



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL

"DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ".

**RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS
MÉDICOS ADSCRITOS Y RESIDENTES DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS
DEL ÁREA METROPOLITANA DEL I.S.S.S.T.E.**

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN:

MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRÍTICO

PRESENTA:

DRA. VERÓNICA ROCIO BECERRA PÉREZ

2006 – 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Realizadores:

Dra. Verónica Rocio Becerra Pérez
Residente de segundo año
Medicina del Enfermo en Estado Crítico
H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Dr. Sergio Valderrama de León
Profesor Titular de curso de Medicina del Enfermo en Estado Crítico
Asesor de Tesis

Lic. Wendy de las Mercedes Lara Olguín
Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta.
Asesor de Tesis
H.G. Dr. Dario Fernández

Lic. Oswaldo Teos Aguilar
Psicología
Asesor de Tesis

Dr. Wilfredo Jiménez Hernández
Coordinador de Enseñanza e Investigación
H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Registro 314.2007

DEDICADO ...

A Dios por brindarme la oportunidad de vivir esta experiencia,

A Pelonita, Fer por ser el amor de mi vida,

A Luchita, Lukas, Clau, Zully, Monis, Kriti y Cami por el gran apoyo que me han brindado siempre.

AGRADECIMIENTOS:

A los médicos adscritos, gracias por su tiempo, conocimiento y paciencia.

Al Coordinador de curso, Dr. Valderrama por su comprensión y apoyo en la situación más difícil y satisfactoria de mi vida

A la Lic. Wendy Lara Olgún por su empeño, creatividad, gusto y paciencia

Al Lic. Oswaldo Teos por el entusiasmo, trabajo y paciencia

A mis compañeras Mallicruz y Lety por el apoyo, convivencia y tolerancia

Al personal de enfermería por su desempeño, calidad humana, ayuda y paciencia hacia los pacientes y en especial hacia mí.

A los servicios de apoyo laboratorio, bacteriología, radiología e inhaloterapia por su apoyo.

A todos GRACIAS por hacer de lo imposible, lo posible.

INDICE

Resumen	5
Summary	5
Introducción	6
I. Unidades de Cuidados Intensivos	8
II. El médico de la UCI y el estrés	11
III. Síndrome de Burnout	16
IV. Depresión	20
V. Ansiedad	29
VI. Metodología	39
VII. Resultados	53
VIII. Discusión	55
IX. Conclusiones	57

RESUMEN

- **Objetivo:** Conocer la incidencia y prevalencia del Sx de burnout, ansiedad y depresión en los médicos adscritos y residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana.
- **Material y Métodos:** Es un estudio ex post facto, transversal y correlacional en el cual se recolectaron 48 instrumentos que contenían datos sociodemográficos, percepción laboral, condiciones de trabajo, estado de salud, escala de Maslach Burn Inventory, Escala de Zung para depresión y Escala de IDARE para ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.
- **Resultados:** La mayoría de los encuestados fueron hombres de edad menor a 35 años, que tienen menos de 5 años ejerciendo y laborando satisfactoriamente en las Unidades de Cuidados Intensivos. Presentaron alta y media correlación entre ansiedad, depresión y Síndrome de burnout; sin establecer uno en especial sino con tendencia a padecerlos.
- **Conclusiones:** Sí existe relación de media a alta entre ansiedad, depresión y Síndrome de Burnout en los médicos adscritos y residentes de la Unidades de Cuidados Intensivos; además existe un pequeño grupo con depresión clínica y la mayoría con tendencia a padecer Sx de burnout.

SUMMARY

- **Objective:** To know the incidence and prevalency of the Sx of burnout, anxiety and depression in the assigned doctors and residents of the Intensive Care Units of the ISSSTE in metropolitan area.
- **Material and Methods:** The study was ex post facto, transversa and correlacional. It was elaborated for 48 instruments that were containing sociodemographic information, laboral perception, laboral conditions, state of health, scale of Maslach Burn Inventory, the depression scale of Zung and the anxiety scale of IDARE.
- **Results:** The majority of the physicians were men of minor age 35 years that have less than 5 years practising and working satisfactorily in the Intensive care units. They presented media and high interrelation between anxiety, depression and Syndrome of burnout;
- **Conclusion:** Exists a relation between anxiety, depression and Syndrome of Burnout on the assigned doctors and residents or the Intensive Care Units of the ISSSTE

INTRODUCCIÓN

El inicio de un camino tan delicado como el que escogí no tiene otro que el del conocimiento. La dedicación, el sentido común, la paciencia y la estabilidad biopsicosocial son la tarea del médico para brindar a otros, la respuesta a la situación que los aqueja en todos los niveles.

- ¿Cuáles son las tareas que forman parte de mi desempeño médico?

Es la pregunta que sirvió como fundamento para realizar este trabajo. Lo cual lleva a otra reflexión: realmente son los médicos los indicados para decidir sobre la salud de los pacientes? Todos los médicos son estables psicológicamente y físicamente? Los médicos se encuentran realmente capacitados para tratar con el dolor de terceros, con la muerte de un paciente y el dolor de los familiares?

Se hace particular mención del último aspecto, debido a que en mi formación no había vivido la experiencia de dar el informe de una defunción, mucho menos escuchar a un paciente el anuncio de su muerte y que ésta sucediera..... ¡inexplicablemente!

Observando la forma de actuar de los médicos adscritos, descubrí el gran matiz de su personalidad, su actuar día a día, encontrando sobre todo dedicación excesiva, sin embargo en algunos momentos su trato mostró sarcasmo, enojo, orgullo, egocentrismo, indiferencia, cinismo, obsesión, y algunas otras reacciones con las que cualquier ser humano suele caracterizarse y que dependiendo del momento o sentimiento del que se trate es la forma de actuar con los compañeros y con el paciente sin dejar de brindar claro está, en todo momento la atención médica.

Estas actitudes suelen tener un impacto en el entorno, en ocasiones lejos de beneficiar el trabajo, lo empeoran produciendo un espacio de difícil manejo interpersonal que también afecta la atención médica de los pacientes, quienes al encontrarse tan graves, al grado tal de cursar con desequilibrio físico, emocional y psicológico, perciben un trato frío y distante por parte de los médicos.

Por ello es importante destacar que la atención de calidad por parte del personal de servicios de apoyo pero principalmente de enfermería y médico, es fundamental para el curso del paciente críticamente enfermo en su proceso de hospitalización.

La definición de calidad, es totalmente subjetiva y depende de la expectativa personal que en caso de los médicos es evaluada por los pacientes, quienes en términos generales, demandan atención, respeto, comprensión, conocimientos, habilidades y destrezas por parte del personal médico; nada que no sea capaz de brindar el médico, después de todo, para esto se han formado con valores universales y en aulas inmersas con una gran cantidad de información útil para la atención médica, que cotidianamente se realiza de forma "satisfactoria".

El desempeño del médico intensivista es invaluable, ya que se hallan oscilando generalmente entre la vida y la muerte, por lo que se requieren médicos no sólo con conocimientos, sino humanos ante el dolor. Por lo que los invito a reflexionar ante nuestro propio "yo" y el actuar diario que pareciera monótono y pesado.

Existen varios estudios realizados a médicos donde evalúan el Síndrome de burnout y encuentran que hay relación con depresión.

La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes en la población en general, con prevalencia de 3 a 5% que se encuentra asociada a etiología multifactorial (factores genéticos, biológicos y psicológicos) pero que pueden estar influenciados por factores externos y aumentar la susceptibilidad para padecer este fenómeno.

La ansiedad es un estado de inquietud que puede ser pasajera o permanente y estar asociada a un sin fin de padecimientos, todas derivadas de estrés. Esto a su vez forma parte de un trastorno depresivo o manifestarse como único síntoma y trastorno la ansiedad, que comúnmente se identifica como neurosis.

El Síndrome de Burnout es un estado de desgaste físico y emocional asociado a factores laborales, preferentemente cuando un sujeto tiene contacto diario con personas como los maestros, trabajadores de gobierno, psicólogos, médicos, etc. Tiene 3 sub-escalas (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional) se evalúan en forma independiente y al final se hace un análisis para valorar la existencia del síndrome.

Estos datos son relevantes desde el punto de vista de salud mental, ya que el trato con personas tiende a desgastar a nivel psicológico por la convivencia diaria, el lugar de trabajo, el horario, la falta de entendimiento entre los compañeros, etc.

En este trabajo pretendo exponer la existencia de desordenes físicos y rasgos psicológicos de los médicos de la Unidades de Cuidados Críticos del ISSSTE en el área metropolitana; ya que como institución nos debemos a la tarea de realizar lo mejor posible nuestro trabajo, por que somos los principales responsables en la atención del paciente. Además de realizar un análisis de los problemas que están ocasionando la presencia de estos factores y repercutan en el actuar de los médicos; así como proponer algún tipo de medidas preventivas que favorezcan el desempeño personal y laboral para mejorar la atención de los pacientes.

I. UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS

Se define la Medicina Intensiva (M.I.) como aquella parte de la Medicina, que se ocupa de los pacientes con una patología que haya alcanzado un nivel de severidad tal, que suponga un peligro vital, actual o potencial, susceptible de recuperación. (Perdomo 1992)

El concepto actual de terapéutica intensiva, comprende la aplicación sistemática de las múltiples posibilidades terapéuticas modernas que se utilizan en situaciones de peligro para la vida, lo que supone la sustitución temporal de las funciones orgánicas, alteradas o suprimidas, sin abandonar por ello el tratamiento simultáneo de la enfermedad de base que ha dado lugar a estos trastornos, teniéndose en cuenta, que tales medidas al final de la terapéutica, proporcionaran una buena calidad de vida para el futuro.

