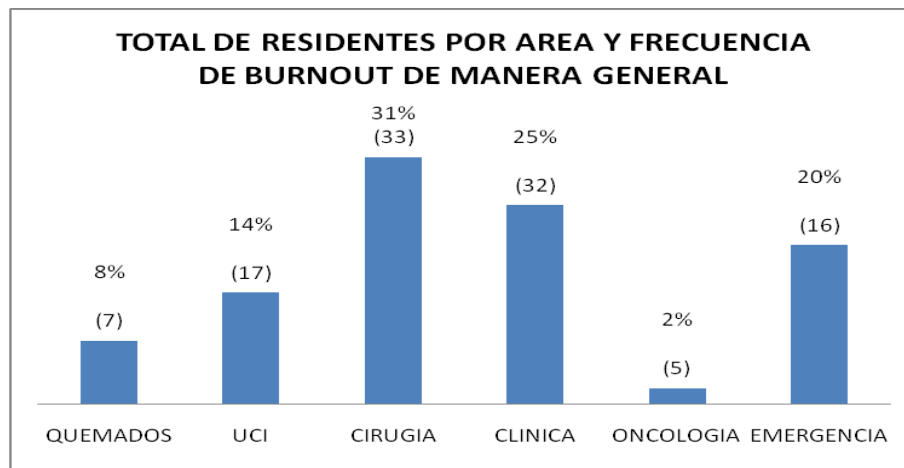


GRAFICO 6

Fuente: Encuestas HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

En este caso por áreas laborales se obtuvo el mayor porcentaje dentro de las quirúrgicas con un 31%.

Debido a las diferencias que existen entre la cantidad de residentes de un área y otra, se dividió en dos grupos, en áreas de Complejidad Alta y Baja, con un número de 73 y 37 respectivamente

Dentro de las áreas de Complejidad Alta se colocó a las especialidades: Cirugía, Emergencia, Quemados, UCI, que demandan mayores riesgos.

Dentro de las áreas de Complejidad Baja se colocó a Oncología y a Clínica.

## SUBESCALAS DE BURNOUT EN RESIDENTES

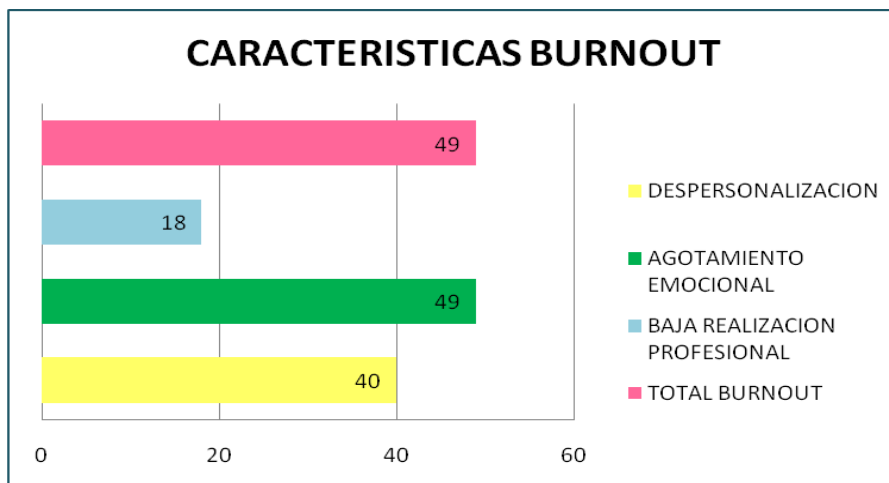


GRAFICO 7

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

Al valorar las tres subescalas que se toman en cuenta en el MBI encontramos que dentro los 49 residentes que presentaron el Síndrome de Burnout, todos presentaron agotamiento emocional, 18 de los mismos además presentaron baja realización profesional, y 40 despersonalización

Ademas se encontró que en el total de los residentes estudiados, 53 de estos presentaron signos de depresión, 23 asistenciales y 30 de postgrado.

### PORCENTAJE DE DEPRESION SEGÚN GENERO

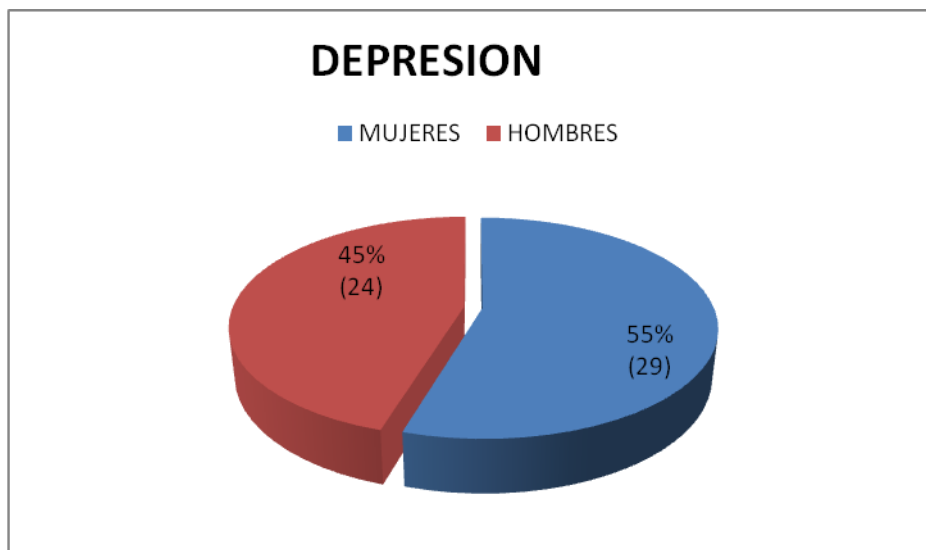


GRAFICO 8

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

De estos residentes con depresion, el mayor porcentaje se encontro en el genero femenino con un 55%.

En el caso de síntomas ansiosos se obtuvo un total de 66 residentes, 29 asistenciales y 37 de postgrado, de los cuales el 48% son mujeres y el 52% son hombres, observando que en este caso la frecuencia es mayor en el género masculino.

### PORCENTAJE DE ANSIEDAD SEGÚN GENERO

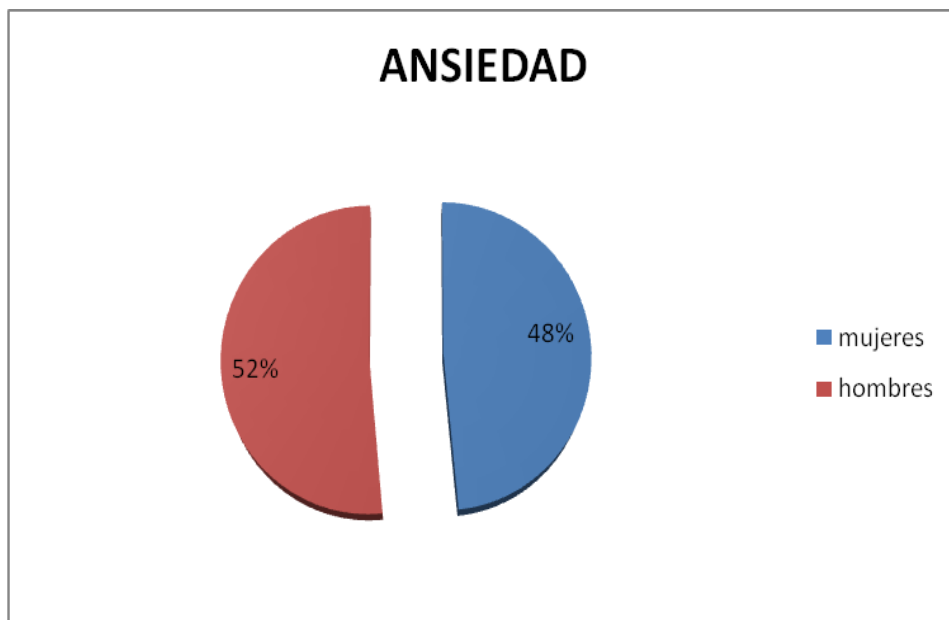


GRAFICO 9

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

Aquí se puede observar el número de residentes que padecen de ansiedad, depresión, Burnout, combinadas o no, además de los médicos que no poseen ninguno de los tres.

Son 29 los residentes que presentan síntomas de estas tres patologías juntas.

