

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DETERMINAR LA DIFERENCIA EN LOS NIVELES DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN EL
PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
PABLO ARTURO SUÁREZ CON LA UTILIZACIÓN DE LA ESCALA DE MASLACH BURNOUT
INVENTORY Y SU CORRELACIÓN CON PRESENCIA DE ANSIEDAD CON LA UTILIZACIÓN DEL LAS
ESCALA PARA MEDIR TRASTORNOS DEPRESIVOS, POR ANSIEDAD Y SOMATOMORFES.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR: DANIELA MOLINEROS.

DIRECTOR: DR. CHÁVEZ OLEAS HERNÁN

DIRECTOR METODOLÓGICO: PhD GEA IZQUIERDO ENRIQUE

Quito, 2017

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, me ha cuidado y guiado en este camino, y poniéndome pruebas me ha hecho más fuerte, para ser la mejor versión de mí.

A mis padres que me ha apoyado durante este momento, aunque ha sido difícil y a veces hasta imposible seguir adelante, han creído en mí aún en los momentos en los que yo misma dejé de creer, me han felicitado cuando conseguía mis metas y me han levantado cuando he caído, siempre a mi lado sin importar lo que pasara. Gracias por su apoyo.

Agradezco a mis hermanos, que incluso sin saberlo, han sido una de mis fuentes de inspiración y fortaleza durante toda mi vida, los mejores hermanos que alguien pueda pedir, incluso cuando no compartimos las mismas opiniones.

A mis profesores, que a lo largo de mi carrera universitaria han dado lo mejor de si para enseñarme no solo a ser un buen médico sino también un buen ser humano.

A todos los amigos que hice en estos años, incluso los que conocí por un tiempo corto, todos dejaron su huella en mi corazón.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	9
CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.	
1.1. Introducción.....	10
1.2. Justificación.....	11
1.3. Problema de investigación.....	11
1.4. Objetivos	
1.4.1.General.....	11
1.4.2.Específicos.....	11
1.5. Hipótesis.....	12
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Estrés laboral.....	12
2.1.1 Factores que contribuyen al estrés laboral.....	14
2.1.2 Señales de alerta frente al estrés.....	17
2.1.3 Emociones negativas que aumentan el estrés.....	20
2.2 El miedo al trabajo.....	21
2.3 Estrategias para combatir el estrés.....	22
2.3.1 El hacer sin hacer.....	22
2.3.2 Los grandes aliados.....	22
2.3.3 Fuentes de energía para una vida sana.....	25
2.3.4 Técnicas de respiración adecuada.....	27
2.3.5 Técnicas de relajación.....	28

2.3.6 Técnicas de estiramiento.....	31
2.4 Síndrome de Agotamiento Profesional.....	32
2.4.1 Historia del término.....	33
2.4.2 Importancia del estudio del síndrome.....	33
2.4.3 Delimitación conceptual.....	35
2.4.4 Perspectivas.....	38
2.4.5 Mecanismos de presentación.....	39
2.4.6 Proceso de desarrollo.....	40
2.4.7 Fases del proceso agotamiento profesional.....	44
2.4.8 Sintomatología.....	45
2.4.9 Evaluación.....	47
2.4.10 Maslach Burnout Inventory (MBI).....	49
2.4.11 Consecuencias.....	51
2.5 Ansiedad.....	52
2.5.1 Definición.....	52
2.5.2 Estructuras neurobiológicas relacionadas con la ansiedad.....	53
2.5.3 Mecanismos neurobiológicos.....	56
2.5.4 Etiopatología de los trastornos de ansiedad.....	58
2.5.5 Manifestaciones clínicas.....	59
2.5.6 Criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad.....	60
2.5.7 Pasos para el tratamiento de trastornos de ansiedad.....	76
2.6 Depresión.....	78
2.6.1 Definición.....	78

2.6.2 Características.....	79
2.6.3 Epidemiología.....	80
2.6.4 Teorías y modelos explicativos de la depresión.....	82
2.6.5 Fisiopatología de la depresión.....	91
2.6.6 Criterios diagnósticos de trastornos del estado del ánimo.....	97
2.7 Somatización.....	121
2.7.1 Conceptualización.....	121
2.7.2 Somatización y el “sentirse enfermo”	123
2.7.3 La Cognición Subjetiva de la Enfermedad.....	126
2.7.4 Competencia Conductual y la Experiencia de la Enfermedad.....	127
2.7.5 Trastornos somatomorfos.....	128
2.7.6 Trastornos por somatización.....	129
2.7.7 Criterios diagnósticos de los trastornos de somatización.....	130
2.7.8 Criterios diagnósticos para trastornos ficticios.....	136
2.7.9 Criterios diagnósticos para trastornos disociativos.....	137
 CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.	
3.1 Muestra.....	140
3.2 Calculo de la muestra.....	140
3.2.1 Criterios de inclusión.....	141
3.2.2 Criterios de Exclusión.....	141
3.3 Tipo de estudio.....	141
3.4 Procedimiento de recolección de información.....	142
3.5 Plan de análisis de datos.....	142

3.6 Operacionalización de variables.....	143
3.7 Aspectos bioéticos.....	146
3.7.1 Consentimiento informado.....	146
3.7.2 Aspectos administrativos.....	146
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	147
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN.....	162
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES.....	171
CAPÍTULO VII. RECOMENDACIONES.....	173
BIBLIOGRAFÍA.....	175
ANEXOS.....	183
GRÁFICOS	
Gráfico 1: Porcentaje de presentación de síndrome de Burnout.....	149
Gráfico 2: Porcentaje de agotamiento emocional.....	150
Gráfico 3: Porcentaje de despersonalización.....	151
Gráfico 4: Porcentaje de realización profesional.....	152
Gráfico 5: Porcentaje de agotamiento profesional asociado al servicio en el que el personal de enfermería trabaja.....	157
TABLAS	
Tabla 1: Operacionalización de variables.....	141
Tabla 2: Distribución de la muestra por género.....	146
Tabla 3: Distribución de la muestra por área de trabajo.....	147
Tabla 4: Distribución de la muestra por edad de los participantes.....	148
Tabla 5: Distribución de la muestra por horas de trabajo.....	148

Tabla 6: Distribución de la muestra por antigüedad en el hospital.....	148
Tabla 7: Frecuencia de síndrome de agotamiento profesional.....	149
Tabla 8: Media de síndrome de agotamiento profesional.....	150
Tabla 9: Frecuencia de agotamiento emocional.....	151
Tabla 10: Media de agotamiento emocional.....	151
Tabla 11: Frecuencia de despersonalización.....	152
Tabla 12: Media de despersonalización.....	153
Tabla 13: Frecuencia de realización profesional.....	154
Tabla 14: Media de realización profesional.....	154
Tabla 15: Frecuencia de depresión.....	155
Tabla 16: Frecuencia de ansiedad.....	155
Tabla 17: Frecuencia de somatización.....	155
Tabla 18: Relación entre género y presencia de síndrome de Burnout.....	156
Tabla 19: Relación entre el servicio en el que se trabaja y síndrome de Burnout.....	156
Tabla 20: Relación entre tiempo de trabajo en el hospital y síndrome de Burnout.....	157
Tabla 21: Relación entre síndrome de Burnout y ansiedad.....	158
Tabla 22: Relación entre síndrome de Burnout y depresión.....	159
Tabla 23: Relación entre síndrome de Burnout y somatización.....	159
Tabla 24: Relación entre género, síndrome de agotamiento profesional y presencia de ansiedad.....	160

RESUMEN

Antecedentes: el síndrome de agotamiento laboral es una patología que ha estado presente en el ámbito laboral desde hace varios años. Freudenberger en 1975 lo define como un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico, resultando en la aparición de alteraciones tanto psicológicas, como anímicas y físicas. Internacionalmente la patología se ha estudiado de forma exhaustiva en varios puestos laborales, incluyendo el campo médico; en el país no existe un estudio realizado exclusivamente en personal de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez.

Objetivos: Cuantificar la presencia de Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del Hospital Pablo Arturo Suarez en los servicios de Cirugía y Medicina Interna; y su relación con la presencia de ansiedad.

Materiales y métodos: Se aplicaron, durante dos semanas, y tomando en cuenta horarios de personal de enfermería, dos encuestas a 105 participantes, conformados por personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) del Hospital Pablo Arturo Suárez, en el periodo 2015-2016. La base de datos fue comprendida por un cuestionario con preguntas demográficas, el Maslach-Burnout Inventory y las Escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfos, en ese orden; con lo cual se procedió al análisis de datos.

El estudio realizado fue transversal descriptivo y, usando el programa SPSS 22 para el análisis de los datos y los cuestionarios antes mencionados, se procedió al análisis descriptivo y de correlación de variables, realizando cálculos de prevalencia, junto con valores de p para comprobar que los resultados son estadísticamente significativos.

Resultados: se encontró que no existe correlación estadísticamente significativa entre el servicio en el que se desempeña el trabajo y la presencia de síndrome de agotamiento profesional; los resultados mostraron que existe una correlación positiva entre ansiedad con síndrome de agotamiento profesional, con una correlación de Pearson de menos de 0,01.

Conclusiones: En el Hospital Pablo Arturo Suárez no existe relación entre el puesto trabajo en el que se desempeña el personal de enfermería y la presencia de síndrome de agotamiento profesional. Sin embargo sí existe una correlación entre la presencia de ansiedad y el síndrome.

ABSTRACT

Background: the Burnout syndrome is a pathology that has been present in the working field for many years. Freudenberger in 1975 define it as a process that surges as a response to the chronic work stress, which turn into psychological, emotional and physical alterations. Worldwide this pathology has been studied thoroughly in various working areas, including medical; however, in this country, there are no studies made exclusively to nursing personnel of the Pablo Arturo Suárez Hospital.

Objective: Quantify the presence of Burnout syndrome on nursing personnel al the Pablo Arturo Suarez hospital in the Surgery and Internal Medicine and its relationship with anxiety.

Methodology: In a period of two weeks, and knowing the schedules of the staff, it was applied two surveys to 105 participants, made of nursing staff (nurses and nursing assistants) from the Pablo Arturo Suarez hospital, during 2015-2016. The data base was made of the Maslach-Burnout Inventory and the Scale to measure depressing, anxiety and somatic disorders, from which we made a descriptive analysis and the correlation for variables analysis. A cross-sectional descriptive study was used, and with the SPSS 22 program for data analysis and the surveys preveously mentioned, the descriptive analysis and the variable correlations were made, performing calculations of prevalence together with p values to verify that the results are statistically significant.

Results: It was found that there is no statistically significant between the area in which the job is made and the presence of Burnout syndrome; there is a positive correlation between anxiety and Burnout syndrome, with a Pearson correlation lower than 0,01.

Conclusions: At the Pablo Arturo Suarez Hospital there is not a connection between the job position in which the nursing staff do their jobs and the presence of Burnout syndrome. However there is correlation between anxiety and the syndrome.

CAPÍTULO I.

1.1 Introducción.

Debemos tener en cuenta dos conceptos importantes, los cuales son Síndrome de agotamiento profesional y ansiedad, teniendo en cuenta que ambos pueden presentarse juntos o por separado.

El Síndrome de Burnout, conocido también como Síndrome de agotamiento profesional se ha conocido desde los años setenta y corresponde a la observación de deterioro en el ámbito laboral de los profesionales de cualquier rama ^{1,2}. Éste síndrome tiene afecciones emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticas, y se manifiesta en tres esferas importantes, que son: despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal.

De tal forma que personas que lo padecen presentan un bajo rendimiento laboral que surge por una insatisfacción sobre su vida profesional que lleva al desarrollo de una personalidad desaprensiva y actitudes negativas hacia compañeros de trabajo y clientes, o en este caso pacientes.³

La ansiedad, por otro lado, es caracterizada por sentimientos de angustia y sentimientos negativos que pueden desencadenarse por vivencias personales y variadas como son el contacto constante con pacientes críticos y sus familiares o la muerte de pacientes.⁴

Aunque se han realizado diversos estudios en personal de salud de varios hospitales en la ciudad de Quito en Hospital Pablo Arturo Suarez no tiene datos estadísticos sobre el nivel de agotamiento profesional y sus consecuencias en su personal de enfermería.^{6, 7, 8, 9, 10, 11.}

Tomando en cuenta el número de enfermeras en relación con los egresos hospitalarios totales se debería analizar la situación laboral de las enfermeras de esta institución.

1.2 Justificación.

El Síndrome de Burnout es, según la literatura, la consecuencia final de una exposición continua al estrés laboral, dando como resultado una disminución en el nivel de desempeño laboral. El desenlace más importante de este Síndrome es emocional ya que la persona no puede vincular la realidad de su trabajo con las expectativas que tenía sobre el mismo.⁵

La importancia en nuestro medio es que, a pesar de conocerse desde hace tres décadas, no hay planes de prevención o tratamiento aplicables a esta enfermedad por la falta de estadísticas nacionales que indiquen la prevalencia del Agotamiento Profesional y las consecuencias en la salud tanto física como mental y emocional de la persona; así también como las consecuencias en el ámbito familiar, personal, profesional, social y organizacional que la persona enfrenta.

1.3 Problema de investigación.

El personal de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suarez presenta una carga laboral desproporcionada comparando el número de egresos hospitalarios de los servicios con el número total de personal de enfermería del hospital, por lo cual podría haber personal que esté presentando Síndrome de Burnout sin saberlo o conocer todos los riesgos que esto conlleva, por lo cual sería necesario establecer la prevalencia en una población modelo, como son los servicios de Cirugía y Medicina Interna, y así establecer conductas de riesgo, lugares de máxima probabilidad de presentar el síndrome y posibles consecuencias e implementar planes preventivos.

1.4 Objetivos.

1.4.1 General.

Cuantificar la presencia de Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería del Hospital Pablo Arturo Suarez en los servicios de Cirugía y Medicina Interna.

1.4.2 Específicos.

- Comparar la presencia de Síndrome de agotamiento profesional entre el personal de enfermería del servicio de Cirugía y Medicina Interna.
- Identificar al grupo más susceptible a presentar Síndrome de Agotamiento Profesional en relación al número de horas de trabajo por semana.
- Determinar si existe una correlación entre el agotamiento profesional y los años de trabajo.
- Calcular la presencia de ansiedad en la población y correlacionarla con la presencia de Burnout.
- Observar si existe una correlación entre la presencia de ansiedad y los años de trabajo de los participantes.

1.5 Hipótesis.

La formulación de una hipótesis en el caso de un estudio transversal no es necesaria ya que este tipo de estudios tienen como objetivo el recoger información por primera vez acerca de una patología no estudiada.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ESTRÉS LABORAL

El trabajo puede ser una de las experiencias más satisfactorias y estimulantes que una persona puede tener, llenas de retos, diversión e inspiración, pero esto solo ocurre cuando las personas han encontrado técnicas de autoestimulación y adaptación. Para otras personas, el trabajo se convierte en una obligación y una carga que con el tiempo se hace tan pesada que el trabajo llega a ser una tortura necesaria para la obtención de dinero para pagar las necesidades básicas de cada persona¹².

La insatisfacción personal es uno de los motivos por los cuales el trabajo conduce al estrés laboral, la causa principal de esto es que no hay muchas personas que trabajen en algo que les gusta. Otros factores de insatisfacción pueden ser los horarios, el ambiente de trabajo, la carga horaria y las exigencias y expectativas de cada trabajador; o por factores de personalidad del trabajador ya que algunas personas no pueden trabajar con horarios estrictos o actividades repetitivas y poco creativas, puede incluso producirse insatisfacción por falta de luz natural en el sitio de trabajo, distancia entre el hogar y su sitio de trabajo, etc^{12,13}.

Las personalidades inmaduras y agresivas son otro de los factores para el estrés laboral, ya que conllevan una carga adicional para todo el equipo de trabajo pues, al no tener un cuadro claro de sus fortalezas y limitaciones, suelen ser impacientes e inconstantes; se sienten insatisfechos porque, en sus mentes, no reciben el crédito que merecen, cuando en la realidad las probabilidades reales de conseguirlo no son factibles¹².

Por todo esto es imprescindible saber adaptarse al ambiente de trabajo, a no dejar que las exigencias de este controlen la forma de actuar con los demás; se debe tener la habilidad de

desvincularse del trabajo para así tener la capacidad de no reaccionar de manera exagerada o neurótica ante los problemas laborales.

2.1.1 Factores que contribuyen al estrés laboral^{1,12,13,14}.

- El camino al estrés laboral puede comenzar incluso antes de comenzar en un puesto de trabajo, la búsqueda de empleo puede ser estresante para las personas que han estado en ella por largo tiempo o la necesitan para independizarse o acceder al capital necesario para cubrir sus necesidades básicas o las de su familia; además en países competitivos con un alto nivel de desespecialización y desempleo muchas veces las personas tienen que buscar cualquier trabajo que esté disponible, para el que no tiene capacitación alguna o una muy básica, lo cual supone una carga adicional en la psique del individuo, lo que puede desencadenar actitudes negativas y cínicas en relación a la actividad laboral que se realiza, como son la fobia al trabajo, la actitud desinteresada o incluso dolencias psíquicas o psicósomáticas.
- El ambiente de trabajo es una “aventura” diaria que se hace llevadera en función a la relación y personalidad de los compañeros de trabajo, así como la atmósfera en sí. Algunos colegas se convierten en verdaderos amigos, y si no, en personas con las que se tiene una relación armoniosa, pero en otros casos los colegas se muestran competitivos, envidiosos y chismosos, tanto por sus propias personalidades, como por sus relaciones interpersonales; lastimosamente los ejecutivos y jefes participan en este ambiente, sus personalidades exigentes y estrictas pueden contribuir al ambiente y las relaciones entre trabajadores.
- Aparte de todo, los rumores, chismorreos, intrigas o desacreditaciones, que aparecerán en cualquier compañía, es un mal esperado, que supone una carga

adicional de estresores en la persona, al cual se recomienda no prestar atención por higiene mental.

- En el trabajo, como en cualquier interacción social, siempre habrá una gran gama de personalidades, como el perfeccionista, que no acepta fallas propias o ajenas, el introvertido que no interactúa con otras personas a menos que sea necesario o el irresponsable, que entrega su trabajo a otros trabajadores; además la competitividad, la amenaza del despido, la incertidumbre de cambios en el área que se trabaja (cambios de jefes de área, horarios de trabajo o carga laboral) o el miedo a ser reprendido da un impedimento adicional a las relaciones interpersonales en el sitio de trabajo.
- El mundo laboral siempre ha tenido un nivel de tensión propio dado por factores como la sobrecarga horaria, verse obligado a desarrollar actividades que desagradan al trabajador, ya sea porque está fuera de sus capacidades o por debajo de ellas; y por factores de carácter psicológico. Un determinado tipo de tarea puede ser desgastante tanto física como psicológicamente, las actividades de grupo pueden presentar situaciones conflictivas en las que opiniones y personalidades chocan; en actividades en solitario la persona debe hacerse responsable por todas las decisiones tomadas y los riesgos o recompensas son personales.
- El cansancio físico, en sus primeras etapas, es el de más fácil resolución, al solo necesitar descanso suficiente, como es el fin de semana; el cansancio físico crónico puede desencadenar apatía, ansiedad o depresión en la persona, lo que sumado a los otros factores de riesgo antes mencionados conllevan un riesgo amentado de abandono laboral.

- La fatiga psíquica aparece por trabajos intensos y rutinarios, o cuando en un tiempo corto se ha tenido que hacer una gran cantidad de horas extras. Cuando estos factores se combinan con un ambiente de trabajo hostil y poco estimulante este puede llevar a la desesperanza; en cambio, si hay recompensas ya sea monetaria o motivacional la fatiga psíquica se puede controlar e incluso disminuir.
- La competencia es uno de los factores más importantes para el estrés, de forma saludable la competencia motiva a todas las personas del equipo de trabajo a alcanzar todo su potencial; sin embargo, cuando la competencia es tomada como un combate por la supervivencia, se vuelve corrosiva, injusta y desalmada, provocando sentimientos de envidia, frustración y resentimiento.
- El trabajo en equipo es siempre un momento en el que las tensiones pueden aumentar, si el equipo está mal administrado y no hay armonía desde el principio, se presentarán disputas, hostilidades que llevarán a palabras hirientes o conductas de resentimiento y aversión hacia los compañeros.
- En todo trabajo hay una jerarquía, un jefe o líder de personal y sus subordinados. El directivo debe saber cómo manejar todos los aspectos de su equipo de trabajo, tomar responsabilidad por sus éxitos y fracasos, organizar los trabajos de cada persona, mostrar y merecer respeto, debe ser firme, sin llegar ser irreverente.

Otras fuentes de estrés laboral son¹²:

- Viajes de negocios. No están previstos para el disfrute del viajero, son viajes que se realizan con un horario estricto y en el menor tiempo posible.

- Reuniones tensas y prolongadas. Aunque reuniones son recomendables de manera regular, las reuniones que tardan varias horas son una fuente de frustración y estrés, tomando en cuenta que una mentalidad positiva y calmada es necesaria.
- Inseguridad en el puesto de trabajo. Muchas personas son conscientes de la fragilidad de sus puestos de trabajo, lo que causa gran angustia.
- El exceso de responsabilidad. Personas que toman más responsabilidades de las que se les asigna, son acumuladores de trabajo y consideran, erróneamente, que son indispensables para que el trabajo se realice. Se vuelven posesivos con el trabajo y pueden llegar a ocultar información de sus compañeros para satisfacer su necesidad de reconocimiento y control.

2.1.2 Señales de alerta frente al estrés^{12,13}

Cuando los niveles de estrés laboral llegan a un punto crítico el cuerpo empieza a manifestar síntomas, estos son alertas rojas que indican al individuo que debe “tomar un paso hacia atrás”, relajarse y/o consultar ayuda profesional. Estos síntomas, que se funden del ámbito laboral al familiar e incluso se presentan durante los momentos de ocio; son:

- Malestar general y fatiga insuperable.
- Expresión facial apesadumbrada.
- Repetidos lapsos de memoria.
- Incapacidad para concentrarse por un tiempo determinado.
- Irritabilidad, nerviosismo y abatimiento.
- Fluctuaciones emocionales.
- Deseos de llorar.
- Agitación motora o temblores musculares más o menos constantes.

- Dolencias psicomotoras u orgánicas.

Estos síntomas, aunque tempranos, no deben ser tomados a la ligera, ya que su inatención puede llevar a la presencia de hipertensión arterial, asma por estrés, úlceras gástricas, etc.

Para evitar la degeneración de la salud psicosomática, la persona debe tomar las cosas con calma: adelantar las vacaciones, tomar días de descanso, relacionarse más con sus amigos y familia, olvidar por un tiempo determinado todo aspecto del trabajo y delegar responsabilidades.

Como todas las cosas en la vida, es necesario recordar que nuestro mayor enemigo, al igual que nuestro peor crítico somos nosotros mismos, muchas veces no podemos perdonarnos a nosotros mismos nuestros errores o transgresiones, ya sean reales o imaginarias; en el sitio de trabajo esto tiene una connotación mayor ya que los problemas del trabajo nos seguirán las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en casa o de vacaciones, es tanta la pesadumbre y la obsesión, algunas veces, que no nos permiten descansar en absoluto.

El pensamiento occidental se centra en las metas que se deben cumplir, los cálculos de productividad son la fría realidad del mundo laboral; provocando que la persona se obsesione tanto con las metas a futuro que no puede disfrutar el presente, sin entender que las experiencias de vida postergadas son experiencias jamás alcanzadas. Para poder evitar esto tenemos que seguir las guías del antiguo Oriente, las cuales se resumen en:

1. Hacer la tarea lo mejor que se pueda con destreza y dedicación, sin dejarse alienar por la tarea.
2. Trabajar con diligencia, sin sucumbir a la ansiedad o la agitación.
3. Si se hacen las tareas lo mejor que se pueda los resultados se observarán con el tiempo, la obsesión por resultados instantáneos no es fiable, ni sana.

4. Muéstrase indiferente al halago, los insultos o a la crítica.

Una acción ejecutada con la mejor de nuestras capacidades y actitud, aún sin producir el resultado esperado, es en sí una acción bien realizada, al final del día tenemos la certeza que hemos hecho todo lo posible para llevar a cabo la tarea impuesta y, si los resultados son negativos, podemos, al menos, retenemos las falencias que nos impidieron obtener el desenlace deseado.

2.1.3 Emociones negativas que aumentan el estrés^{12,13}.

Los seres humanos somos un mar de emociones positivas y negativas, situaciones determinadas hacen que cada uno de los individuos muestre emociones similares u opuestas; el puesto de trabajo es, lastimosamente, una de los ambientes en las que las emociones son mayormente negativas, lo cual no es conductivo para las relaciones interpersonales, ni el desempeño laboral.

- Prepotencia: la persona se atribuye cualidades que no posee, es altivo, despectivo y autoritario. No trabaja bien con otros, a menudo ocultando información para así crear una línea imaginaria de jerarquía. Se cree poseedor de la verdad absoluta, menospreciando a los otros y creyendo que posee una mayor inteligencia que el resto. A menudo crean un ambiente de trabajo hostil y tenso, sobre todo, cuando comienza con comentarios sarcásticos o mordaces.
- Celos: la persona tiene una posesividad excesiva y un carácter dominante y manipulador. Desea ser el centro de atención y poseer a las personas, objetos o situaciones que lo atraen. Detrás de este sentimiento se encuentra un individuo inseguro y con carencias afectivas y una necesidad compulsiva de ser afirmado que se manifiesta como desconfianza, personalidad irritable, caprichosa y, según la situación,

insulso o pegajoso. A veces los celos llegan a un nivel patológico produciendo paranoia y, creando así enemigos en toda la empresa que quieren humillarlo o desplazarlo de su puesto de trabajo. Cuando existe un nuevo compañero de trabajo o son relegados de las tareas que normalmente realizan se muestran enfadados o indignados.