Las Unidades de cuidados Intensivos (U.C.I.) son los lugares fundamentales en donde se realiza la labor propia de la medicina intensiva. Estas unidades tienen unas características de equipamiento técnico y de personal especializado que le son propias.

Antecedentes históricos

En los años 30 se inició en Alemania la preparación de locales destinados al tratamiento de los recién operados; F. Sauerbruch y M. Kirscher establecieron servicios de este tipo en sus clínicas. Las epidemias de poliomielitis de los años 1947 a 1952, obligaron a concentrar pacientes con parálisis respiratoria en unidades llamadas de "Respiración artificial". En este período fue realmente importante la labor desarrollada en Alemania por R. Aschenbrenner y A. Dónhardt, quienes en las condiciones de aquellas limitadas posibilidades, realizaron una auténtica labor de pioneros.

Los primeros servicios de respiración artificial fueron desarrollados en Dinamarca, por Lassen, Dam, Ipsen y Poulsen; en Suecia por Holmdahl y en Francia por Mollaret. (Perdomo 1992)

Las primeras unidades centrales de tratamiento intensivo en el actual sentido de este concepto, fueron instaladas por iniciativa de P. Safor en Baltimore (1958), y en Pittsburgh (1961), y de Pouben en Aarhus (1965).

En Junio de 1988, se celebró el 25 Aniversario de la Primera U.C.I., impulsada por el Dr. Jiménez Díaz, en la Clínica de la Concepción de Madrid, España; un poco más tarde, se implantan en Barcelona y después en los principales hospitales de las ciudades españolas. En la actualidad, incluso aquellos hospitales de menor entidad a nivel mundial, disponen de pequeñas unidades para atender el paciente en situación crítica. (Perdomo 1992)

Funciones

La medicina intensiva es una especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital o de soporte a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos, quienes generalmente, requieren supervisión y monitorización intensiva debido a que su padecimiento es potencialmente reversible. (Díaz de León, 2003)

Una medicina crítica, es aquella que se dirige al enfermo grave, pero que es además, vigilante, decisiva, crucial, precisa, exacta, oportuna, reflexiva, analítica, juiciosa, comprometida y eficiente. (Díaz de León, 2003)

Las unidades de cuidados intensivos tienen características singulares entre el resto de las especialidades médicas, ya que mientras que otros especialistas estrechan su interés a un sistema corporal simple, a una terapéutica en especial y/o un grupo de edad específico, los cuidados intensivos se dirigen hacia pacientes con una gran diversidad de enfermedades, donde todas estas tienen el común denominador de intensidad extrema de enfermedades existentes o el potencial para desarrollar complicaciones graves de su enfermedad o tratamiento. (Díaz de León 2003)

La intensidad de la enfermedad, precisa de una valoración completa del paciente con la capacidad de proporcionar cuidados eficaces, que en su mayoría depende de conocimientos básicamente de Medicina Interna, Cirugía y Anestesiología; aunque en general, los conocimientos y destrezas de las unidades de cuidados intensivos no pueden considerarse como tal de una sola especialidad, sino como una filosofía distinta para el cuidado de los pacientes.

Los pacientes que requieren cuidados intensivos, generalmente, necesitan además, soporte para la inestabilidad hemodinámica, manejo de vía aérea o el compromiso respiratorio y/o el fracaso renal, así como atención neurológica. Existe un segundo grupo de pacientes, los cuales, probablemente no presenten enfermedad que ponga en peligro la vida, pero por la potencialidad de gravedad requieran de soporte intensivo, por lo que son admitidos para la supervisión intensiva/invasora, habitualmente después de cirugía mayor.

Los cuidados intensivos, generalmente sólo se ofrecen a los pacientes cuya condición sea potencialmente reversible y que tengan posibilidad de sobrevivir con la ayuda de los cuidados específicos y enfocados a un todo. Puesto que los enfermos críticos están cerca de la muerte, el resultado de ésta intervención es difícil de predecir; en consecuencia, mueren todavía muchos pacientes en estas unidades. Un requisito previo a la admisión en una unidad de cuidados intensivos es que la condición subyacente pueda ser superada; por lo tanto, el tratamiento intensivo sólo se utiliza para ganar tiempo con el fin de que la aflicción aguda pueda ser resuelta.

Algunos estudios médicos sugieren una relación entre el volumen de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la calidad del cuidado del enfermo. Donde factores como: severidad de la enfermedad, variables demográficas, y características de las Unidades que incluyen al personal de enfermería y médico intensivista, son los responsables de un adecuado desarrollo de las enfermedades, principalmente asociado a un trato personalizado y no por volumen, ya que este último en compañía de personal deficiente, hace de estas unidades potencialmente asociadas a índices elevados de mortalidad. (Perdomo, 1992)

La medicina intensiva suele utilizar una aproximación al tratamiento de sistema por sistema. Los nueve sistemas orgánicos clave son considerados uno a uno sobre la base observación-intervención-impresión, para producir un plan constante, y cuidado diario. Además de estos sistemas clave, el tratamiento en cuidados intensivos también incluye otros ámbitos de intervención como la salud psicológica, puntos de presión, movilización y fisioterapia, e infecciones secundarias.

Los nueve sistemas clave en medicina intensiva son: el sistema cardiovascular, el sistema nervioso central, el sistema endocrino, el tracto gastrointestinal (y la condición nutricional), hematología, microbiología (incluyendo el estado séptico), las periferias (y la piel), renal (y metabólico), sistema respiratorio. (Díaz de León 2003).

El suministro de cuidados intensivos se administra generalmente en una unidad especializada de un centro hospitalario llamada Unidad de Cuidados intensivos (UCI). Muchos hospitales han destinado áreas de cuidados intensivos para ciertas especialidades médicas, tales como la Unidad de Cuidados Coronarios, la Unidad de Cuidados Intensivos Médica, la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos Neurológica, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y otras unidades, según el dictado de las necesidades y de los recursos disponibles de cada hospital. (Perdomo 1992).

El equipo común en una unidad de cuidados intensivos (UCI) incluye aparatos de ventilación mecánica, aparatos de hemofiltración para fracaso renal agudo, monitores para vigilancia invasiva cardiovascular avanzados (líneas arteriales y catéteres de Swan-ganz); vías endovenosas para infusiones farmacológicas o para nutrición parenteral total, tubos nasogástricos, bombas de succión, drenajes y catéteres; y una amplia gama de fármacos incluyendo fármacos vasoactivos, sedantes, antibióticos de amplio espectro y analgésicos.

Como podemos observar, estas Unidades de Cuidados Críticos están inmersos en un mundo inexplorable para la mayoría de los médicos especialistas, no así para los médicos intensivistas quienes deben cumplir con la atención no sólo médica sino psicológica a los pacientes que se encuentran gravemente enfermos en un espacio extraño y con invasión de la privacidad y espacio vital por parte de los médicos y personal de apoyo.

La experiencia mundial ha mostrado y demostrado, que la creación de unidades de cuidados intensivos permite no sólo concentrar a los pacientes que requieren cuidados críticos para disminuir su morbi-mortalidad, sino también, mejorar el entrenamiento médico así como promover una utilización eficiente de personal altamente especializado, del equipamiento complejo y costoso.

II. EL MÉDICO Y EL ESTRÉS

En los últimos años se ha producido un aumento considerable en el número de unidades de cuidados intensivos en los distintos centros hospitalarios, a los que se agregó un aumento en la tecnología y en la exigencia del mercado de la salud en general. Sin embargo, pocos centros formadores de Médicos Intensivistas han surgido, ya que requieren de entrenamiento especializado para la atención del paciente grave. (Morgan, 2004)

Los médicos que ejercen en una unidad de cuidados intensivos, han sido históricamente los mismos médicos que cuidaban del paciente antes de creadas las ahora llamadas Unidades de Cuidados Intensivos. Actualmente, los médicos intensivistas son un grupo aún pequeño, procedentes de especialidades base como Medicina Interna, Anestesiología y Cirugía General, quienes se han formado dentro de estas Unidades.

La aplicación de nuevos conocimientos médicos y técnicos en la resucitación de pacientes graves, han permitido salvar un importante número de pacientes que previamente morían indefectiblemente. Por lo tanto, los médicos que practican Terapia Intensiva deben tener un conocimiento exhaustivo de la reanimación cardiopulmonar, del monitoreo de funciones vitales, del manejo de la vía aérea, del soporte neurológico, etc. (Perdomo 1992)

Si realizamos un análisis entre las enfermedades conocidas, la presentación de las mismas de forma aguda que suele descompensar la homeostasis produciendo episodios que pueden amenazar la vida, nos encontramos sin duda, con una amplia franja que abarca casi todas las patologías y todas las especialidades. Esto obliga al Médico Intensivista a tener un conocimiento teórico y práctico adecuado de las patologías que condicionan tales situaciones críticas, para ello, no sólo son necesarios centros que permitan el entrenamiento responsable de los médicos en formación, sino también, cursos teóricos que permitan a estos profesionales acceder a la información y actualización permanente.

Estrés

El término estrés proviene del latín *stringeré* y fue bautizado por primera vez en el idioma inglés durante el siglo XIV con el propósito de describir opresión, adversidad y dificultad, de acuerdo al Diccionario Oxford de la lengua inglesa (1933), aún mucho antes de que se le diera una definición científica en el campo de la física y la ingeniería.