**Burnout, Ansiedad, Depresión en Médicos Residentes del Hospital Baca Ortiz de la Ciudad de Quito, Octubre-Noviembre del 2010**

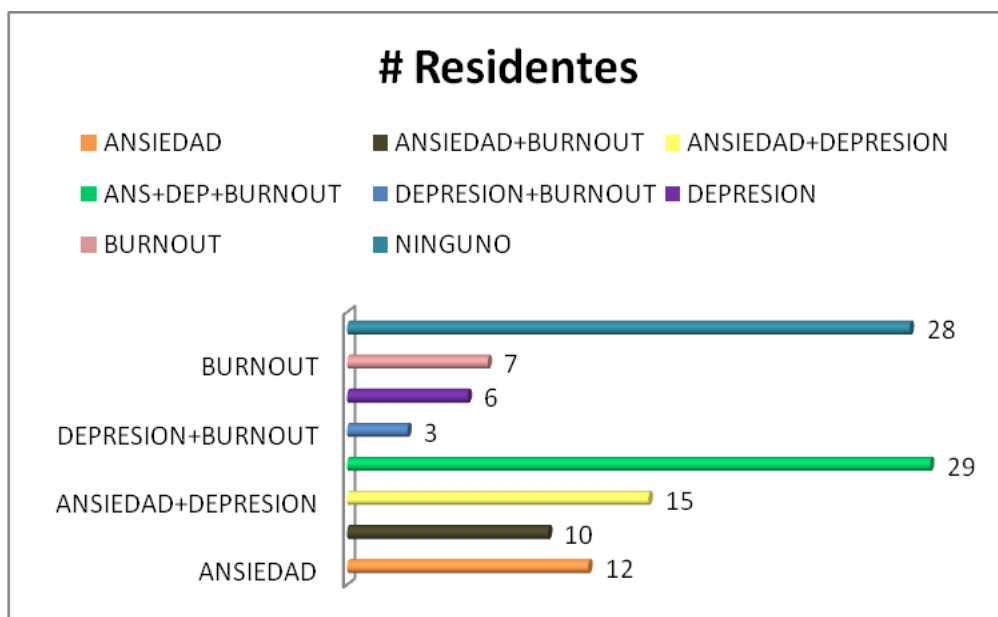


GRAFICO 10

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

### 4.3 ANALISIS BIVARIAL

**VARIABLES Sociodemográficas Cualitativas en relación a los Residentes que padecen Burnout en el Hospital Baca Ortiz durante Octubre-Noviembre 2010**

	VARIABLES	BURNOUT		OR (LI-LS)	CHI2 (p)*
		SI	NO		
ANSIEDAD	SI	39	27	4,9 (2,1-11,6)	12,7 (0,0004)
	NO	10	34		
DEPRESION	SI	32	21	3.6 (1.6 - 7.9)	9.1 (0.002)
	NO	17	40		
SEXO	MASCULINO	27	30	0.8 (0.4-1.7)	0.2 (0.7)
	FEMENINO	22	31		
CONSUMO DE SUSTANCIAS	SI	9	1	13.5 (1.6 - 110.7)	7.2 (0.003)
	NO	40	60		
ACTIVIDAD DEPORTIVA	SI	28	36	0.9 (0.4 - 1.9)	0.0 (0.9)
	NO	21	25		
ACTIVIDAD EXTRA	SI	14	21	0.8 (0.3 - 0.7)	0.2 (0.6)
	NO	35	40		
TENER PAREJA ESTABLE	SI	25	32	0.9 (0.4 -	0.001

	NO	24	29	2)	(0.9)
CONTRATO OCASIONAL	SI	23	31	0.8 (0.4 - 1.8)	0.04 (0.8)
	NO	26	30		
BECA	SI	16	15	1.5 (0.6- 3.4)	0.5 (0.4)
	NO	33	46		
AUTOFINANCIAMIENTO	SI	10	15	0.8 (0.3- 1.9)	0.08 (0.7)
	NO	39	46		
AREA DE COMPLEJIDAD ALTA	SI	36	37	1.8 (0.8- 4)	1.5 (0.2)
	NO	13	24		
TENER HIJOS	SI	20	29	0.7 (0.3- 1.6)	0.2 (0.6)
	NO	29	32		
RESIDENTE ASISTENCIAL	SI	23	31	0.8 (0.4- 1.8)	0.04 (0.8)
	NO	26	30		
RESIDENTE POSGRADO	SI	26	30	1.1 (0.5- 2.4)	0.04 (0.8)
	NO	23	31		

\*Valores Exactos de Fisher

**TABLA 8**

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

Cuando existe ansiedad hay una probabilidad mas alta, (OR 4,9 95% IC p 0,0004). La depresión eleva el riesgo de padecer este agotamiento, (OR 3.6 95% IC p 0.002) pero en menor grado.

Con Burnout también se relacionaron variables como, el género de todos aquellos con el síndrome, el 55% son mujeres y el 45% son hombres, la diferencia no es muy alta, siendo una de las variables que no presenta una relación estadísticamente significativa (OR 0.8 95% IC p 0.7) o se relacione.

El consumo de sustancias es otra variable analizada que al contrario parece significar un riesgo muy alto para el aparecimiento de Burnout (OR 13.5 95% IC p 0.003).

La actividad deportiva relacionada a Burnout (OR 0,9 95%IC p 0.9) en realidad no presenta una relación de exposición, al igual que la variable Actividad Extra, no parece ser un factor relevante en el aparecimiento del desgaste en los profesionales. (OR 0.8 95% IC p 0.6).

El tener pareja (OR 0.9 95% IC p 0.9) o hijos (OR 0.7 95%IC p 0.6) no es factor de riesgo para quemarse en el trabajo.

**Representación de Odds Ratio según variables sociodemográficas en relación a  
Burnout en Residentes de HBO 2010**

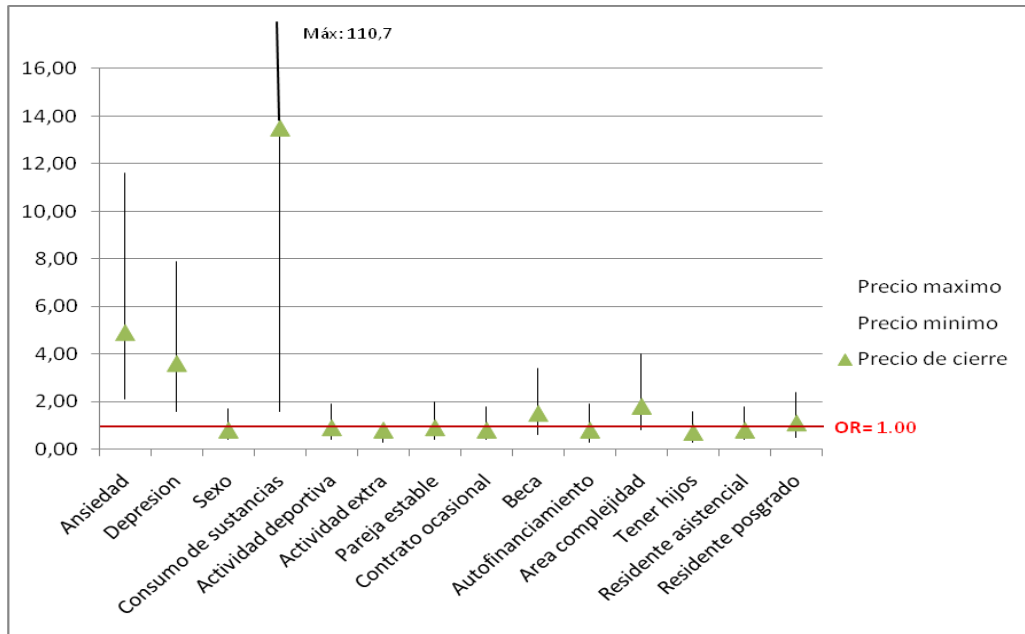


GRAFICO 11

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

En lo que respecta a tipo de contrato, el ocasional no es un riesgo ni aumenta la probabilidad (OR 0.8 95% IC p 0.8). Al parecer quienes están sujetos a Becas, presentan un riesgo un poco mayor, y poca probabilidad de ser determinante (OR 1.5 95% IC p 0.4). El Autofinanciamiento no tiene relevancia estadística y no presentan riesgo de exposición o relación (OR 0.8 95%IC p 0.7). Ser residente Asistencial no es un riesgo ni predispone a que haya Burnout, de igual forma sucede con ser Postgradista. El hecho de encontrarse en áreas de alta o baja complejidad tampoco parece influir, (OR1.8 95% IC p 0.2).