- **Envidia:** es una de las emociones más corrosivas y frecuentes en el medio laboral. Las personas que la presentan no se alegran por los logros ajenos, por el contrario se sienten molestos por que se produzcan e incluso pueden desear mal a la otra persona. El envidioso no soporta los triunfos ajenos, estos producen rabia y rencor hacia el envidiado, Como consecuencia el envidioso buscará cualquier oportunidad para desacreditar, difamar o calumniar a otros.
- **Susplicia:** es un malestar para uno mismo, generando temores infundados, delirios de desplazamiento o menosprecio, predisposición para ofenderse por cada detalle. Provoca en los demás situaciones malinterpretadas, paranoias, miedos infundados y sospechas absurdas.
- **Resentimiento:** sus orígenes están en varios lugares, desde compañeros que menosprecian al resto, hasta jefes que hacen comentarios hirientes. Si se agudiza puede resultar en un sentimiento de venganza.
- **Mal humor:** es uno de los factores que dificultan las relaciones interpersonales. Pueden presentarse con irritabilidad, actitudes negativas, reproches, insultos y accesos de ira. Formas de esta actitud son brusquedad, palabras y gestos hirientes.
- **Autoritarismo:** entendiéndose como la imposición irracional y desaforada de la autoridad o de los criterios personales es un motivo para generar resentimientos en otros. Las malas maneras con las que se interactúa con otras personas son un círculo

vicioso el cual llevará a roces innecesarios entre compañeros o entre jefe y subordinados.

- Maledicencia y malevolencia: hay personas que por una razón social o psicológica se divierten al generar discordia entre las personas, otros por “no pensar antes de hablar” pueden causar conflictos. Existen también personas dedicadas a los chismes y desprestigios. Se debe recordar que las palabras son poderosas y por lo tanto cuidar lo que se dice, a quién se lo dice e incluso, muchas veces, cómo se dice.

2.2 EL MIEDO AL TRABAJO^{1,12,13}.

Toda situación relacionada con el trabajo supone un nivel de ansiedad en menor o mayor grado. Estas preocupaciones, reales o supuestas, deben ser dirigidas de la mejor manera posible, con una mentalidad clara y ecuánime, que nos permita evaluar varios puntos de vista a la vez y encontrar un enfoque adecuado para la resolución del conflicto al que nos estamos enfrentando, dando a conocer nuestro punto de vista de manera clara y firme para así conseguir el resultado deseado.

Es posible para el trabajador ser lo más productivo posible para la empresa sin que esto llegue a crear una sobrecarga de trabajo. Organizar el trabajo para obtener el mejor resultado en el menor tiempo posible, dedicando a cada actividad el tiempo y la energía necesaria para su finalización.

La adaptabilidad al medio es otro punto importante a tener en cuenta. No todas las situaciones son iguales, por lo que nuestra respuesta no puede ser la misma; de la misma manera forma, toda empresa busca beneficios, por lo que existe la posibilidad de que los directivos decidan cambiar al personal de área o puesto de trabajo, para así poder tener la máxima

productibilidad posible. Un empleado que no puede adaptarse a un diferente puesto de trabajo es un empleado que no logrará hacer sus tareas eficazmente.

2.3 ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL ESTRÉS¹².

2.3.1 El hacer sin hacer¹².

Es una conducta de la antigua China, es simplemente completar la tarea dada, sin obsesionarse con la misma o con los resultados que produce. Esta actitud puede ser respaldada con:

- El sentido del humor relaja, sin llegar a ser los “payasos” de la oficina.
- Aprende a enfrentar los problemas y a resolverlos, si no hay solución al momento, no preocuparse de sobremanera.
- Saber conectar y desconectar del trabajo, no dejar que toda nuestra vida gire en torno al trabajo.
- No dramatizar las situaciones laborales.
- Ponerse un poco en el lugar de las otras personas, ser más abiertos y simpáticos ante nuestros compañeros y jefes.
- Superar el narcisismo, este solo dará problemas.
- Saber cuándo parar.

2.3.2 Los grandes aliados¹².

El universo interno de cada persona está compuesto por actitudes positivas que desencadenan mecanismos psicológicos que conocidos por ayudarnos a tener una conclusión positiva en cada actividad realizada, la cual nos permitirá enfrentarnos a las situaciones de nuestro ambiente externo, en este caso, el trabajo.

- **Atención consciente:** es aquella que se cultiva con práctica diaria, requiere ser ejercitado. Este tipo de atención va integrando la mente, desarrollando la perceptibilidad y capacidad de observación. La atención es como un músculo, mientras se esté más atento a lo que se hace se adquiere mayores niveles de atención; sin embargo este tipo de atención puede no estar presente en una actividad repetitiva, ya que en este caso no es necesaria. La atención consciente nos permite tener pleno control de nuestros pensamientos, palabras y acciones, minimizando así los errores que se dan por “no estar pensando”, logreando así un mayor desempeño en el trabajo, al igual que tener relaciones interpersonales.
- **Ecuanimidad:** es estabilidad anímica, un estado mental balanceado que posibilita a la persona el reaccionar a toda situación de forma calmada y racional. La persona ecuánime es delicada y cordial en sus maneras; su mente, sus ánimos y palabras son tranquilos aún en presencia de crisis.
- **Paciencia:** es el saber esperar, evaluar las circunstancias y considerar las estrategias adecuadas, logrando así el actuar cuando el desenlace es el idóneo. La persona paciente jamás se desespera, irrita, exalta o mortifica; realiza las tareas a un ritmo constante pero no apresurado. Previene contra el desgaste, ayudando a no esperar resultados inmediatos.
- **Humildad:** la persona con ego inflado nunca será un buen compañero de trabajo; por el contrario la persona humilde sabe cuáles son sus fortalezas y debilidades, reconociéndolas plenamente. Reconocen que nadie es imprescindible o irremplazable, sabiendo que ningún trabajo es insignificante o innecesario. El autoestima de una persona humilde no es afectada, ya que la persona se conoce en su totalidad no requiere afirmaciones de otras personas sobre sus habilidades y por lo tanto no realiza sus actividades con el simple propósito de recibir elogios.

De esta cualidad surge la cooperación armoniosa, el entendimiento de las necesidades y destrezas ajenas así como las áreas en las que se debe mejorar.

- **Confianza:** la seguridad en uno mismo y en las otras personas, sin crear falsas expectativas, a pesar de esto, hay que recalcar que la inseguridad es un sentimiento común cuando una persona es sacada de su entorno normal por la simple razón que no todos somos los mejores en cada tarea que se realiza. Debemos confiar en nuestras capacidades y en la habilidad de perfeccionarnos, ya que la confianza es una fuente de fuerza y vitalidad.

- **Lucidez:** “sin calma mental no puede hacer claridad de mente”. Nuestra mente interpreta los acontecimientos diarios de forma subjetiva, basándose en experiencias pasadas y reacciones conscientes o inconscientes. La lucidez ampliar nuestra visión del evento y objetivar el acontecimiento y, de esta manera, ayuda a buscar una solución adecuada para el mismo. Así la persona puede centrarse más en lo que es y no lo que podría ser.

- **Sosiego:** los momentos de paz son raros para todas las personas, un individuo puede ser feliz, pero eso no quiere decir que tenga paz interior. La cual nos ayuda a renovar la mente cada día y a realizar nuestras “asignaturas pendientes”, como son sueños no cumplidos o metas no alcanzadas, tanto en la vida como en el trabajo. La paz interior debe ser ejercitada a diario, ya que de lo contrario podría llevar a la aparición de emociones negativas como son la envidia, los celos, el odio, la rabia, el rencor, la soberbia y la avaricia; desencadenando de esta manera en un ambiente de trabajo hostil o caótico.

- **Diligencia:** Obrar con prontitud sin demostrar ansiedad, con sabiduría y precisión, demostrando orden y calma interior. Acción sin compulsión o movimiento sin frenesí. La persona diligente es enérgica, alienta a sus compañeros y a sí mismo a realizar las actividades de manera correcta y eficiente.

- Sana afectividad: las relaciones interpersonales son, lo queramos o no, pan de todos los días, y es en este aspecto en el que existe el mayor número de conflictos. Las conexiones interpersonales son una gran ayuda o un lastre, dependiendo de la emoción base que se siente por esa persona; por ejemplo si un apersona produce ira o celos la relación será tensa, en cambio si la otra persona produce confianza la relación será armoniosa y esto se reflejará en el puesto y área de trabajo.

2.3.3 Fuentes de energía para una vida sana¹².

Salud de mente y cuerpo: según la OMS "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La persona debe tener en cuenta esto para valorar su salud, si este individuo tiene un ambiente estresante, no descansa bien y posee una dieta inadecuada su salud declinará, sin embargo cualquiera de estos aspectos por sí mismo pueden ser considerados como enfermedad. Para poseer un equilibrio psicosomático debemos poseer cinco fuentes primordiales de energía:

- Respiración correcta: a pesar de que la respiración es un acto inconsciente y mecánico la mayoría de las personas no realizan una respiración adecuada: es irregular, a través de la boca y sin fuerza. La respiración, cuando se elabora correctamente, es profunda, nasal, regular, uniforme y controlable de manera consciente. Este tipo de respiración tiene la ventaja adicional de permitir al individuo controlar su reacción ante situaciones estresantes o que produzcan ansiedad. Para lograr esto solo se necesitan unos minutos diarios de ejercicios respiratorios.
- Alimentación adecuada: todas las personas, en todo el mundo, saben la importancia de una dieta adecuada, sin embargo se comete el error de generalizar, no todas las personas requieren la misma cantidad de alimentos, la edad, la salud o condiciones

preexistentes, su estilo de vida e incluso el clima en el que se vive contribuyen a diferenciar cuál es la alimentación óptima para cada uno; tengamos en cuenta que, para una nutrición adecuada, se debería escoger verduras y frutas frescas, lácteos y carnes, dejando de lado todo lo considerado comida chatarra o minimizar su consumo al máximo. El tiempo en el que se come es otro punto importante, este es un momento de descanso, para desconectar y revitalizar, logrando así continuar con el resto de la jornada laboral con energía.

- Descanso relajado: el cuerpo es solo parte del problema cuando uno se encuentra agotado, esto se debe a que aunque la persona salga del ambiente estresante, si el sujeto no logra desconectar su mente del estímulo estresante, no importa lo que haga, no habrá descanso. Los ejercicios de relajación y meditación, el yoga, los hobbies y los deportes no competitivos son algunas de las actividades que ayudan al individuo a descansar.
- Sueño profundo: a pesar que no se pueda disminuir las horas mínimas que todos los seres humanos necesitamos para funcionar correctamente hay varios estudios que demuestran que no se trata de la cantidad de sueño, sino de la calidad, cuando una persona descansa por 6 horas seguidas profundamente y sin interrupciones, esta tendrá más energía y habrá descansado mejor que una persona que ha dormido por 8 horas con un sueño ligero e interrumpido. El descanso y el sueño van de la mano, sabiendo esto podemos inferir que cualquier circunstancia que afecte el descanso de manera positiva o negativa creará el mismo efecto con el sueño.
- Impresiones y actitudes mentales positivas: la mente, como el cuerpo, es expuesta a diario a toxinas, en el caso de la mente estas son preocupaciones, obsesiones,

preconcepciones acerca de circunstancias o personas, chismes, malos entendidos, etc. Todas estas toxinas llenan la mente de impresiones negativas, lo que a su vez produce actitudes negativas. Para evitar esto debemos desintoxicarnos diariamente, una técnica apropiada para esto es la meditación.

2.3.4 Técnicas de respiración adecuada¹².

La respiración no permanece constante, en estado de calma y sosiego la respiración es tranquila, mientras que en un estado de ansiedad y miedo la respiración es rápida; tomando esto en cuenta, si una persona controla su respiración puede, hasta cierto punto, controlar su estado anímico.

Respiración consiente: una persona adulta saludable respira de quince a veinte veces por minuto, muchas de las cuales lo hacen de forma irregular y superficial; es cierto que la respiración es mecánica e inconsciente pero, durante este proceso, la mente consiente puede intervenir para lograr una respiración más regular y profunda. La técnica básica de control de la respiración se divide en tres pasos: inspiración, retención de aire con el pulmón lleno y expiración.

Los beneficios que la respiración consiente ofrece son varios, los más destacados son:

- Despejan las impurezas de los canales de energía.
- Tonifican las fibras eferentes del vago.
- Aumentan la capacidad pulmonar.
- Purifican las vías respiratorias; protegen contra asma, bronquitis, resfriados y trastornos respiratorios en general.
- Sedan el sistema nervioso.

- Aumentan la capacidad de resistencia del organismo.
- Aumentan la capacidad de concentración y de rendimiento intelectual.
- Previenen o ayudan a combatir el insomnio, la ansiedad y el estrés.

Antes de comenzar con los ejercicios se debe tener en cuenta algunas recomendaciones:

1. La mente debe estar atenta de todo el proceso respiratorio.
2. Al inspirar se debe procurar llenar los pulmones de tanto aire como se pueda, sin forzarlos.
3. Al exhalar se expulsar tanto aire como sea posible, de nuevo sin forzar los pulmones.
4. Cuando sea posible se debe contraer las paredes abdominales para exhalar la máxima cantidad de aire.
5. Cualquier esfuerzo está contraindicado. Los ejercicios deben siempre ser realizados con delicadeza.

En el anexo No 5 se exploran las técnicas de respiración adecuada que pueden realizarse.

2.3.5 Técnicas de relajación¹².

La persona que más lejos llega no es la que corre más rápido, sino la que es más constante. La constancia no solo se consigue al no parar, las pausas son necesaria en la vida, y en el trabajo, sin ellas el ser humano se desequilibra porque al final del día no somos indestructibles, la marcha sin pausa lleva a un desgaste excesivo, lo que lleva a actitudes dañinas y autodestructivas que, si no se controlan o revierten a tiempo, desencadenarán en patologías tanto físicas, como mentales y/o afectivas. Las técnicas de relajación se exploran en los anexos No 6 y No 7.

La respuesta de relajación, nos permite, en cualquier momento o circunstancia, relajar el cuerpo y evitar las tensiones y contracturas que se acumulan en los músculos como resultado de las tensiones mentales, que a su vez generan más tensiones, estrés y ansiedad.

Algunos consejos para antes de empezar la meditación son:

- Seleccionar una estancia tranquila y con iluminación débil y agradable.
- Recostarse sobre una superficie ni demasiado blanda, ni demasiado dura; se puede utilizar cojines si es necesario.
- Reserve diez o quince minutos al día para la práctica y evite ser molestado durante este periodo de tiempo.
- Dejar fuera de la mente en este tiempo, en lo posible, todas las preocupaciones, proyectos y recuerdos; desconectarse del exterior.
- Cerrar los ojos y respirar pausadamente por la nariz.

La relajación progresiva por zonas: en esta práctica la mente, de manera consiente, percibe las distintas zonas del cuerpo y hace el esfuerzo voluntario por relajarlas. El foco de atención se desplaza de forma progresiva y lenta de pies a cabeza. Algunas pautas son:

- Es preferible tener el estómago vacío durante el proceso.
- Si se sienten molestas en alguna zona del cuerpo se debe colocar bajo ella un cojín.
- Evitar somnolencia y mantenerse atento; si existe distracción, se debe corregir de inmediato y conducir de nuevo la atención del cuerpo para continuar con la técnica.
- No asustarse si se presenta cualquier síntoma típico de la relajación, como pérdida de la noción del cuerpo, del tiempo o del espacio; hormigueo o cosquilleo; sensación de peso o liviandad de ciertas partes del cuerpo.

- Nunca abandonar precipitadamente la relajación. Debe haber varias respiraciones profundas y mover progresivamente todas las zonas del cuerpo, para así salir con lentitud del estado de relajación.
- Practicar cada día, en sesiones de diez a quince minutos, durante seis semanas.

2.3.5.1 Beneficios de las técnicas de relajación¹²:

- Elimina tensiones físicas, mentales y emocionales.
- Ayuda a combatir la irritabilidad, el insomnio, la depresión y el agotamiento físico; así como las fobias, trastornos cardiacos o emocionales y estados generales de ansiedad.
- Previene contra la hipertensión y el infarto agudo de miocardio.
- Ayuda a combatir la desestabilización provocada por el ambiente del individuo y los problemas y tensiones por trabajo.
- Unifica y armoniza la unidad psicosomática.
- Posibilita un mayor aprovechamiento de las energías.
- Favorece la resolución de los conflictos internos.
- Estabiliza la función cardíaca y respiratoria.
- Aumentan la capacidad de resistencia de todo el organismo.
- Previene contra diversos trastornos psicosomáticos: asma, alergias, estreñimiento, migrañas, dispepsia, etc.
- Favorece la tranquilización de todos los procesos mentales.
- Descansa la mente en profundidad y renueva sus energías.
- Mejora la atención mental, la memoria y la concentración.

- Agudiza la capacidad de toma de consciencia de todo el organismo, favoreciendo el autocontrol.
- Actúa como un punto de apoyo de ante situaciones difíciles, tales como convalecencias y tensiones extremas.
- Ayuda a combatir eficientemente la ansiedad, la angustia y el estrés.
- Mantiene la presión arterial en niveles saludables, disminuyendo el riesgo de trastornos coronarios.

2.3.6 Técnicas de estiramiento¹².

Nuestro cuerpo necesita un ejercitamiento saludable, si esta práctica también armoniza, desbloquea y seda las emociones es un beneficio añadido, sobre todo en personas que se encuentran en situaciones de constante estrés; el yoga es el ejercicio idóneo para esto aparte que no estresa la función cardiaca, poseyendo así la característica de poder realizarse por una amplia gama de personas, incluyendo personas de edad avanzada o con condiciones médicas preexistentes. Funcionan en tres ámbitos: el somático, el energético y el mental; estas características son las que permiten al yoga ser una gran herramienta para controlar o prevenir el estrés, la ansiedad, la tensión sobredimensionada, las contracturas y los bloqueos y agitación psicomotriz.

Todas las posturas de yoga son estáticas, lo que permite un estiramiento más intenso y benéfico, y un masaje más prolongado y profundo. Se muestran dos rutinas de estiramiento en el anexo No 9.

2.3.6.1 Efectos benéficos de los estiramientos¹².

- Proviene envejecimiento prematuro.

- Proveen flexibilidad de todos los músculos.
- Inducen una relajación profunda y reparadora.
- Producen una sensación de bienestar y aumenta la agilidad.
- Colaboran en la perfecta sincronización de la mente y el cuerpo.
- Previenen contra una gran gama de afecciones del aparato locomotor y el sistema circulatorio.
- Regulan la presión arterial, aumentan la capacidad de resistencia, equilibran el sistema nervioso autónomo y mejoran el riego sanguíneo en general.
- Acentúan la capacidad de memoria, concentración y atención.
- Evita el estrés la ansiedad, la fatiga crónica y el abatimiento.

2.3.6.2 Recomendaciones antes de realizar yoga¹².

- Todas las posturas deben efectuarse de manera consciente con movimientos lentos y controlados.
- Según la capacidad de cada persona, esta deberá ejecutar la postura hasta donde sea posible, tratando de mantenerla el tiempo indicado.
- En lo posible, durante la postura, se debe efectuar una respiración pausada y uniforme, por la nariz.
- Siempre hay que aplicar esfuerzos paulatinos, pero nunca excesivos.
- La mente debe implicarse en la ejecución de las posturas, estando atentos y receptivos, evitando distracciones.

2.4 SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL.

2.4.1 Historia del término^{2,5,14,15}.

Origen^{2,5,14}: se da en Estados Unidos por Freudenberger entre los años 1974 y 1975 y lo define como un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y, por tanto, en un fenómeno que está vinculado a la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo; puede ser catalogado como el “resultado de un proceso de acoso psicosocial en el trabajo”

Primeras menciones¹⁴: en 1961 Graham Green publica la novela “a burnout case” en la que se hace la primera mención de los síntomas que comprenderían hoy en día el síndrome, pero las condiciones laborales no le dieron la importancia que ameritaba, y el término se perdió.

Es Freudenberger quien utiliza el término por primera vez en una publicación científica en 1974, aquí el autor combina la definición literal del diccionario inglés de “burn-out” y lo asocia con el significado coloquial y lo define como "debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos".

Hasta principios de la década de los ochenta se intentó delimitar el concepto, además de colocarlo en un área de estudio determinado y diferenciarlo de otros términos preexistentes, como eran el tedio y la depresión.

En 1981 se introduce el Maslach-Burnout Inventory en un estudio realizado por Maslach y Johnson en la que se evalúan las tres esferas que se encuentran afectadas por el síndrome, cimentando de esta manera la definición que se utiliza hasta hoy de Burnout en la comunidad científica.

2.4.2 Importancia del estudio del síndrome¹⁴.

- La cultura de la mejora de la calidad de vida laboral que existe en las organizaciones laborales.

- Incremento del estrés laboral y los problemas asociados a este, en conjunto con el aumento de la atención que los medios de comunicación han dado a este tema.
- Cambios en la estructura ocupacional que ha supuesto el incremento del sector servicios.
- Aumento del voluntariado a nivel global.
- Cambios sociodemográficos ocurridos en las últimas décadas.
- La aparición de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, dada por la OMS

A pesar de lo que generalmente se cree, el síndrome de quemado por el trabajo no es una patología exclusiva de los profesionales del sector servicios, por lo tanto “cualquier profesional o trabajador con gran vocación, que se encuentra en su profesión con altos niveles de idealismo profesional y que desarrolla su trabajo centrado en el trato a los demás puede desarrollar el síndrome de quemarse por el trabajo”.

Sin embargo la mayoría de los estudios se han realizado en el área de salud o educación ya que sus trabajadores son un gran colectivo ocupacional en situaciones de riesgo y por lo tanto presentan una mayor probabilidad de desarrollar el problema. Además, al estar empleados en organizaciones cuyo trabajo tiene un impacto social, las personas que sufren síndrome de quemado por el trabajo tendrán un gran impacto en la sociedad en general. En Europa se ha demostrado que el síndrome de quemado por el trabajo es contagioso, por lo que el mayor número de empleados en las áreas estudiadas presentan un gran peligro de contraerlo.

2.4.3 Delimitación conceptual¹⁴.

La bibliografía nos muestra que el síndrome de Burnout se debe a una percepción continua de presión en el trabajo, a partir de lo que se puede inferir que su origen se da en el entorno laboral y no en el trabajador; esta distinción es importante cuando se habla del tratamiento ya

que las estrategias de afrontamiento deben ser dirigidas tanto al trabajador como al sitio de trabajo y la organización, e intentar modificar la aparición y el desarrollo de esta patología.

El nombre original en inglés “Burnout syndrome” tiene, en la literatura en castellano, al menos 17 denominaciones diferentes, que pueden ser agrupadas en 3 categorías, según las similitudes.

- a. Los términos que toman como referencia el término “Burnout”.

Estos resaltan que esta patología es consecuencia del entorno de trabajo y no del trabajador. El usar el término “síndrome” ayuda a la comprensión del fenómeno, dando información sobre su naturaleza al indicar que está integrado por una serie de síntomas y signos que comprenden la patología y dan criterios para su diagnóstico, logrando así, tener una definición más precisa de la patología.

Al usar estos términos se desvía la atención hacia el trabajo y no el trabajador, evitando la estigmatización de este último, al tiempo que se previene la aparición de sentimientos de culpa o vergüenza que puedan agravar el problema.

Esto toma en consideración que un sujeto estigmatizado cree poseer atributos que le otorgan una personalidad devaluada en un determinado contexto social y que le hace vulnerable frente al grupo.

En este grupo encontramos los términos:

- I. Síndrome de quemarse por el trabajo.
- II. Síndrome de estar quemado en el trabajo.
- III. Síndrome de estar quemado.
- IV. Estar quemado.
- V. Quemazón profesional.

- b. Los términos que toman una vía alternativa a la traducción literal.

Se encuentran principalmente expresadas en revistas científicas y documentos dirigidos al personal del área salud. Estos términos no son desacertados, sin embargo algunas veces no son adecuados, ya que un profesional puede sentirse desgastado sin sufrir de Burnout; además muchas veces estos términos se asocian a problemas laborales como el mobbing.

En todo caso cuando se habla de cansancio emocional solo se está describiendo una de las esferas que son afectadas por la enfermedad, lo que consecuentemente tiene el riesgo de relegar al olvido a los otros ámbitos afectados, teniendo como resultado un posible tratamiento deficiente. También debemos recordar que el “cansancio” por el trabajo es diferente al síndrome de Burnout, y al confundirlos puede haber un impacto negativo en la salud mental del individuo.

Aquí encontramos las denominaciones:

- I. Desgaste psicológico por el trabajo.
- II. Desgaste ocupacional.
- III. Desgaste profesional.
- IV. Agotamiento profesional.
- V. Síndrome de cansancio emocional.

- c. Los términos en los que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral.

Estas denominaciones no son acertadas ya que el estrés laboral es un proceso mucho más amplio que es síndrome de Burnout. Desde una perspectiva transaccional el estrés laboral es un proceso dinámico de interacción entre la persona y su entorno que se

inicia cuando el individuo percibe un desequilibrio importante entre las demandas del entorno y su capacidad de respuesta bajo condiciones donde el fracaso en hacer frente a esas demandas tiene consecuencias negativas importantes para el trabajador.

Así tenemos que el síndrome de Burnout es una de las múltiples consecuencias que pueden presentarse por el estrés laboral crónico; no obstante la literatura se encuentra borrosa en este punto ya que algunos autores creen que la diferencia se encuentra entre la causa y el consecuencia se dan por la intensidad de la respuesta y su prolongación en el tiempo. Hablando así que el síntoma es una causa cuando no afecta la vida diaria de la persona y es una consecuencia cuando las actividades son difíciles de realizar o incluso imposibles.