Durante el siglo pasado, su uso común vario para connotar presión, fuerza, tirantez, o sobre esfuerzo (*strain*) aplicado sobre un objeto material o persona. Este último concepto, el cual implica «un organismo u objeto bajo estado de presión por fuerzas externas, tratando de mantener su unidad y retornar a su estado original», fue llevado mas tarde al campo de las ciencias biológicas y médicas (Hinkle, 1973).

Los estudios del fisiólogo Francés Claude Bernard en la segunda parte del siglo XIX, tuvieron un impacto significativo en la evolución del concepto de estrés. Bernard (1927) consideró que la auto-regulación es una característica innata de todo organismo viviente, debido a su habilidad de mantener un nivel de estabilidad de su medio ambiente interno (*internal milieu*) a pesar de los constantes cambios externos a los cuales está expuesto.

En base a especulaciones acerca de los efectos del estrés sobre la salud a inicios del presente siglo, Sir William Osler, conocido médico británico, generalizó equivalencias entre «estrés» y sobre «esfuerzo» (*strain*) así como, «trabajo fuerte» y «preocupación», indicando a la vez que estas condiciones facilitaban el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. En base a sus observaciones en un grupo de 20 médicos quienes sufrían de angina pectoral, Osler llegó a la conclusión que estos médicos estaban completamente absorbidos «En la incesante rueda de la práctica médica, y que en cada uno de estos hombres había un factor adicional de preocupación» (Osler, 1910, cit en Moscoso 1998).

Walter Cannon, fisiólogo, norteamericano, en sus estudios acerca de los mecanismos homeostáticos con relación a las reacciones de «pelea o fuga», se refiere al término estrés como un estado o reacción del organismo. Él observó cambios en las glándulas adrenales y en el sistema nervioso simpático, tanto en seres humanos, como en animales expuestos a una variedad de estímulos dolorosos, los cuales incluyen frío extremo, reducción de azúcar y falta de oxígeno, además de otros disturbios emocionales (Cannon, 1929).

Cannon atribuyó estos cambios de procesos biológicos y fisiológicos a la activación de mecanismos homeostáticos. Él sugirió, que la función básica del proceso homeostático era contrarrestar los efectos causados por estimulación nociva, de tal manera, que el equilibrio interno se restablezca de manera natural. Cuando el balance homeostático lograba ser alterado fuera de sus límites, Cannon consideraba que los sujetos se encontraban «en estado de estrés» (Cannon, 1935, cit. en Moscoso 1998). Este fenómeno, por lo tanto era el resultado de disturbios en el mecanismo homeostático del individuo o del animal (Cannon, 1932).

A pesar que se considera a Hans Selye (1936) como el primero en estudiar el fenómeno del estrés de manera sistemática y científica, el trabajo de este autor se vio profundamente influenciado por los estudios de Bernard y Cannon. En su estudio sobre el Síndrome General de Adaptación y las Enfermedades de Adaptación, Selye presenta la siguiente definición:

El síndrome de adaptación general es la suma de todas las reacciones sistémicas del cuerpo no específicas las cuales siguen después de una larga y continua exposición al estrés. (Selye, 1946, cit en Moscoso 1998).

Es importante anotar que la manera en que Selye enfatiza cómo el cuerpo responde a una variedad de estímulos nocivos, deja una clara impresión de utilizar el término estrés en el sentido de estímulo.

Asimismo, esta definición parece confundir las demandas que provoca reacciones de estrés con los cambios fisiológicos y bioquímicos del organismo que ocurren durante estas reacciones.

En su reporte anual, Selye (1950) modifica sustancialmente su definición de estrés. En esta oportunidad incluye el término «estresor» para denotar estímulo de tal manera que su definición del síndrome general de adaptación, sea entendida como reacción. Al respecto Selye indica:

El término «estrés sistémico» es a veces empleado de una manera floja también para denotar el estímulo que causa el estrés sistémico. En este sentido, es preferible hablar de estímulo alarmante o «estresor»

Los estudios de investigación de Selye han demostrado claramente las influencias de estímulos nocivos sobre numerosos procesos del organismo, sin embargo, al enfatizar la manera como el cuerpo responde a una variedad de «estresores», Selye tiende a tratar al estrés como un equivalente de *strain*. Aún mas, tal como Mason (1975a, 1975b) lo ha hecho notar, Selye (1936, 1946, 1950, 1955, 1956) conceptúa al estrés como un patrón de respuesta fisiológica no específica, además de su tendencia a ignorar el rol de las emociones en las reacciones del estrés.

A pesar de su extenso uso en el campo de las ciencias médicas, psicológicas y sociales, no se ha logrado un consenso general entre expertos acerca del concepto y definición del término estrés. La notoria confusión y ambigüedad del concepto fue adecuadamente presentada por Hans Selye (1974) quien en su libro *Stress without Distress*, ofreció la siguiente definición:

La palabra «estrés», al igual que «éxito», «fracaso» o «felicidad», significan diferentes cosas para diferente gente de tal manera que su definición es muy difícil. Los problemas que cada persona enfrenta son totalmente diferentes, sin embargo, la investigación médica ha demostrado que en muchos aspectos el cuerpo responde de una manera estereotipada, con cambios bioquímicos idénticos, esencialmente llamado a afrontar con cualquier tipo de demanda excesiva sobre la maquinaria humana. (Moscoso, 1998)

Estado de tensión de los médicos

Citando a Flórez Lozano, 1994; la mayoría de los estudios psicológicos y sociológicos realizados en la actualidad, muestran que la profesión médica, ya sea intra o extrahospitalaria, es uno de los trabajos que más estrés origina en cuanto a su actuación se refiere. Al margen de los cambios sociopolíticos que se han producido en nuestro país en los últimos 10 años, y que han generado, posiblemente en muchos profesionales intenso estrés (enfermedades, suicidios, absentismo laboral, etc) es preciso señalar los recientes avances tecnológicos y terapéuticos, las modificaciones en la estructura interinstitucional y los cambios organizativos y jerárquicos.

Todo lo anterior expuesto ha desencadenado numerosos conflictos sociolaborales, que han tenido y siguen teniendo, importantes choques psicoafectivos y emocionales.

Así, en la medida en que el estatus social del médico se ha visto modificado por los cambios sociales de las últimas décadas, también es cierto que se ha ido generando un Síndrome caracterizado por un estado anímico lleno de pasividad, indiferencia y superficialidad por parte del personal de salud en general.

Al mismo tiempo, la insatisfacción profesional en el medio institucional conlleva a problemas importantes en el plano familiar, que se traducen en cambios de conducta muy significativos y finalmente, en disfunciones dentro del hogar. El modelo de tensión sugiere tres grupos de factores principales que producen tensión:

- a. Factores relacionados con el trabajo
- b. Factores externos o no relacionados con el trabajo
- c. Características individuales o personales

Si bien los factores externos y los relacionados con el trabajo conducen a tensión de percepción; no obstante, algunas características personales pueden moderar estos factores o tener un efecto directo sobre los fisiológicos. Las tensiones percibidas en relación con el trabajo desarrollado en el medio hospitalario, así como las tensiones de la propia vida, siguen dos vías fundamentales: una psicológica y otra fisiológica.

La tensión laboral que surge en el medio laboral del médico puede tener consecuencia conductuales muy importantes como absentismo, desempeño alterado, inhibición, apatía, anergia, tristeza, frustración crónica, angustia, etc. Así mismo aumenta el riesgo de enfermedades como enfermedad coronaria, úlceras, episodios de gripe.

Por otra parte, el número de ciudadanos que solicitan atención médica y el número de enfermos que esperan una cama hospitalaria está aumentando continuamente. (Flórez 1994). La atención del paciente se ha hecho cada vez más compleja, requiriendo mayor esfuerzo en la atención de los cuidados, de responsabilidad y entrega; a esto debe añadirse el problema del tiempo laboral del médico, ya que el personal de salud que presta sus servicios en horarios nocturnos altera todo lo que supone en los ritmos biológicos, la insuficiencia de personal y el esfuerzo intelectual que supone la lectura de libros y artículos de la especialidad para tratar de "estar al día". (Flórez, 1994)

En realidad, lo que sucede, es que el médico no tiene tiempo para ocuparse de sí mismo (relaciones sociales, aficiones, entretenimiento, relaciones familiares, deportes, etc) y en consecuencia se produce con relativa facilidad una ruptura de su "yo", lo que es lo mismo, la pérdida de autocontrol y la manifestación de conductas psicopatológicas (agresividad, irritabilidad, ansiedad, mal humor, etc).

Evidentemente, los servicios de cuidados intensivos, conllevan un especial desgaste debido a la dinámica que el médico realiza a veces, sin la correspondiente ayuda o coordinación de otros servicios o unidades, horarios extenuantes, servicios sobresaturados de enfermos; que en conjunto hace que el médico día a día perciba una situación estresante, llegando a tener una gran frustración, una valoración negativa de su trabajo y su esfuerzo personal, además comprueba diariamente que la situación se va haciendo todavía más compleja, que no se resuelve, a pesar de quejas y sugerencias reiteradas hacia sus superiores, mucho menos sus demandas encuentran el eco y apoyo necesarios para paliar el problema. (Flórez 1994)

Igualmente, el servicio nocturno, el servicio de fines de semana, los turnos fijos y largos, el duro trabajo de las diferentes especialidades, los bajos salarios en comparación con la responsabilidad y el esfuerzo realizado, constituyen algunos factores que conducen al estrés a los médicos. Podemos añadir la ausencia de compensaciones adecuadas (económicas y laborales), los horarios inflexibles, las críticas, la falta de comunicación entre colegas y personal participante en la crisis.