**VARIABLES Sociodemográficas Cualitativas en relación a los Residentes que padecen  
Ansiedad en el Hospital Baca Ortiz durante Octubre-Noviembre 2010**

	VARIABLES	ANSIEDAD		OR (LI-LS)	CHI2 (p)*
		SI	NO		
DEPRESION	SI	44	9	7.7 (3.1-19)	20.7 (0.000006)
	NO	22	35		
SEXO	MASCULINO	34	23	1.0 (0.5-2.2)	0.01 (0.9)
	FEMENINO	32	21		
CONSUMO DE SUSTANCIAS	SI	8	2	2.9 (0.5-14.3)	1.03 (0.15)
	NO	58	42		
ACTIVIDAD DEPORTIVA	SI	32	32	0.3 (0.1-0.8)	5.4 (0.01)
	NO	34	12		
ACTIVIDAD EXTRA	SI	19	16	0.7 (0.3-1.6)	0.4 (0.5)
	NO	47	28		
TENER PAREJA ESTABLE	SI	37	20	1.5 (0.7-3.3)	0.8 (0.4)
	NO	29	24		
CONTRATO OCASIONAL	SI	29	25	0.6 (0.3-1.2)	1.3 (0.2)
	NO	37	19		

BECA	SI	19	12	1.1 (0.5-2.5)	0.002 (0.9)
	NO	47	32		
AUTOFINANCIAMIENTO	SI	18	7	1.9 (0.7-5.2)	1.3 (0.2)
	NO	48	37		
AREA DE COMPLEJIDAD ALTA	SI	44	29	1.03 (0.5-2.3)	0.01 (0.9)
	NO	22	15		
TENER HIJOS	SI	30	19	1.1 (0.5-2.4)	0.001 (0.9)
	NO	36	25		
RESIDENTE ASISTENCIAL	SI	29	25	0.6 (0.3-1.2)	1.3 (0.2)
	NO	37	19		
RESIDENTE POSGRADO	SI	37	19	1.7 (0.8-3.6)	1.3 (0.2)
	NO	29	25		

\*Valores Exactos de Fisher

TABLA 9

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

No parece haber relación con el género, según los resultados no hay diferencia si se es mujer u hombre.

El consumo de sustancias (OR 2.9 95% IC p 0.15), presenta un riesgo muy alto para la aparición de síntomas ansiosos. La actividad deportiva tiene relación significativa estadísticamente (OR 0.3 95% IC p 0.01), hay

probabilidad de que los que no la realizan, presenten riesgo alto de presentar en algún momento síntomas ansiosos. La realización de actividades extra, distintas a las laborales, según esta investigación no presenta alta probabilidad ni relación estadística (OR 0.7 95% IC p 0.5).

Ser médico Asistencial con respecto a Ansiedad es baja y la probabilidad de que represente un factor de riesgo también (OR 0.6 95% IC p 0.2), el ser Postgradista presenta un riesgo y asociación ligeramente elevada (OR 1.7 95% IC p 0.2)

Tener Pareja Estable, hay relación de exposición casi nula y una muy baja probabilidad (OR 1.5 95% IC p 0.4). Con la variable Tener hijos no existe relación ni probabilidad (OR 1.1 95% IC p 0.9).

**Representación de Odds Ratio según variables sociodemográficas en relación a Ansiedad en Residentes de HBO 2010**

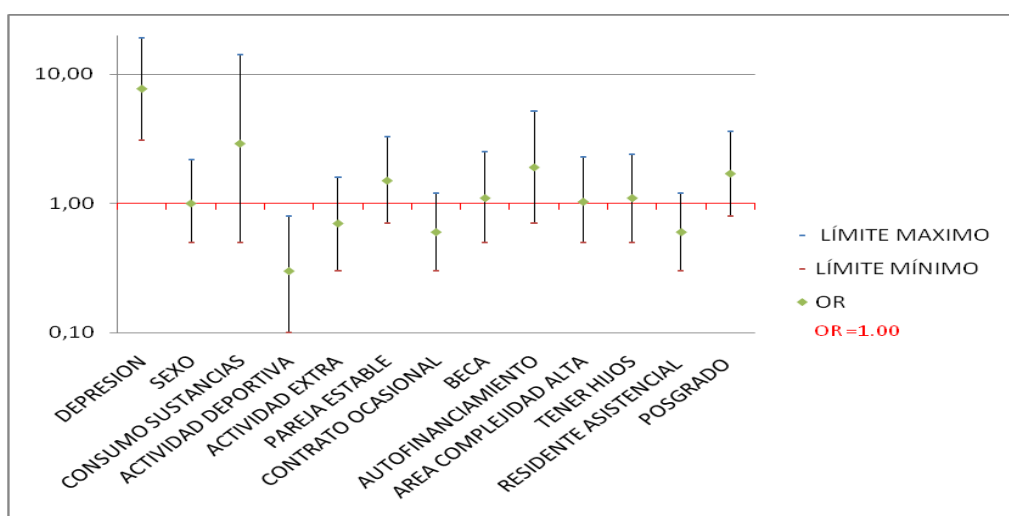


GRAFICO 12

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010  
Elaboración: Autor

El área de complejidad no influye ni presenta relación alguna.

La depresión y la ansiedad de una manera muy estrecha (p) presentan relación, además el consumo de sustancias y actividad física, aumentan el riesgo de padecer dicha condición.

**Variables Sociodemográficas Cualitativas en relación a los Residentes que padecen Depresión en el Hospital Baca Ortiz durante Octubre-Noviembre 2010**

	VARIABLES	DEPRESION		OR (LI-LS)	CHI2 (p)*
		SI	NO		
ANSIEDAD	SI	44	22	7.7 (3.1-19)	20.7 (0.000006)
	NO	9	35		
SEXO	HOMBRES	24	33	1.7 (0.8-3.5)	1.3 (0.25)
	MUJERES	29	24		
CONSUMO DE SUSTANCIAS	SI	7	3	2.7 (0.6-11.2)	1.2 (0.13)
	NO	46	54		
ACTIVIDAD DEPORTIVA	SI	23	41	0.3 (0.1-0.6)	8 (0.004)
	NO	30	16		
ACTIVIDAD EXTRA	SI	12	23	0.4 (0.1-0.9)	3.1 (0.07)
	NO	41	34		
TENER PAREJA ESTABLE	SI	30	27	1.4 (0.7-3)	0.6
	NO	23	30		

					(0.4)
CONTRATO OCASIONAL	SI	23	31	0.6 (0.3-1.4)	0.9 (0.3)
	NO	30	26		
BECA	SI	15	16	1 (0.4-2.3)	0.03 (0.8)
	NO	38	41		
AUTOFINANCIAMIENTO	SI	15	10	1.8 (0.7-4.5)	1.2 (0.2)
	NO	38	47		
AREA DE COMPLEJIDAD ALTA	SI	33	40	0.7 (0.3-1.5)	0.4 (0.5)
	NO	20	17		
TENER HIJOS	SI	27	22	1.6 (0.7-3.5)	1.2 (0.2)
	NO	26	35		
RESIDENTE ASISTENCIAL	SI	23	31	0.6 (0.3-1.4)	0.9 (0.3)
	NO	30	26		
RESIDENTE POSGRADO	SI	30	26	1.5 (0.7-3.3)	0.9 (0.3)
	NO	23	31		

\*Valores Exactos de Fisher

TABLA 10

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

El género, en este caso ser mujer representa cierta predisposición a padecer depresión, ( $p = 0.25$ ), cosa que no sucede con Burnout.

El consumo de sustancias (OR 2.7 95%IC  $p = 0.13$ ), presenta relación en este caso con el padecimiento de la depresión.

Los síntomas depresivos, demuestran una relación estadísticamente significativa con el realizar actividad física, (OR 0.3 95% IC  $p = 0.004$ ), otra variable como el no realizar Actividades Extra, como dispersión, demuestra una probabilidad elevada de presentar síntomas de estas características (OR 0.4 95% IC  $p = 0.07$ ).

Tener Pareja estable (OR 1.4 95% IC  $p = 0.4$ ) no parece influir en la aparición de síntomas depresivos al igual que el Tener hijos, el riesgo y la probabilidad son muy bajas.

El área de complejidad al igual que en los casos anteriores no tiene significancia.

Al parecer el hecho de ser residente de postgrado (OR1.5 95% IC  $p = 0.5$ ) representa un riesgo mas alto que al ser residente asistencial, aunque no exista como tal una relación entre variables Y cuando los médicos (OR1.8 95%IC  $p = 0.2$ ) tienen autofinanciamiento parece haber mas riesgo aunque tampoco significativo.

Hay variables relacionadas que aumentan el riesgo de padecer depresión como son la actividad física, actividades extras, consumo de sustancias.