Otra diferencia se encuentra en que el término estrés puede referirse a situaciones de índole positiva (eustress) o negativa (distress), cada una con su respuesta distinta, tomando en cuenta que una persona a lo largo de la vida experimenta diferentes niveles de estrés que el organismo necesita para funcionar de manera adecuada, siempre que el estímulo sea moderado y no se cronifique excesivamente en el tiempo, aquí también se reconocen los efectos de la adrenalina y otros neurotransmisores durante situaciones de estrés.

En este grupo se presentan los términos:

- I. Estrés crónico laboral asistencial.
- II. Estrés laboral asistencial.
- III. Estrés profesional.
- IV. Síndrome del empleado.

V. Enfermedad o Síndrome de Tomás: tomado por el protagonista del libro “La insoportable levedad del ser”

Estas diferenciaciones son importantes ya que las búsquedas bibliográficas se realizan habitualmente por la asociación de términos, y si no tenemos en cuenta el gran número de variables que existen del término “Burnout”, se corre el riesgo de omitir bibliografía relevante o de confundir el estudio de estrés laboral, ansiedad por el trabajo u otros con el síndrome de Burnout.

2.4.4 Perspectivas del síndrome^{14,15}.

Se presentan dos perspectivas principales: la clínica que está orientada al diagnóstico, y la psicosocial que está enfocada hacia la explicación del mismo.

- A) Clínicamente se dice que es un estado mental negativo que llega como resultado del estrés laboral. Esta perspectiva nos es útil en términos de diagnóstico, pero no de tratamiento o prevención. Para diagnosticar el síndrome se necesita categorizar, y por lo tanto, evaluar si el individuo tiene cierto niveles de determinados síntomas; con esta perspectiva nos damos cuenta a partir de qué nivel el síndrome de agotamiento profesional es problemático. Freudenberger señala el síndrome de agotamiento profesional como agotamiento, decepción y pérdida de interés en la actividad laboral como resultado de gastarse por intentar constantemente alcanzar metas imposibles. Fisher, por otro lado, indica que el síndrome es el resultado de una disminución de la autoestima del sujeto. Pines y colaboradores definen al síndrome como un estado de agotamiento emocional, físico y mental consecuencia de involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes. Esta perspectiva es la raíz del cuestionario de Maslach y colaboradores, además de todas sus variables.

B) La perspectiva psicosocial recomienda considerar el síndrome de agotamiento profesional como un proceso desarrollado por las interacciones entre las características laborales y las características personales del individuo. Este enfoque sirve para distinguir el por qué el síndrome se inicia y cómo progresa con el tiempo, tomando en cuenta la sintomatología, en muchos casos variada, de las diferentes fases. Da también a entender que el proceso es reversible, hasta cierto punto, si se utilizan técnicas de afrontamiento adecuadas, sin las cuales se corre el riesgo del abandono definitivo del puesto de trabajo o incluso la profesión. El Maslach Burnout Inventory (MIB) operacionaliza las variables del síndrome. Mediante esta aproximación se dice que el síndrome de agotamiento profesional se da cuando hay una falta de preparación emocional para el trabajo que se va a realizar, teniendo como consecuencia el agotamiento físico y emocional con una falta de expresión de sentimientos positivos, de empatía o respeto hacia los usuarios del servicio, en este caso los pacientes.

2.4.5 Mecanismos de presentación¹⁵.

El consenso es que esta patología es una respuesta al estrés laboral crónico, que posee su mayor incidencia en profesionales que trabajan en contacto directo con personas, ya que a este nivel se requiere una conexión afectiva y emocional; es subjetiva, de carácter negativo caracterizada por la presencia actitudes y sentimientos negativos hacia el ambiente laboral, las personas que con las que la persona se relaciona en el trabajo, los clientes y el rol profesional, y que tiene como consecuencia una serie de caracteres psicológicos, fisiológicos y conductuales que pueden ser nocivos para la persona y el área de trabajo.

Este fenómeno es una enfermedad progresiva debida a la utilización de técnicas de afrontamiento poco adecuadas para las situaciones en las que se encuentra el profesional.

Sin embargo no se llega a un acuerdo en cuanto a si el síndrome es un proceso o un estado, esta distinción es importante ya que ambos plantean sus propios retos en cuanto al diagnóstico, tratamiento y prevención.

2.4.6 Proceso de desarrollo¹⁴.

El síndrome se desarrolla secuencialmente, en lo referente a la aparición de rasgos y síntomas globales. Es un proceso de respuesta a la experiencia repetida, por un largo periodo de tiempo de estresores desmedidos, variando de una persona a otra dependiendo de los mecanismos de adaptación de cada individuo.

Ya que los autores no han llegado a un consenso sobre si el síndrome es un proceso o una consecuencia existe una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio.

Modelo de Edelwich y Brodsky.

En este modelo se observan cuatro etapas en profesiones de ayuda:

- El entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas
- El estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas
- La frustración
- La apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La cual implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

Modelo de Cherniss.

Postula que el síndrome se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. Describiéndoselo en tres fases:

- Fase de estrés: Esta fase consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
- Fase de agotamiento: Se refiere a la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- Fase de afrontamiento: Esta fase implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

Modelo de Farber.

Describe seis estadios sucesivos:

- Entusiasmo y dedicación.
- Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
- No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
- Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
- Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
- Agotamiento y descuido.

Modelo Procesual de Leiter

Surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988), y plantea que la aparición del síndrome se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales.

Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento.

El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

En este modelo se observan las tres dimensiones que conforman el síndrome; de éstas, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc.

La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios.

La dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades para hacer la diferencia.

Modelo de Golembiewski y cols.

En este se plantea que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores, directivos, etc.; explican también que el síndrome es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral.

En este modelo la secuencia es:

- Despersonalización.
- Bajo Logro Personal.
- Cansancio Emocional.

A partir de ésta se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en función a la virulencia del síndrome.

Modelo de Gil-Monte y cols.

Postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales.

A partir de estos planteamientos, Gil-Monte y cols. , apoyan la tridimensionalidad del síndrome pero sugieren otra relación entre los mismos, proponiendo que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral.

Modelo de Manzano.

También apoya la tridimensionalidad del síndrome, pero plantea otra secuencia: primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional, las cuales al cronificarse desarrollan actitudes de despersonalización. Es importante señalar que en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera y, por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente.

Modelo de Hatinen y cols.

Explican que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del síndrome, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representan las fases más avanzadas.

2.4.7 Fases del proceso agotamiento profesional^{1,2,5,14,15}.

Se puede distinguir 5 fases:

Fase inicial, de entusiasmo: Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

Fase de estancamiento: No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración: Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Fase de apatía: En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

Fase de quemado: Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución del síndrome tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

2.4.8 Sintomatología^{1,2,3,4,5,14,15}.

No hay un consenso en cuanto a los síntomas, pero se reconoce que el síndrome tiene efectos negativos en los afectos y emociones, en las cogniciones, las actitudes, las conductas y las funciones fisiológicas del individuo.

1. Síntomas cognitivos:
 - a. Sentirse contrariado.
 - b. Sentir que no valoran su trabajo.
 - c. Percibirse incapaz de realizar tareas.
 - d. Pensar que no puede abarcarlo todo.
 - e. Pensar que se trabaja mal.
 - f. Falta de control.
 - g. Sensación de no mejorar.
 - h. Inseguridad.
 - i. Pérdida de autoestima.
 - j. Pensar que el trabajo no vale la pena.

2. Síntomas afectivo-emocionales:
 - a. Nerviosismo.
 - b. Irritabilidad y mal humor.
 - c. Disgusto.
 - d. Frustración.
 - e. Agresividad.
 - f. Aburrimiento.
 - g. Agobio.

- h. Tristeza y depresión.
- i. Desgaste emocional.
- j. Angustia.
- k. Sentimiento de culpa.

3. Síntomas actitudinales:

- a. Apatía.
- b. Irresponsabilidad.
- c. Intolerancia.
- d. Impaciencia.
- e. Evaluar negativamente a los compañeros de trabajo.
- f. Romper el entorno laboral.
- g. Ver al usuario como el enemigo.
- h. Frialdad hacia los pacientes.
- i. Culpar a los demás de sus problemas.

4. Otros síntomas:

- a. Conductuales: aislamiento, Enfrentamiento.
- b. Físicos: cansancio, malestar general, dolores musculares.

2.4.9 Evaluación^{14,15}.

Existe una amplia variedad de medidas. En la página electrónica del Comité de Seguridad e Higiene (CCOO) podemos encontrar ejemplos de ellos:

a) Evaluación de los Aspectos Situacionales (individuales y organizacionales): Pueden evaluar el Perfil de Características Organizacionales y su interpretación desde la perspectiva del Clima Organizacional, Escala de Acontecimientos Vitales, Escala de Estímulos Estresantes, Sucesos

Estresantes Cotidianos, Situaciones de tensión crónica mantenida, Auto-registros, Observación y Entrevistas, que evalúan los aspectos organizacionales e individuales,

b) Evaluación de Variables Moduladoras del Estrés: Entre ellas se mencionan a las de Apoyo Social, Patrón A de Conducta, Personalidad Resistente al Estrés y Redes de apoyo.

c) Evaluación de los Aspectos Cognitivos: Se destacan a la Evaluación Automática Inicial y a la Evaluación del Procesamiento Central Controlado,

d) Evaluación de los Aspectos Motores: Como pueden ser, conductas generales de afrontamiento y conductas específicas.

e) Evaluación de los Aspectos Fisiológicos: Se refiere a la Evaluación en el Laboratorio.

f) Evaluación de las Consecuencias: se destacan el Cuestionario de Salud General, la Evaluación de Satisfacción Laboral, el Hopkins Symptoms Checklist (HSCL) y la Evaluación de las Consecuencias.

Específicamente, para la evaluación del síndrome se han utilizado distintas técnicas. Al principio se utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero se ha dado mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes.

Ante un proceso de evaluación con autoinformes, es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. Cuando se habla de otras fuentes se hace referencia a la observación directa de la conducta del trabajador, a la información que pueden dar terceras personas cercanas sobre el profesional o a la presencia de ciertos indicadores laborales.

La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que,

incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias.

2.4.10 Maslach Burnout Inventory (MBI)^{14,16}.

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definen el burnout para profesionales que trabajan en el área de servicios humanos y lo miden con el Maslach Burnout Inventory –MBI– (1981, 1986) (Anexo 1). Este instrumento se ha traducido en castellano y validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional (9 preguntas), despersonalización (5 preguntas) y baja realización personal (8 preguntas).

De cada uno de estos factores se obtienen resultados bajo, medio o alto, lo cual permite evaluar los niveles de burnout que tiene cada trabajador. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez de los tres factores mencionados.

Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas.

Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

En general, el cuestionario más utilizado internacionalmente ha sido el MBI y las dimensiones que plantean sus autores también han sido los más empelados para definir el constructo de burnout. En España, esta escala, ha sido traducida `por Nicolás Seisdedos Cubero (TEA, 1987)

Las investigaciones de Maslach y Jackson continuaron para ampliar sus previos estudios sobre el tema. En el año 1996, junto con Leiter y Schaufeli, se publicó una nueva versión del MBI. Sus postulaciones marcan una segunda etapa, que destaca que el burnout también existe fuera del ámbito de los servicios humanos. Como resultado, se ha generado una nueva versión más genérica del MBI, llamado MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). El MBI también tiene una versión específica para profesores. En España se ha traducido el MBI-GS en castellano y se ha validado mediante un estudio realizado por Gil Monte (2002). Dicho estudio pretendía explorar la estructura factorial de esta versión de la escala con una muestra de 149 policías de la ciudad de Tenerife (España). Los resultados constatan su validez y fiabilidad.

El MBI-GS se utiliza para todo tipo de profesionales y parte de las tres dimensiones iniciales, aunque se modificaron algunos aspectos. Esta escala a diferencia de la anterior consta de 16 ítems y éstos recaban más información sobre las relaciones con el trabajo que sobre los sentimientos en el trabajo. Otra diferencia, a pesar de que se mantenga la estructura factorial original, es que se ha relacionado el agotamiento emocional con la fatiga y no se hace referencia directa a otras personas como la fuente de dicho estado. La despersonalización aparece como cinismo, indiferencia o actitud distante hacia el trabajo en general y no necesariamente con otras personas. Por último, la competencia profesional incluye aspectos sociales y no sociales de los logros profesionales.

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones han sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Gil Monte, 2002; López & cols., 2000; Ramos, 1999).

2.4.11 Consecuencias del síndrome^{2,5,13,14}.

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas son consideradas mediadores en la relación estresor-salud, tanto en términos de enfermedad física o mental, aspectos relacionados con la vulnerabilidad en el puesto de trabajo y el absentismo laboral.

Con suficiente tiempo, derivará en consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas, y para la organización, en forma de deterioro de calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.

Las consecuencias del síndrome pueden dividirse en físicas, emocionales, conductuales y sociales, además de pérdida de eficacia laboral y alteraciones de la vida familiar y social. Tiene duras consecuencias en la calidad de la vida laboral de las personas que ejercen trabajos de asistencia y en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficios de su trabajo.

Entre estas consecuencias se encuentran:

- Exaltación de las actividades extralaborales.
- Consumo de Psicofármacos y de alcohol.

- Psicopatología.
- Aislamiento Social.

2.5 ANSIEDAD

2.5.1 Definición^{17,18}.

Es el estado emocional en el que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes, por causas no conocidas a nivel consciente.

El término puede significar un estado transitorio de tensión, un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad) cuando implica alteración en el rendimiento y en la tranquilidad interna del sujeto.

Puede afectar a personas de todas las edades y sobretodo a aquellas que están sometidas a una tensión familiar o laboral constante, y en aquellas que han arraigado en sus patrones conductuales un sentido de perfeccionismo hacia todo lo que hacen y dicen.

En psiquiatría el término hace alusión a un sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.

- Sentimiento: es una sensación normal de tensión misma que es provocado por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas.
- Síntoma: forma parte de muchas enfermedades psiquiátricas y es un componente tanto físico como psicológico esencial de los trastornos de ansiedad.
- Síndrome: es un conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mismos que son mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a varias etiologías. En forma de síndrome este puede ser secundario a intoxicación, abuso, abstinencia o efecto secundario de sustancias; relacionado en enfermedades como hipertiroidismo,

hipoglucemia, insuficiencia cardíaca, epilepsia, o ser producido por cualquier trastorno de ansiedad.

- Enfermedad: es cuando el cuadro clínico ansioso está definido, tiene su propia etiopatogenia, evolución, pronóstico y tratamiento.

2.5.2 Estructuras neurobiológicas relacionadas con la ansiedad¹⁸.

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor.

El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus.

2.5.2.1 Amígdala.

- Estructura localizada en el lóbulo temporal para coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad.
- Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens, núcleos de la estría terminalis, hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago, los núcleos parabranciales, el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral.
- Como se puede deducir, las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculoesqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo.
- La amígdala sería también un centro regulador, evaluando los informes exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de alarma.

- Su función estaría mediada por receptores noradrérgicos, benzodiazepínicos y 5HT-1A.

2.5.2.2 Locus ceruleus.

- Localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo.
- Es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiazepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo, factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador.
- Recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo.
- La información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigantocelularis y el núcleo prepositus hipogloso.
- La información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica (proyecciones glutamatérgicas).
- El locus ceruleus envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad.
- Se convierte en un centro importante de respuesta ante cambios del medio interno y externo.
- Se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos.

2.5.2.3 Tálamo.

- Se localiza en el centro del diencefalo.
- Funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza.
- En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico.

2.5.2.4 Hipotálamo.

- Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares.
- Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés.

2.5.2.5 Substancia gris periacueductal.

- Parece estar ligada a la respuesta al miedo.
- Un peligro inminente es transmitida desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la sustancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor provoca un comportamiento de "congelamiento" por la vía de la sustancia gris periacueductal ventrolateral

2.5.2.6 Hipocampo.

- El sistema hipocámpal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales.

- Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla.

2.5.2.7 Corteza orbitofrontal.

- Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas.
- La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional.

2.5.3 Mecanismos neurobiológicos implicados en la etiopatogenia de los trastorno de ansiedad¹⁸.

2.5.3.1 Hiperactividad adrenérgica.

1. Aumento de la liberación de noradrenalina por el locus cerúleus.
2. Hipersensibilidad de los receptores B-adrenérgicos.
3. Hiposensibilidad de los receptores GABA-benzodiacepínicos.
4. Hipersensibilidad de quimiorreceptores del lactato y del CO₂.

2.5.3.2 Hiposensibilidad de los Receptores Gaba-Benzodiacepínicos.

Están presentes dos tipos de receptores GABA, el A y el B. El GABA-A abunda en el sistema límbico, cerebelo, striatum y corteza.

1. Incremento el flujo de cloro.
2. Disminución de la excitabilidad neuronal

3. Activación de acción inhibitoria.

2.5.3.3 Disfunción serotoninérgica.

1. Hipersensibilidad de los receptores 5HT del locus ceruleus.
2. "Down regulation" de los receptores 5HT1 presinápticos de la corteza prefrontal
3. Hiperactividad serotoninérgica de la vía rafe- amígdala-corteza prefrontal.
4. Hipoactividad serotoninérgica: vía rafé -substancia gris periacueductal.
5. Disminución de los niveles de serotonina en LCR.

2.5.3.4 Disfunción dopaminérgica.

1. Hiperactividad dopaminérgica a través de una hiposerotoninergia en la vía rafé-substancia gris en los trastornos obsesivos compulsivos.
2. Hipoactividad dopaminérgica (evidencias indirectas) en la fobia social.

2.5.3.5 Hipersensibilidad de los receptores de colecistoquinina.

Se encuentra distribuido en estructuras como: amígdala, hipocampo, corteza prefrontal, cíngulo, locus ceruleus, tálamo, substancia periacueductal y cerebelo, todas ellas implicadas en el estrés. Se ha visto que la inyección intravenosa de CRF provoca ansiedad y miedo intenso aumentando la actividad del locus ceruleus. La administración de CRF provoca aumento de la actividad noradrenérgica y viceversa. Estos hallazgos son indicativos de la participación del CRF en los trastornos de ansiedad

2.5.4 Etiopatología de los trastornos de ansiedad^{19, 20}.

Actualmente se acepta que en los trastornos de ansiedad participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas genéticamente; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas

aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

2.5.4.1 Factores biológicos.

Existe una vulnerabilidad biológica primaria misma que es determinada genéticamente, se ha visto con mayor frecuencia en los trastornos de ansiedad pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social.

Progenies de primer grado de pacientes con fobia social tienen mayores probabilidades de padecer el trastorno.

2.5.4.2 Factores psicosociales.

Estresores psicosociales tienen gran influencia en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Dificultades en las relaciones interpersonales, académicas y laborales, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se han asociado con el apareamiento de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de ansiedad generalizada

2.5.4.3 Factores traumáticos.

Afrontar acontecimientos traumáticos fuera de los niveles de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc., pueden provocar alteración y/o daños biológicos cerebrales los cuales se asocian a síntomas graves de ansiedad, como son los cuadros de estrés agudo y crónico y del trastorno de estrés postraumático.

2.5.4.4 Factores cognitivos y conductuales.

Se piensa que patrones cognitivos distorsionados preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobreestimación amenazante de los

estímulos y una subestimación de sus capacidades personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos presentan ataques de pánico entendiendo una palpitación precordial como una alarma de estar a punto de morir de un infarto del miocardio. Asimismo, por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden asimilar respuestas o conductas ansiosas de los demás

2.5.5 Manifestaciones clínicas^{19, 20, 21}.

- a. **Físicas:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad, insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.
- b. **Psicológicos:** inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones, en casos extremos temor a la muerte, a la locura. Suicidio.
- c. **De conducta:** estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas se acompañan de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.
- d. **Intelectuales o cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la

sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

- e. **Sociales:** Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o “quedarse en blanco” a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

2.5.6 Criterios diagnósticos de Trastornos de ansiedad^{19, 20}.

Criterios para el diagnóstico de crisis de pánico o crisis de angustia

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:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas.
- Sensación de ahogo o falta de aliento.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar torácico.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo o desmayo.
- Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización.
- Miedo a perder el control o volverse loco.

- Miedo a morir.
- Parestesias (entumecimiento u hormigueo).
- Escalofríos o sofocaciones.

Criterios para el diagnóstico de agorafobia

A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

(Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.)

B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de

contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).

Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)

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 significativo 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 (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, o trastorno por ansiedad de separación.

Criterios para el diagnóstico de F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia (300.21)

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

(c) Cambio significativo 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 o una enfermedad médica.

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, o trastorno por ansiedad por separación.

Criterios para el diagnóstico de F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (300.22)

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia.

B. Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.

C. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica.

D. Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de F40.02 Fobia específica (300.29)

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o

menos relacionada con una situación determinada. (En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos).

- C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. (En los niños este reconocimiento puede faltar).
- D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés posttraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

- Tipo animal
- Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- Tipo sangre-inyecciones-daño
- Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

- Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Criterios para el diagnóstico de F40.1 Fobia social (300.23)

- A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. (En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto).
- B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. (En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar)
- C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.
- D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren

acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

- F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos.

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo (300.3)

- 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 (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., 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. (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 marcadamente 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 (p. ej., 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 las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

- E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., 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.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

- 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. (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. 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. 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). 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.
 7. Sensación de un futuro desolador.
- 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. Hipervigilancia.
 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.

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)

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

1. 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.
- B. B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
 2. Reducción del conocimiento de su entorno.
 3. Desrealización.
 4. Despersonalización.
 5. Amnesia disociativa.
- C. El acontecimiento traumático es re-experimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma.
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de

forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada (300.02)

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama 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 (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
 - 1. Inquietud o impaciencia.
 - 2. Fatigabilidad fácil.
 - 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - 4. Irritabilidad.
 - 5. Tensión muscular.
 - 6. 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, pasarlo mal en público, contraer una enfermedad, estar lejos de casa o de los seres queridos, engordar, tener quejas de múltiples síntomas físicos o padecer una enfermedad grave, 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 o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Crterios para el diagnóstico de F06.4 Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica) (293.89)

- A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

- D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancias

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:
 - 1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
 - 2. El consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej.,

alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

2.5.7 Pasos para el tratamiento de trastornos de ansiedad^{17, 19}.

1. Establecer una buena relación médico-paciente.

- a. Una forma eficaz de iniciar una excelente relación médico-paciente es el saludo y la presentación.: “Buenos días, soy la Dra.”. “¿Tiene la amabilidad de decirme su nombre?” En seguida le pregunta: “¿En qué puedo servirle?”.
- b. Escuchar las quejas con atención y sin interrupción, como también permitir expresar sus emociones (llanto, enojo). Recordar que el paciente además de sus dolencias lleva a la consulta sus temores y los sinsabores de trámites administrativos y de largas horas de espera.

- c. Considerar la finalización de la consulta como un acto muy importante ya que es el momento en que vuelve a acrecentarse los temores en el paciente y en la familia.

2. Establecer una alianza terapéutica

La alianza terapéutica se basa en la confianza y comprensión. Para ello pueden utilizarse las siguientes estrategias de valoración:

- Antecedentes: ¿Que está pasando en su vida?
- Afecto: ¿Cómo se siente acerca de esto?, ¿Cómo está su estado de ánimo?
- Problemas: ¿Qué es lo que más le aflige de ésta situación?
- Afrontamiento: ¿Cómo está afrontando su situación?
- Comprensión: Esto debe ser muy difícil para usted.

3. Proporcionar psico-educación

Es importante dar explicaciones sencillas de lo que el paciente tiene, los factores biológicos y psicosociales que han intervenido y que se espera del tratamiento (incluso los posibles efectos secundarios). Evite siempre decirle “No tiene nada”.

4. Técnicas de relajación

Como se ha explicado antes las técnicas de relajación y respiración son un buen instrumento para controlar y calmar las emociones negativas en el momento que estas aparecen; las técnicas paso a paso son sencillas y rápidas de realizar, por lo que son accesibles para todas las personas, en todo momento (anexo 5, 6, 7, y 8)

5. Realizar psicoterapia.

Todo médico se convierte en psicoterapeuta al establecer una buena relación médico-paciente y una buena alianza terapéutica.

Escuchar, explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes son los componentes esenciales de cualquier psicoterapia.

El médico puede realizar una psicoterapia de apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones emocionales ante los problemas y a que obtenga conocimientos prácticos para la resolución de los mismos.

Otra técnica es el entrenamiento en la resolución de problemas, la cual consta de los siguientes pasos:

- a. Identificación de los factores desencadenantes de la preocupación excesiva.
- b. Conocer las acciones que está realizando el paciente para enfrentarlos.
- c. Reforzar las cosas que está haciendo con éxito.
- d. Planificar tareas que el paciente puede hacer en el transcurso de las próximas semanas para resolver las situaciones estresantes.

6. Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe considerarse como parte de un plan terapéutico. Una vez realizado el diagnóstico específico del trastorno de ansiedad se debe considerar el empleo de medicamentos ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores de humor y neurolepticos.

7. Remisión al especialista en psiquiatría.

En el caso que el paciente presente comorbilidad psiquiátrica, haya refractariedad al tratamiento, intolerancia a los psicofármacos, riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o requiera atención por conflictos psicológicos especiales, el médico

general tiene la oportunidad de solicitar una interconsulta con un especialista en psiquiatría.

2.6 DEPRESIÓN.

2.6.1 Definición²².

La Organización Mundial de la Salud describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad.

El principal síntoma característico es la tristeza, puede encontrarse también pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Cuando una persona presenta un episodio depresivo, este se caracteriza por una depresión del estado de ánimo, una disminución de la vitalidad y una reducción del nivel de actividad.