Ante el sentimiento de insatisfacción profesional más o menos generalizado, el médico reacciona con tres actitudes perfectamente definidas: permanecer callado, continuar en la institución protestando (inconformista, polémico) o dejar el puesto de trabajo; lo que lleva en cualquiera de sus formas insatisfacción en el equilibrio social, valoración personal, comunicación, flexibilidad, capacidad de decisión y de participación en la carga laboral, resultando un sentimiento de importante frustración. (Flórez 1994)

A esto, se añaden ciertos factores de frustración económica y la no apreciación de su esfuerzo, dedicación y estudio aunado a sus aspiraciones no valoradas.

Por último, además de todas las variables negativas que hemos mencionado, es necesario mencionar los efectos deletéreos sobre el rendimiento relativo a una jornada de trabajo continua, extenuante, que en ocasiones puede prolongarse entre 24 y 36 horas. De igual forma la reducción de los periodos de sueño normales para el médico provoca importantes trastornos de carácter o de la conducta, hasta el punto de originar crisis neuróticas que repercuten negativamente en la relación trascendente "médico-paciente". (Flórez, 1994).

III. SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de desgaste o síndrome de "burnout", refiere una serie de respuestas a situaciones de estrés laboral crónico integrado por sentimientos y actitudes negativas que provocan "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas. (Ortega 2004)

Antecedentes históricos

Herbert Freudenberger en 1974, introdujo el concepto Burnout describiéndolo como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador". (Aquipian 2007)

Pines y Kafry en 1978, definieron el burnout como una "experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal".

Edelwecho y Drodsky en 1980 lo definen como "una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo". (Aquipian 2007)

En 1981, Maslach y Jackson definieron el concepto desde una perspectiva tridimensional, caracterizada por:

- Agotamiento emocional: se define como cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización: es el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc. Se acompaña en un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación. La persona trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo, sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para referirse a los clientes, usuarios o pacientes tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.
- Sentimiento de baja realización profesional y/o personal: surge cuando se verifica que las demandas que se hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso al darle sentido a la actividad laboral. Se experimentan sentimientos de fracaso personal, carencias de expectativas e insatisfacción.

Clasificación

1. Leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos como cefalea, dolor muscular, donde el afectado se vuelve poco operativo.
2. Moderada: aparece insomnio, déficit de atención y en la concentración, tendencia a la automedicación.
3. Grave: mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos
4. Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

Aspectos epidemiológicos

Entre los aspectos epidemiológicos descritos en la literatura, (Atance 1997)), no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores pero se ha observado que existen variables que influyen en el desarrollo del síndrome como:

- Edad: parece no influir en la aparición del síndrome aunque se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que los primeros años de carrera profesional es el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo, que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son las prometidas ni las esperadas. Como conclusiones observa mayor incidencia de Síndrome de Burnout en los profesionales jóvenes que en los profesionales que tienen experiencia mayor de 10 años.
- Sexo: los profesionistas femeninos, son el grupo más vulnerable, quizá se debe a la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer.
- Estado civil: parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que están casadas o conviven con parejas estables.
- Presencia de hijos: está descrito que tener hijos refleja el continuo manejo con el estrés, debido a la tendencia de ser personas maduras y estables así como la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realistas.

Existen otros factores propios del desempeño laboral que influyen en la aparición del Síndrome de burnout como son:

- Características del puesto de trabajo: depende del grado de responsabilidad así como el lugar que ocupe en el organigrama interno de la institución y el tiempo de contacto con los clientes, alumnos o pacientes.

- Turnos laborales nocturnos: debido a las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina.
- Antigüedad profesional mayor de 10 años: se ha reportado como el periodo de mayor estabilidad emocional y económica, no así en los jóvenes que inician empleo y remuneración económica quienes al cabo de tiempo laboral no alcanzan las expectativas iniciales.

Como ya hemos comentado el Síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que engloba sentimiento y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y el medio ambiente que lo rodea principalmente en las profesiones que prestan servicios y atención al público, como médicos, enfermeras, profesores, psicólogos, trabajadores sociales, servicio público, policías, cuidadores, etc. Por lo que es frecuente la somatización del estrés caracterizado por síntomas psicológicos con repercusión sistémica, pudiendo ser desde leves a severos. A continuación presentamos un cuadro de los síntomas emocionales, psicosomáticos y conductuales más frecuentes en el Síndrome de burnout. (Apiquian, 2007)

Síntomas Psicosomáticos	Síntomas emocionales	Síntomas conductuales
<ul style="list-style-type: none"> o Fatiga crónica o Cefalea o Dolor muscular o Insomnio o Pérdida de peso o Alteraciones gastrointestinales o Dolor en pecho o Palpitaciones o Hipertensión o Crisis asmática o Resfriados frecuentes o Alergias 	<ul style="list-style-type: none"> o Irritabilidad o Ansiedad generalizada o Depresión o Frustración o Aburrimiento o Distanciamiento afectivo o Impaciencia o Desorientación o Sentimiento de soledad y vacío o Impotencia o Sentimiento de omnipresencia 	<ul style="list-style-type: none"> o Cinismo o No hablan o Apatía o Hostilidad o Susplicacia o Sarcasmo o Pesimismo o Ausentismo laboral o Abuso en consumo de café, alcohol y fármacos o Relaciones interpersonales distantes y frías o Tono de voz elevado o Llanto o Dificultad de concentración o Incremento de conflictos con compañeros o Disminución de la calidad del servicio prestado o Agresividad o Cambios bruscos de humor o Enfado frecuente

Síndrome de Burnout en el ambiente médico

Con relativa frecuencia nos encontramos en el ambiente hospitalario, en los diversos equipos y niveles de médicos y enfermeras, situaciones de inhibición e indiferencia que comienzan a preocupar a las instituciones de salud, a los pacientes y a los propios encargados de estas dependencias.

Posiblemente, el trabajo de médicos y enfermeras en una sociedad tan exigente, con pocos incentivos y motivaciones para estos profesionales, constituya una de las causas más importantes. Estas quejas psicosociales tan frecuentes determinan factores más profundos que obedecen a crisis de adaptación a las exigencias de la dedicación y vocación médica. (Flórez, 1994)

El síndrome de estrés tiene como factores, una combinación de tres elementos fundamentales: medio ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas.

Estos interactúan de tal manera que ocasionan que el médico sienta ansiedad, cólera o depresión. El ambiente suele esgrimirse como la causa imperante del estrés que sufren los médicos y enfermeras y que finalmente les conduce a esa sensación de "estar quemado". Esto aunado a la gran responsabilidad que conlleva la asistencia médica, la falta de organización, la deficiente participación de los directivos en la participación de los médicos y en los objetivos institucionales, las frustraciones frecuentes, la burocratización excesiva, la masificación hospitalaria, etc., generan una situación casi constante de ansiedad, de mal humor, con importantes cambios en la conducta y en la personalidad del médico que llevan a dificultades de adaptación, no sólo en el sistema hospitalario, sino también en su propia familia y en la sociedad. (Flórez 1994)

Queda claro que los profesionales sanitarios, particularmente médicos, experimentan un intenso estrés en sus continuas acciones terapéuticas y de cuidados. En este sentido, hemos mantenido que el hospital se convierte en un potente agente estresante que integra numerosos factores que sitúan al médico ante una serie de situaciones que le exigen un esfuerzo mayor del habitual.

Flórez (1994), menciona que si observamos detenidamente el comportamiento del médico, fácilmente encontramos rasgos de conducta del siguiente tipo: sensación de urgencia del tiempo, alta involucración laboral, gran impaciencia o tendencia a la hostilidad interpersonal; que indudablemente se relaciona con el patrón de conducta tipo A, asociado a un factor de riesgo para el desarrollo de algunas patologías psicosomáticas y/o psiquiátricas.

Esta respuesta genérica e inespecífica del organismo se acompaña, además de sentimientos tales como la falta de ayuda, la actitud negativa y la posible pérdida de autoestima en su actuación profesional y social.

IV. DEPRESIÓN

Antecedentes históricos

La depresión quizá como ningún otro desorden psiquiátrico o médico se remonta en su historia hasta los primeros registros de la humanidad.

Etimológicamente, depresión viene del latín *depressio*: hundimiento, el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital, que le impide cada vez más vivir con plenitud. (Rojtnberg, 2001)

La primera descripción clínica la realizó Hipócrates (460-370 a.c.) quien acuñó el término de "melancolía". Según la versión hipocrática, la melancolía se caracteriza por una aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia. Literalmente la palabra melancolía deriva del griego Mélanos=negro y cholis0bilis, ya que se consideraba que la etiología era que la bilis negra en abundancia ascendía al cerebro y los pacientes manifestaban vómitos a causa de su irritabilidad y ansiedad. (Rojtenberg, 2001). Aristóteles (aproximadamente 350 a.c.) reconoció un temperamento melancólico en grandes pensadores, artistas, poetas y políticos.