**Representación de Odds Ratio según variables sociodemográficas en relación a Depresión en Residentes de HBO 2010**

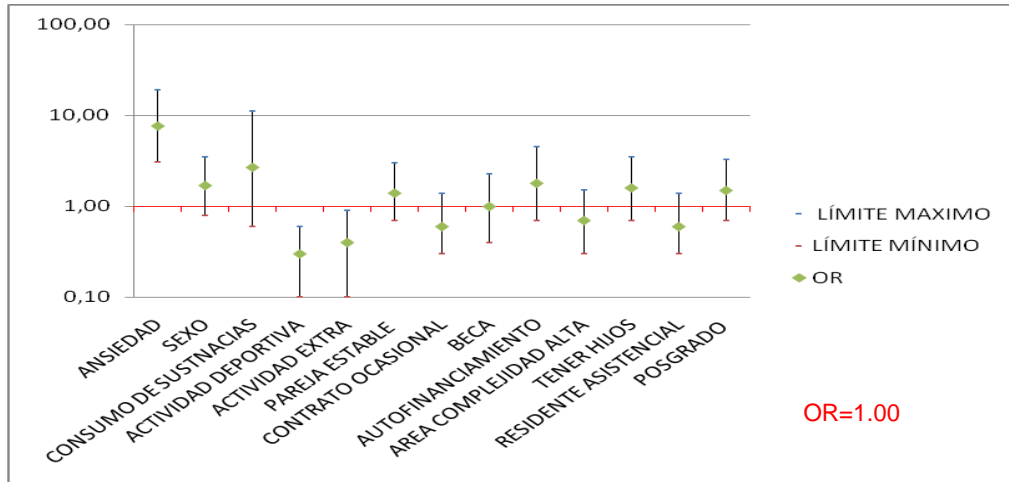


GRAFICO 13

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

Las variables relacionadas que aumentan el riesgo de padecer depresión son la ansiedad, actividad física, actividades extras, consumo de sustancias.

**Variables Sociodemográficas Cuantitativas en relación a los Residentes que padecen Burnout en el Hospital Baca Ortiz durante Octubre-Noviembre 2010**

VARIABLES	BURNOUT		T STUDENT	(p)*
	SI PROM (DS)	NO PROM (DS)		
EDAD	30.9 (4)	30.2 (3)	0.5	0.6
INTERVALO DE TURNOS	4.3 (0.8)	4.3 (0.9)	0.03	0.9
TIEMPO DE TRABAJO HBO	1.8 (1.8)	1.7 (1.6)	0.1	0.9

TABLA 11

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

Ninguna de las variables presenta un riesgo directo de predisponer a la aparición de Síndrome.

**Variables Sociodemográficas Cuantitativas en relación a los Residentes que padecen Ansiedad en el Hospital Baca Ortiz durante Octubre-Noviembre 2010**

VARIABLES	ANSIEDAD		T STUDENT	(p)*
	SI PROM (DS)	NO PROM (DS)		
EDAD	30.9 (4)	30.2 (3)	0.9	0.3
INTERVALO DE TURNOS	4.1(0.8)	4.5 (0.7)	2	0.04
TIEMPO DE TRABAJO HBO	1.8 (1.7)	1.7 (1.6)	0.04	0.9

TABLA 12

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

El intervalo entre los turnos con el promedio de cada 4.1 día, demuestra una relación con el apareamiento de ansiedad.

**Variables Sociodemográficas Cuantitativas en relación a los Residentes que padecen  
Depresión en el Hospital Baca Ortiz durante Octubre-Noviembre 2010**

VARIABLES	DEPRESION		T STUDENT	(p)*
	SI PROM (DS)	NO PROM (DS)		
EDAD	31.3 (4.4)	30 (2.7)	1.7	0.08
INTERVALO DE TURNOS	4.2 (0.8)	4.3 (0.8)	1	0.3
TIEMPO DE TRABAJO HBO	1.9 (2)	1.6 (1.4)	0.9	0.3

TABLA 13

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

La edad con un promedio de 31.1 años, parece influir en el apareamiento de la depresión, mientras que las demás variables no presentan significancia.

#### 4.4 ANALISIS MULTIVARIAL

**Análisis de correlación entre Ansiedad, Consumo de Sustancias, Depresión en médicos Residentes con Síndrome de Burnout de HBO de Quito, entre Octubre – Noviembre 2010**

Term	Odds Ratio	95%	C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
Ansiedad (SI/No)	<u>3,4711</u>	<u>1,3295</u>	<u>9,0624</u>	1,2445	0,4896	2,5416	<u>0,011</u>
ConsumoDeSUSTANCIAS (SI/No)	<u>12,3207</u>	<u>1,3466</u>	<u>112,7239</u>	2,5113	1,1294	2,2235	<u>0,0262</u>
Depresion (SI/No)	2,126	0,8625	5,2405	0,7542	0,4603	1,6386	0,1013
CONSTANT	*	*	*	-1,5532	0,4016	-3,8672	<u>0,0001</u>

TABLA 14

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

En este caso la variable que no presenta relación es la depresión, siendo así que no contribuye al apareamiento de Burnout en los médicos, al contrario la ansiedad y el consumo de sustancias si parecen estar relacionadas, ya que en conjunto demuestran (p 0.0001). y es significativo.

**Análisis de correlación entre Ansiedad, Consumo de Sustancias, Actividad Deportiva, Actividad Extra, Tener Hijos y Contrato Ocasional, en médicos Residentes con Depresión de HBO de Quito, entre Octubre – Noviembre 2010**

Term	Odds Ratio	95%	C.I.	Coefficient	S. E.	Z-Statistic	P-Value
ActividadDEPORTIVA (SI/No)	0,4462	0,1809	1,1007	-0,807	0,4607	-1,7517	0,0798
ActividadEXTERNA (SI/No)	0,4304	0,1594	1,1623	-0,8429	0,5068	-1,6632	0,0963
Ansiedad (SI/No)	<u>6,8255</u>	<u>2,6475</u>	<u>17,5967</u>	1,9207	0,4832	3,9749	<u>0,0001</u>
ConsumoDeSUSTANCIAS (SI/No)	1,2072	0,2145	6,7958	0,1883	0,8816	0,2136	0,8308
Hijos (SI/No)	1,8266	0,7315	4,5614	0,6025	0,4669	1,2902	0,197
Ocasional (SI/No)	0,7854	0,3175	1,9428	-0,2416	0,4621	-0,5228	0,6011
CONSTANT	*	*	*	-0,7076	0,6182	-1,1448	0,2523

**TABLA 15**

Fuente: Encuestas realizadas en HBO de Quito 2010

Elaboración: Autor

De todas las variables la que en realidad presenta relación es la ansiedad, las demás variables no presentan un vínculo real. Esto quiere decir que el modelo en conjunto no resulta significativo. (p 0.25)

## **CAPITULO V**

### **5.1 DISCUSION**

En el presente estudio se tomó como sujetos de estudio a todos los residentes del Hospital de Niños Baca Ortiz, en este caso conformado por 110 residentes, debido a las complicaciones antes detalladas, de todas las especialidades de la institución, 54 asistenciales y 56 pertenecientes a postgrado.

Los residentes tienen una edad promedio de 30.1 años. En este caso, la relación con Burnout no presentó una relación de significancia., arrojando valores como (T de 0.5 con p 0.6), lo cual indica una baja relación y riesgo, lo mismo sucede con la variable Intervalo entre Turnos con (T 0.3 p 0.6) y tiempo de trabajo en HBO ( T 0.1 p 0.9 )

Con la ansiedad al igual que con la depresión, el tiempo de trabajo en la institución no tiene relación alguna. El intervalo entre turnos (PROM 4.1) presenta una relación con el apareamiento de síntomas ansiosos (T 2 p 0.04)

La edad entre los que presentaban depresión, se obtuvo como promedio 31.3 años, en ellos se encontró una relación y alta probabilidad de que la edad influya en el apareamiento de síntomas depresivos.

Los 54 asistenciales trabajan en la institución por medio de Contrato ocasional, de los 56 residentes de postgrado 25 se autofinancian los y 31 se mantienen por medio de Becas de distintas instituciones.

Al realizarse las entrevistas y aplicar el test de Maslach (MBI), y mediante un análisis global de los datos obtenidos, se encontró un 45% de Síndrome de Agotamiento profesional en el personal estudiado. Este dato es relevante si se lo compara con investigaciones realizadas con anterioridad en la ciudad de Quito, en otras instituciones de salud, en un estudio realizado en el Hospital Quito No 1 de la Policía, (LASO. J, RODRIGUEZ. F., 2007 -2008) sobre la prevalencia de Burnout en el personal médico, se obtuvo una prevalencia global de a penas del %1.10 en el personal médico. 35

Ahora a la vez contrasta con el dato obtenido en otra investigación realizada en el año 2002, por (VARGAS. E, BASSANTE. P.2002), en Hospital Carlos Andrade Marín sobre factores laborales y socio demográficos en el Burnout, en donde de la investigación global se obtuvo una prevalencia de 42.5% de los trabajadores de la salud. 36

Esto podría deberse a que esta investigación fue realizada en un hospital público al igual que el presente estudio, el hecho de que no se tenga el mismo trato, los mismos beneficios o facilidades que puede ofrecer un Hospital privado como es el caso del estudio realizado en el 2008, puede hacer que haya más desgaste profesional en los médicos que trabajan en sitios con una mayor demanda y sobrecarga laboral. El ambiente de trabajo, las condiciones laborales, el apoyo que se obtenga de las autoridades, llegan a ser determinantes en el apareamiento o no de este síndrome.