2.6.2 Características^{22, 23}.

- Es frecuente una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la concentración, y un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
- Son comunes los trastornos del sueño y la pérdida del apetito.
- Existe pérdida de confianza en sí mismo y el sentimiento de inferioridad; incluso en los episodios más leves están presentes las ideas de culpa y de ser inútil.
- La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro, es indiferente a los cambios ambientales y puede acompañarse de los denominados síntomas “somáticos”.

- Aunque la sensación de depresión es común, especialmente después de experimentar contratiempos de la vida, los trastornos depresivos solo serán diagnosticados cuando los síntomas alcancen un umbral y duren al menos dos semanas.
- Debe distinguirse de los estados de angustia subjetiva y trastorno emocional, que pueden interferir con el desenvolvimiento social y desempeño de tareas, y surgen en períodos de adaptación a un cambio significativo en la vida o a un acontecimiento vital estresante.
- En algunas circunstancias, tanto los síntomas de ansiedad como la depresión están presentes, pero ninguno es claramente predominante, y ningún tipo de síntoma está presente hasta tal punto que justifique el diagnóstico si se consideran por separado. En estos casos se usa el término reacción mixta de ansiedad y depresión.
- La depresión se clasifica en leve, moderada y grave.
 - Depresión leve a moderada: se caracteriza por los síntomas depresivos y algún deterioro funcional
 - Depresión grave: presenta síntomas depresivos, deterioro funcional, inhibición o agitación psicomotriz y síntomas somáticos considerables.
- Los síntomas depresivos a menudo deterioran notablemente el desenvolvimiento diario
- El término depresión unipolar a veces se usa para distinguir entre los episodios depresivos que aparecen en el curso de la depresión mayor (o unipolar) y los episodios depresivos que aparecen en el curso del trastorno bipolar (depresión bipolar).

- La depresión es esencialmente un trastorno episódico recurrente; cada episodio dura generalmente de unos pocos meses a unos años, con un período normal en medio. En cerca de 20% de los casos, sin embargo, la depresión presenta un curso crónico sin remisión, especialmente cuando no se administra el tratamiento adecuado.

2.6.3 Epidemiología^{22,23}.

- Contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios, siendo en todos la principal causa de carga de enfermedad en mujeres.
- Es una enfermedad frecuente en todo el mundo, afectando a unos 350 millones de personas.
- El riesgo de padecer una depresión mayor a lo largo de la vida, se sitúa entre el 3-12% según estudios, si bien si considerásemos todos los trastornos depresivos, esta cifra sería doble o triple.
- Es más común en las mujeres que en los hombres. Calculándose una prevalencia puntual promedio de los episodios depresivos unipolares es 1,9% para los hombres y 3,2% para las mujeres, y que 5,8% de los hombres y 9,5% de las mujeres presentará un episodio depresivo en un período de 12 meses. Estas cifras de prevalencia varían de una población a otra.
- La depresión puede afectar a los individuos en cualquier etapa de la vida, aunque la incidencia es más alta antes de los 45 años.

- No existen diferencias entre razas o estratos sociales, pero la prevalencia es mayor entre separados y divorciados, y entre familiares de primer grado de enfermos depresivos.
- Entre el 50 y el 85% de los enfermos recidivan. La tasa de recidiva para los que se recuperan del primer episodio es de aproximadamente 35% en 2 años y cerca de 60% a los 12 años. La tasa de recidiva es mayor en los que tienen más de 45 años.
- Existen diversos criterios a la hora de calificar una depresión como recurrente, pero uno de los más aceptados es del haber padecido dos episodios depresivos en el curso de cinco años, de lo que se deduce que la mayoría de las depresiones serán casi siempre recurrentes.
- Uno de los desenlaces del trastorno depresivo particularmente trágico es el suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.
- Aproximadamente un 20-30% de los depresivos no-distímicos se cronifican.
- Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos.
- Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.
- Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea.

- En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.
- La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En el año 2030, de seguir las tendencias actuales de control transmisible de las enfermedades y la transición demográfica y epidemiológica, la carga de la depresión aumentará a 6,2% de la carga total de enfermedad, convirtiéndose en la principal causa de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVADs) perdidos.
- En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

2.6.4 Teorías y modelos explicativos de la depresión^{24,25}.

La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

Teorías conductuales de la depresión

Se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas. Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje.

El modelo conductual sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno.

Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas.

En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión: la disminución del refuerzo positivo y su reformulación, el modelo de McLean, el de Rehm, el de Wolpe, el de Bellack, Hersen y Himmelhoch y el de Nezu.

Dado el amplio número de enfoques conductuales se exponen brevemente los más relevantes.

La disminución del refuerzo positivo

Esta teoría indica que la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente.

El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de:

- 1) El número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona.
- 2) El número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar.
- 3) El conjunto de habilidades que posee una persona para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno.

Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia.

Lewinsohn y colaboradores proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones.

En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento

potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas.

Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo, la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc.

Esta teoría presenta varios factores de vulnerabilidad, algunos de los cuales son:

- Sexo femenino.
- Grupo etario 20 y 40 años.
- Historia previa de depresión.
- Susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos.
- Bajo estatus socioeconómico.
- Baja autoestima.
- Tener hijos con edades inferiores a 7 años.

Se plantean además factores de protección frente a la depresión (inmunógenos):

- Capacidad de iniciativa.
- Competencia social auto percibida.
- Exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos.
- Grado elevado de apoyo social.

Entrenamiento en autocontrol

El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, auto-refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento

conductual. En el entrenamiento de autocontrol, se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos.

Esta teoría se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada.

Aquí no se intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que se considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol.

A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

El modelo de Nezu

Nezu y sus colaboradores desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son déficit o ineficacia de sus habilidades de solución de problemas.

En este modelo se observan varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos.

Dada esta asociación se sugiere que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Se teoriza que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podría actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas.

Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas:

- 1) Orientación hacia el problema
- 2) Definición y formulación del problema
- 3) Generación de soluciones alternativas.
- 4) Toma de decisiones
- 5) Puesta en práctica de la solución y verificación.

Se indica que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

Las teorías cognitivas de la depresión

Son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo.

Esto es, estas teorías hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. Los sujetos depresivos tienden a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos.

Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.

La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

Seligman hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o

negativas. Como consecuencia de ello se produciría una indefensión aprendida el cual se refiere a un estado de pasividad así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Posteriormente Abramson reformuló la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión; para él estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable.

Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre el autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión.

Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos, estables y globales. El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos.

La teoría cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. en 1979, según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas.

- La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales.

- El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho tendrá una influencia importante en lo que siente.
- Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio.

Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas.

Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres; de ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión:

- 1) *La tríada cognitiva*: se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.
- 2) *Los pensamientos automáticos negativos*: son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos, repetitivos, involuntarios e incontrolables.

Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente.

3) *Errores en la percepción y en el procesamiento de información:* El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son:

- a. La inferencia arbitraria: llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye.
- b. La abstracción selectiva: extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información.
- c. La sobre-generalización: elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados.
- d. La magnificación y la minimización: sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento.
- e. La personalización: atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello
- f. El pensamiento absolutista dicotómico: tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas.

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como se indicó previamente toman la forma de creencias centrales.

Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre una determinada situación, determinando qué situaciones son consideradas importantes y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones. Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información.

A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión.

- 4) *Disfunción en los esquemas*: Se cree que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos. Estos esquemas permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante para el cual el individuo está sensibilizado. Estos esquemas pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos.

2.6.5 Fisiopatología de la depresión^{24, 25}.

Neuroquímica de la depresión.

Las primeras hipótesis etiológicas sobre la depresión se enfocaron en los sistemas monoaminérgicos. Inicialmente se planteó que la depresión se debía a un déficit en la neurotransmisión monoaminérgica. Aunque desde una perspectiva actual las hipótesis de depleción de monoaminas parecen una visión sobre-simplificada de la fisiopatología de la depresión, tuvieron el mérito de estimular la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos

antidepresivos. Con la introducción de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, la investigación se ha dirigido especialmente hacia el sistema serotoninérgico. Algunos estudios han demostrado respuestas endocrinas reducidas a agonistas serotoninérgicos directos e indirectos. Los estudios post-mortem han demostrado un aumento en la densidad de sitios de unión al receptor de serotonina 5HT₂ y una reducción del número de sitios del transportador de serotonina en el tejido cerebral de pacientes depresivos y víctimas de suicidio. Además se ha encontrado un aumento de los autorreceptores serotoninérgicos 5HT_{1A} en el rafe dorsal del cerebro medio de suicidas con depresión mayor. Estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) han encontrado una amplia reducción en los sitios de unión a los autorreceptores 5HT_{1A} en el cerebro de sujetos con depresión. Por su parte, investigaciones mediante tomografía computada con emisión de fotones únicos (SPECT) han revelado una disminución de la densidad de los sitios de unión al transportador de serotonina en el cerebro de pacientes depresivos. Estudios en necropsias han demostrado un aumento selectivo en la afinidad de los receptores noradrenérgicos alfa 2A y una disminución de la unión al transportador de noradrenalina en el locus ceruleus de pacientes depresivos. Este último hallazgo ha sido interpretado como la expresión de una regulación hacia abajo de la proteína transportadora en respuesta a una insuficiente disponibilidad de noradrenalina en el espacio sináptico. En pacientes con depresión mayor se ha observado una liberación aumentada de hormona del crecimiento en respuesta a la estimulación con piridostigmina, lo que sugiere una disregulación del sistema colinérgico. El papel de la neurotransmisión dopaminérgica en la depresión ha sido menos estudiado. No obstante algunas observaciones experimentales sugieren que la dopamina juega un papel en algunos aspectos del síndrome depresivo.

Cambios endocrinos.

Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)

Los estudios acerca del funcionamiento endocrino en pacientes depresivos han revelado anomalías del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA).

El hallazgo más consistente es un trastorno en la secreción de cortisol. La prueba de supresión de cortisol con dexametasona, que en algún momento fue considerada una prueba diagnóstica para depresión, se encuentra alterada en un subgrupo de enfermos depresivos y puede identificar pacientes con una anomalía del eje HHA.

En los últimos años ha despertado gran interés el estudio de los mecanismos centrales que intervienen en la regulación de los niveles de cortisol circulante. En el núcleo paraventricular del hipotálamo existe un grupo de neuronas que secretan el péptido llamado factor liberador de corticotrofina (CRF). El CRF es transportado a la hipófisis por la circulación hipotálamo-hipofisaria portal. En la hipófisis estimula a las células productoras de la hormona adenocorticotrofina (ACTH), la que pasa a la circulación periférica y estimula a la corteza suprarrenal para que secrete glucocorticoides, particularmente cortisol. Los glucocorticoides, a su vez, ejercen retroalimentación negativa en la hipófisis anterior, hipotálamo e hipocampo, mediante la estimulación de receptores de glucocorticoides. De este modo, la cantidad de corticoides es mantenida dentro de un nivel normal.

Las investigaciones sugieren que la perturbación hipotalámica primaria en la depresión puede consistir en un número aumentado de neuronas que contienen CRF en el núcleo paraventricular, el que se traduciría en una hipersecreción de CRF por el hipotálamo. Se presume que el aumento en la síntesis y liberación de CRF desencadene una secuencia de hechos, partiendo por un crecimiento de la hipófisis y un aumento de la secreción de ACTH, el

que a su vez lleva a un crecimiento de la glándula suprarrenal y a un aumento de los niveles basales de cortisol. Esta hipercortisolemia provocaría una alteración en los receptores de glucocorticoides, los que sufrirían una regulación a la baja, permaneciendo disfuncionales o con una "resistencia a los glucocorticoides" en algunos pacientes depresivos. También podría suceder a la inversa, es decir, que la resistencia a los glucocorticoides podría ser el defecto primario que lleva a una hipercortisolemia secundaria a la ausencia de la retroalimentación inhibitoria de los glucocorticoides en la hipófisis y el hipotálamo.

Esta alteración explicaría los resultados anormales de la prueba de supresión de cortisol por dexametasona y la respuesta aplanada de ACTH a la administración intravenosa de CRF exógeno en algunos enfermos depresivos, en comparación con controles normales.

La alteración de los receptores de glucocorticoides en algunas regiones cerebrales, particularmente en el hipocampo, podría contribuir a la sintomatología depresiva. Normalmente el hipocampo tiene un efecto inhibitorio sobre el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Sin embargo, cuando los receptores de glucocorticoides se encuentran afectados secundariamente a la hipercortisolemia, se altera este efecto inhibitorio, lo que lleva a una persistente secreción de cortisol. La hipercortisolemia, por su parte, está asociada con neurotoxicidad y con una reducción de la neurogénesis en el hipocampo. Un hipocampo que funciona mal puede estar asociado a algunos de los síntomas depresivos.

Estudios efectuados en animales demuestran que los antidepresivos y la terapia electroconvulsiva afectan a los receptores de glucocorticoides, aumentando la unión entre glucocorticoides y receptores. Este efecto se observa luego de dos semanas, coincidiendo con el tiempo que requieren los antidepresivos para ejercer su efecto.

Eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT)

Los pacientes depresivos presentan varias alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT). Hay un aplanamiento del ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, con pérdida del pico normal de secreción nocturno de la hormona estimulante de la tiroides (TSH). Algunos pacientes depresivos tienen elevadas concentraciones de hormona liberadora de tirotrófina (TRH) en el líquido cefalorraquídeo. La hipersecreción de TRH puede llevar a regulación a la baja de los receptores de TRH en las células tirotróficas de la hipófisis anterior, lo que explicaría la respuesta aplanada de TSH a la administración de TRH exógena, anomalía que ha sido ampliamente documentada. Sin embargo, la respuesta aplanada de TSH a la administración de TRH no es específica y también se ha observado en pacientes alcohólicos y maníacos. La administración directa de TRH en el líquido cefalorraquídeo por inyección intratecal puede ejercer un efecto antidepresivo agudo. Esto sugiere que los elevados niveles de TRH en el líquido cefalorraquídeo de pacientes depresivos pueden representar una reacción compensatoria más que tener un papel causal en la depresión. Pacientes con niveles hormonales normales de hormonas tiroideas y sin disfunción tiroidea evidente pueden tener niveles elevados de anticuerpos tiroideos, lo que indicaría la existencia de tiroiditis subclínica, la que puede estar asociada con cuadros depresivos.

Hormona del crecimiento

La hormona del crecimiento es secretada por la hipófisis anterior y juega un papel esencial en el crecimiento somático. Su secreción es afectada por el estrés. La secreción de la hormona del crecimiento es controlada por dos péptidos hipotalámicos: la hormona liberadora de hormona del crecimiento que tiene un papel estimulante, y la somatostatina que tiene un papel inhibitorio. Los pacientes depresivos tienen un aplanamiento de la curva de secreción diurna de

hormona del crecimiento y en especial del pico nocturno. Este aplanamiento puede ser consecuencia del sueño fragmentado que presentan los pacientes depresivos. También se ha observado un aplanamiento de la respuesta de hormona del crecimiento a la estimulación por clonidina, por estrés y por hipoglicemia en pacientes depresivos.

Alteraciones del sistema inmune

Una serie de evidencias sugiere la existencia de una comunicación recíproca entre el sistema inmune y el sistema nervioso central, la que se efectúa mediante una serie de hormonas, transmisores y péptidos. El estrés psicológico y los trastornos psiquiátricos severos afectan la respuesta inmune y el curso de las enfermedades mediadas por este sistema. Al parecer, los estresores pueden tanto aumentar como disminuir la respuesta inmune, dependiendo si el estrés es agudo o crónico y del tipo de componente estudiado. Por otra parte, las alteraciones del sistema inmune inducidas por la depresión varían dependiendo de la severidad clínica, de la edad y del sexo del paciente. Por ejemplo, los pacientes viejos y con depresión severa tienen una disminución del número de células CD4 y de la respuesta del mitógeno de los linfocitos, en comparación con los controles. En la depresión parecen jugar un papel importante los mediadores inmunes denominados citokinas (interleukinas, interferón y factor de necrosis tumoral). En los pacientes depresivos se han encontrado niveles elevados de citokinas proinflamatorias. Estas citokinas podrían activar el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal de un modo directo a través de sus efectos sobre CRF, o indirectamente a través de volver resistente al receptor de glucocorticoides, lo que puede llevar a una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Como ya se ha señalado, esta hiperactividad de CRF y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal puede contribuir a la génesis de los trastornos del estado de ánimo. Por otra parte, las citokinas proinflamatorias pueden alterar los sistemas de transmisión

monoaminérgicas en varias regiones cerebrales, por ejemplo reduciendo la disponibilidad de L-triptofano, que a su vez lleva a una reducción de los niveles de serotonina.

Alteraciones anatómicas y fisiológicas

Las bases anatómicas y fisiológicas de la depresión son objeto de activa investigación, de la que se puede concluir que las áreas más probablemente involucradas son las estructuras límbicas (involucran el cíngulo, hipocampo, cuerpos mamilares y tálamo anterior), los circuitos de recompensa (núcleo accumbens, sublenticular, amígdala extendida, amígdala, tegmento ventral, cíngulo, ínsula, tálamo, giro parahipocámpico y corteza prefrontal), el hipotálamo y la corteza temporal anterior. Los pacientes con infartos que afectan las regiones frontales derechas suelen presentar un estado de ánimo indiferente, apático o eufórico, en tanto los pacientes con infartos que afectan las regiones frontales izquierdas suelen presentar ansiedad o depresión. Tradicionalmente se pensaba que los estados de ánimo como la depresión estaban asociados únicamente al sistema límbico; no obstante, hoy existe abundante evidencia de que también participan estructuras no límbicas. Una revisión de la literatura al respecto concluyó que el hallazgo estructural más replicado en los estudios por neuroimágenes es la presencia de hiperintensidades de la materia blanca en regiones asociadas con la corteza frontal y los ganglios basales, disminución del volumen frontal bilateral y reducción del tamaño del putamen y del caudado. Los estudios mediante tomografía por emisión de fotones únicos (SPECT) y por emisión de positrones (PET) han demostrado una disminución global del metabolismo cerebral, más marcado en las regiones frontales, especialmente en la corteza prefrontal medial y dorsolateral, los ganglios basales y la corteza cíngula. No obstante, el flujo sanguíneo y el metabolismo parecen estar aumentados en zonas de la corteza orbitofrontal y de la amígdala. Además de la evidencia derivada de los estudios por

neuroimágenes sobre el papel de los circuitos ganglios basales-tálamo-corteza en la fisiopatología de la depresión mayor, los estudios sobre respuesta al tratamiento con antidepresivos sugieren que la corteza cingulada anterior también puede jugar un papel significativo.

2.6.6 Criterios diagnósticos de trastornos del estado del ánimo¹⁹.

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. (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 (se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros. 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.
 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperable.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.
 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 o una enfermedad médica.
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

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.

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.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente: .0 Leve; .1 Moderado; .2 Grave sin síntomas psicóticos; .3 Grave con síntomas psicóticos; .4 En remisión parcial/en remisión total; .9 No especificado.

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):Crónico, con síntomas catatónicos; con síntomas melancólicos; con síntomas atípicos; de inicio en el posparto.

Criterios para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3)

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. (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.

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.

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.

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:
 - a. Pérdida o aumento de apetito.
 - b. Insomnio o hipersomnia.
 - c. Falta de energía o fatiga.
 - d. Baja autoestima.
 - e. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - f. 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 o a enfermedad médica.
- 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.

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

Criterios para el episodio maníaco

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 - 1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 - 3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 - 5. Distractibilidad.

6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora.
 7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio mixto

- A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.
- B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

- C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a enfermedad médica.

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

Criterios para el episodio hipomaníaco

- A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
 1. Autoestima exagerada o grandiosidad.
 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 3. Más hablador de lo habitual o verborreico.
 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 5. Distraibilidad.
 6. Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
 7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.
- C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.

- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Nota: Los episodios parecidos a los hipomaniacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

Criterios para el diagnóstico de F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (296.0)

- A. Presencia de un único episodio maníaco, sin episodios depresivos mayores anteriores.
La recidiva se define como un cambio en la polaridad desde la depresión, o como un intervalo de al menos 2 meses sin síntomas maníacos.
- B. El episodio maníaco 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.

Especificar si:

Mixto: si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente): Con síntomas catatónicos o de inicio en el posparto

Criterios para el diagnóstico de F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco (296.40)

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio hipomaniaco.

- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B 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.

Especificar: Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica); con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores); con ciclos rápidos.

Criterios para el diagnóstico de F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (296.4)

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio maníaco.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B 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.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente): Con síntomas catatónicos o de inicio en el posparto

Especificar: Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica); con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores); con ciclos rápidos.

Criterios para el diagnóstico de F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (296.6)

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio mixto.

- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio depresivo mayor, un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B 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.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente): Con síntomas catatónicos o de inicio en el posparto.

Especificar: Especificaciones de curso longitudinal (con o sin recuperación interepisódica); con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores); con ciclos rápidos.

Criterios para el diagnóstico de F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo (296.5)

- A. Actualmente (o el más reciente) en un episodio depresivo mayor.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B 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.

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):Crónico; con síntomas catatónicos; con síntomas melancólicos; con síntomas atípicos; de inicio en el posparto.

Especificar: Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica); con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores); con ciclos rápidos.

Criterios para el diagnóstico de F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

(296.7)

- A. Actualmente (o en el episodio más reciente) se cumplen los criterios, excepto en la duración, para un episodio maníaco, un episodio hipomaníaco, un episodio mixto o un episodio depresivo mayor.
- B. Previamente se han presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los episodios afectivos en los Criterios A y B 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.
- E. E. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a una enfermedad médica.

Especificar: Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisodios); con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores); con ciclos rápidos.

Criterios para el diagnóstico de F31.8 Trastorno bipolar II (296.89)

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco.
- C. No ha habido ningún episodio maníaco ni un episodio.
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B 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.

- E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social/laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

- Hipomaniaco: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio hipomaniaco
- Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo mayor

Especificar (para el episodio depresivo mayor actual o el más reciente sólo si es el tipo más reciente de episodio afectivo): Crónico; con síntomas catatónicos; con síntomas melancólicos; con síntomas atípicos; de inicio en el posparto.

Especificar: Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica); con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores); con ciclos rápidos.

Criterios para el diagnóstico de F34.0 Trastorno ciclotímico (301.13)

- A. Presencia, durante al menos 2 años, de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos y numerosos períodos de síntomas depresivo que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. En los niños y adolescentes la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Durante el período de más de 2 años (1 año en niños y adolescentes) la persona no ha dejado de presentar los síntomas del Criterio A durante un tiempo superior a los 2 meses.
- C. Durante los primeros 2 años de la alteración no se ha presentado ningún episodio depresivo mayor, episodio maniaco o episodio mixto.

Después de los 2 años iniciales del trastorno ciclotímico (1 año en los niños y adolescentes), puede haber episodios maniacos o mixtos superpuestos al trastorno

ciclotímico (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar I) o episodios depresivos mayores (en cuyo caso se diagnostican ambos trastornos, el ciclotímico y el trastorno bipolar II).

- D. Los síntomas del Criterio A 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.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.
- F. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F06 Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar la enfermedad médica) (293.83)

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
 - 1. estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
 - 2. estado de ánimo elevado, expansivo o irritable
- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipos:

.32 Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.

.32 Con episodio similar al depresivo mayor: si se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor (excepto el criterio D).

.30 Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable.

.33 Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

- A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

- B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia.
2. El empleo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

- C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuidos a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Código para trastorno del estado de ánimo inducido por (sustancia específica):

- F10.8 Alcohol [291.8]
- F16.8 Alucinógenos [292.84]
- F15.8 Anfetaminas (o sustancias de acción similar) [292.84]
- F14.8 Cocaína [292.84]
- F19.8 Fenciclidina (o sustancias de acción similar) [292.84]

- F18.8 Inhalantes [298.84]
- F11.8 Opiáceos [298.84]
- F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.84]
- F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.84]

Tipos:

- Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo.
- Con síntomas maníacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable
- Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno de ellos predomine.

Especificar si:

- De inicio durante la intoxicación: si se cumplen los criterios para la intoxicación por la sustancia y los síntomas aparecen durante la intoxicación.
- De inicio durante la abstinencia: si se cumplen los criterios para la abstinencia de la sustancia y los síntomas aparecen durante o poco tiempo después del síndrome de abstinencia.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente)

- Leve: Pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".

- Grave sin síntomas psicóticos: Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.
- Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:
- Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo, o de ser merecedor de un castigo.
- Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.
- En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)

- En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.No especificado.
- En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (Si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico, sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplirse los criterios completos para el episodio depresivo mayor.)
- En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio maníaco actual (o más reciente)

- Leve: Se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco.
- Moderado: Gran aumento de la actividad o deterioro del juicio.
- Grave sin síntomas psicóticos: Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.
- Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:
- Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos

típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso.

- Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos típicos de aumento de la autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación especial con una deidad o un personaje famoso. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con las ideas o los temas de grandiosidad), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.

- En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un periodo sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración. No especificado.

- En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio maníaco, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio maníaco hay un periodo sin síntomas significativos del episodio maníaco con una duración inferior a 2 meses.

En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración. No especificado.

Criterios para las especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio mixto actual
(o más reciente)

- Leve: Sólo se cumplen los síntomas de los criterios mínimos para un episodio maníaco y un episodio depresivo mayor.
- Moderado: Síntomas de incapacidad funcional entre "leves" y "graves".
- Grave sin síntomas psicóticos: Se necesita una supervisión prácticamente continua para proteger al sujeto del daño físico que se pueda causar a sí mismo o a los demás.
- Grave con síntomas psicóticos: Ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo:
- Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos o depresivos típicos.
- Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: Ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas maníacos o depresivos típicos. Se incluyen síntomas como ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos o los de grandiosidad), inserción del pensamiento e ideas delirantes de ser controlado.
- En remisión parcial: Hay algunos síntomas de un episodio mixto, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del final del episodio mixto hay un período sin síntomas significativos del episodio mixto con una duración inferior a 2 meses.