Arateus de Capadoctis (aproximadamente 80 d.c.) aportó una mejor descripción clínica temprana de la enfermedad, él consideraba que la manía y la melancolía eran dos expresiones de una enfermedad recurrente pero potencialmente curable, los pacientes melancólicos eran descritos como "intranquilos, tristes, desalentados, con insomnio, aterrados si la afección progresaba" y "delgados por su agitación y falta de sueño reconfortable" también señaló que a una edad más avanzada, se quejaban por miles de tonterías y deseaban la muerte. (Zilboorg y Henry, 1941; citado en Publicación del Depto. De Psic. Experimental de la conducta, 1984)

Durante la edad media a finales de 150, Félix Platter se da a conocer como el primer gran sistematizador ya que describió a la melancolía como una clase de aberración mental en donde la imaginación y el juicio estaban pervertidos sin causa alguna, las víctimas se volvían muy tristes y temerosas; suponía que la causa era un terror ocasionado por algún accidente imprevisto. (Diethelm y Hefferman, cit. En Publicación del Depto. E Psic., 1984). También durante esta época la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, a la influencia de los astros o al exceso de humores. Paracelso fue la excepción, ya que en medio de muchas contradicciones de la época, afirma que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

Constantino Africano, fundador de la escuela de medicina de Salerno se hizo famoso por sus descripciones de los estado depresivos. Se apoyó en la teoría de que una cantidad excesiva de bilis por disfunción de la economía orgánica era la causa de la melancolía. Señaló dos tipos distintos de melancolía: uno se localizaba en el cerebro, el otro en el estómago; fue el primero en describir los síntomas de la melancolía: miedo a los desconocido, remordimientos religiosos excesivos y ansiedad; afirmó también que un buen pronóstico eran las afecciones en las que predominaba un estado extremo retraimiento.

A finales de 1621 cesó la creencia en influencias espirituales como causa de la depresión, ya que Robert Burton en su Anatomía de la melancolía refería que los melancólicos descendían de padres melancólicos.

Kraepelín a finales de 1800 establece un sistema nosográfico con el que va a integrar en forma organizada y sistemática el caos reinante en psiquiatría. Así diferencia tres categorías principales: la demencia precoz, la parafrenia y la psicosis maniaco depresiva.

Por otro lado es importante mencionar la aportación de Freud (1917) al hablar del término Duelo y Melancolía. El duelo es una reacción frente a la pérdida de una persona o una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.; es un estado normal que en cierto tiempo se superará, que es inoportuno y dañino perturbarlo.

El duelo pesaroso es la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene dolor, pérdida del interés por el mundo exterior y de la capacidad de escoger algún objeto de amor.

La melancolía se identifica en lo anímico por un profundo dolor, una cancelación del interés por el mundo exterior, hay una pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. El duelo muestra los mismos rasgos excepto uno que es la falta de una perturbación del sentimiento de sí, es decir una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. El melancólico describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable, se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna. No se da cuenta que tiene una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; cree que nunca fue mejor. (Serrano, 2001).

Definiciones

La depresión es un trastorno complejo, con diferentes matices sintomáticos promovidos por múltiples causas que afecta al sujeto tanto por el alto grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales.

Se ha clasificado como síndrome ya que se manifiesta por un conjunto de síntomas entre los cuales el individuo puede presentar tristeza, pesadumbre, ansiedad y sentimientos de soledad, desesperanza e impotencia.

La depresión como síntoma es experimentado por todas las personas. Se puede manifestar simplemente como tristeza, infelicidad o pesimismo y en la mayoría de las personas como una mera sensación de soledad. (Cantwell, 1987)

Existe en el ser humano un pesar que no disminuye con el paso del tiempo, que impresiona como inapropiado o exagerado en relación con el acontecimiento supuestamente precipitante, que no aparece vinculado con una causa discernible o que toma el lugar de una emoción más congruente. Este pesar aletarga, interrumpe o anula la acción; inunda con una sensación de angustia difícil de contener, tiende a extenderse a una psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento, reaparece con frecuencia incluso después de una aparente cura, este estado emocional se denomina generalmente depresión. (Arieti y Bemporad, 1993).

Arieti y Bemporad (1993) consideran que es un sentimiento, pero también se puede considerar de la siguiente manera:

1. Como síndrome, en la medida en que produce graves alteraciones del funcionamiento psicológico y de algunas funciones somáticas.
2. Como enfermedad, ya que es un estado que provoca una disfunción del organismo, independientemente de la naturaleza de la causa desencadenante.

La depresión significa decaimiento de ánimo o de la voluntad. Estado patológico en que existe disminución general de toda la actividad síquica y que afecta especialmente al componente afectivo de la personalidad. Uno de los rasgos característicos de este problema clínico es que afecta en mayor medida a mujeres que a hombres, por cada dos mujeres depresivas hay un hombre depresivo. (DSM-IV, 2003).

Para Rojtenberg (2001) la depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de autoestima con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

En muchos casos está asociada a una pérdida importante que tuvo lugar en la infancia o a cuidados pocos amorosos y hostiles por parte de las figuras paternas, que resultaron por satisfactorias en la niñez. Además en el área afectiva también se presenta una incapacidad para relacionarse y desinterés en la vida y en sus actividades. En este aspecto psicomotor se observa una lentitud en sus movimientos y fatiga. Las personas deprimidas pueden presentar quejas, dolor, fatiga o enfermedades psicosomáticas. En algunos casos se presentan ciclos de melancolía y manía. (Rangel, 2001)

Cuadro clínico y clasificación

La depresión se ha clasificado como un síndrome ya que se manifiesta por un conjunto de síntomas entre los cuales el individuo puede presentar tristeza, pesadumbre, ansiedad y sentimientos de soledad, desesperanza e impotencia. Está acompañado de pensamientos y expectativas pesimistas y negativas ante el ambiente y el futuro, además de falta de concentración y productividad en el trabajo.

Según Rojtenberg, (2001) la depresión se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción y la pérdida del interés por el mundo externo, la disminución de la capacidad de experimentar placer, la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, rumiante y monotemático y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo.

Estadísticamente, la tasa de prevalencia de la depresión varía del 3 al 6% de la población general. La depresión es más predominante en las mujeres ya que suelen padecerla 2 a 3 veces más que los hombres y se encuentran más expuestas durante épocas particularmente vulnerables como la adolescencia, el puerperio y la perimenopausia.

Para comprender mejor las funciones que se ven afectadas en la depresión Polaina (1995) propone las siguientes áreas:

- Afectividad: tristeza sin motivo alguno, falta de ilusiones, indiferencia aburrimiento, anulación de los proyectos e ideales, infelicidad, deseos de morirse, el paciente dice sentirse desesperado, solitario, infeliz, humillarlo, avergonzado, preocupado, inútil o culpable.
- Pensamiento: está retardado con un contenido ideatorio prevalente, disminución de la autoestima, autorreproches o ideas de ruina. No puede desarrollar una actividad preparatoria para una acción específica modificadora y creativa, sino que, por el contrario cavila de modo monotemático y repetitivo con y sobre su queja, sin provecho o acción específica alguna. Culpa moral. Dificultad para la evocación. Falta de ocurrencia Y/o espontaneidad. En ocasiones tienen ideas delirantes hipocondríacas de culpa y condenación. Ideas paranoides (se sienten observados o espiados).
- Lenguaje: hay inhibición y graves dificultades para conversar que pueden llegar a la incomunicación. Los contenidos duelen ser negativos y tristes. Suele presentarse hermetismo y solipsismo.
- Sensación d enfermedad: se considera cansado, agotado y en ocasiones acabado y acostado por el sufrimiento. Se siente incapaz de realizar alguna tarea por pequeña que esta sea.
- Interacción social: Es inhibida y bloqueada. Tiene dificultades para rebasar su propia intimidad, autoconcepto peyorativo.
- Actividad: frecuentemente inhibida. Experimenta excesivas reflexiones que transforma en obstáculos inesperables. La actividad no tiene ningún sentido, sus proyectos personales los desecha o reduce.

- Tendencia: Imposibilidad de dormirse, sueño inquieto, superficial y con pesadillas, frecuentemente interrumpido. En algunos casos hay hipersomnias. Anorexia que puede originar pérdida importante de peso. En ocasiones episodios de bulimia. El deseo sexual se empobrece y también pueden aparecer la impotencia o la anorgasmia. La mujer padece alteraciones del ciclo menstrual, que pueden ser hipomenorrea, hipermenorrea o amenorrea, como también alteraciones en la duración del ciclo.
- Trastornos neurovegetativos: náuseas, vómitos, sequedad de la boca, estreñimiento, hipertensión, taquicardia, cefaleas, vértigo, prurito, crisis de sudoración, hipersensibilidad al ruido, trastorno del gusto.

En la actualidad existen varios sistemas para clasificar los trastornos afectivos, por lo que citaremos algunas clasificaciones de importancia para esta investigación.

Calderón (1984) establece una diferencia entre la forma reactiva y endógena. En la reactiva o exógena hay factores ambientales y psicológicos desencadenantes, mientras que en la segunda no hay factores desencadenantes evidentes, pero los estudios revelan alteraciones en la bioquímica y neuroquímica del organismo.

El DSM-IV (2003), clasifica la depresión en:

1. Trastorno depresivo mayor:

Si el estado de ánimo o la pérdida de interés persiste durante al menos dos semanas se considera un trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante, y deben presentarse cinco de los siguientes síntomas en forma simultánea y durar la mayor parte del día.