Otra investigación realizada en el Hospital Enrique Garcés, (LASCANO. J 2008), sobre la prevalencia de Burnout en personal medico, enfermería y

administración, presento una prevalencia global de este síndrome en un 4%, bajo con relación al anterior estudio realizado en otra institución pública. 37

En este estudio se encuentra una alta incidencia del Síndrome, esto puede estar ocasionado, además del hecho de ser institución pública, a que es un Hospital de especialidades pediátricas, puede ser que el hecho de trabajar diariamente con niños, resulte más estresante, o implique mayores demandas de tipo físico, emocional, y a la vez predisponga a un mayor porcentaje de médicos agotados por su labor.

De acuerdo con un estudio realizado en Italia, (BRESSI Y COL 2008) en 387 profesionales de salud sobre agotamiento profesional en el área de hemato-oncología, entre enfermeras y médicos, tomando en cuenta para este estudio los datos de los médicos encuestados, se obtuvo altos niveles de agotamiento emocional en 32.2% , alta despersonalización en 29.8% y baja satisfacción profesional en 12.4%.

Un dato bastante interesante que se obtuvo también durante dicha investigación fue si dependiendo del tipo de pacientes que se tratan, existía mas riesgo o no. Y se encontró que el trabajar con pacientes jóvenes implicaba una mayor probabilidad de padecer Burnout ( $p < 0.004$ ), al igual que el tratar con pacientes de enfermedades crónicas (0.18, al contrario de lo que se pensaría el trabajo con pacientes terminales ( $p < 0.9$ ), no tenia relevancia.

En el estudio italiano la sobrecarga laboral impuesta a los trabajadores, situación que no demostró importancia en este caso, al igual que en otros estudios, con ( $p = 0.6$ ), la mala relación con sus superiores ( $p = 0.3$ ), demostrando poca relación o importancia estadística, situación que discrepa en mucho con otras investigaciones realizadas. El exceso de responsabilidades tuvo relación directa con los síntomas de agotamiento ( $p = 0.09$ ). El tiempo de trabajo con un promedio de  $12.27 \pm 9.66$  representando ( $p = 0.0004$ ) una probabilidad elevada para desarrollar síntomas de agotamiento. Dentro de la evaluación sobre algunos aspectos el que salió a relucir fue la falta de tiempo libre que tenían que presentó una relación estrecha con el apareamiento de Burnout ( $p = 0.001$ ) 38

Con respecto al tiempo de trabajo en el presente estudio, se encontró un promedio de 1.7 años de trabajo en la institución. Pero al parecer el tiempo de trabajo a pesar de que va de un extremo a otro, no está relacionado en este caso con el apareamiento de agotamiento profesional. De igual manera el hecho de mantener turnos en un promedio de cada 4.1 días no pareció influir de manera global. Esto implica hacer uno o máximo dos turnos por semana, esto puede otorgar a los médicos más tiempo libre. Ahora bien, los residentes que se encuentran dentro de postgrados, tienen un intervalo entre turnos más corto, tienen menos tiempo libre, y un nivel de responsabilidad mucho más elevado. Parece ser que el intervalo entre turnos o el tiempo de trabajo que se labore en una institución no es factor determinante para el apareamiento de patologías de este tipo. El dato de doble jornada laboral,

es información que no se pudo obtener durante la investigación por temor de los residentes, a perder este tiempo que permite obtener ingresos extras.

Como parte de los hábitos, en este caso consumo de alcohol, tabaco y drogas, se obtuvo como respuesta, que apenas 10 residentes de todo el universo consumían alguna de estas sustancias, Dato que no llega a ser muy fiable, ya que la gran mayoría responde de manera subjetiva, es decir para algunos el consumir una vez por semana, es igual a no consumir. Siendo independiente en este caso de estudio, si es que existe o no abuso de las mismas.

Al analizar otras de las escalas se obtuvo que 23 asistenciales y 30 de postgrado presentan síntomas depresivos, en el caso de síntomas ansiosos se hallaron 29 asistenciales y 37 de postgrado. En ambos casos se identifica una mayor cantidad de residentes de postgrado presentando estas patologías, puede deberse a que, mantener un compromiso, el estudio, los turnos, además de tener responsabilidades y exigencias mucho mayores, hace que los médicos en esta categoría presenten síntomas de este tipo de manera más frecuente.

En un estudio realizado en Brasil, (BALDASSIN Y COL.2008), sobre las características de síntomas depresivos en estudiantes de medicina mediante su entrenamiento, sobre un grupo de 481 residentes se obtuvo un 38.2% de ellos con síntomas depresivos, además de presentar esto más frecuentemente en etapas ya avanzadas de la preparación con una ( $p < 0.001$ ). Se sabe que en si la profesión, expone a todos los profesionales a

constantes situaciones que pueden ocasionar el apareamiento de estos síntomas, y a medida que se progresa, existen mas responsabilidades a cargo. Además que la practica clínica ya establecida como tal, es agotador.<sup>29</sup>

En la literatura existente sobre Síndrome de Burnout, se menciona la existencia de algunos síntomas depresivos o ansiosos que conforman parte del cuadro, en este estudio el objetivo principal es establecer la presencia de ansiedad y de depresión en los sujetos de estudio que tienen Burnout. En el análisis y cruce de variables se obtuvieron datos muy importantes.

La ansiedad en los médicos residentes aumenta la probabilidad de que se desarrolle un síndrome de desgaste profesional, al igual que si existen síntomas depresivos, verificando la relación y dependencia de estas dos variables con el síndrome de agotamiento laboral. En el caso de la ansiedad existe una probabilidad mas alta, (OR 4,9 95% IC p 0,0004) de manera directa. La depresión también eleva el riesgo de padecer este agotamiento, (OR 3.6 95% IC p 0.002) aunque no como la ansiedad en si. En este caso es difícil saber que se produce primero, ya que la relación existente entre estas patologías puede ser bidireccional, no se puede establecer cual es el iniciador o cual desencadena la siguiente. Dentro del grupo con agotamiento profesional un 80% de ellos tiene ansiedad, mientras que el 65% tenían además depresión.

La ansiedad, la cual se halla en un 5% de la población en general, se comprueba que tiene relación directa, aunque pueden haber sido producida

por el síndrome de agotamiento profesional primero o viceversa. Datos de este estilo se podrían dilucidar con registros anteriores, historias clínicas, antecedentes en los sujetos de estudio, que guíen para identificar cual desencadena el siguiente.

Se relacionaron otras variables sociodemográficas como son el género. El grupo de estudio consta de 52% hombres y 48% mujeres, de estos los que presentan Burnout son, el 55% hombres y el 45% mujeres, la diferencia no es muy alta, siendo una de las variables que no presenta una relación estadísticamente significativa (OR 0.8 95% IC p 0.7) o se relacione directamente. En contraste con el estudio realizado en Hospital de la Policía (LASO. J, RODRIGUEZ. F., 2007 -2008), donde también se catalogo al genero como una variable sin significancia estadística. 35

En la investigación en Italia sobre Burnout (BRESSI Y COL 2008), se encontró que el ser mujer representaba un riesgo, probabilidad más elevada de presentar S. Burnout con (p 0.007), en este caso el género si tiene significancia estadística. 38

Además de manera general se ve que en estos estudios es mayor la frecuencia en mujeres, sin que en todos esto sea de importancia estadística.

El consumo de sustancias es otra variable analizada que al contrario parece significar un riesgo muy alto para el aparecimiento tanto de Burnout, depresión y ansiedad. Al relacionar cada una de ellas se obtuvo (p 0.003), (p 0.13), (p 0.15) respectivamente. El riesgo más alto esta relacionado con

Burnout, pero en conjunto si presenta significancia estadística, explicando que esta variable influye en el desarrollo de enfermedades psiquiátricas de este tipo.

La actividad deportiva relacionada a Burnout ( $p = 0.9$ ) en realidad no presenta una relación de exposición, al igual que la variable Actividad Extra, el no tener actividades diferentes, no parece ser un factor relevante en el apareamiento del desgaste en los profesionales. (OR 0.8 95% IC  $p = 0.6$ ), en este estudio.

Con la ansiedad, en cambio si existe una relación significativa estadísticamente ( $p = 0.01$ ), esto significa una probabilidad de que los sujetos que no realizan actividad deportiva fuera de lo laboral, presenten riesgo más alto de presentar en algún momento síntomas ansiosos.

Al relacionar estas variables con la depresión, en especial el de actividades extra si presenta una probabilidad elevada de presentar síntomas de estas características (OR 0.4 95% IC  $p = 0.007$ ).