- En remisión total: Durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

Crterios para la especificación de cronicidad

- Crónico: puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo si éste es el tipo más reciente de episodio afectivo.
- Los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua durante al menos los 2 últimos años.

Crterios para la especificación de síntomas catatónicos

Con síntomas catatónicos: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, episodio maníaco o episodio mixto actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor, un trastorno bipolar I o un trastorno bipolar II.

El cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cérica) o por estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido).
4. Peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o gesticulación exagerada.
5. Ecolalia o ecopraxia.

Criterios para la especificación de síntomas melancólicos

Con síntomas melancólicos: puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente.

A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido).
2. La depresión es habitualmente peor por la mañana.
3. Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse).
4. Enlentecimiento o agitación psicomotores.
5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.

Criterios para la especificación de síntomas atípicos

Con síntomas atípicos: puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de

episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico.

- A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).
- B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - a. Aumento significativo del peso o del apetito.
 - b. Hipersomnia.
 - c. Abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes).
 - d. Patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo.
- C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

Criterios para la especificación de inicio en el posparto

- Con inicio en el posparto: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.
- Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto.

Criterios para la especificación de curso longitudinal

- Con recuperación interepisódica total: si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.
- Sin recuperación interepisódica total: si no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.

Crterios para la especificación de patrón estacional

Con patrón estacional: puede aplicarse al patrón de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar I, trastorno bipolar II o trastorno depresivo mayor, recidivante.

- A. Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos mayores de un trastorno bipolar I o bipolar II, o un trastorno depresivo mayor recurrente, y una determinada época del año (p. ej., aparición regular del episodio depresivo mayor en el otoño o el invierno).

Nota: No se incluyen los casos en los que hay un efecto evidente de factores estresantes psicosociales estacionales (p. ej., estar habitualmente en paro todos los inviernos).

- B. Las remisiones totales (o un cambio de la depresión a la manía o a la hipomanía) también se dan en una determinada época del año (p. ej., la depresión desaparece en primavera).
- C. En los últimos 2 años ha habido dos episodios depresivos mayores que han demostrado la relación estacional temporal definida en los Criterios A y B, y no ha habido episodios depresivos mayores no estacionales en el mismo periodo.
- D. Los episodios depresivos mayores estacionales (descritos antes) tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos mayores no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.

Crterios para la especificación de ciclos rápidos

- Con ciclos rápidos: puede aplicarse al trastorno bipolar I o al trastorno bipolar II.
- Al menos cuatro episodios de alteración del estado de ánimo en los 12 meses previos que cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco.

Nota: Los episodios están delimitados por una remisión total o parcial durante al menos 2 meses o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta (p. ej., episodio depresivo mayor a episodio maníaco).

2.7 SOMATIZACIÓN.

2.7.1 Conceptualización²⁸.

La somatización es considerada uno de los más frecuentes y problemáticos fenómenos que encaran los médicos a nivel de atención primaria.

Es un término genérico que incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo los cuales, a veces, aun cuando no existe evidencia médica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica.

Estudios muestran una fuerte asociación entre somatización y el uso recurrente de los servicios de salud. En estos estudios la proporción de pacientes con quejas somáticas, pero en los cuales no se ha encontrado causa orgánica alguna se ubican en un rango entre un 10% a un 30% del total de consultas.

El concepto de somatización fue primero usado en el pensamiento psicoanalítico por Stekel en 1991 para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y, en su lugar, sólo es posible una «expresión visceral», impidiendo la manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo.

Las definiciones conceptuales contenidas en la literatura muestran la existencia de un consenso en relación a algunas dimensiones que son parte del concepto.

Lipowski la define como “una tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una

enfermedad física y a buscar ayuda por ellos”. El mismo autor presenta un enfoque comprensivo para definir somatización que incluye tres aspectos básicos:

- Experiencial: cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor.
- Cognitivo: cómo el individuo define e interpreta los síntomas como siendo o no serios.
- Conductual: cómo el paciente reacciona al dolor, los cursos de acción que la persona llevan a cabo para manejarse con el dolor y cómo lo comunica.

Escobar y otros definen al somatizador como “un individuo que repetidamente exhibe importantes quejas sugiriendo una enfermedad física, pero para las cuales se carece de una explicación médica”.

Craig y Boardman plantean que los desórdenes del ánimo estimulan la percepción de los síntomas somáticos y empujan al individuo a buscar ayuda médica. Indicando que factores emocionales tienen una influencia importante sobre la regularidad e intensidad de los nuevos episodios.

Kirmayer y Robbins mencionan que somatización es un término usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales “los pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable”.

Todas las definiciones convergen en el hecho que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. La naturaleza de las causas son: emocional, social o psiquiátrica.

La complejidad de la somatización dado que se trata de un fenómeno no específicamente médico en naturaleza, sino moldeado socioculturalmente, requiere un amplio enfoque, en los

cuales las quejas son vistas como emergiendo de las múltiples interacciones entre los sistemas biológico y los sistemas psicológico, psicosocial, social y cultural.

2.7.2 Somatización y el “sentirse enfermo”^{28,29}

La percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad; el cual está vinculado estrechamente con los sistemas de significados, las normas sociales y la cultura.

Básicamente el proceso de búsqueda de cuidado médico está caracterizado por la auto-percepción, la definición y las ideas y creencias sostenidas por los individuos de lo que está ocurriendo en sus cuerpos.

El “sentirse enfermo” es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad, se define como “las formas en las cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas”. Se pueden encontrar diferentes patrones que pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente:

- Como producto de experiencias sociales y culturales y aprendizaje
- Como parte de un proceso en el cual el “sentirse enfermo” es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables.

Debemos tener en cuenta que puede existir la evidencia médica de la enfermedad, pero el paciente sentirse bien y no tomar en consideración el consejo y prescripciones médicas y continuar llevando a cabo sus actividades normales, lo cual significa que hay una enfermedad

medicamente probada, pero que no es percibida subjetivamente. Cuando este es el caso, el tratamiento médico no es exitoso debido a las diferencias entre el enfoque médico y el modelo subjetivo del paciente acerca de lo que le ocurre.

Por otro lado es posible encontrar una enfermedad sentida subjetivamente que no es probada médicamente; que es el caso en varios pacientes.

Consecuentemente, es posible decir que no siempre existe una correspondencia uno a uno y una relación consistente entre una cantidad demostrable de enfermedad y la tensión subjetiva experimentada por el paciente.

La discrepancia entre la percepción subjetiva de la enfermedad y la evaluación médica de la misma puede causar una falta de compromiso, el abandono del tratamiento o visitas recurrentes a la consulta médica cada vez que el paciente no está satisfecho con el tratamiento, aun cuando el médico ha querido darle confianza.

La misma enfermedad puede crear reacciones subjetivas diferentes y dificultades funcionales. Esto significa que entre estar y sentirse bien hay una gran diferencia. Pareciera que, en el caso particular de algunos pacientes somatizadores, la sola anomalía es la intensidad en sí misma de las quejas y el rechazo del paciente a aceptar la confianza del médico y las explicaciones de que no existe enfermedad alguna.

La experiencia subjetiva de enfermedad está influida por factores socioculturales; es el contexto sociocultural en el cual el sujeto vive que le da guías en términos de qué hacer cuando siente dolor o disconformidad, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, de quién requerir ayuda y de lo que se espera de los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de la cultura.

En este sentido cada cultura tiene su propio lenguaje del dolor; en algunos grupos se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad, pero en otros lo puesto es el caso.

Existe evidencia que en algunos contextos socioculturales la somatización entendida como la expresión aprendida de problemas psicosociales en el lenguaje del cuerpo y la disconformidad que resulta de estos problemas está socioculturalmente sancionada. El uso del cuerpo como un medio de comunicación de los problemas diarios no sólo es un método aceptable, sino que al mismo tiempo es la forma más efectiva de obtener ayuda. La somatización llega a ser una conducta normal y el modo creado y positivamente sancionado por el grupo en el intento de adaptar el sí mismo al medio ambiente sociocultural.

Durante el proceso de socialización cada persona es enseñada acerca de las posibles causas de las enfermedades, las expectativas de rol de su familia y de los proveedores de salud y las normas sociales que definen su conducta en la situación de enfermedad.

2.7.3 La Cognición Subjetiva de la Enfermedad²⁹

La búsqueda de ayuda médica, la cual resulta de la experiencia de sentirse enfermo, es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad.

Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo, cuando algo está ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual. En este proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo y el individuo le atribuye a ellos significados específicos.

Helman se refiere a ocho experiencias subjetivas en el proceso de llegar a enfermar:

- 1) Cambios percibidos en el cuerpo.
- 2) Cambios en el funcionamiento normal esperado del cuerpo.
- 3) Emisiones del cuerpo inusuales.

- 4) Cambios en la función límbica.
- 5) Alteraciones en los principales sentidos.
- 6) Síntomas físicos no confortables
- 7) Estados afectivos inusuales.
- 8) Alteraciones conductuales en la relación con otros.

La interpretación y significado que el individuo le atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables tales como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o de otros significativos, modelos aprendidos, creencias y normas sociales los cuales influyen en la percepción del individuo y moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo.

Kleinman introdujo el término “modelo explicatorio” para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico. Estos proveen las explicaciones sobre la etiología de la enfermedad, su curso y el modo de inicio de los síntomas, los procesos patofisiológicos envueltos, la historia natural de la enfermedad, la severidad de la misma y el tratamiento adecuado para enfrentar la condición. Está socialmente definido qué señales o síntomas serán considerados normales y cuáles anormales. Al mismo tiempo, la definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas introduciéndolas en patrones, los cuales son reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean. Por tanto, el llegar a estar enfermo es un proceso social; implica una rotulación social y es ésta definición social del estado de la persona que le permite comportarse como un individuo enfermo.

2.7.4 Competencia Conductual y la Experiencia de la Enfermedad²⁸

La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo.

Así como la percepción, el significado y la evaluación son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria.

El rol de enfermo es un concepto definido por el sociólogo Parsons para indicar las expectativas sociales atribuidas a la persona enferma. Estas expectativas son:

- 1) Relevación de las responsabilidades diarias.
- 2) Búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud
- 3) Conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible.

La experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa y se comporta hacia la enfermedad es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida. Este proceso es influido y moldeado por el específico contexto sociocultural dentro del cual vive el sujeto.

Dado que el médico y el paciente no siempre provienen de similares grupos socioculturales, puede existir un desacuerdo entre sus “modelos explicatorios”.

Este hecho resulta en un abandono del tratamiento, falta de compromiso del paciente, insatisfacción del paciente y busca reiterada de nuevos médicos, todo lo cual representa una carga para el sistema de salud tanto como una frustración y pérdida de tiempo para el médico.

2.7.5 Trastornos somatomorfos²⁸.

Los pacientes con trastornos somatomorfos son diagnosticados por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica demostrable o mecanismo

fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o estrés.

La utilidad clínica y la imposibilidad de sustituirlas por otras más útiles hasta la fecha han sido los principales argumentos esgrimidos para conservarlas tal y como se conciben en la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIG-10) y el DSM-IV.

Los pacientes con trastornos somatomorfos crónicos y graves suelen presentarse también con trastornos de la personalidad que determinan la evolución o, incluso, son el diagnóstico principal del caso.

El refuerzo ambiental de los síntomas, las ganancias derivadas de la enfermedad y de la asunción del papel de enfermo, los mecanismos cognitivo-perceptivos anómalos y los trastornos de la relación médico-enfermo resultan también imprescindibles para entender el proceso de configuración de muchos trastornos somatomorfos y para articular el tratamiento de éstos.

La existencia en la población general de individuos clínicamente silenciosos con síntomas similares a los que llevan, una y otra vez, a los pacientes somatomorfos a sus médicos, indica la importancia de factores no estrictamente fisiopatológicos en la demanda de atención de estos pacientes.

2.7.6 Trastornos por somatización²⁹.

En la versión clásica de la investigación, el trastorno por somatización es un síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas somáticos múltiples no explicados por ninguna otra enfermedad, con un importante distrés psicológico asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica. Su etiología es compleja y probablemente biopsicosocial. Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que

podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta. Las anomalías en el hemisferio dominante serían las responsables del deterioro de la comunicación verbal, de la incongruencia peculiar de la respuesta afectiva y de la integración sensomotora anómala. El análisis del patrón verbal en estos pacientes muestra una identidad del self negativa y confusa con dos componentes: una modificación de los objetos y de las acciones por la actitud negativa y un narcisismo patológico que empobrece su mundo relacional, por déficit de empatía y seudodependencia.

La propuesta clásica de una base genética común para los trastornos por somatización (en la mujer) y los trastornos asociales de la personalidad (en los varones) no se ha comprobado en todo el mundo.

Desde el punto de vista psicológico, algunos síntomas del trastorno por somatización pueden entenderse como una expresión simbólica de conflictos intrapsíquicos; otros parecen más una consecuencia directa del estrés, pero unos y otros sustituyen al lenguaje verbal en la comunicación normal de las emociones y son utilizados por los pacientes para controlar a los allegados y el ambiente.

También parecen contribuir a la etiopatogenia y/o al curso del trastorno por somatización las anomalías de la relación médico-enfermo, variables socioculturales que determinan la organización del "self" del paciente y características de la organización médico-asistencial.

La tasa de prevalencia de trastornos por somatización en la población general americana es del 0,4%. Resulta 9-10 veces más frecuente en la mujer que en el hombre y se acumula en los estratos socioeconómicos más bajos. En las familias en las que este trastorno es frecuente, entre las mujeres hay más alcoholismo y más sociopatía entre los varones. Dada la frecuencia con la que acuden al médico, representan el 5% de las consultas diarias en atención primaria.

Un paciente típico con trastorno por somatización en Estados Unidos está 7 días al mes enfermo en cama y gasta hasta 9 veces más recursos sanitarios que otros pacientes (en la mayor parte de los casos, de manera inútil).

2.7. 7 Criterios diagnósticos de los trastornos de somatización¹⁹.

Criterios para el diagnóstico de F45.0 Trastorno de somatización (300.81)

- A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
 - 1. Cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones como por ejemplo cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto; durante la menstruación, el acto sexual, o la micción.
 - 2. Dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej., náuseas, distensión abdominal, vómitos (no durante el embarazo), diarrea o intolerancia a diferentes alimentos
 - 3. Un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas, vómitos durante el embarazo.

4. Un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado a dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos como amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo)

C. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del Criterio B puede explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia.

2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio

D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

Crterios para el diagnóstico de F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado (300.81)

A. Uno o más síntomas físicos (fatiga, pérdida del apetito, síntomas gastrointestinales o urinarios).

B. Cualquiera de las dos características siguientes:

1. Tras un examen adecuado, los síntomas no pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos directos de una sustancia.
 2. Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio.
- C. Los síntomas provocan un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. La duración del trastorno es al menos de 6 meses.
- E. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- F. Los síntomas no se producen intencionadamente ni son simulados (a diferencia de lo que sucede en el trastorno facticio o en la simulación).

Criterios para el diagnóstico de F44 Trastorno de conversión (300.11)

- A. Uno o más síntomas o déficit que afectan las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
- B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.
- C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).
- D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.

- E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requieren atención médica.
- F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Crterios para el diagnóstico de F45.4 Trastorno por dolor

- A. El síntoma principal del cuadro clínico es el dolor localizado en una o más zonas del cuerpo, de suficiente gravedad como para merecer atención médica.
- B. El dolor provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Se estima que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.
- D. El síntoma o déficit no es simulado ni producido intencionadamente (a diferencia de lo que ocurre en la simulación y en el trastorno facticio).
- E. El dolor no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno de ansiedad o un trastorno psicótico y no cumple los criterios de dispareunia.

Especificar el tipo:

- *Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos:* se cree que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor (si hay una enfermedad médica, ésta no desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor). Este

tipo de trastorno por dolor no debe diagnosticarse si se cumplen también los criterios para trastorno de somatización.

- *Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica:* tanto los factores psicológicos como la enfermedad médica desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

Especificar (para ambos tipos) si:

- Agudo: duración menor a 6 meses.
- Crónico: duración igual o superior a 6 meses.

Nota: el trastorno siguiente no se considera un trastorno mental y se incluye aquí únicamente para facilitar el diagnóstico diferencial.

- *Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica:* la enfermedad médica desempeña un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor. (Si existen factores psicológicos, no se estima que desempeñen un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.).

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Hipocondría (300.7)

- A. Preocupación y miedo a tener, o la convicción de padecer, una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.
- B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.
- C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante (a diferencia del trastorno delirante de tipo somático) y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico (a diferencia del trastorno dismórfico corporal).

- D. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.
- F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si durante la mayor parte del episodio el individuo no se da cuenta de que la preocupación por padecer una enfermedad grave es excesiva o injustificada.

Criterios para el diagnóstico de F45.2 Trastorno dismórfico corporal (300.7)

- A. Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
- B. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa).

2.7.8 Criterios diagnósticos para trastornos ficticios¹⁸.

Criterios para el diagnóstico de F68.1 Trastorno ficticio (300)

- A. Fingimiento o producción intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos.
- B. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.

- C. Ausencia de incentivos externos para el comportamiento (p. ej., una ganancia económica, evitar la responsabilidad legal o mejorar el bienestar físico, como ocurre en el caso de la simulación).

Tipos:

- Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas psicológicos (300.16): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los psicológicos.
- Trastornos ficticios con predominio de signos y síntomas físicos (300.19): si los signos y síntomas que predominan en el cuadro clínico son los físicos.
- Trastornos ficticios con signos y síntomas psicológicos y físicos (300.19): si existe una combinación de signos y síntoma psicológicos y físicos sin que en el cuadro clínico predominen unos sobre otros.

2.7.9 Criterios diagnósticos para trastornos disociativos¹⁸

Criterios para el diagnóstico de F44.0 Amnesia disociativa (300.12)

- A. La alteración predominante consiste en uno o más episodios de incapacidad para recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento de naturaleza traumática o estresante, que es demasiado amplia para ser explicada a partir del olvido ordinario.
- B. La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de identidad disociativo, en la fuga disociativa, en el trastorno por estrés postraumático, en el trastorno por estrés agudo o en el trastorno de somatización, y no es debida a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica o neurológica (p. ej., trastorno amnésico por traumatismo craneal).

- C. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F44.1 Fuga disociativa (300.13)

- A. La alteración esencial de este trastorno consiste en viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo, con incapacidad para recordar el pasado del individuo.
- B. Confusión sobre la identidad personal, o asunción de una nueva identidad (parcial o completa).
- C. El trastorno no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de identidad disociativo y no es debido a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o de una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).
- D. Los síntomas producen malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico de F44.81 Trastorno de identidad disociativo (300.14)

- A. Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- B. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
- C. Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.

- D. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o a una enfermedad médica.

Nota: En los niños los síntomas no deben confundirse con juego fantasiosos o compañeros de juego imaginarios.

Criterios para el diagnóstico de F48.1 Trastorno de despersonalización (300.6)

- A. Experiencias persistentes o recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo (p. ej., sentirse como si se estuviera en un sueño).
- B. Durante el episodio de despersonalización, el sentido de la realidad permanece intacto.
- C. La despersonalización provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El episodio de despersonalización aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental como la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés agudo u otro trastorno disociativo, y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., epilepsia del lóbulo temporal).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.

3.1 Cálculo de la muestra.

Universo: El estudio se realizó en el personal de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, comprendido por 149 enfermeras y auxiliares de enfermería de los servicios de Cirugía, Medicina Interna y Neumología, que estuvieron presentes en el período octubre 2015-enero 2016.

Muestra: 105 integrantes del personal de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez de los servicios de Cirugía, Medicina Interna y Neumología que cumplan con los criterios de inclusión en el periodo 2015-2016, y aceptaron participar en el estudio.

3.1.1 Cálculo de la muestra.

Se utilizó la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = Es la desviación del valor medio que aceptamos para lograr el nivel de confianza deseado.

En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss. Los valores más frecuentes son:

Nivel de confianza 90% -> Z=1,645

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

Nivel de confianza 99% -> Z=2,575

e = Es el margen de error máximo que admito (p.e. 5%)

p = Es la proporción que esperamos encontrar. Este parámetro suele confundir bastante a primera vista: ¿cómo voy a saber qué proporción espero, si justamente estamos haciendo una encuesta para conocer esta proporción?

Teniendo 149 participantes, utilizando una heterogeneidad de 50%, un margen de error de 5% y un nivel de confianza de 95%

$$n = 143 * 1,962 * 0,5 * (1 - 0,5) / ((149 - 1) * 52 + 1,962 * 0,5 * (1 - 0,5))$$

n= 105 participantes

3.1.2 Criterios de inclusión.

- Pertener al personal de enfermería.
- Trabajar bajo contrato.
- Tener título de enfermero/a o auxiliar de enfermería.
- Trabajar en el servicio de Medicina Interna, incluyendo Neumología o en el servicio de Cirugía.
- Tener un mínimo de 3 meses de trabajo en el Hospital Pablo Arturo Suárez.

3.1.3 Criterios de Exclusión.

- Ser interno/a de enfermería o practicante.
- No pertenecer a los servicio de Medicina Interna o Cirugía, incluyendo reemplazos por maternidad, enfermedad o calamidad doméstica.
- Tener diagnóstico preexistente de ansiedad o depresión no relacionadas con el trabajo.

3.2 Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyó a las 105 personas del personal de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez que cumplían con los criterios de inclusión del estudio.

3.3 Procedimiento de recolección de información.

Previa explicación del objetivo del estudio, presentación y firma del consentimiento informado y la toma de los datos para la presentación de la tabulación de los resultados personales de cada individuo; se obtuvo la información necesaria en el Hospital Pablo Arturo Suárez durante la jornada de trabajo de cada persona, mediante el cuestionario de Maslach-Burnout y la Escala para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfos, durante una periodo de 2 semanas tomando en cuenta el horario de rotación de turnos diurnos y nocturnos del personal de enfermería de las áreas que se van a investigar y las circunstancias especiales de cada participante. Se procedió primero a la presentación del cuestionario con preguntas demográficas, continuando con el Maslach-Burnout Inventory y culminar con las Escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfos.

3.4 Plan de análisis de datos.

Las encuestas fueron procesadas por el programa SPSS 22 para el análisis de los datos.

La base de datos fue comprendida por los cuestionarios Maslach-Burnout y las Escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfos, y las preguntas para delimitación demográfica; con lo cual se procedió a realizar un análisis descriptivo transversal y la correlación de las variables ingresadas a una base de datos, realizando cálculos de prevalencia y valores de p para comprobar que los resultados son estadísticamente significativos.

3.5 Operacionalización de variables. ^{1, 15, 21, 25, 28, 30}

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL			
		CLASIFICACIÓN	ESCALA	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos	Cualitativa dicotómica. Nominal	1= Masculino 2=Femenino	Sexo biológico	-Porcentaje
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales	Cuantitativa. Discreta	1= 20-25 años 2=26-30 años 3=31-35 años 4=36-40 años 5=41-45 años 6=46-50 años 7=>50 años	Años cumplidos al momento del estudio	-Porcentaje
Jornada laboral	Media de horas trabajadas de la población ocupada	Cuantitativa. Discreta	1=4-5 hs/día 2= 6-7 hs/día 3= 8-12 hs/día 4= 12-24 hs/día 5=>24 hs/día	Horas trabajadas al día	-Porcentaje -Coeficiente de variación de Pearson
Número de jornadas laborales por semana	Tiempo promedio semanal que ocupa el trabajador para desarrollar su labor, este dependerá de la cantidad de horas que necesita para su ejecución.	Cuantitativa. Discreta	1= <1 jornadas 2= 1-3 jornadas 3= 4-6 jornadas 4= >7 jornadas	Número de jornadas por semana	-Prevalencia -Porcentaje -Coeficiente de variación de Pearson
Carga laboral	Promedio de horas semanales de trabajo	Cuantitativa. Discreta	1= 18-24 hs/semana 2= 25-30 hs/semana 3=31-35 hs/semana 4=36-40hs/semana 5=>40hs/semana	Horas trabajadas por semana	-Prevalencia -Promedio -Mínimo -Máximo -Media
Estabilidad laboral	Tiempo que la persona ha trabajado en la	Cuantitativa. Discreta	1= < 6 meses 2= 6meses- 1año	Tiempo de	-Prevalencia -Promedio

	institución		3= 1-2 años 4=3-5 años 5=6-10 años 6= >10 años	trabajo en el hospital	-Mínimo -Máximo -Media
Servicio en el que trabaja	Área de especialidad médica en la que se labora	Cualitativa politómica. Nominal	1= Cirugía 2=Medicina Interna 3= Neumología 4= Otros	Área en la que trabaja	-Promedio
Agotamiento emocional	Desequilibrio entre la percepción de las capacidades de afrontamiento, recursos físicos y mentales de los trabajadores ante las exigencias de su actividad.	Cualitativa politómica. Nominal	Bajo= 1 a 18 Medio= 19 a 26 Alto= ≥ 27	Cuestionario Maslach - Burnout . Items: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	-Prevalencia -Promedio -Desviación estándar -Coeficiente de variación de Pearson -Mínimo -Máximo -Media -Correlación
Despersonalización	Acción y efecto de despersonalizar. Quitar carácter personal a un hecho, asunto o relación.	Cualitativa politómica. Nominal	Bajo= 1 a 5 Medio= 5 a 10 Alto= ≥ 10	Cuestionario Maslach - Burnout . Items: 5, 10, 11, 15, 22.	-Prevalencia -Promedio -Desviación estándar -Coeficiente de variación de Pearson -Mínimo -Máximo -Media -Correlación
Realización personal	Sentirse satisfecho por haber logrado cumplir aquello a lo que se aspiraba.	Cualitativa. politómica Nominal	Bajo= 1 a 33 Medio= 34 a 39 Alto= ≥ 40	Cuestionario Maslach - Burnout . Items: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	-Prevalencia -Promedio -Desviación estándar -Coeficiente de variación de Pearson -Mínimo -Máximo -Media -Correlación
Síndrome de Burnout	Es una metáfora para describir una situación de agotamiento tras un periodo de esfuerzo y dedicación	Cualitativa dicotómica. Nominal	1= Sí 2= No	Un puntaje alto en el MBI en las	-Prevalencia -Promedio -Desviación estándar -Coeficiente de variación de Pearson

	con altas demandas emocionales			dos primeras secciones y bajo en la tercera	-Mínimo -Máximo -Media -Correlación
Ansiedad	Sentimientos de angustia y sentimientos negativos que pueden desencadenarse por vivencias personales y variadas	Cualitativa dicotómica. Nominal	1= Sí 2= No	Escalas para medir depresión, ansiedad y somatización: 2,4, 14 - 23	-Prevalencia -Promedio -Desviación estándar -Coeficiente de variación de Pearson -Mínimo -Máximo -Media -Correlación
Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Cualitativa dicotómica. Nominal	1= Sí 2= No	Escalas para medir depresión, ansiedad y somatización:1-13	-Prevalencia -Promedio -Desviación estándar -Coeficiente de variación de Pearson -Mínimo -Máximo -Media -Correlación
Somatización	Cualquier síntoma corporal que surge o se incrementa en respuesta a factores psicológicos o situacionales.	Cualitativa dicotómica. Nominal	1= Sí 2= No	Escalas para medir depresión, ansiedad y somatización: 24-35	-Prevalencia -Promedio -Desviación estándar -Coeficiente de variación de Pearson -Mínimo -Máximo -Media -Correlación

3.6 Aspectos bioéticos.

Siguiendo las normas de la OMS³¹ se informará a los participantes acerca del estudio que se realizará, el instrumento que se va a utilizar para la recolección de la información y el propósito de la misma, luego de lo cual se procederá a entregar los consentimientos informados recordando a los participantes que si desean declinar su participación en cualquier momento durante la realización del cuestionario pueden hacerlo.