- a. Disminución del interés o capacidad para el placer en casi todas las actividades
- b. Pérdida o aumento importante de peso
- c. Insomnio o hipersomnia
- d. Agitación o inhibición psicomotoras
- e. Fatiga o pérdida de energía
- f. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos
- g. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar
- h. Pensamientos de muerte recurrentes, ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con este cuadro que mueren por suicidio llegan al 15%, además de experimentar más dolor, enfermedades físicas y una peor actividad física, social y personal.

El trastorno depresivo mayor tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces más frecuente en mujeres que en varones. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años.

El trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinada enfermedad médica (diabetes, infarto al miocardio, accidentes vasculares) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica.

Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable.

2. Trastorno distímico

Se considera trastorno distímico si durante al menos dos años ha habido más de dos días con estado de ánimo depresivo en adultos o niños se considera un trastorno distímico

Se caracteriza por presentar un estado depresivo la mayor parte del día, de la mayoría de los días durante al menos dos años (en niños y adolescentes un año). Los síntomas no son tan graves e incapacitantes como los del episodio depresivo mayor e incluyen dos o más de los siguientes síntomas:

- a. Pérdida o aumento del apetito
- b. Insomnio o hipersomnia
- c. Fatiga
- d. Dificultad para concentrarse
- e. Sentimiento de desesperanza

3. Trastorno depresivo debido a enfermedad médica.

En este trastorno la característica esencial es una marcada y persistente alteración en el estado de ánimo debido a los efectos fisiológicos directos de una condición médica. Evidentemente el comienzo, la evolución y la remisión del cuadro están íntimamente relacionados con la condición médica. Debe existir una evidencia histórica, de n examen físico o de datos de laboratorio que corroboren esta etiología. El DSM-IV (2003) menciona algunas condiciones médicas para el diagnóstico de este trastorno entre las cuáles están: endocrinológicas, tumores, afecciones virales, neurológicas, digestivas, sistémicas y/o autoinmunitarias, cardiovasculares e insuficiencias renal, respiratoria o cardíaca.

Causas

Calderón (1984); quien considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, afirma que la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro clínico y el diagnóstico que se haga. El estado constitucional y los factores ambientales son mutuamente complementarios, aunque haya predominio de algunos agentes. Calderón divide las causas en genéticas, psicológicas, ecológicas y sociales.

Causas genéticas

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas. Quizá se podría hablar de la posibilidad de heredar o de presentar una vulnerabilidad a los cuadros depresivos, aunque también pueden influir factores ambientales. (Calderón, 1984)

La teoría monoaminérgica hipotetizaba que la depresión era debida a una deficiencia de neurotransmisores monoaminérgicos. Toma en cuenta que los principales neurotransmisores son las catecolaminas (norepinefrina, dopamina y serotonina). Se pensaba que la cantidad normal de neurotransmisores era de algún modo disminuida, quizá por un proceso patológico desconocido, por estrés o por fármacos, lo que conducía a los síntomas de la depresión.

Causas psicológicas

Calderón (1984) refiere que las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier depresión; los factores emocionales tienen un papel preponderante, desde los primeros años de la vida, determinando rasgos de personalidad enraizados en el modo de ser del individuo.

Los desencadenantes pueden ser la pérdida de un ser querido, de una situación económica, de la salud (enfermedad con peligro de muerte, que determinan incapacidad física o alteraciones estéticas o enfermedades que afectan la autoestima).

Por otro lado la pérdida del objeto (ya sea reciente y real o del pasado, un ser querido, el poder sexual, la juventud, la salud, etc.) es una causa básica en la depresión.

Causas ecológicas

Calderón (1984) considera que los daños orgánicos a causa de la contaminación atmosférica, el ruido o los problemas de tránsito son causantes de las depresiones simples. En general el impacto del desequilibrio ecológico causa tensión, hipertensión, angustia e inseguridad, insomnio, fatiga física e intelectual, ansiedad, irritabilidad, factores que pueden conllevar a una depresión.

Causas sociales

Las pérdidas de los lazos de unión (desintegración familiar, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, falta de vínculos afectivos) afectan en forma importante el estado afectivo de muchas personas. También son causas de las depresiones simples. (1984)

Cabe recalcar que no sólo la depresión es causada por alguna alteración bioquímica, psicológica o social, sino que puede desencadenarse a partir del cambio de vida debido a padecimiento de una enfermedad crónica.

Cabe resaltar que una de la sintomatología que presenta una persona depresiva es la ansiedad, habiendo una estrecha relación entre ambos cuadros.

Tratamiento

Previo a cualquier tratamiento se debe contar con un adecuado y cuidadoso diagnóstico, ya que éste nos proporciona una base sólida para determinar el tratamiento médico y/o psicológico más eficaz para cada paciente. Esto con el objetivo de tener una correcta evaluación de síntomas característicos de la depresión y no confundir con otro diagnóstico.

Existen diversas formas de tratamiento para la depresión, sólo mencionaré las más importantes.

1. Farmacoterapia

Beck (1983, Cit en Rangel, 2001), fue uno de los autores que aportó investigaciones importantes al estudio y tratamiento de la depresión. Junto con otros científicos realizó una investigación bibliográfica y de campo sobre las sustancias que se han utilizado desde 1955 hasta la fecha. A partir de 1957 aparecieron dos tipos de medicamentos que favorecieron la producción de fármacos nuevos como los compuestos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminooxidasa.

Los efectos colaterales más comunes de los tricíclicos son sequedad de la boca, estreñimiento, aumento en la sudoración, agitación e insomnio y al inicio de la administración alteraciones temporales como vómito, somnolencia y trastornos visuales leves.

Existen nuevos medicamentos como las benzodiazepinas del tipo Clonacepam y Alprazolam que en dosis adecuadas disminuyen el síntoma de ansiedad, condicionando mejoría de los síntomas depresivos. El inconveniente con este tipo de medicamentos es la facilidad de dependencia que crean y que al suspender estos medicamentos puede ocasionar recidiva de los síntomas en mayor proporción.

2. Psicoterapia

El tratamiento farmacológico es de gran ayuda para combatir a la depresión, pero en algunas ocasiones es necesario combinarlo con la psicoterapia para tratarla. Algunos modelos psicoterapéuticos clásicos pueden ser:

- Psicoterapia interpersonal: Es una psicoterapia desarrollada por Klerman y Weissman que se basa en el análisis crítico de los factores sociales que influyen en el desencadenamiento de un episodio depresivo. La estabilidad y calidad de las relaciones tempranas, la existencia de relaciones confiables durante la vida, la pérdida de relaciones significativas y la presencia de estrés están estrechamente ligadas al comienzo de la depresión. El objetivo de esta terapia se focaliza en el alivio de los síntomas a través de una mejoría en las relaciones interpersonales. (Vallejo y Gastó, 1990)

- Psicoterapia cognitivo conductual: es una psicoterapia breve, desarrollada por Beck, Kovacs y Rush, siendo el método psicoterapéutico más extensamente evaluado en depresión. Desde un punto de vista teórico, se asume que el problema central de la depresión consiste en pensamientos negativos que a su vez desencadenan los síntomas emocionales y conductuales de la depresión. Así la depresión se caracteriza por una visión negativa y pesimista del mundo y de sí mismo. El objetivo de esta terapia es identificar las cogniciones y actitudes negativas a fin de modificarlas. (Yates, 1972)
- Psicoterapia psicodinámica: A diferencia de las psicoterapias anteriores, el objetivo de esta forma de tratamiento es la modificación de la estructura de la personalidad y no sólo aliviar los síntomas. Desde un punto de vista teórico, los síntomas depresivos serían el resultado de un conflicto inconsciente. La clave para resolver esos conflictos sería el análisis de la relación (transferencial) entre el paciente y el terapeuta, ya que en ella se reproducirían “en vivo y en directo” la mayor parte de esas perturbaciones inconscientes. El objetivo de la terapia sería la elaboración de esos conflictos, lo que secundariamente traería el alivio de los síntomas. (Arieti y Bemporad, 1993).

V. ANSIEDAD

Antecedentes históricos

La ansiedad es una experiencia humana universal, que se remonta a los orígenes de la humanidad, su evocación no implica necesariamente la presencia de un trastorno con repercusión clínica. Y es quizá por ese carácter tan universal de la ansiedad como parte de la condición humana, los médicos antiguos omitían de la lista de enfermedades, las mentales. Los griegos clásicos describían términos similares como manía, melancolía, histeria y paranoia, sin embargo no disponían de ningún término para la ansiedad.

Berrios y Link (1995, cit. En Stone, 2001), señalaron que la descripción más cercana a los que hoy conocemos como ansiedad es en la obra de Burton "Anatomía de la Melancolía", en donde se hacía referencia a un estado de melancolía.

Fue hasta el siglo XVIII en que el término ansiedad se incorporó al léxico médico de las enfermedades mentales en donde su uso significaba que se establecía una distinción entre las reacciones "normales" de la gente tras un fracaso sentimental, problemas económicos, etc. y el carácter excesivo de la reacción de otras personas que atravesaban situaciones adversas.

En Francia Boisseier de Sauvages hablaba de panofobia, haciendo referencia un estado generalizado de ansiedad que podía expresarse, a su vez, por sacudidas como el terror o pavor nocturno, agitación corporal intensa, insomnio o sensaciones de terror producto de la imaginación. (Stone, 2001)

En los primeros años del siglo XIX se asistió a un cambio dentro del campo de la salud mental: de la atención a las causas somáticas o a las manifestaciones concomitantes de los trastornos mentales se pasó al estudio de las posibles causas psicológicas. A final de ese siglo se extendió la idea de que la ansiedad, en sus formas intensas o persistentes, merecía ocupar un lugar propio dentro de la nosología psiquiátrica. Por lo que la escuela francesa, consideraba a la ansiedad parte de un proceso triple que comenzada por la inquietud, progresaba hasta la ansiedad y podía terminar en la angustia. (Littre y Robin, 1858, cit. en Stone, 2001).