El realizar ejercicio, o actividades de esparcimiento, se contribuye a la salud física y mental de los trabajadores, evita el apareamiento de patologías de este tipo, a pesar de que la relación directamente con Burnout no es clara ni determinante, el hecho de que se relacione con la ansiedad o la depresión, puede determinar cierta predisposición a la larga, de presentar agotamiento profesional, ya que de todas formas una cosa puede llevar a la otra.

Otras de las variables sociodemográficas analizadas fue el Tener Pareja Estable y Tener hijos, como para poder valorar un poco la estructura familiar y determinar si tienen o no relación con el desarrollo de estas patologías. En el cruce de cada variable con el Síndrome de Burnout podemos observar que ninguna de estas dos tiene una asociación estadística significativa, lo que indica que el tener pareja (OR 0.9 95% IC p 0.9) o hijos (OR 0.7 95%IC p 0.6) no es factor de riesgo para quemarse en el trabajo.

En el estudio realizado en el HCAM (VARGAS. E y col 2002), el estado civil fue uno de los factores sin significancia estadística. 36

Contrariamente en un estudio realizado en Madrid (CÁCERES. G 2006), se obtuvo una relación estadísticamente significativa con la variable pareja estable, ( $\chi^2=5,80;p=0,05$ ), la presencia de hijos ( $\chi^2=8,78;p=0,01$ ) con el apareamiento del Síndrome en trabajadores de la salud. 39

En el caso de la ansiedad, con la variable Tener Pareja Estable, hay relación de exposición casi nula y una muy baja probabilidad (OR 1.5 95% IC p 0.4). Con la variable Tener hijos no existe relación ni probabilidad (OR 1.1 95% IC p 0.9). La relación con estas variables y depresión, es similar a lo anterior, el Tener Pareja estable (OR 1.4 95% IC p 0.4) no parece influir en la aparición de síntomas depresivos al igual que el Tener hijos, el riesgo y la probabilidad son muy bajas.

El tipo de contrato que se tenga dentro de la institución donde se labora también es tomado en este estudio como una variable, dentro de esto se

toma en cuenta los contratos ocasionales a los que están sujetos los residentes asistenciales, en el caso de los residentes de postgrado, se toma en cuenta si sus estudios son autofinanciados o están sujetos a Becas.

En el caso de Burnout, el hecho de tener un contrato ocasional no es un riesgo ni aumenta la probabilidad de padecer dicho trastorno (p 0.8). Al parecer los médicos que están sujetos a Becas estudiantiles, presentan un riesgo un poco mayor, con poca probabilidad de ser un factor determinante (OR 1.5 95% IC p 0.4). El Autofinanciamiento al igual que en el caso de los contratos ocasionales no tiene relevancia estadística y no presentan riesgo de exposición o relación (p0.7).

Cuando se analiza la variable Tipo de Residente, en el cual se identifica si el hecho de ser asistenciales o de posgrado influye en el apareamiento de agotamiento profesional, se encontró que el hecho de ser Asistencial no es un riesgo ni predispone a que haya Burnout, de igual forma sucede con ser Postgradista, no existe asociación ni riesgo con esta variable.

La asociación de ser medico Asistencial con respecto a Ansiedad es baja y la probabilidad de que represente un factor de riesgo también (OR 0.6 95% IC p 0.2), el ser Postgradista representa un riesgo poco mas elevado (OR 1.7 95% IC p 0.2).

En el estudio antes mencionado que se realizo en HCAM (VARGAS. E, BASSANTE. P.2002), se obtuvo de igual manera una asociación entre el ser Postgradista y el Síndrome de Burnout, en ese caso se obtuvo un OR 3.52,

siendo un factor con relación de exposición. 32 Como ya se mencionó antes al tener una relación entre la ansiedad y el síndrome, los factores pueden predisponer indirectamente.<sup>36</sup>

El área de complejidad represento un riesgo para el padecimiento Burnout en residentes (OR 1.8 95% IC p 0.2) no significativo, al igual que en el caso de la ansiedad y depresión.

Al parecer este tipo de condiciones laborales no representan un problema para los médicos que laboran en esta institución, la complejidad, la carga laboral no representan parámetros significativos en este estudio, al igual que en otras investigaciones que demuestran que esto no es determinante.

#### MODELOS DE REGRESION LOGÍSTICA

Al Burnout se correlacionó con las variables, ansiedad, consumo de sustancias, y depresión obteniendo una relación bastante alta con dichas variables, además de una dependencia, exceptuando a la depresión en la cual no se encontró, el mismo grado de vinculación, tan alta al analizarla con estas dos variables. . En este estudio se comprueba que personas con estos factores de riesgo tiene una probabilidad sumamente elevada de presentar Síndrome de desgaste profesional, al analizar su significancia en grupo como tal presenta resultados estadísticamente significativos, obteniendo una (p 0.0001) entre las tres variables.

A la depresión se la correlacionó con algunas variables como, actividad deportiva (OR 0.4 p 0.07), actividad externa (OR 0.4 p 0.09), ansiedad (OR

6.8 p 0.0001), con las que en realidad se observó una relación, además se relacionó con consumo de sustancias (OR 1.2 p 0.8), tener hijos (OR 1.8 p 0.2), y contrato ocasional (OR 0.8 p 0.6) las cuales no son relevantes estadísticamente. La significancia y la relación de todas estas variables en conjunto relacionadas a la depresión es baja, no hay un grado de dependencia de estas en conjunto y la aparición de síndrome depresivo (p 0.25).

## **5.2 FORTALEZAS Y LIMITACIONES**

En este estudio se logró establecer la directa relación que existe entre la depresión, ansiedad y el apareamiento de agotamiento emocional, además de identificar factores sociodemográficos que pueden influir en su apareamiento.

Dentro de las limitaciones que presenta esta investigación, fue cierta restricción de información que no pudo obtenerse por falta de colaboración de los participantes, era necesario saber si los residentes tenían una buena relación con las autoridades además de identificar cuantos de ellos tenían mas de 1 trabajo al momento del estudio, esta información no quiso ser dada, debido a temor a variaciones en las condiciones laborales habituales.

Además al ser un estudio transversal nos permite ver asociación más que causalidad, ya que en este caso es difícil determinar cual patología es primero, porque la relación puede ser bidireccional.

## CAPITULO VI

### 6.1 CONCLUSIONES

- En un universo de 110 residentes se obtuvo una incidencia global de 45% del Síndrome de Burnout.
- Dentro de los residentes que padecen de agotamiento profesional la ansiedad se presenta en el 80 % de los casos
- La depresión dentro de este grupo se presentó en 65% de los casos.
- Hubieron casos de ansiedad sin Burnout que representaron el 11%, y en el caso de la depresión el 5%
- Tras la correlación entre estas dos variables y el Síndrome de Burnout, se comprobó la relación directa y dependencia que tienen, la depresión (OR 3.6 95% IC p 0.002) y la ansiedad en mayor grado (OR 4,9 95% IC p 0,0004) con el desgaste profesional obteniendo valores estadísticamente significativos. , de manera directa.
- Entre las variables demográficas se encontró Burnout en 55% de mujeres y el 45% hombres, siendo el genero una de las que tienen menos relación y significancia, al igual que con la depresión y ansiedad.

- El consumo de sustancias está relacionado con estas tres patologías, tanto con la depresión, la ansiedad y la aparición de Burnout.
- La actividad física, y las actividades extra fuera de la vida laboral, son útiles para evitar principalmente el desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos que a la larga podrían ocasionar signos de desgaste emocional y físico.
- Las variables Tener pareja estable y Tener hijos no representan un factor significativo ni una relación estadística en ninguna de las tres patologías.
- El hecho de ser residente de posgrado, representa un factor de riesgo para padecer de síntomas ansiosos.
- Los residentes que están dentro de la institución por medio de Becas presentan mayor riesgo de presentar S. de Burnout, sin embargo esto no sucede en el caso de ansiedad y depresión con las cuales no se relaciona.
- Los turnos por semana, y el tiempo de trabajo dentro del HBO no son factores de riesgo reconocibles en este estudio.
- La edad es la única variable cuantitativa que presenta relación con la aparición de síntomas depresivos.

- Las áreas de complejidad alta parecen tener cierta relación con el desarrollo de agotamiento profesional, pero no significancia estadística.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- Hay que tomar en cuenta que, al existir esta relación directa entre Síndrome de Burnout, ansiedad y depresión, se deben tomar en consideración, medidas que disminuyan riesgos en los residentes, debido a que no se habla solamente de un agotamiento profesional como tal, sino a un desgaste global de la persona.
- El presentar ansiedad y depresión, siendo consideradas estas como enfermedades importantes en el medio, debe hacer replantear métodos y estrategias en el manejo del personal de las instituciones de salud.
- Al tomar en cuenta que estas pueden estar presentes en los residentes, se deben tomar todas las precauciones para evitar su progresión, ya que como se saben, dichas patologías en cierto momento pueden llegar a ser incapacitantes para los trabajadores.
- Como se ha visto en la literatura, se sabe que la carga horaria o laboral que los médicos tengan, no es determinante para el apareamiento de dichas patologías, existen otros factores de mayor

peso que son susceptibles a cambios y variaciones para el mejoramiento de las condiciones.