Los datos se mantendrán anónimos y solo se utilizarán para los propósitos descritos en el consentimiento informado, cualquier resultado que se obtenga personal o grupal estará a disposición de los participantes. Los resultados finales se mantendrán a disposición del Hospital Pablo Arturo Suarez y su personal para futuras referencias.

3.6.1 Consentimiento informado.

El consentimiento informado es un documento legal que indica que la persona ha participado del estudio voluntariamente, luego de haber leído y comprendido los objetivos del estudio, los beneficios y los riesgos de los mismos, además de sus responsabilidades y beneficios como participantes del estudio.

3.7.2 Aspectos administrativos

Recursos necesarios:

- Cuestionarios Maslach-Burnout (MBI)³
- Escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfes⁴
- Consentimiento informado
- Horario de personal de enfermería³²
- Consentimiento por parte de jefa de Enfermeras

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1 Descripción de la población estudiada.

Se realizó la encuesta a 105 personas del personal de enfermería del Hospital Pablo Arturo Suárez, comprendido por licenciadas en enfermería y auxiliares de enfermería, en el periodo 2015-2016.

4.1.1 Distribución por género.

Del total de 105 participantes el 85,7% con un total de 90 participantes era femenino y el 14,3% con un total de 15 participantes era masculino.

Tabla 2. Distribución por género			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Masculino	15	14,3	14,3
Femenino	90	85,7	100,0
Total	105	100,0	

4.1.2 Distribución por área de trabajo.

De los 105 participantes la población se distribuyó en las tres áreas estudiadas: Cirugía 42,9% con un total de 45 participantes; Medicina Interna 44,8% , con 47 participantes y Neumología 12,4% con 13 participantes.

Tabla 3. Distribución por área de trabajo			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
Cirugía	45	42,9	42,9
Medicina Interna	47	44,8	87,6
Neumología	13	12,4	100,0
Total	105	100,0	

4.1.3 Distribución por edad de los participantes.

El 13,3% (14 personas) de los participantes se encontraban entre los 20 y 25 años; el 16,2% (17 personas), se encontraban entre los 26 y 30 años; el 9,5% (10 personas) se encuentra entre los 31 y 35 años; el 13,3% (14 p) de los participantes tenían una edad entre 36 y 40 años; el 13,3% (14 personas) se encontraba entre los 41 y 45 años de edad; el 10,5% (11 personas) tenía una edad entre 46 y 50 años; el 23,8% (25 personas) de los participantes presentaban una edad mayor a los 50 años.

Tabla 4. Distribución por edad			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
20-25 años	14	13,3	13,3
26-30 años	17	16,2	29,5
31-35 años	10	9,5	39,0
36-40 años	14	13,3	52,4
41-45 años	14	13,3	65,7
46-50 años	11	10,5	76,2
> 50 años	25	23,8	100,0
Total	105	100,0	

4.1.4 Distribución por horas de trabajo

De los 105 participantes el 60% (63 personas) trabajan de 6 a 7 horas diarias; el 39% (41 personas) trabajan de 8 a 12 horas al día y solo el 1% (1 personas) trabaja de 12 a 24 horas diarias.

Tabla 5. Distribución por horas de trabajo			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
6-7 horas	63	60,0	60,0
8-12 horas	41	39,0	99,0
12-24 horas	1	1,0	100,0
Total	105	100,0	

4.1.5 Distribución por antigüedad en el hospital.

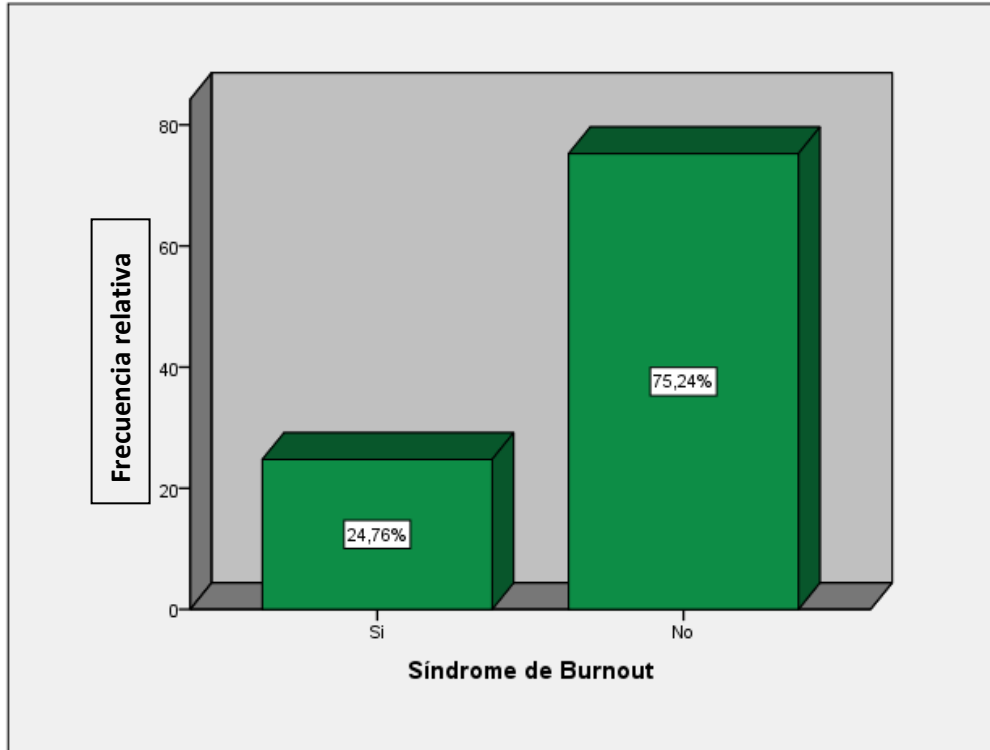
El 24,8% (26 personas) se encuentran trabajando en el hospital menos de 6 meses; 9,5% (10 personas) han trabajado de 6 meses a un año; 3,8% (4 personas) han trabajado de 1 a 2 años; 14,3% (15 personas) han trabajado de 3 a 5 años en el hospital; 10,5% (11 personas) han trabajado de 6 a 10 años en el hospital; 37,1% (39 personas) han trabajado más de 10 años en el hospital.

Tabla 6. Distribución por antigüedad en el hospital.			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
< 6 meses	26	24,8	24,8
6 meses- 1 año	10	9,5	34,3
1-2 años	4	3,8	38,1
3-5 años	15	14,3	52,4
6-10 años	11	10,5	62,9
>10 años	39	37,1	100,0
Total	105	100,0	

4.2 Presentación de Síndrome de Agotamiento Profesional.

Tomando en cuenta las condiciones para el diagnóstico del síndrome de Burnout, se encontró un 24,76% (26 personas) de participantes que presentaron el síndrome y un 75,24% (79 personas) que no presentaron el síndrome. Con un valor medio en el cuestionario de 58,16, que corresponde a niveles medios de agotamiento profesional.

Gráfico 1. Porcentaje de Síndrome de Agotamiento profesional



4.2.1 Frecuencia del síndrome de agotamiento profesional.

Del total de 105 participantes se observó que 79 personas no presentaban criterios para síndrome de agotamiento profesional, mientras que 26 personas sí reunieron los criterios para el diagnóstico del síndrome.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa acumulada
Si	26	24,8
No	79	100,0
Total	105	

4.2.2 Media de puntaje en el cuestionario Maslach-Burnout.

Con los datos recogidos de los 105 participantes del estudio se obtuvo una media en el puntaje de. Cuestionario Maslach-Burnout de $58,16 \pm 16,21$ puntos que constituye un nivel de síndrome de agotamiento profesional intermedio.

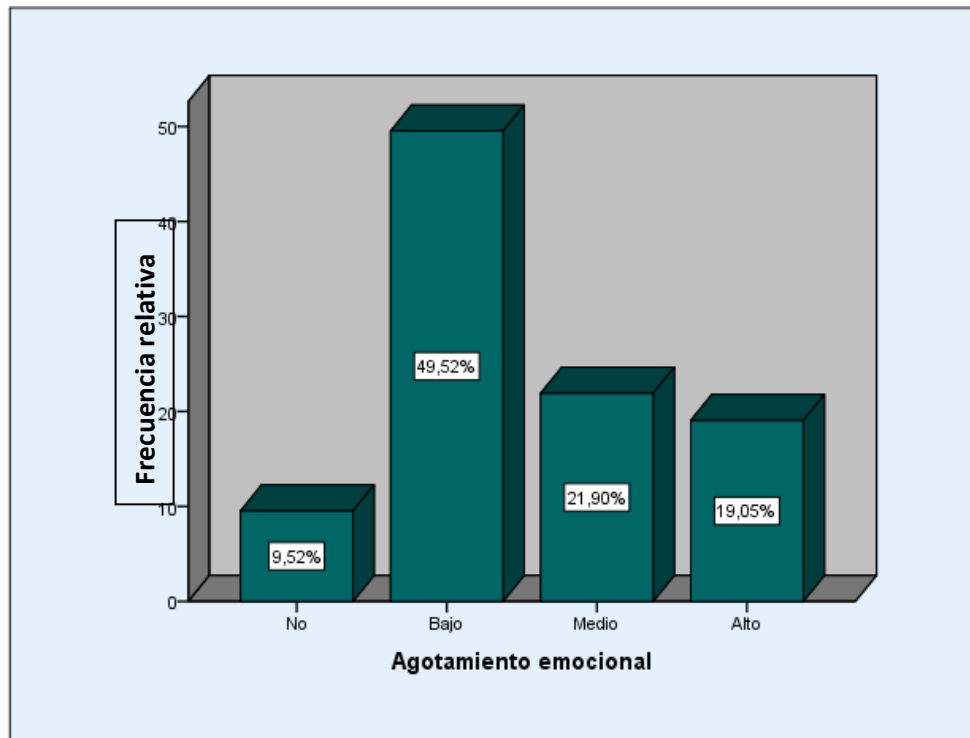
Tabla 8. Estadísticas de Síndrome de Agotamiento Profesional	
Media	58,16
Mediana	56,00
Desviación estándar	16,213
Mínimo	7
Máximo	101

4.3 Parámetros del cuestionario Maslach-Burnout

4.3.1 Agotamiento emocional

Del total de participantes encuestados el 9,5% (10 personas) no presentó agotamiento emocional; el 49,5% (52 personas) presentó niveles bajos de agotamiento profesional; 21,9% (23 personas) presentó niveles intermedios de agotamiento emocional; el 19% (20 personas) presentó niveles altos de agotamiento emocional. Con una media de 16,50, correspondiente a niveles bajos de agotamiento emocional.

Gráfico 2. Porcentaje de agotamiento emocional



4.3.2 Frecuencia de agotamiento emocional

De las 105 personas que participaron se encontró que 10 personas no presentaban niveles de agotamiento emocional, 52 personas presentaban niveles bajos de agotamiento emocional, 23 personas presentaban niveles intermedios de agotamiento emocional y 20 personas presentaban niveles de altos agotamiento emocional

Tabla 9. Frecuencia de agotamiento emocional.		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa acumulada
No	10	9,5
Bajo	52	59,0
Medio	23	81,0
Alto	20	100,0
Total	105	

4.3.3 Media de agotamiento emocional

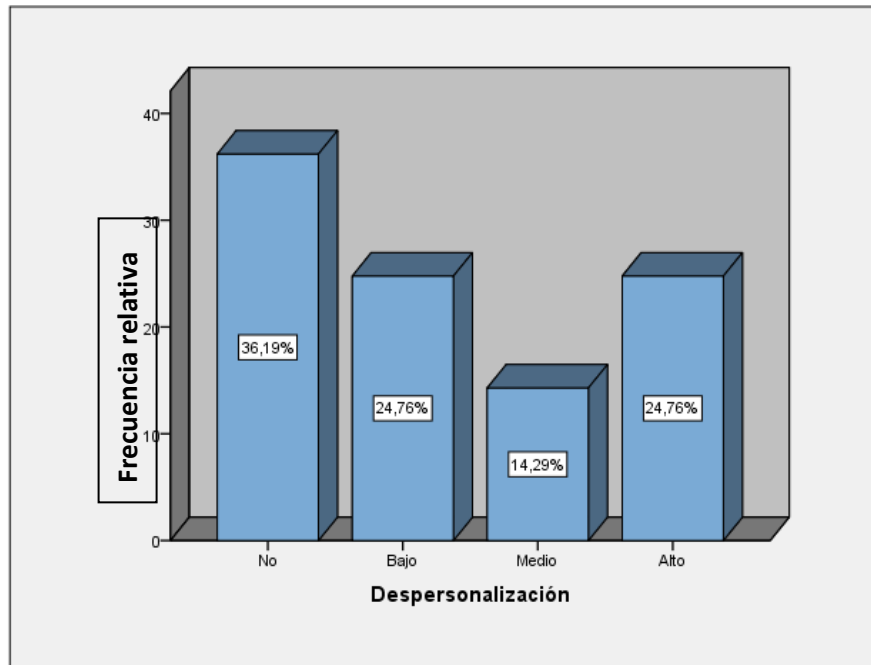
Al realizar el cuestionario se encontró una media de puntaje de $16,50 \pm 11,83$ correspondientes a niveles bajos de agotamiento emocional en la población.

Tabla 10. Estadísticas de Agotamiento emocional	
Media	16,50
Mediana	16,00
Desviación estándar	11,838
Mínimo	0
Máximo	54

4.3.4 Despersonalización

Se encontró que un 36,2% (38 personas) no presentaron despersonalización; 24,8% (26 personas) presentó niveles bajos de despersonalización; 14,3% (15 personas) presentó niveles intermedios de despersonalización; 24,8% (26 personas) presentó niveles altos de despersonalización. Con estadísticas media de 5,6, compatible con niveles medio-bajos de despersonalización.

Gráfico 3. Porcentaje de despersonalización.



4.3.5 Frecuencia de despersonalización.

De los 105 participantes 38 personas no presentaron niveles de despersonalización, 26 personas presentaron niveles bajos de despersonalización, 15 personas presentaron niveles intermedios de despersonalización y 26 personas presentaron niveles altos de despersonalización.

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa acumulada
No	38	36,2
Bajo	26	61,0
Medio	15	75,2
Alto	26	100,0
Total	105	

4.3.6 Media de despersonalización.

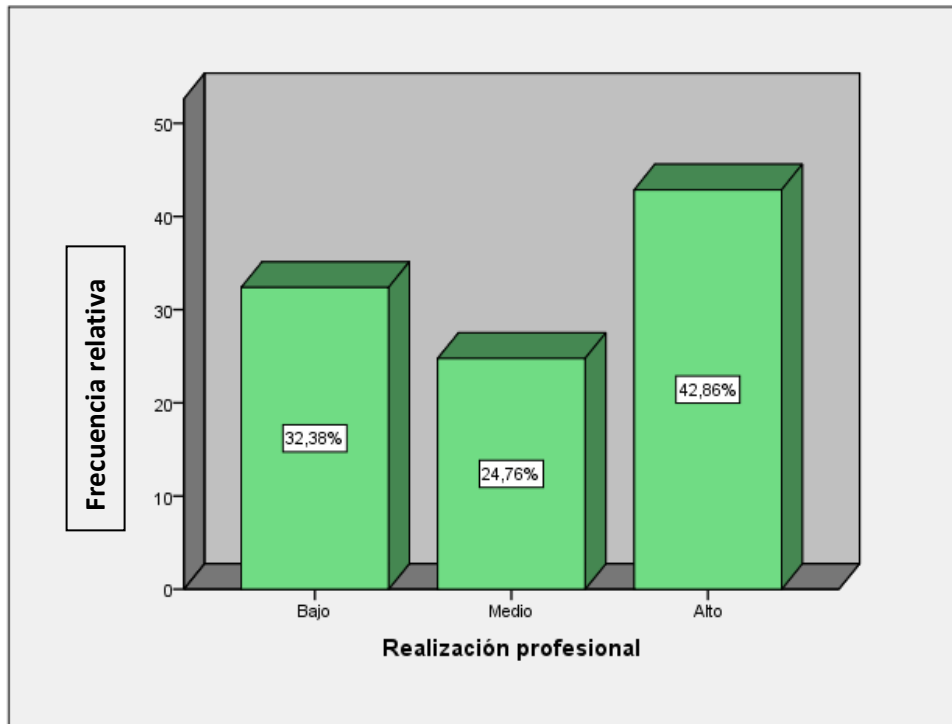
Se encontró una media de puntaje de $5,65 \pm 6,64$ correspondiente a niveles de despersonalización medio-bajo en la población general.

Tabla 12. Estadística de Despersonalización	
Media	5,65
Mediana	3,00
Desviación estándar	6,649
Mínimo	0
Máximo	25

4.3.7 Realización profesional

Los resultados muestran que de los 105 participantes: 32,4% (34 personas) presentaron niveles bajos de realización profesional; 24,8% (26 personas) presentaron niveles intermedios de realización profesional; 42,9% presentó niveles de altos de realización profesional. Se observa una media de 35,90, correspondiente a niveles intermedios de realización laboral.

Gráfico 4. Porcentaje de realización profesional



4.3.8 Frecuencia de realización profesional.

De los 195 participantes se observó que 34 presentaban niveles bajos de realización profesional, 26 presentaban niveles intermedios de realización profesional y 45 presentaban niveles altos de realización profesional

Tabla 13. Frecuencia de Realización profesional		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa acumulada
Bajo	34	32,4
Medio	26	57,1
Alto	45	100,0
Total	105	

4.3.9 Media de realización profesional.

Se observa una media de realización profesional de 35,90 \pm 10,56 correspondiente a niveles medios-altos en la población global del estudio.

Tabla 14. Estadísticas de Realización profesional	
Media	35,90
Mediana	37,00
Desviación estándar	10,561
Mínimo	3
Máximo	54

4.4 RESULTADOS DE LA ESCALAS PARA MEDIR TRASTORNOS DEPRESIVOS, PORANSIEDAD Y SOMATOMORFES

4.4.1 Depresión

Del total de participantes el 47,6% (50 personas) sí presentan depresión; mientras que el 52,4% (55 personas) de los participantes no presenta depresión.

Tabla 15. Frecuencia de Depresión			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulado
Sí	50	47,6	47,6
No	55	52,4	100,0
Total	105	100,0	

4.4.2 Ansiedad.

Como se puede observar en la tabla el 36,2% (38p) de los participantes presentó ansiedad; el 63,8% (67p) de los participantes no presentó ansiedad.

Tabla 16. Frecuencia de Ansiedad			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulado
Sí	38	36,2	36,2
No	67	63,8	100,0
Total	105	100,0	

4.4.3 Somatización

Los resultados muestran que el 15,2% (16 p) presentaron trastornos somatomorfes, mientras que el 84,8% (89 p) no presentaron trastornos somatomorfes.

Tabla 17. Frecuencia de Trastornos somatomorfes			
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulado
Sí	16	15,2	15,2
No	89	84,8	100,0
Total	105	100,0	

4.5 RELACIÓN DE VARIABLES.

4.5.1 Relación entre sexo y presencia de síndrome de agotamiento profesional

Existe una correlación estadísticamente significativa en el nivel 0,05, entre la aparición del síndrome de Burnout y el sexo de los participantes, debemos tener en cuenta que más de la mitad de los participantes fueron de sexo femenino.

Tabla 18. Relación entre sexo y presencia de síndrome de Burnout

		Sexo
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	,207*
	Sig. (bilateral)	,034
	N	105

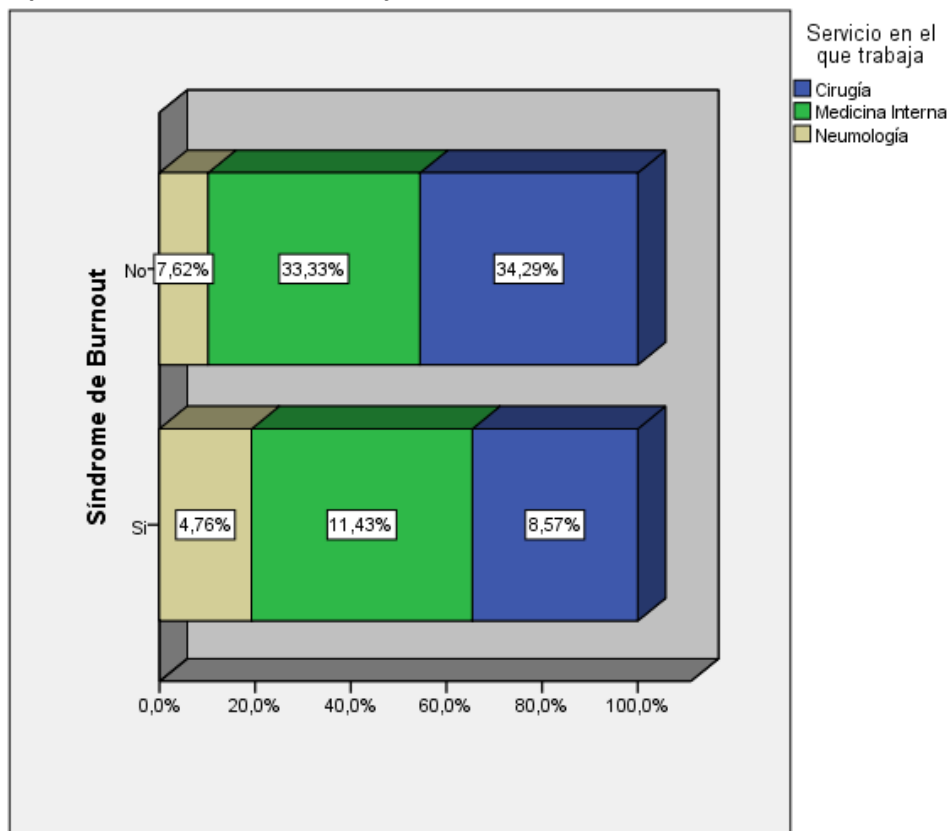
4.5.2 Relación entre Servicio en el que se trabaja y síndrome de agotamiento profesional

En la tabla se observa que no existe correlación estadísticamente significativa entre el servicio en el que los participantes desarrollan su actividad y el síndrome de Burnout.

Tabla 19. Relación entre Servicio en el que se trabaja y síndrome de Burnout

		Servicio en el que trabaja
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	-,128
	Sig. (bilateral)	,194
	N	105

Gráfico 5. Porcentaje de Síndrome de Agotamiento profesional asociado al servicio en el que el personal de enfermería trabaja.



4.5.3 Relación entre tiempo de trabajo en el hospital y síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout no presenta una correlación estadísticamente significativa con el tiempo en que los participantes han pertenecido al personal del hospital Pablo Arturo Suárez.

Tabla 20. Relación entre tiempo de trabajo en el hospital y síndrome de Burnout.

		Tiempo de trabajo en el hospital
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	-,185
	Sig. (bilateral)	,059
	N	105

4.5.4 Relación entre síndrome de Burnout y Ansiedad.

La correlación entre el síndrome de Burnout y la presencia de ansiedad es estadísticamente significativa en nivel de 0,01 por lo que se ha comprobado la hipótesis que relaciona el Burnout con la presencia de ansiedad en el personal de enfermería del hospital Pablo Arturo Suárez.

Tabla 21. Relación entre síndrome de Burnout y Ansiedad.

		Ansiedad
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	,394 **
	Sig. (bilateral)	,000
	N	105

4.5.5 Relación entre síndrome de Burnout y Depresión.

La correlación de Pearson muestra una significancia estadística del 0,05 entre la presencia de síndrome de Burnout y la aparición de depresión en el personal de enfermería del hospital Pablo Arturo Suárez.

Tabla 22. Relación entre síndrome de Burnout y Depresión.