Por otro lado Neuman consideraba la enfermedad mental como parte de un proceso dinámico por el que en condiciones normales, una persona logra sus aspiraciones hacia la libertad ganada de a través del autocontrol. En circunstancias patológicas, las perturbaciones de los impulsos, sobre todo de los sexuales, alteran la armonía de la persona. Si no se satisfacen esos impulsos surge la ansiedad.

La categoría de diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se introdujo inicialmente con el DSM-III en 1980. Actualmente el DSM-IV nos presenta una amplia clasificación de los diversos trastornos de ansiedad, así como su sintomatología, que nos permite a los profesionales de la salud tener una base sólida para un buen diagnóstico.

Como se observa a lo largo de la historia del concepto de ansiedad se mencionan varios factores que podía desencadenar este padecimiento dependiendo de la época y el contexto en el que se estuviera.

Definiciones

La ansiedad es el estado psicológico persistente y recurrente surgido de un conflicto interior; vivido como un estrés experimentando sentimientos vagos de inquietud o pensamiento de estar a filo de la existencia, sentimientos de miedo, furia, irritabilidad, desasosiego, depresión entre otros sentimientos difusos y desconocidos. Esta conflicto oculto, emana del choque entre la incompatibilidad de impulsos, deseos y valores. (Jersild, 1978).

El trastorno de ansiedad se caracteriza por preocupación excesiva (expectación aprensiva) que se observan durante un periodo superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. (DSM-IV 2003)

Spielberger y Díaz (1975 cit. en Spielberger, Martínez-Urrutia, Gonzalez-reigosa, Natalicio y Díaz-Guerrero, 1975), mencionan que la ansiedad se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetiva, concientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo; los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Clasificación y cuadro clínico

La ansiedad es un fenómeno complejo que puede ser definido como una experiencia emocional en la cual el ser humano se ve involucrado. Como estado emocional normal a moderado es parte de un experiencia natural, no es útil para mejorar el esfuerzo, como tensión nos ayuda a mantener altos patrones de trabajo y conducta, pero en exceso es una desventaja pues daña la eficacia en la productividad del ser humano. (Bobes, Bousoño, Portilla y Sáinz, 2002). El trastorno de ansiedad tiene varias clasificaciones; que se encuentran enlistadas en el DSM-IV (2003) y son las siguientes:

1. Crisis de angustia: se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañado habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis aparecen también síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.
2. Agorafobia se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

3. Trastorno de angustia sin agorafobia se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que causan un estado de permanente preocupación.
4. El trastorno de angustia con agorafobia se caracteriza por crisis de angustia y agorafobia de carácter recidivante e inesperado.
5. La fobia específica se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar comportamientos de evitación.
6. La fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo.
7. El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).
8. El trastorno por estrés postraumático se caracteriza por la re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.
9. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente al menos 6 meses.
10. El trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
11. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos de una droga, fármaco o tóxico.
12. El trastorno de ansiedad no especificado se caracteriza por ansiedad o evitación fóbica prominentes que no reúnen los criterios de los trastornos de ansiedad ya mencionados.

El DSM-IV (2003) menciona que para que se catalogue como trastorno de ansiedad debe presentar tres o más de los siguientes síntomas que deben de haberse presentado en la mayoría de los días del último semestre:

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador)

A la tensión muscular que presentan estos individuos puede añadirse temblores, sacudidas, inquietud motora, dolor o entumecimiento muscular. Muchos individuos con trastorno de ansiedad también pueden presentar sintomáticos (manos frías, y pegajosas, boca seca, sudoración, náuseas o diarrea, problemas para tragar o quejas de "tener algo en la garganta") y respuesta de sobresalto exageradas. Los síntomas depresivos también son frecuentes.

Framm-Reichmann (cit. en Serrano, 2001) plantea que la ansiedad se manifiesta por:

- Interferencia con los procesos del pensamiento y de la concentración
- Hay un sentimiento de incertidumbre y desamparo frecuentemente sin razón
- Hay una preocupación intelectual y emocional
- Existe un bloqueo en la comunicación

Además se presentan varios indicadores psicológicos de ansiedad como: temblor en las manos, nerviosismo, insomnio, palpitaciones, sensación de opresión en la cabeza, fuertes dolores de cabeza, falta de aliento cuando no se está haciendo ejercicio o trabajando mucho, transpiración de las palmas y pesadillas.

La preocupación que se manifiesta en el trastorno de ansiedad se ha diferenciado de la preocupación normal, en su percepción como un hecho significativamente más incontrolable e irreal. Las personas con este tipo de trastorno invierten en sus preocupaciones la mayor parte del día (aproximadamente el 60%). Además esta preocupación se experimenta como una condensación de pensamientos e imágenes cargados de afectividad negativa y relativamente incontrolables. Aunque el contenido de sus preocupaciones sea simple (familia, trabajo, enfermedad) los pacientes con ansiedad suelen augurar desenlaces negativos. (Craske y cols., 1989, cit. en Brouette y Goddard, 2001).

El trastorno de ansiedad ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en varones, en estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de dos tercios a favor de las mujeres. (DSM-IV)

El trastorno de ansiedad generalizada debe diferenciarse del trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, en el que los síntomas se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente. Entre los síntomas se observa ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones. Este diagnóstico debe basarse en la historia clínica, en los hallazgos de laboratorio y en la exploración física.

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, la presencia de esa enfermedad. Debe determinar así mismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad.

Para ello es fundamental realizar una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores.

Etiología

La combinación de preocupación y tensión somática, que resulta diagnóstica del trastorno de ansiedad, se presta para esbozar las contribuciones tanto biológica como psicosociales.

1. Factores biológicos:

- a. **Genética:** Se ha identificado que el trastorno de ansiedad generalizada puede tener una base genética. Skre y cols. (1993, cit. en Brouette y Goddard, 2001), propusieron que los genes que intervienen en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo podrían estar ligados. No está claro si esta relación puede atribuirse a expresiones diferentes de un mismo gen anómalo o a dos genes anómalos situados en el mismo cromosoma. No obstante, se ha comprobado que un alto porcentaje de los pacientes sufre un trastorno asociado del estado de ánimo. Los factores genéticos pueden contribuir de manera significativa a la patogenia de la ansiedad; sin embargo no es el único factor que contribuye a la aparición de esta problemática.

b. Factores neuroquímicos:

Noradrenalina:

El trastorno de ansiedad se ha asociado con un aumento de la noradrenalina, la regulación a la baja de los receptores alfa-adrenérgicos postsinápticos es compatible con una hiperactivación del sistema noradrenalínico.

Serotonina:

Las situaciones potencialmente amenazadoras elevan los niveles de serotonina sináptica y las regiones corticales y límbica posiblemente se sirvan de esta estímulo para evaluar y reaccionar ante la situación. La elevación de los metabolitos setotoninergicos sugiere un modelo de hiperactivación serotoninérgica.

El ácido aminobutírico (GABA) y la colecistocinina son otros neurotransmisores que parecen estar implicados en la etiología del trastorno de ansiedad.

Función endócrina:

Los componentes múltiples del sistema endócrino modulan el metabolismo corporal. La capacidad de respuesta al estrés y restablecer la homeostasis en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal puede tener relación con los trastornos de ansiedad.

2. Factores psicosociales:

Los procesos internos, la experiencia y los medios de afrontamiento del paciente intervienen en el curso de ansiedad.

Rosenbaum y cols. (1993, cit. en Stein y Hollander, 2001) Mencionan que la inhibición conductual durante la infancia puede incrementar el riesgo para presentar un trastorno de ansiedad en la vida adulta. Esta inhibición está caracterizada por la tendencia a la retracción y timidez frente a situaciones nuevas. Los niños con inhibición conductual presentan tasas más elevadas de trastornos de ansiedad en la infancia y la inhibición puede predecir futuros trastornos de ansiedad.

Spielberger (1992) propone una teoría sobre el trastorno de ansiedad, en la cual menciona que la ansiedad no es un trastorno, sin una constelación de rasgos de personalidad desadaptativos. El rasgo de ansiedad puede definirse como una disposición bastante estable para responder con un estado de ansiedad a una amplia gama de situaciones.

La terapia cognitivo-conductual, propone que los pacientes con trastorno de ansiedad han elaborado un conjunto de pensamientos automáticos catastróficos que se autoreforzan en impiden a la persona aproximarse; sin sufrir una turbación enorme, a las situaciones novedosas. El paciente entra en una cascada de ideas irracionales y va teniendo cada vez más problemas para afrontar las preocupaciones sobre su futuro. El paciente con ansiedad sobrevalora la probabilidad o la intensidad de los acontecimientos que le aterran y esta sobrevaloración mantiene el trastorno. El paciente con ansiedad está pendiente en exceso de los estímulos potencialmente amenazadores y esta atención sesgada propaga la sensación de peligro. Los pacientes adoptan conductas de evitación o de escape que les impide descubrir las pruebas que contra dirían estas predicciones pesimistas; por eso el paciente sigue sosteniendo estas creencias. (Vallejo y gastó, 1990).