- A pesar de no ser factor determinante el tiempo de trabajo o carga laboral, el hecho de permitir que los residentes tengan más tiempo libre, para su vida personal fuera del ámbito profesional, ayudaría a la práctica de deportes o realización de actividades que permiten disminuir en gran manera los niveles de estrés a los que se encuentran sujetos diariamente.
- El ambiente laboral, la relación con los compañeros de trabajo, el apoyo que se recibe de las autoridades, el reconocimiento por la labor realizada se han observado como factores de mayor peso para lograr la satisfacción laboral y la disminución del riesgo de padecer Burnout.
- Se deben realizar más estudios al respecto de factores sociodemográficos, ahondando mas en condiciones laborales.

## CAPITULO VII

### ANEXO I

#### ENCUESTA PARA MEDICOS RESIDENTES

Toda la información obtenida en la encuesta, será manejada de manera confidencial y anónima

**1. Por favor señale con una X, cifra numérica, o respuesta corta, en el casillero que corresponda.**

1.- Fecha de nacimiento: ..... 2.- Sexo: M  F

3.- Lugar de Procedencia ..... 4.-Lugar de Residencia.....

5.-Estado civil: casado  Unión libre

Soltero  Otros

6.- Hijos: si  no  Niños:  Adolescentes:

7.- Años de trabajo en HBO como residente (**NUMERO**)

8.- RESIDENTE ASISTENCIAL

RESIDENTE POSGRADO

9.- En caso de ser residente de posgrado, que tipo de financiamiento tiene

.....

10.- Tipo de contrato en la institución

HBO.....

11.- Área de trabajo dentro del Hospital UCI  CLINICA  QUEMADOS

EMERGENCIA  CIRUGIA  ONCOLOGIA

12.- Cada cuantos días realiza turno de 24 hrs

13.- Relación con sus compañeros de trabajo Buena  Mala

14.- Existe consumo de alcohol  tabaco  drogas  ninguno

**Si su respuesta es ninguno pase a la pregunta 18**

15.- De ser así cuantas veces por semana lo consume

16.- Siente la necesidad de consumir dicha o dichas sustancias por la mañana antes de empezar sus actividades

si  no

17.- El consumo de esta/s sustancia le ha traído problemas a su vida personal si  no

18.- Es miembro de algún Club, Grupo, o Directiva si  no

19.- Realiza actividades deportivas durante el tiempo libre si  no

## ANEXO II

### 2. Señale con una x en el casillero que corresponda a su respuesta.

¿Con que frecuencia a padecido estos problemas las 2 últimas semanas?

Elija una opción atendiendo al siguiente criterio

- A. Nunca
- B. Varios días
- C. La mitad de los días
- D. Cada día

	A	B	C	D
1 Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Dificultad para relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sentirse fácilmente disgustado o irritable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Escala de Zung para la depresión

#### Instrucciones:

Lea cada declaración cuidadosamente. Para cada declaración, marque el círculo de la columna que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas. Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si no lo estuviera.

	Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre	
1	Me siento descorazonado, melancólico y triste	1	2	3	4	
2	Por la mañana es cuando mejor me siento	4	3	2	1	
3	Siento deseos de llorar	1	2	3	4	
4	Me cuesta trabajo dormir durante la noche	1	2	3	4	
5	Como tanto como solía comer antes	4	3	2	1	
6	Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos	4	3	2	1	
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4	
8	Tengo problemas de estreñimiento	1	2	3	4	
9	Mi corazón late más rápidamente de lo normal	1	2	3	4	
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4	
11	Mi mente está despejada como siempre	4	3	2	1	
12	Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	4	3	2	1	
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4	
14	Tengo esperanzas en el futuro	4	3	2	1	
15	Me irrito más de lo normal	1	2	3	4	
16	Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1	
17	Siento que me necesitan y que soy útil	4	3	2	1	
18	Llevo una vida satisfactoria	4	3	2	1	
19	Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto	1	2	3	4	
20	Todavía disfruto de las cosas que solía hacer	4	3	2	1	
Puntuación bruta						
Índice EAD						

**ANEXO III**

**(MBI)**

**Marque con una X su repuesta**

		Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Diariamente
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3	Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar							
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5	Creo que trata a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes							
8	Me siento "quemado por mi trabajo"							
9	Creo que influye positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes							
10	Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12	Me siento muy activo							
13	Me siento frustrado en el trabajo							
14	Creo que estoy trabajando demasiado							
15	Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés							
17	Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes							
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi trabajo							
20	Me siento acabado							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas							

## ANEXO IV

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ESTUDIO “INCIDENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MEDICOS CON SINDROME DE BURNOUT, EN HOSPITAL DE NINOS BACA ORTIZ, DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO DURANTE EL AÑO 2010”

La información a continuación es necesaria para estar seguro/a que comprende perfectamente el objetivo de este estudio. Abreviando la información, el presente proyecto pretende conocer la incidencia de ansiedad y depresión sobre los médicos residentes que padezcan de Síndrome de Burnout, y que trabajen en las instituciones antes nombradas.

Se garantiza total y absoluta **Confidencialidad y anonimato**, eso significa que siempre se guardará el anonimato de los participantes. Los datos recogidos y los resultados que se obtengan en dicho proyecto serán protegidos y usados específicamente para este fin. Toda la información podrá ser consultada por los investigadores y publicada en revistas científicas, sin violar el anonimato de los participantes.

**METODOLOGIA** Para realizar este estudio, se recogerá información mediante conversaciones, entrevistas en las que los participantes brindan su colaboración llenando cuestionarios cortos y abreviados acerca de su vida personal, social, laboral.

La información obtenida será estudiada cuidadosamente, y permitirá identificar la incidencia de ansiedad y depresión en personal de salud con S. Burnout, además de los factores de riesgo a los que están expuestos y que pueden resultar directamente responsables del apareamiento de dichas patologías.

Con la firma de esta hoja de consentimiento, da su permiso para la utilización de los resultados de las entrevistas y conservaciones.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía, doy mi conformidad para participar en él.

LUGAR Y FECHA,.....de.....del 20....

FIRMA:

Paciente: firma: \_\_\_\_\_

Investigador firma: \_\_\_\_\_

## CAPITULO VIII

### BIBLIOGRAFIA

1. Vinaccia. Stefano, Alvaran Flórez Liliana, EL SINDROME DE BURNOUT EN UNA MUESTRA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA UN ESTUDIO EXPLORATORIO, Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Santiago de Chile, 2004, Vol. 22, numero 001.
2. Quiceno- Japcy Margarita, Vinacia Alpi –Stefano, *BURNOUT: “SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT)”*, ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA 10 (2): 117-125, 2007
3. Waguih William IsHak, MD, FAPA Lederer, Sara PsyD, Mandili Carla, MD, Nikraves Rose, DO, Seligman Laurie, MA,,Vasa Monisha, MD, Ogunyemi, Dotun MD, Burnout During Residency Training: A Literature Review, Journal of Graduate Medical Education, December 2009
4. Llana. Javier, Mondelo. Pedro, Nogareda Silvia, Ergonomía y psicopsicología Aplicada, Manual para la Formación del Especialista, 4ta Edición, 2006
5. Jelena Ogresta, Silvia Rusac, Lea Zorec, RELATION BETWEEN BURNOUT SYNDROME AND JOB SATISFACTION AMONG MENTALHEALTH WORKERS, University of Zagreb, Croatia, Croat Med J. 2008;49:364-374

6. E.B. Faragher, M Cass, C L Cooper, THE RELATIONSHIP BETWEEN JOB SATISFACTION AND HEALTH: A META-ANALYSIS, *Occup Environ Med* 2005;62:105–112, [www.occenvmed.com](http://www.occenvmed.com)
7. Camacho-Ávila Anabel, Juárez-García Arturo, Arias Galicia Fernando, BURNOUT SYNDROME AND ASSOCIATED FACTORS IN MEDICAL STUDENTS, *Ciencia & Trabajo*, ENERO / MARZO 2010 | [www.cienciaytrabajo.cl](http://www.cienciaytrabajo.cl)
8. Niku K. Thomas, MD, **RESIDENT BURNOUT**, *JAMA*. 2004;292(23):2880-2889
9. Pavlos Msaouel\*†, Nikolaos C Keramaris†, Athanasios Tasoulis, Dimitrios Kolokythas, Nikolaos Syrmos, Nikolaos Pararas, Eleftherios Thireos, and Christos Lionis, BURNOUT AND TRAINING SATISFACTION OF MEDICAL RESIDENTS IN GREECE: WILL THE EUROPEAN WORK TIME DIRECTIVE MAKE A DIFFERENCE?, *Msaouel et al. Human Resources for Health* 2010, **8**:1
10. Amy M Fahrenkopf, Theodore C Sectish, Laura K Barger, research fellow, Paul J Sharek, Daniel Lewin, Vincent W Chiang, Sarah Edwards, Bernhard L Wiedermann, Christopher P Landrigan, RATES OF MEDICATION ERRORS AMONG DEPRESSED AND BURNTOUT RESIDENTS: PROSPECTIVE COHORT STUDY, *British Medical Journal*, 8 December 2007
11. Silvina V. Waldman, M.D., Juan Cruz Lopez Diez, M.D. Hernán Cohen Arazi, M.D., Bruno Linetzky, M.D. Salvador Guinjoan, M.D., Ph.D., Hugo Grancelli, M.D. BURNOUT, PERCEIVED STRESS, AND