		Depresión
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	,204*
	Sig. (bilateral)	,037
	N	105

4.5.6 Relación entre síndrome de Burnout y Trastornos somatomorfes.

La correlación entre la presencia de síndrome de Burnout y los trastornos somatomorfes no es estadísticamente significativa, por lo que se concluye que los trastornos somatomorfes no se presentan en relación directa o inversa a la aparición de síndrome de Burnout.

Tabla 23. Relación entre síndrome de Burnout y Trastornos somatomorfes.

		Trastornos somatomorfes
Síndrome de Burnout	Correlación de Pearson	,064
	Sig. (bilateral)	,518
	N	105

4.5.7 Relación entre sexo, síndrome de Burnout y ansiedad.

Del total de participantes 4 personas de sexo masculino presentaron ansiedad y síndrome de Burnout; 1 participante de sexo masculino presentó ansiedad, pero no presentó síndrome de Burnout; 14 participantes de sexo femenino presentaron tanto síndrome de Burnout y ansiedad; 19 participantes de sexo femenino presentaron ansiedad, pero no presentaron síndrome de Burnout; 3 participantes de sexo masculino presentaron síndrome de Burnout, sin presentar ansiedad; 7 participantes masculinos no presentaron ansiedad ni síndrome de Burnout; 5 participantes femeninas no presentaron ansiedad, pero presentaron síndrome de Burnout; 52 participantes femeninas no presentan síndrome de Burnout o ansiedad.

Tabla 24. Relación entre sexo, síndrome de Burnout y ansiedad.					
Ansiedad			Síndrome de Burnout		Total
			Si	No	
Sí	Sexo	Masculino	4	1	5
		Femenino	14	19	33
	Total		18	20	38
No	Sexo	Masculino	3	7	10
		Femenino	5	52	57
	Total		8	59	67
Total	Sexo	Masculino	7	8	15
		Femenino	19	71	90
	Total		26	79	105

4.6 RELACIONES NO ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

4.6.1 Relación entre agotamiento emocional, despersonalización y realización personal contra sexo.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el sexo de los participantes y las tres dimensiones del síndrome de agotamiento profesional.

Tabla 25. Relación entre las tres dimensiones del síndrome de burnout y sexo		
		Sexo
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	-,103
	Sig. (bilateral)	,296
	N	105
Despersonalización	Correlación de Pearson	-,088
	Sig. (bilateral)	,371
	N	105
Realización personal	Correlación de Pearson	,050
	Sig. (bilateral)	,615
	N	105

DISCUSIÓN.

Se encontró una limitación en cuanto a la recolección de datos 100 % verídicos, ya que las semanas anteriores a la realización de las encuestas hubo un cambio en cuanto al personal de las áreas de estudio, las jefas de servicio indicaron que había ocurrido la jubilación de varias personas de todos los servicios, por lo que se había reemplazado con auxiliares de enfermería que tenían poco tiempo trabajando o de egresadas, las cuales comprendían el 24,8 % del total de la población; además se descubrió que tres participantes habían regresado de vacaciones recientemente y otras dos pronto tomarían sus vacaciones anuales, por lo que las respuestas podrían haber sido sesgadas hasta cierto punto.

A parte de estos inconvenientes, en las semanas de la entrega de las encuestas el hospital se encontraba realizando mingas, para las cuales se había pedido la ayuda del personal de enfermería, esto tuvo como efecto que, durante algunos días hubiera pocos pacientes ingresados en los servicios, lo cual resultó en una disminución de los niveles de estrés percibido; aparte de lo cual, al encontrarse preocupados por estas actividades, muchos de los participantes se apresuraron a contestar las preguntas para, posterior a entregar las encuestas, pedir clarificaciones en algunos de los ítems de los cuestionarios; de esto se puede concluir que algunas de las respuestas fueron apresuradas o no pensadas adecuadamente.

Al momento de firmar el consentimiento informado hubo cierto grado de reticencia por la errónea noción que estos, y las encuestas adjuntadas, estarían disponibles para la revisión por personal administrativo del Hospital Pablo Arturo Suárez; posterior a explicar que la información sería privada y personal, con la presentación solo de los resultados finales, sin mención de nombres específicos, los participantes accedieron a responder las preguntas de la manera más honesta posible.

En otro aspecto se observó que la pregunta en el cuestionario demográfico sobre cuántas horas las personas trabajaban durante cada jornada de trabajo presentaba problemas, puesto que la mayoría de los participantes tenía problemas para recordar el total de horas trabajadas, esto se atribuyó a que casi el 100 % de los participantes solo realizaban la suma total de horas semanales y mensuales que debían cumplir, presentándose 60 % de los participantes con un promedio de cuatro a siete horas diarias trabajadas, 39% indicó trabajar de ocho a doce horas diarias y 1 % indicó trabajar de doce a 24 horas diarias.

El estrés laboral es un acontecimiento normal en el ámbito del trabajo dado porque cada actividad en el sitio de trabajo posee un nivel intrínseco de tensión atribuido principalmente a las expectativas y demandas del mismo, como son los horarios, los proyectos y a veces los viajes que se deben realizar; normalmente este estrés es tratado como una situación normal en el área de trabajo, en la que las personas se sienten tensas y a veces desgastadas pero son capaces de sobrellevar la demanda laboral con eficacia y responsabilidad, tal es el caso que algunos individuos incluso alcanzas su máximo potencial al ser puestos en este tipo de ambientes, logrando mejores resultados en menor tiempo; sin embargo cuando el estrés laboral se encuentra sobre los niveles tolerables de cada individuo es cuando empiezan a presentarse repercusiones negativas tales como son los cambios de humor, presencia de somatizaciones o disminución de la productividad.

El estrés laboral es un proceso progresivo que empieza, en muchos casos, al momento en el que el individuo inicia la búsqueda de un puesto de trabajo, ya sea por primera vez o las veces subsecuentes. Toda empresa, no importa el producto final que esta ofrezca, presenta un mínimo de requisitos que cada aplicante al puesto de trabajo debe cumplir para ser considerado para el mismo, muchas veces estos requerimientos no son cumplidos en su

totalidad por lo que las personas se sienten poco calificadas para los puestos, lo que reduce las posibilidades de que se considere seriamente el aplicar para éste; a las circunstancias descritas se le debe sumar el mercado extremadamente competitivo y las limitadas plazas laborales que se encuentran en el mercado, las cuales muchas veces obligan a la persona a dejar de lado su “trabajo perfecto” y tomar puestos de trabajo que no desean o para el que se sienten sobre o infracalificados, además del hecho de que los sujetos que no encuentran trabajo durante un período prolongado de tiempo llegan a tomar la primera vacante disponible en una empresa aun cuando esta no se alinee con sus capacidades.

Luego, al iniciar en el puesto de trabajo, las personas encuentran ambientes laborales que pueden ser positivos al poseer equipos de trabajo cooperadores, que mantienen relaciones cordiales con sus compañeros inmediatos y compañeros de trabajo con mente y actitudes positivas, con los cuales las actividades laborales son más fáciles de realizar y completar en el menor tiempo posible, las responsabilidades son divididas equitativamente, tomando en cuenta las capacidades de los individuos, las actividades se realizan en conjunto y al final se consiguen los mejores resultados.

Por otro lado, ambientes de trabajo hostiles, pueden ser aquellos en el que cada trabajador intenta resaltar haciendo ver a las otras personas como incompetentes, en el que la información se mantiene oculta o en la que una persona o personas no pueden trabajar en equipo por actitudes y personalidades incompatibles con sus compañeros de trabajo; estas condiciones de trabajo generan estrés innecesario para todos los miembros del equipo de trabajo pues aumenta el nivel de responsabilidad de todos los implicados en el proyecto, la comunicación se interrumpe, provocando que las decisiones no se tomen rápidamente, todo esto culminando en una disminución de la productividad del grupo de trabajo.

Al sumar todo lo anterior se pueden observar distintos estresores negativos que pueden llevar al individuo a presentar estrés patológico agudo, en esta etapa el estrés puede ser tratado mediante terapias de relajamiento y meditación, el uso de técnicas de afrontamiento adecuadas, además una reevaluación del puesto de trabajo y una disminución de las responsabilidades y exigencias del puesto de trabajo utilizando la delegación de tareas o un alejamiento temporal del sitio de trabajo, como son las vacaciones; cuando esta afección se cronifica, al no ser detectada y tratada a tiempo se producen diversas patologías, entre las cuales se encuentran la depresión, la somatización y el síndrome de Burnout o agotamiento profesional.

El síndrome de agotamiento profesional es un proceso crónico y progresivo, con tres características específicas que sirven además para su diagnóstico y estratificación: el agotamiento emocional, la despersonalización y la insatisfacción laboral, que se dan por la presencia crónica de estrés en el sitio de trabajo y posee manifestaciones mentales, emocionales y físicas que aparecen en cierto orden y desencadenan actitudes negativas frecuentes en todos los individuos que lo padecen.

Cuando el síndrome de agotamiento profesional se encontraba en las primeras etapas de su estudio, en la década de los setenta, se creía que éste solo se manifestaba en trabajadores de los sectores relacionados con los servicios de salud, sin embargo hoy en día se sabe que todo trabajador que interactúa con clientes o usuarios puede manifestar el síndrome, sin embargo es más evidente en médicos, enfermeras y profesores de todos los niveles.

El paso inicial que se necesita para el comienzo de este proceso es un ambiente laboral hostil, o al menos una percepción subjetiva de un ambiente hostil por parte del trabajador, con un incremento del estrés percibido acompañado de una desilusión al observar que las

expectativas y sueños que se tenían acerca del trabajo no se acoplan a la realidad de la situación, lo que desencadena mecanismos de defensa negativos culminando con un agotamiento emocional o insatisfacción laboral; es en este punto en el que los autores no han llegado a un consenso respecto a cuál de estas dos etapas se presenta primero, recopilando evidencia se podría decir que ambas etapas están tan relacionadas que incluso podrían presentarse al mismo tiempo; la última etapa es la despersonalización en la cual los usuarios del servicio, y en el caso del sector salud, los pacientes pasan de ser seres vivos a objetos inanimados, el trabajo se hace repetitivo y mecánico, sin atención a los detalles, lo cual puede culminar en errores al momento de la toma de decisiones o la ejecución de tareas.

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando la mayoría de los sinónimos que se usan normalmente para el síndrome de Burnout en el idioma español; de esta revisión se encontró que la gran mayoría de los estudios utilizaban de escala de Maslach-Burnout y, aunque los resultados difieren dependiendo de las variables de cada estudio, las poblaciones similares, como las del estudio de Claudia Rodríguez García y asociados³³ y otros estudios en la misma rama muestran una prevalencia de hasta el 30 % de síndrome de agotamiento profesional en personal de salud; en el trabajo realizado se observó una prevalencia de síndrome de agotamiento laboral del 24,76 % en la población estudiada, por lo que esta investigación demuestra que existe una prevalencia significativa en el personal de enfermería sin importar el país de procedencia de la muestra; sin embargo este resultado puede encontrarse sesgado, tomando en consideración que, según la bibliografía y los estudios, el síndrome de Burnout comienza a manifestarse a partir de uno o dos años luego del inicio de la actividad en el puesto de trabajo.

El agotamiento emocional puede pasar en cualquier puesto de trabajo; usualmente se da por varios factores, el principal parece ser el excesivo compromiso emocional hacia los pacientes, este se presenta sobre todo en los pacientes con condiciones crónicas, las cuales les obligan a permanecer bajo el cuidado del personal de salud por un periodo prolongado de tiempo, en cuyo caso se forma un lazo sentimental entre el enfermo y su cuidador, lastimosamente muchos de estos pacientes fallecen, en especial los que presentan condiciones oncológicas, desencadenando un proceso de duelo en el cuidador del cual puede que no se recupere; tomando el número de pacientes con los que una persona podría interactuar durante toda su vida laboral se forma un panorama poco alentador, a menos que la persona forme una barrera que le permita interactuar con el paciente de manera humanitaria sin involucrarse en demasía.

En el trabajo la subescala de agotamiento emocional indicaba que el 9,5 % de los participantes no presentaban esta condición, lo cual puede ser atribuido al tiempo de permanencia en el puesto de trabajo de cada individuo, sin embargo esta hipótesis no se puede confirmar o rechazar debido a que los estudios encontrados no cuantificaron la ausencia del agotamiento emocional o su relación con datos sociodemográficos. Del resto de la población estudiada se encontró 49,5 % niveles bajos de agotamiento emocional, 21,9 % presentaba niveles medios y 19 % presentaba niveles altos, los cuales, al ser comparados con otros estudios, muestran prevalencias similares en grupos casi iguales de población. Esto indica que la premisa de varios autores indicando que el agotamiento emocional es el primer signo de la presencia del síndrome de agotamiento profesional tiene una sólida base científica y que, tomando en cuenta la prevalencia de la población en el estudio, se podría empezar una acción intervencionista para evitar el empeoramiento y progresión del síndrome.

La subescala de despersonalización presentaba la misma restricción, ya que, de los estudios consultados, ninguno muestra una línea base en la que se observe la ausencia de este síntoma, esto podría deberse en gran medida a que, como ya se ha dicho anteriormente en el proceso de desarrollo del síndrome, los tres síntomas principales del síndrome de agotamiento profesional pueden presentarse de manera simultánea, por lo que podría confundirse con agotamiento emocional o baja satisfacción laboral; además al ser el cuestionario de Maslach-Burnout llenado a discreción de cada persona cabe la posibilidad que las preguntas no se hayan querido responder de manera verídica por las posibles repercusiones en el área de trabajo si alguna persona es considerada "inadecuada" para el cuidado de pacientes.

La despersonalización se da cuando la barrera emocional que el personal de salud debe crear entre ellos y los pacientes se vuelve patológica, el sufrimiento de los pacientes, por ejemplo los que se encuentran en la etapa terminal de alguna enfermedad, es tan grande que los cuidadores necesitan mantener una distancia emocional que puede ser mayor a lo que se esperaría. Esto se manifiesta al observar una falta total de empatía hacia el enfermo: la culpa la tiene el paciente por enfermarse o por complicarse su enfermedad, si se queja debe ser porque quiere llamar la atención, etc. También puede presentarse en personas que se enfrentan día a día a las quejas y recriminaciones por parte de los usuarios del servicio, cualquiera que este sea, un ejemplo bastante común son las personas que se encuentran en las ventanillas de información de cualquier negocio, que prestan el mismo servicio cada día y que, al paso del tiempo, empiezan a hacer todo de manera mecánica y sin importarles resolver los problemas que otras personas manifiestan tener. Al inicio de la despersonalización la persona puede sentir fastidio hacia los pacientes, pero si este problema no se corrige de manera inmediata la persona terminará por sufrir una total desensibilización hacia los usuarios del servicio, así las

personas pasan de ser seres pensantes y con sentimientos a objetos inanimados, a tal punto que se pueden ignorar completamente el dolor ajeno.

En los resultados del estudio se encontró que un 36,2 % no presentaron despersonalización, 24,8 % presentó niveles bajos de despersonalización, 14,3 % presentó niveles intermedios y 24,8 % presentó niveles altos.

La satisfacción laboral es un concepto subjetivo en cada persona, algunos pueden sentir un gran orgullo en su trabajo si en cada momento están resolviendo problemas, otros pueden encontrar una gran satisfacción al ser elogiados por la manera que tratan a los pacientes o la rapidez con la que realizan las tareas asignadas e incluso puede haber personas que se sienten tranquilos en su trabajo simplemente por la remuneración monetaria adecuada.

Por lo tanto la insatisfacción también es subjetiva, y tiene variables distintas en cada individuo, las cuales la mayoría de las veces no pueden ser controladas; y puede darse por algo tan simple como en cuál turno la persona trabajo o cuantos pacientes trata en un solo día.

En la subescala se observa que 32,4 % de los participantes presentaron niveles bajos de realización profesional; 24,8 % presentaron niveles intermedios y 42,9 % presentó niveles de altos. Tomando en cuenta la edad promedio de las personas que participaron en el estudio se podría hipotetizar que la seguridad laboral y financiera que poseían al momento del estudio podría ser un factor contribuyente hacia los niveles altos de satisfacción laboral; otro de los factores podría ser, como se explicó anteriormente, la percepción de las personas acerca de la falta de anonimato en el estudio.

La ansiedad es un proceso hasta cierto punto normal cuando una persona se encuentra bajo estrés, la mayoría de los individuos reconoce los detonantes de un episodio de ansiedad y saben cómo evitarlos o combatirlos. La ansiedad patológica se da cuando esta interfiere con las

actividades diarias, el miedo paralizante ante una emergencia o un conflicto puede ser el desencadenante más común en personas con síndrome de agotamiento profesional. En las encuestas se esperaba que la ansiedad fuera predominante, sin embargo se puede observar que solo el 36,2 % de los participantes presentó ansiedad, aunque la correlación entre ambas patologías se pudo comprobar como estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

- En el personal de enfermería se encontraron niveles de agotamiento emocional predominantemente bajos, con una despersonalización equitativa en niveles altos y bajos y una realización personal alta, por lo que se ha concluido que los niveles de agotamiento profesional en el personal de enfermería son bajos.
- Se observa predominio de los niveles bajos y no existentes de agotamiento emocional, con una media de puntuación de 16,50 puntos en dicho cuestionario, los cuales se encuentran en lo parámetros establecidos para la población.
- La despersonalización se encuentra en niveles altos y bajos en igual frecuencia, tomando en cuenta la distribución de edades en la población de estudio se concluye que al momento de la realización del estudio el grupo etario más joven no se había encontrado en su área de trabajo el tiempo suficiente para presentar niveles elevados de despersonalización. Se ha hallado una media general de 5,65 puntos correspondientes a niveles globales de despersonalización media-baja, al momento se debe plantear la utilidad de estrategias de intervención.
- La realización profesional se encuentra en niveles altos con una media de 35,90 puntos correspondientes a niveles medios de realización personal, al momento se debe evaluar la posibilidad de intervenciones en el sitio de trabajo.
- De acuerdo al puntaje de las escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfes encontramos una distribución uniforme en cuanto a depresión y una ausencia de ansiedad y somatización, por un margen muy pequeño; por esta razón no se puede concluir si los resultados son verídicos o la muestra era demasiado pequeña para encontrar una diferencia estadística.

- Se encontró una relación directa entre la presencia de síntomas de ansiedad y la presencia de síndrome de agotamiento profesional.
- Se encontró una correlación entre la presencia de depresión en el personal de enfermería y el síndrome de agotamiento profesional, basándose en la bibliografía se concluye que la depresión es una consecuencia de la aparición del síndrome.
- La somatización y el síndrome de agotamiento profesional no se encuentran relacionados, a pesar de ser una consecuencia esperada, esta no se encuentra en la población de estudio.
- Los estudios estadísticos de correlación no encontraron relación alguna entre la presencia de síndrome de agotamiento profesional y el servicio en el que se trabaja.

RECOMENDACIONES.

- El personal de enfermería debería asistir, al menos una vez al año, a cursos de relajación y meditación para que conozcan las técnicas que les pueden ayudar a afrontar mejor los estresores del sitio de trabajo.
- El Hospital Pablo Arturo debería contar con un espacio de relajación en el que el personal pueda retirarse a descansar cuando las responsabilidades del puesto de trabajo sean exigentes, debe ser un sitio tranquilo y las personas que entren a este deben tener la certeza de que no serán interrumpidos o molestados mientras se encuentren allí.
- Los ejercicios de respiración y relajación deben tratarse como parte esencial de las técnicas de prevención de estrés y sus consecuencias, por lo que se debe permitir al personal al menos 10 minutos diarios para realizarlos.
- Educar al personal para reconocer las señales de alarma en una persona que presente ansiedad, depresión o somatización para poder hacer las intervenciones respectivas.
- Presentar al personal con alternativas para disminuir los niveles de estrés, enseñando los síntomas tempranos del síndrome de agotamiento profesional y la forma adecuada de actuar frente a ellos.
- Rotar los puestos de trabajo para minimizar la exposición a pacientes en estado crítico a pocas semanas al año, intentando así reducir las cifras de agotamiento emocional.

- Identificar las personas que se encuentran más vulnerables para poder aplicar técnicas multidisciplinarias para combatir el estrés laboral y sus consecuencias.
- Referir a los casos probables o confirmados del síndrome a psiquiatría o psicología para elaborar programas personalizados para cada individuo.
- Realizar políticas de recursos humanos que prevengan y disminuyan la presencia del síndrome de agotamiento emocional en el hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Stavroula L, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés. Serie protección de los trabajadores No 3. Reino Unido: Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de la OMS. 2004
2. Gutiérrez NY, Pedraza de. C. Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de Enfermería del Instituto Nacional de Cancerología. INCan 2011; Vol. 1: 44-50.
3. Psicomag.com [Internet] Argentina: Instituto de Biopsiquiatría; 2010 [actualizado 27 marzo 2015, acceso 01 agosto 2015] Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/test_estres_laboral.php
4. Alvarado R, et al. Validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatomorfes. Cuadernos de trabajo N° 2, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. 1990.
5. Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas. Segunda edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos. S.A. 2011
6. Calderón D. Ansiedad y depresión en médicos residentes con Síndrome de Burnout, en Hospital de niños Baca Ortiz, del Distrito Metropolitano de Quito durante el año 2010. [Tesis de pregrado] Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2010.
7. Lascano Gallegos Juan José. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal médico, de enfermería y administrativos del hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante período de abril-mayo del 2008. [Tesis de pregrado] Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2009
8. Moya Carrillo Marco Daniel. Estudio de Síndrome de Agotamiento Profesional en el personal de ambulancia de emergencias médicas públicas del Distrito Metropolitano de

- Quito diciembre de 2008-enero de 2009. [Tesis de pregrado] Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2009.
9. Tayo Elsa. Factores de riesgo asociados al Síndrome de Desgaste profesional; Estudio comparativo en médicos de atención intrahospitalaria y atención primaria. 2010. [Tesis de pregrado] Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2010.
 10. Rivera Francisco. Lucero Zully. Relación entre el Síndrome de Burnout con la satisfacción laboral y el patrón de conducta en médicos residentes y el personal de enfermería del Hospital Eugenio Espejo durante junio-julio del 2011. [Tesis de pregrado] Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2011
 11. Trujillo María Gabriela. Prevalencia del Síndrome de Burnout o Desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía Quito n°1, en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas, asociado a características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias moduladoras en los meses de septiembre y octubre del 2011. [Tesis de pregrado] Quito. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2011.
 12. Pieró JM. Desencadenantes del estrés laboral. 3era ed. Madrid: Editoriales Pirámide; 2005.
 13. Calle R. ¡Otra vez lunes!, Técnicas para superar el estrés laboral. 1era edición. Madrid: Editorial OBERON; 2000.
 14. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. 1er ed. Madrid, España; 2005
 15. Bosqued M. Quemados. El síndrome de burnout: qué es y cómo superarlo. 1er ed. Barcelona, España; 2008.

16. Olivares FV, Gil-Monte P. Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI). UNIPSIICO. Septiembre 2009. No 33.
17. Martínez S. Sáis P. García M. Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Jano. No 1.714. Octubre del 2008.
18. Viedma M. Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas [tesis Doctoral]. Granada- España. 2008. Disponible desde: Librería de la Universidad de Granada
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ta ed. American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
20. Psicositio. Psicología y Nutrición: Consejo y Orientación Terapéutica de los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos de la Alimentación.[Internet]; [Actualizado 2008, ingresado 02/03/2016]. Disponible en: <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>
21. Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal-estar e subjetividad. Fortaleza. Marzo. 2003 Vol. iii. (1): 10 – 59.
22. National Institute of mental health. [Sede web]; Estados Unidos de América; Depresión. [actualizada Octubre 29, 2015, citada febrero 2016].Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/index.shtml#pub1>
23. Organización mundial de la salud. [Sede web]. Centro de prensa. La depresión [consultado marzo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

24. Semiología Psiquiática y psicopatía [Internet]. Buenos Aires, Argentina. [actualizado 2009, citada marzo 2016]; Depresión. Disponible en:
http://www.marietan.com/material_depresion/9_depresion_epidemiologia.htm
25. Psiquiatría.com [Internet]; Sociedad Española de psiquiatría; Madrid. El concepto de depresión. Historia, definición(es), nosología, clasificación. 2005. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/268/>
26. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Chile, Santiago. MINSAL. 2da ed. 2013.
27. Díaz del Peral D, et al. Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2011.
28. López SJ, Belloch A. La somatización como síntoma y síndrome: una revisión del trastorno de somatización. AEPCP. 2002. Vol. 7(2): 73-93.
29. Caballero ML y Caballero MF. Trastornos somatomorfos y síndromes somáticos funcionales en atención primaria. JANO. Extra de Octubre 2008. No 1: 7-14.
30. Diccionario de la lengua española. 22^{da} edición. Madrid, España: Real Academia Española. 2012.
31. Centro interdisciplinario de estudios en bioética [Sede web]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; [actualizada 2015, citada 30 junio 2015]. Formulario de consentimiento informado (pdf). Disponible en:
<http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/75657/documentos-de-consentimiento-informado-elaborados-por-la-oms>

32. Hospital Pablo Arturo Suárez. Coordinación de Enfermería. Horarios rotativos de Personal de Enfermería Febrero-Marzo 2015
33. Rodríguez GC, Oviedo AM, Vargas ML, Hernández VV, Pérez MS. Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México: Fundamentos en Humanidades, 2009; Vol. 19(1): 179-193.
34. Figueiredo-Ferraz H, Grau-Alberola E, Gil-Monte PR y García-Juesas JA. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. UNIPSICO. 2012. Vol. 24 (2): 271-276.
35. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME y Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid, Rev Esp Salud Pública. 2004; No 78: 505-516.
36. Reyes JM, Soloaga G, Pérez Quintana P, El síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del hospital "Juan Ramón Gómez" de la localidad de Santa Lucia, Corrientes. UNNE [Internet] Marzo 2007 [consultado septiembre 2016] Vol. 167: 1-7. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/indice.html>
37. Muñoz CM, Molina CP, Síndrome de Burnout en el Equipo de Salud de una Unidad de Cuidados Intensivos, Concepción. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2013; Vol. 28 (1): 13-18.
38. Aragón MB, Morazán DI, Pérez R, Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", León, 2007. UNAN-León. 2008; Vol. 2 (2): 33-38.