DEPRESSION AMONG CARDIOLOGY RESIDENTS IN ARGENTINA,  
Academic Psychiatry 2009; 33:296–301

12. ANSIEDAD, ANGUSTIA, MIEDO Y FOBIA,  
<http://ansiedad.net23.net/index>.

13. TRASTORNOS DE ANSIEDAD, Instituto Nacional de Salud Mental,  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos,  
(<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/anxiety.html>)

14. Maria Melchior, Avshalom Caspi, Barry J. Milne, Andrea Danese,  
Richie Poulton, and Terrie E. Moffitt, **WORK STRESS PRECIPITATES  
DEPRESSION AND ANXIETY IN YOUNG, WORKING WOMEN AND  
MEN**, HAL Archives Ouvertes France, *Psychol Med.* 2007 August ;  
37(8): 1119–1129.

15. Tafet Gustavo E. y Feder Diego J., Efecto de la Psicoterapia Cognitiva  
en la regulación del Sistema Cortico- Límbico-Hipotálamo-Hipófiso-  
Adrenal en pacientes con Estrés Crónico, Departamento de Psiquiatría  
y Neurociencias, *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*  
53(3):163-168 (2005)

16. Florián Melo Alejandro, Neurobiología de depresión y ansiedad,  
[http://www.healing-arts.org/n-r-limbic.htm`](http://www.healing-arts.org/n-r-limbic.htm)

17. Carrasco Perera. Jose L, Palancar de la Torre. Jose. L, Ramirez  
Puerta. Dulce, EVIDENCIA CIENTIFICA EN ANSIEDAD Y  
DEPRESION, MANUAL DE ACTUACION, Organización Medica  
Colegial de España. 2005

18. Sigmund Freud, La interpretación de los sueños.. Editorial. planeta-agostini, pag 7,8 y 9, [www.teoriaspsicodinamicas.html](http://www.teoriaspsicodinamicas.html)
19. Castro Dono, Carlos, Esteban Fernández, Blanca , Alberdi Sudupe Jesús, Ansiedad Generalizada, Guías Clínicas en Atención Primaria, Fistera, 2004; 4 (10)
20. Bados. Arturo, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, Facultad de Psicología, Barcelona, 2009
21. PAHO, ENFERMEDADES MENTALES: LA DEPRESIÓN EMPEORA LA SALUD DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007, [http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp\\_Parte1.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf)
22. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L, Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión ,Rev Fac Med (Mex) 2006
23. Noha Sadek MD. Charles Nemeroff MD, Ph, *Neurobiología de la Depresión*, Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 64 N° 3 Diciembre 2000.
24. Arango Dávila, César Augusto, Escobar Martha Isabel, Pimienta J. Hernán José, FUNDAMENTOS MOLECULARES Y CELULARES DE LA DEPRESIÓN Y DE LOS MECANISMOS ANTIDEPRESIVOS, Revista Colombiana de Psiquiatría, 2004
25. Charles B. Nemeroff, MD, Ph.D, HALLAZGOS RECIENTES EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESION, Psimonart, Emory University, Atlanta, Georgia, USA 2007

26. Rashmi Nemade, Ph.D., Natalie Staats Reiss, Ph.D., and Mark Dombeck, Ph.D. Nemade Rashmi, Ph.D., Reiss Staats Natalie, Ph.D., y Mark Dombeck, Ph.D, Las teorías cognitivas de la depresión mayor, septiembre 2007
27. **Urbano. Elisa, DSM-IV /6 Trastornos del estado de ánimo, [http://www.psycoarea.org/dsmiv\\_6.htm](http://www.psycoarea.org/dsmiv_6.htm)**
28. Belloch Amparo, Sandin Bonifacio, Ramos Francisco, MANUAL DE PSICOPATOLOGIA, Mc Graw Hill, Vol 2, 1995.
29. Baldassin Sergio, Correa de Toledo Ferraz Alves Tânia, Guerra de Andrade Arthur, Nogueira Martins. Luiz Antonio, THE CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN MEDICAL STUDENTS DURING MEDICAL EDUCATION AND TRAINING: A CROSS-SECTIONAL STUDY, *BMC Medical Education* 2008, **8**:60
30. Bin Nordin Rusli\*†, Bin Abdin Edimansyah†, and Lin Naing†, Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach, *BMC Public Health* 2008, **8**:48 doi:10.1186/1471-2458-8-48
31. Atance Martínez, Juan Carlos, ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO ,Dirección Provincial de Salud de Guadalajara, Revista Española de Salud Pública, Mayo-Jun 1997
32. Paul Krueger\*, Kevin Brazil, Lynne Lohfeld, H Gayle Edward, David Lewis, and Erin Tjam, ORGANIZATION SPECIFIC PREDICTORS OF JOB SATISFACTION: FINDINGS FROM A CANADIAN MULTI-SITE

- QUALITY OF WORK LIFE CROSS-SECTIONAL SURVEY, BMC Health Services Research, *BMC Health Services Research* 2002, 2:6
33. Jordan S Cohen, Yvette Leung, Meriah Fahey, Linda Hoyt, Roona Sinha, Lisa Cailler<sup>6</sup>, Kevin Ramchandrar, John Martin and Scott Patten, THE HAPPY DOCS STUDY: A CANADIAN ASSOCIATION OF INTERNES AND RESIDENTS WELL-BEING SURVEY EXAMINING RESIDENT PHYSICIAN HEALTH AND SATISFACTION WITHIN AND OUTSIDE OF RESIDENCY TRAINING IN CANADA, *BMC Research Notes* 2008, 1:105 doi:10.1186/1756-0500-1-105
34. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A BRIEF MEASURE FOR ASSESSING GENERALIZED ANXIETY DISORDER: The GAD-7. [Journal Article] *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-7
35. Laso Bayas, Jose Luis, Rodriguez Enderica, Fernando, DETERMINACION DE LA PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL QUITO NUMERO 1 DE LA POLICIA NACIONAL EN LOS MESES DICIEMBRE 2006 Y ENERO 2007, Tesis de Grado, PUCE.
36. Vargas Llerena, Edwin Oswaldo, Bassante Cruz, Pablo Santiago, FACTORES LABORALES Y SOCIODEMOGRAFICOS EN EL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN MEDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DE LA CUIDAD DE QUITO DURANTE MARZO A JULIO 2002, Tesis de Grado, PUCE.

37. Lascano Gallegos, Juan Jose, PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL MEDICO, DE ENFERMERIA Y ADMINISTRATIVOS DEL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE PERIODO ABRIL- MAYO 2008. Tesis de Grado, PUCE.
38. C Bressi\*, S Manenti M Porcellana<sup>1</sup>, D Cevales, L Farina, I Felicioni, G Meloni, G Milone, IR Miccolis, M Pavanetto, L Pescador, M Poddigue, L Scotti, A Zambon, G Corrao, G Lambertenghi-Deliliers and G Invernizzi, HAEMATO-ONCOLOGY AND BURNOUT: AN ITALIAN SURVEY, British Journal of Cancer (2008) 98, 1046 – 1052
39. Gloria Gema Cáceres Bermejo, PREVALENCIA DEL SÍNDROMÉ DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO MILITAR, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE MEDICINA Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia Madrid, 2006
40. Álvarez E., Fernández L. El síndrome de «*burnout*» o el desgaste profesional. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1991; 1:257-65
41. Lozano Flórez José Antonio MD, SALUD MENTAL DEL MÉDICO: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL *BURNOUT*, Universidad de Oviedo, Revista Global, No 2, 2003.
42. Ranchal Sánchez Antonio \*, Vaquero Abellán Manuel, **BURNOUT, VARIABLES FISIOLÓGICAS Y ANTROPOMÉTRICAS: UN ESTUDIO**

**EN EL PROFESORADO**, Medicina y Seguridad del Trabajo, Madrid

2008,<http://scielo.isciii.es/scielo.php>