39. Menor-Segura MR, Díaz-Sotelo RM, Fernández-Henríquez LO. Factores estresores y síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos en dos hospitales de EsSalud nivel III-2 Lima Metropolitana. *Cuid. salud.* 2015; Vol. 2 (1): 137-147.
40. Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario, *RevEsp Salud Pública.* 1997; Vol. 71: 296-303.
41. Manzano García G, Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *InfoPsicología.* 2008; Vol. 92: 23-31.
42. Andrade JA, Sanabria YM, Morales MF, Rodríguez JL Cortés JD. Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. *Psicogente.* 2013; Vol. 16 (29): 170-183.
43. Viejo S, González Ma. Presencia de estrés laboral, síndrome de burnout y engagement en personal de enfermería del Hospital del niño Morelense y su relación con determinados factores laborales. *EUJournal.*2013; Vol. 9 (12): 112-119.
44. Broncan YN. Satisfacción laboral y Síndrome de Burnout en enfermeras del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital San Bartolomé, 2010. *Revista Científica de Ciencias de la Salud.* 2014; Vol. 7(2): 53-63.
45. Barrios AS, Arechabala MC, Valenzuela V. Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enferm Nefrol.* 2012; Vol. 15 (1): 46-55.
46. Peralta-Reyes, Vargas-Mendoza. Agotamiento emocional en el personal de enfermería del Hospital de la Niñez Oaxaqueña: la prevención del Burnout. *Centr Regi Inves Psicol.* 2009; Vol. 3 (1): 5-10.
47. Garza HR, Meléndez MC. Nivel de Estrés en Enfermeras que Laboran en Áreas de Hospitalización. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2011; Vol. 19(1).

48. Borges A, Maizlish N, Loreto V. Lumbalgia ocupacional en enfermeras venezolanas. Salud de los Trabajadores. Enero 2004.Vol. 12 (1).
49. Gil-Monte PR. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Psicología en Estudio, Maringá. 2002; Vol. 7 (1): 3-10.
50. Czernik GE, Godoy E, Almeida, S, Fages FG, Almirón LM. Estrés laboral asistencial en un Servicio Quirúrgico Hospitalario de la ciudad de Corrientes. Universidad Nacional del Nordeste, Argentina. Departamento de Salud Mental, Medicina Legal y Salud Pública. 2006.
51. Gil-Monte PR., García-Juestas JA. Efectos de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Un estudio longitudinal en enfermería. UNIPSIICO, Universidad de Valencia, España. Rev. mex. psicol. 2008; Vol. 25 (2).
52. Arias F y otros. Síndrome del desgaste profesional o de Burnout en el personal de enfermería. REVENF. 2007/Abril 2008. Vol. 13.
53. Figueiredo-Ferraz H, Grau-Alberola Er, Gil-Monte PR. y García-Juestas JA. Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. Psicothema [Internet]. 2012 [consultado julio 2016]; Vol. 24 (2): 271-276. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4010.pdf>
54. Castillo AI, Torres LN, Ahumada GA, Cárdenas TK, Liconá CS. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). Salud Uninorte. 2014; Vol. 30 (1): 34-43.

55. Díaz FC, Gómez I. La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*. Enero-Abril 2016; Vol. 33 (1).
56. Seguela F. y Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Revista UNAM*. 2014; Vol. 11, No 4, pg. 119-127.
57. López FM., Rodríguez NA., Fernández SM., Marcos AS., Martínón Torres F. y MartínóM JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España. *An Pediatr (Barc)* 2005; Vol. 62 (3): 248-51.
58. Abreu FJ. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. Venezuela. *Multiciencias*, Octubre-Diciembre 2011; Vol. 11(4): 370-377.
59. Gil-Monte PR. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. *JWOP*. 2003; Vol. 19 (2): 181-197
60. Apari PO. Síndrome de burnout en los profesionales de enfermería del hospital "Rezola" - Cañete, Febrero - Julio, 2012. *Rev. Peru. Obstet. Enferm.* 2012; Vol. 8 (2).

ANEXO NÚMERO 1.

Consentimiento Informado

Respetado(a) participante, por medio del presente le solicito su participación voluntaria en la realización por escrito de una prueba psicológica, titulada Cuestionario de Maslach-Burnout, que es parte de un estudio académico e investigativo, que tiene como objetivo medir los niveles de agotamiento profesional en personas pertenecientes al personal de enfermería.

La información obtenida a partir de sus respuestas será de carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público de ninguna manera. Igualmente, usted podrá tener conocimiento de la interpretación de sus resultados y puntuaciones obtenidos en la prueba.

(Yo), Nombre del participante_____ con cédula de identidad número_____, expreso voluntaria y conscientemente mi deseo de participar en la realización del cuestionario de Maslach-Burnout.

En constancia firma

CI:

ANEXO NÚMERO 2.

DATOS GENERALES DE ENCUESTAS

Sexo: M__ F__

¿Cuántos años tiene cumplidos al momento?

20 - 25 años__ 26 - 30 años__ 31 - 35 años__

36 - 40 años__ 41 - 45 años__ 46 - 50 años__ >50 años__

¿Cuántas horas trabaje diariamente?:

Horas diarias: 4-5 horas__ 6-7 horas__ 8-12horas__ 12-24horas__ >24horas__

Horas semanales: 18-24horas__ 25-30horas__ 30-35horas__

36-40horas__ >40horas__

¿Cuántas veces trabaja a la semana? <1__ 1-3__ 4-6__ ≥7__

¿Cuánto tiempo ha trabajado en el hosítal?

<6 meses__ 6 meses-1 año__ 1-2 años__

3-5 años__ 6-10 años__ >10 años__

Servicio en el que trabaja: Cirugía__ Medicina Interna__ Neumología__ Otro__

ANEXO NÚMERO 3.

CUESTIONARIO DE MASLACH-BURNOUT

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2 Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3 Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4 Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5 Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6 Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7 Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8 Siento que mi trabajo me está desgastando	
9 Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10 Siento que me he hecho más duro con la gente	

11 Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12 Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13 Me siento frustrado en mi trabajo	
14 Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15 Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16 Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17 Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18 Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19 Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20 Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21 Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22 Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Evaluación:

- **Cansancio emocional:** preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Baja: ≤ 18 puntos; media 19-26 puntos; alta ≥ 27 puntos.
- **Despersonalización:** preguntas 5, 10, 11, 15, 22. Baja: ≤ 5 puntos; media 6-9 puntos; alta ≥ 10 puntos.
- **Satisfacción profesional:** preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Baja: ≥ 40 puntos; media 34-39 puntos; alta ≤ 33 puntos.

ANEXO NÚMERO 4.

ESCALAS PARA MEDIR TRASTORNOS DEPRESIVOS, POR

ANSIEDAD Y SOMATOMORFES

Las siguientes preguntas se refieren a su “estado de ánimo” o a sus “nervios”, y Ud. Debe contestarlas en relación a lo que le ha sucedido en el último mes. (Marque con una cruz la alternativa que corresponda).

		Nunca	Pocas veces	Frecuentemente
1	¿Siente usted que le falta la energía o se agota con más facilidad?	0	1	2
2	¿Se ha sentido usted más irritable que de costumbre?	0	1	2
3	¿Se ha sentido usted cansado o cansada por las mañanas?	0	1	2
4	¿Tiene usted dificultades para quedarse dormido (a)?	0	1	2
5	¿Se ha estado despertando más temprano que de costumbre?	0	1	2
6	¿Se ha sentido triste o desanimado (a)?	0	1	2
7	¿Se ha sentido con menos apetito y/o ha bajado de peso este último mes?	0	1	2
8	¿Se ha sentido pesimista o negativo (a) en relación a su futuro?	0	1	2
9	¿Ha notado una disminución en su interés sexual?	0	1	2
10	¿Ha notado usted una pérdida en su interés por aquellas cosas que antes llamaban su atención?	0	1	2
11	¿Ha tenido sentimientos de culpa?	0	1	2
12	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	0	1	2
13	¿Ha pensado en alguna oportunidad que el matarse sería una solución a sus problemas?	0	1	2

14	¿Se ha sentido usted intranquilo (a) ansioso (a) o tenso (a)?	0	1	2
15	¿Se ha sentido usted agitado (a), como con dificultades para relajarse o permanecer tranquilo (a)?	0	1	2
16	¿Se ha sentido usted tembloroso (a), con palpitaciones en el corazón, o lleno de sudor?	0	1	2
17	¿Ha sufrido crisis de angustia, donde bruscamente le aparezca un intenso miedo, ahogo, palpitaciones, mareo y temblor?	0	1	2
18	¿Evita usted salir de su casa por miedo o andar en la calle o a que algo malo le pueda suceder?	0	1	2
19	¿Evita usted hablar frente a un grupo?	0	1	2
20	¿Ha sentido sus manos frías o sudorosas?	0	1	2
21	¿Ha tenido la boca seca?	0	1	2
22	¿Se ha sentido usted como con un “nudo en la garganta”?	0	1	2
23	¿Ha tenido usted la sensación de estar atrapado o al borde de un peligro?	0	1	2
24	¿Sufre usted de dolor de estómago cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones?	0	1	2
25	¿Ha tenido náuseas o vómitos cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones?	0	1	2
26	¿Ha tenido diarrea o colitis cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones?	0	1	2
27	¿Sufre usted de dolor de espalda o lumbago cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones?	0	1	2
28	¿Sufre usted de dolor de cabeza o jaqueca cuando anda nervioso o con preocupaciones?	0	1	2
29	¿Ha tenido usted palpitaciones o sensación de ahogo cuando anda nervioso (a) o con preocupaciones?	0	1	2

30	¿Le ha pasado que al consultar a un médico por alguna molestia, éste le diga que se debe a los nervios?	0	1	2
31	¿Ha presentado usted parálisis de algún brazo o de las piernas después de pasar un mal rato?	0	1	2
32	¿Le ha sucedido que después de pasar un mal rato ha perdido la voz o quedado ronco?	0	1	2
33	¿Le ha pasado que después de tener algún problema haya quedado ciego (a) o con pérdida de la visión?	0	1	2
34	¿Sufre usted de desmayos cuando tiene algún problema o preocupación?	0	1	2
35	¿Ha sufrido de ataques de nervios cuando tienen algún problema?	0	1	2

Evaluación:

- **Depresión:** sumar ítems del 1 al 13.
- **Ansiedad:** sumar ítems 2, 4, 14 al 23.
- **Somatización:** sumar ítems 24 al 35.

ANEXO NÚMERO 5.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS BÁSICOS:

Pueden realizarse acostado, sentado, de pie o incluso en movimiento. La duración es la misma siempre: diez minutos.

- Respiración abdominal
 - Inhalar lentamente por la nariz y dirigir el aire hacia el vientre y el estómago.
 - Exhalar también por la nariz, de forma lenta y pausada, empleando el mismo tiempo que para la inhalación.
 - Si el ejercicio se realiza correctamente, al tomar el aire se dilata el vientre y el estómago, y al expulsarlo se recupera la posición de partida.

- Respiración intercostal
 - Inhalar el aire lentamente por la nariz y dirigirlo hacia la zona media del tórax, hacia los costados.
 - Exhalar lentamente el aire, siempre por la nariz, en el mismo tiempo que duró la inspiración.
 - Realizado de manera correcta la zona media del tórax se dilata en inspiración y vuelve a la posición inicial en expiración.

- Respiración clavicular.
 - Inspirar lentamente por la nariz y conducir el aire hacia la zona más alta del tórax, hacia las clavículas.
 - Exhalar en aproximadamente el mismo tiempo, por la nariz.
 - Al inspirar se dilata toso el tórax y vuelve a la posición original al exhalar, si se realiza bien la respiración

- Respiraciones completas e integrales.
 - Tomar lentamente el aire por la nariz y dirigirlo hacia el vientre y el estómago.
 - Continúe inhalando ininterrumpidamente y lleve el aire hacia la zona media del pecho, hacia los costados.
 - Siga inspirando lenta e ininterrumpidamente y lleve el aire hacia la zona más alta del tórax, hacia las clavículas.
 - Exhálo lentamente por la nariz en el mismo tiempo que lo inhaló.

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN AVANZADOS:

- Respiraciones rítmicas: extendido en el suelo sobre la espalda.
 - Bien relajado, efectúe una inspiración completa.
 - Retenga el aire aproximadamente siete segundos.
 - Efectúe una exhalación completa y retenga el aire siete segundos con el pulmón vacío.
 - Evite cualquier esfuerzo y permanezca atento a las pausas.
- Respiración alternada: Sentado con el tronco y la cabeza bien erguidos.
 - Cerrando la fosa nasal derecha con el pulgar del mismo lado, efectúe una inspiración por la fosa nasal izquierda, dirigiendo el aire al tórax y controlando que las paredes abdominales no se dilaten. Cierre a continuación la fosa nasal izquierda y exhale lentamente por la fosa nasal derecha, luego de desbloquearla.
 - Con la fosa nasal izquierda cerrada, inhale por la derecha y exhale por la izquierda.

- Una vez dominada esta respiración se puede incorporar la retención a pulmón lleno.
- Respiración victoriosa: Sentado, con el tronco erguido, incline la cabeza y deposite firmemente la barbilla contra la raíz del tórax.
 - Inhale lenta y profundamente por la nariz hasta llenar todo el tórax, a la vez que contrae las paredes abdominales.
 - Retenga el aire de acuerdo con su capacidad.
 - Expulse el aire por la nariz, más lentamente que lo que inhaló.

ANEXO NÚMERO 6.

RELAJACIÓN PROGRESIVA PASO A PASO.

- Con los ojos cerrados, evitando tensionar los párpados, regule la respiración por la nariz, para empezar a revisar paulatinamente el cuerpo, sintiendo y aflojando.
- Dirija la atención mental a los pies y las piernas. Siéntalos. Concéntrese en esas zonas. Los músculos de esas zonas se irán relajando progresivamente.
- Después, conduzca su atención mental al estómago y pecho. Sienta como todos los músculos de esta zona de van sumergiendo en un estado de profunda relajación.
- Revise la espalda, los brazos y los hombros y suelte la musculatura de estas zonas.
- Dirija su atención al cuello; sienta relajados todos los músculos del mismo.
- Revise las distintas partes de la cara. Suelte la mandíbula, afloje los labios y las mejillas, los párpados y los músculos de la frente.
- Todo el cuerpo se va relajando más y más. Siéntalo flojo y suelto, abandonado; repítalo una y otra vez.
- Conéctese mentalmente con la respiración y cada vez que expulsa aire, suéltese más y más, profundamente, saturándose de calma y laxitud. Todo el cuerpo va siendo invadido por una sensación de profunda y reparadora relajación.

ANEXO NÚMERO 7.

RELAJACIÓN POR SESIONES PARA CADA ZONA.

Otra técnica de autoaprendizaje es fraccionar la relajación en varias sesiones, para así tener una relajación completa en doce sesiones.

1. Sesión: Relajación de pies.
2. Sesión: Relajación de pies y piernas.
3. Sesión: Relajación de vientre y estómago.
4. Sesión: Relajación de pies, piernas, vientre y estómago.
5. Sesión: Relajación de pecho y espalda.
6. Sesión: Relajación de manos y brazos.
7. Sesión: Relajación de pecho, espalda, manos y brazos.
8. Sesión: Relajación de pies, piernas, vientre, estómago, pecho, espalda, manos y brazos.
9. Sesión: Relajación de cuello.
10. Sesión: Relajación de pecho, espalda, mano, brazos y cuello.
11. Sesión: Relajación de las distintas partes de la cara.
12. Sesión: Relajación de todo el cuerpo, desde los pies a la cabeza.

ANEXO NÚMERO 8.

TÉCNICAS DE FIJACIÓN DE LA MENTE Y TRANQUILIZACIÓN PROFUNDA

Se realizan luego de haber relajado el cuerpo de manera eficiente. Estas técnicas ayudarán a sedar el sistema nervioso, estabilizar las emociones y armonizar la mente.

Una persona que ha dominado estas técnicas tiene la posibilidad de realizarlas estando de pie o sentado y mientras realiza cualquier acción, controlando las áreas que se relajan, así el individuo podrá contraer los músculos necesarios para realizar cada acción, relajando el resto del cuerpo, evitando así las contracturas musculares por estrés.

1. Fijar la atención en el movimiento abdominal: se realizan las respiraciones abdominales y se hace el esfuerzo consciente de enfocarse en el movimiento de expansión y contracción de la pared abdominal.
2. Profundizar en la sensación de relajación: luego de alcanzar una relajación completa, la mente se enfocará en esta sensación de relajación y la mantendrá recreada en una noción placentera de descanso u sosiego.
3. La noche mental: consiste en ir oscureciendo el campo visual interno. Para ello la persona puede utilizar una imagen o idea, como un fondo negro, una pantalla o un velo negro, que irá creciendo hasta ocupar toda la imagen mental.
4. Utilizar la respiración para sosearse: se desconecta la mente de las preocupaciones, para enfocarse en las inhalaciones y exhalaciones para calmarnos, con lo que ralentizamos los procesos físicos y mentales.
5. Recitar mentalmente una palabra de quietud: se escoge una palabra, la cual se repetirá una vez con cada inspiración y expiración, enfocando la mente en esta palabra.

6. Repetir afirmaciones constructivas: “estoy tranquilo”, “estoy relajado”, “estoy en armonía y equilibrio” son algunas de las afirmaciones que se pueden utilizar.
7. Visualizar una imagen que inspire quietud: seleccionar una imagen serena, como un lago, montañas, el mar o una pradera y concentrarse en la sensación de serenidad que transmite.
8. Visualizar la bóveda celeste: imaginar el firmamento, luego de que se ha obtenido una relajación máxima, e intentar fundirse con esta imagen.
9. Visualizar un guijarro: se visualiza un guijarro cayendo lentamente en agua, las ondas que produce al caer lentamente hacia el fondo. La persona se debe identificar con el sentimiento de laxitud y caída.
10. Visualizar la luz dorada: se visualiza una luz dorada que recorre el cuerpo de manera lenta y constante, llevándose consigo el estrés, las preocupaciones, las obsesiones y los bloqueos.
11. Recitado de una vibración: luego de inhalar y exhalar el participante recita el sonido “Om”, lo cual proveen un sentimiento de sosiego y calma.

En las empresas, sobre todo las que se encuentran en “edificios inteligentes”, debería encontrarse un área dedicada únicamente a la relajación con una atmósfera acogedora, tranquila y agradablemente iluminada, la cual contrastará con la decoración fría, hostil y agresiva del resto del edificio, aliviando así el estrés producido por el ambiente de trabajo.

ANEXO NÚMERO 9.

EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO

Para las personas en el ámbito laboral, que no tienen demasiado tiempo para realizar los ejercicios se puede recomendar dos programas de estiramientos, luego de los cuales, y si hay tiempo, se puede realizar unos minutos de ejercicios de respiración y relajación.

Primer programa de estiramientos.

Contiene siete posturas:

1. Postura de la pinza.

Duración: un minuto. Se puede hacer dos o tres veces.

- a. Sentarse en el suelo, con las piernas juntas y estiradas.
- b. Inclinar lentamente el tronco hacia adelante, aproximando el mismo y la cara tanto como pueda a las piernas, pero sin doblar las rodillas.
- c. Las manos agarran las plantas de los pies o los tobillos y los antebrazos se aproximan tanto como sea posible al suelo.
- d. La respiración se pausa y la mente permanece muy concentrada en la postura misma.

2. Postura de la cobra.

Duración: cuarenta y cinco segundos; se ejecuta dos o tres veces.

- a. Extendido en el suelo, boca abajo.
- b. Elevar el tronco y situar las palmas de las manos sobre el suelo a la altura aproximada de los hombros. El pecho y el estómago permanecen en el aire, pero el bajo vientre en el suelo.
- c. Las piernas estarán juntas, los brazos flexionados y la cabeza hacia atrás.

- d. Dirigir la atención mental a lo largo de la espina dorsal.

3. Postura del saltamontes.

Duración: de quince a veinte segundos. Se puede ejecutar tres veces.

- a. Boca abajo en el suelo, estire los brazos e introduzca las manos debajo de los muslos, con las palmas hacia arriba.
- b. Mantenga la barbilla den el suelo y las piernas juntas.
- c. Presionando el dorso de las manos contra el suelo, eleve tanto como sea posible las piernas en el aire, despegando el vientre del suelo.

4. Media postura de la cobra.

Duración: mantenga la posición por cuarenta y cinco segundos, deshágala con lentitud y efectúela sobre la otra pierna. Se ejecuta una o dos veces en cada lado.

- a. De rodillas en el suelo, avance la pierna derecha y sitúe la planta del pie derecho sobre el suelo, formando un ángulo recto con la pierna.
- b. Desplace el peso del cuerpo hacia la pierna derecha, bajando tonto como sea posible, pero con el tronco y la cabeza erguidos y los brazos perpendiculares al suelo.

5. Postura lateral.

Duración: mantenga la postura cuarenta segundos y ejecútela hacia el otro lado. Efectuarla una o dos veces por lado.

- a. Coloque las rodillas en el suelo.
- b. Proyecte la pierna hacia el lado, manteniéndola bien estirada.
- c. Eleve los brazos en el aire, por encima de la cabeza, entrelace las manos.

- d. Incline lateralmente el tronco hacia la pierna derecha, con la cabeza entre los brazos y estos bien estirados.

6. Postura de la abdominal.

Duración: veinte segundos. Realizarla dos veces.

- a. Sentado, incline el tronco hacia atrás y apoye firmemente los antebrazos en el suelo, a la vez que eleva las piernas, juntas y estiradas, en el aire.
- b. Desplace el tronco hacia delante y forme una “V” con el cuerpo, situando los brazos tal y como se muestra en la ilustración correspondiente y con los ojos aproximadamente en línea recta con las rodillas.

7. Postura de la vela.

Duración; de un minuto en adelante, deshaciéndola con lentitud. Se ejecuta una vez

- a. Túmbese en el suelo, sobre la espalda y con los brazos a ambos lados del cuerpo.
- b. Presione las palmas de las manos contra en suelo y eleve las caderas y la espalda en el aire, desplazando todo el peso del organismo hacia los hombros e irguiendo el tronco yanto como pueda.

Segundo programa de estiramientos.

Esta tabla incluye seis posturas:

1. Postura de la extensión sobre la pierna.

Duración: cuarenta segundos, deshágala lentamente y ejecútela sobre la pierna derecha.

Puede realizarse una o dos veces sobre cada pierna.

- a. Sentado, con las piernas juntas y estiradas, flexione la pierna derecha y coloque la planta del pie derecho contra la cara interna del muslo izquierdo, permitiendo que el talón derecho entre en contacto con la ingle izquierda.
- b. Inclíne el tronco lentamente hacia delante, hacia la pierna izquierda, aproximándolo a la misma tanto como pueda y agarrando con las manos el pie izquierdo o el tobillo izquierdo, a la vez que acerca tanto como sea posible los antebrazos al suelo a ambos lados de la pierna estirada.

2. Posición de masaje rectal.

Duración: cincuenta segundos. Ejecútela dos veces.

- a. Boca abajo en el suelo, coloque las palmas de las manos contra el suelo a ambos lados de los hombros.
- b. Presione las palmas de las manos contra el suelo y estira por completo los brazos, llevando la cabeza bien atrás y con las piernas juntas.

3. Posición del arco.

Duración: veinte segundos, se hace tres veces.

- a. Extendido boca abajo, agarre los tobillos con las manos respectivas.
- b. Manteniendo los brazos bien estirados, arqueé el tronco tanto como pueda, permitiendo que todo el peso del cuerpo permanezca sobre el abdomen.
- c. Las piernas deben estar ligeramente separadas y la cabeza hacia atrás.

4. Posición sobre el costado.

Duración: cuarenta segundos y luego ejecutar por el otro lado, se puede realizar una o dos veces por lado.

- a. Siéntese en el suelo con las piernas juntas.

- b. Sepárelas y flexione la pierna izquierda, para colocar el talón izquierdo junto al perineo, permitiendo que la planta del pie izquierdo esté junto a la cara interna del muslo derecho.
- c. Eleve los brazos en el aire e incline el tronco hacia la pierna derecha (hacia la pierna estirada), echándose tan de lado como pueda.
- d. Coloque las manos en el pie derecho, la cabeza entre los brazos y mantenga la cara mirando hacia arriba.

5. Posición de torsión.

Duración: mantener la postura un minuto, deshacer e invertir. Se ejecuta una o dos veces por cada lado.

- a. Siéntese en el piso con las piernas juntas y estiradas.
- b. Doble la pierna derecha y, pasándola por encima de la pierna izquierda, coloque el pie junto a la cara externa del muslo izquierdo, tan arriba como le resulte posible.
- c. El pie debe permanecer paralelo al muslo, con la planta en el suelo. El muslo de la pierna flexionada debe quedar junto al estómago.
- d. Ladee a continuación el tronco hacia la derecha y atrape la pierna con el brazo izquierdo que pasa por encima de la misma.
- e. La mano agarrará la pierna estirada y se colocará la palma de la misma sobre el suelo.
- f. El brazo permanece completamente estirado, pero el otro brazo, el derecho, permanece atrás, con la palma de la mano sobre el suelo.
- g. El tronco debe estar erguido y la cara vuelta hacia atrás.

6. Posición de inversión.

Duración: de un minuto en adelante y deshacerla con lentitud. Se ejecuta una vez.

- a. Sobre la espalda y con los brazos a ambos lados del cuerpo, presione las manos sobre el suelo y eleve las piernas en el aire, así como las caderas.
- b. Doble los brazos y sitúe las palmas de las manos en la región lumbar.