El principal diagnóstico diferencial se realiza con el trastorno depresivo debido a la frecuente aparición de este trastorno y su sintomatología junto con la ansiedad. La distinción entre depresión y ansiedad no suele ser difícil. Sin embargo, el diagnóstico es menos claro en el caso de las depresiones neuróticas. En tal supuesto, la tristeza y la anhedonia apuntarán hacia la depresión, mientras que el estado expectante y el agobio existencial, orientarán hacia la ansiedad. No obstante, en caso de duda se administrarán ansiolíticos de cara a valorar la mejoría del posible cuadro ansioso o la aparición en su forma más nítida de un estado depresivo.

Tratamiento

- Farmacoterapia

La ansiedad se ha tratado durante gran parte de la historia con fármacos empezando por el alcohol en la prehistoria y siguiendo por el uso de los bromuros, el hidrato de cloral y el paraldehído en el siglo XIX hasta llegar a la síntesis de los barbitúricos, los antihistamínicos y las benzodiacepinas en el siglo XX.

Las primeras clasificaciones de los años 60 indicaban que existían diferencias entre los antidepresivos y los ansiolíticos. Este hecho reflejaba los conceptos diagnósticos entonces predominantes, que tendían a diferenciar entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad generalizada mientras que agrupaban por otra parte, en gran medida, a todos los restantes subtipos de trastornos de ansiedad.

En los años 70 y comienzo de los 80, se observó que ciertos antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) resultaban efectivos en el tratamiento del trastorno de pánico, además de que un antidepresivo tricíclico, en concreto la clomipramina, respondía correctamente en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. De esta forma se comenzó a observar que algunos antidepresivos se solapaban con los ansiolíticos en el tratamiento de determinados subtipos de trastornos de ansiedad o en los cuadros ansioso-depresivos.

En la década de los 90, los antidepresivos de la clase inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) pasaron a considerarse los tratamientos preferidos de primera línea para determinados subtipos de trastornos de ansiedad, desde el trastorno obsesivo-compulsivo hasta el trastorno de pánico y recientemente también para la fobia social y el trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, no todos los antidepresivos son ansiolíticos eficaces.

También otros antidepresivos como la nefazodona, mirtazapina y venlafaxina, diferentes a los ISRS parecen actuar positivamente en el trastorno de pánico y en el trastorno por estrés postraumático. Paradójicamente, en los mismos años 90 en que aparecen los ISRS, las benzodiacepinas se convierten en fármacos de segunda línea, o de potenciación para algunos subtipos de trastornos de ansiedad.

En este contexto, la venlafaxina ha sido uno de los primeros fármacos aprobados tanto para tratar el estado de ánimo en la depresión, como para tratar la ansiedad en el trastorno por ansiedad generalizada.

Los antidepresivos tricíclicos son de inicio más lento, pero quizá más eficaces que las benzodiazepinas en lo que respecta al tratamiento de la ansiedad generalizada. Por último señalar que la mirtazapina y la nefazodona han mostrado resultados positivos en pequeños ensayos, en el trastorno de ansiedad generalizada.

Sin embargo, gran parte de los primeros compuestos producían efectos secundarios graves; los avances más recientes en la farmacoterapia del trastorno de ansiedad se ha basado en el uso de agonistas de los receptores de serotonina antidepresivos tricíclicos y otros antidepresivos más específicos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

Benzodiazepinas:

Han sido muy empleadas en el tratamiento del trastorno de ansiedad. La popularidad de estos medicamentos obedece a su actividad ansiolítica rápida y so comodidad de uso.

Esta medicina actúa a nivel de los receptores GABA y los efectos son descenso de la ansiedad, aumento de la sedación, lentificación cognitiva, actividad antiepiléptica y relajación muscular.

La desventaja de este medicamento es que cuando se suspende su administración e incluso cuando se retiran las dosis bajas, los síntomas sintomáticos y psicológicos aumentan.

Estos medicamentos ejercen efectos persistentes sobre la atención, funciones psicomotoras, cognición y memoria que pueden asociarse con morbilidad importante e incluso mortalidad.

Dadas las posibles dificultades que entraña la retirada de la benzodiazepinas, muchos clínicos prefieren no utilizarlas como tratamiento inicial.

Buspirona:

La buspirona sigue siendo hoy en día el fármaco prototipo de la clase de ansiolíticos 5 HT1A. Tiene varias ventajas en comparación con las benzodiazepinas entre las que se encuentran: la ausencia de interacciones con el alcohol o con los fármacos sedantes e hipnóticos, la ausencia de síndrome de abstinencia en terapia prolongada, y la facilidad de uso en pacientes con una historia anterior de abuso de drogas o alcohol. Su desventaja es el retardo de acción. Fue creada en un principio como antipsicótico potencial y tiene afinidad selectiva por los receptores de serotonina del tipo 5 HT1A de los cuales parece ser agonista parcial. El supuesto mecanismo de acción de los agonistas parciales 5HT1A parece ser análogo al de los antidepresivos. La buspirona tiende a utilizarse en pacientes con ansiedad crónica y persistente. También en ancianos y en el abuso de sustancias. Tiene un importante papel como agente potenciador para el tratamiento de la depresión resistente. (Rickels y Schweizer, 1990, cit en Broutte y Goddard, 2001).

Hidroxizina:

En un antagonista de los receptores de histamina que no induce dependencia. La hidroxizina en 50 mg induce a una mejora cognitiva más intensa y más rápida. El efecto secundario más común es la somnolencia, aunque en la mayoría de los pacientes este problema mejora en el transcurso del tratamiento.

Resumiendo, podemos decir que el tratamiento de la ansiedad generalizada consiste en:

- Un primer paso: benzodiazepinas + psicoterapia de apoyo.
- El período de tiempo indicado para mantenerlas, si han resultado eficaces en este primer paso, no debe exceder de tres meses. Al cabo de este periodo se retirarán paulatinamente.
- El segundo escalón en la terapia, si es que la ansiedad no remite o reaparece al retirar el tratamiento, es la introducción de antidepresivos.

En el momento actual, los ensayos clínicos parece que favorecen a la venlafaxina, paroxetina y escitalopram. En este sentido, podemos apuntar que, aún sin existir muchos estudios al respecto, los publicados parecen indicar que los antidepresivos son los medicamentos de elección en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada que tiendan a una evolución prolongada en el tiempo, o cuando exista comorbilidad con depresión, circunstancia que puede darse hasta en un 40 por ciento de los enfermos.

- Psicoterapia

Psicoeducación

La psicoeducación del trastorno de ansiedad constituye un factor importante de la terapia. Los principales motivos para iniciar el tratamiento con la educación es que el paciente tenga claro los síntomas tanto fisiológicos como emocionales que pueden experimentar, además de que conozcan las causas de su problema y lo que pueden hacer para evitarlo. Al ser explicada la sintomatología, los pacientes sienten un gran alivio al saber que su experiencia no es tan rara y que existen tratamientos para combatirla. (Huppert y Sanderson, 2001, cit en Stein y Hollander, 2001).

Terapia cognitiva

Los pacientes con trastornos de ansiedad sobrevaloran la probabilidad de los acontecimientos negativos y subestiman su capacidad para afrontar situaciones difíciles; estas distorsiones cognitivas pueden desempeñar un papel determinante en el círculo vicioso de la ansiedad y acentuar los sentimientos de peligro y amenaza del paciente. De aquí que la terapia cognitiva se dirija al sistema defectuoso de percepción y trate de orientar al paciente hacia un pensamiento lógico y más realista.

Autoobservación

La autoobservación es una técnica de las más básicas de la terapia cognitivo-conductual, ya que sirve como procedimiento de evaluación y como estrategia de tratamiento. El método consiste en que cada vez que el paciente sienta ansiedad registre cuándo y dónde surgió y los síntomas.

Los aspectos más importantes de este registro son: la fecha, hora de inicio y de término, lugar, acontecimiento, personas con las que estaba y el contenido de la preocupación.

Para reforzar el cumplimiento, el terapeuta le debe de informar al paciente que este procedimiento ayudará a aclarar los patrones que generan los episodios preocupantes.

Por último, existen intervenciones activas para personas con trastorno de ansiedad, utilizando técnicas como la sugestión, el refuerzo, el consejo, la reafirmación o el establecimiento de límites, que constituyen lo que se ha llamado psicoterapia sustitutiva.

La respuesta de relajación es una reacción fisiológica que proviene de la estimulación del hipotálamo y que produce una disminución de la actividad del sistema nervioso simpático. Los cambios fisiológicos que ocurren en la respuesta de relajación pueden conseguirse mediante el zen, el yoga y la meditación trascendental. Estas técnicas combinan una actitud pasiva y la repetición de palabras o frases. No obstante no existen datos clínicos sistemáticos que apoyen la eficacia de estos métodos.

VI. METODOLOGÍA

Objetivos:

- Conocer la incidencia y prevalencia del Sx de burnout, ansiedad y depresión así como los factores estresantes en los médicos adscritos y residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana
- Conocer la asociación de situaciones personales sociodemográficas y profesionales con los valores de ansiedad, depresión y Síndrome de burnout en los médicos adscritos y residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana
- Conocer la asociación de enfermedades psicosomáticas relacionadas con factores estresantes en la población de médicos adscritos y residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana
- Conocer los valores de los tres componentes del Maslach Burnout Inventory en la población de médicos adscritos y residentes relacionados con las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana
- Conocer los valores de los componentes del Zung en la población de los médicos adscritos y residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana
- Conocer los valores de los componentes del IDARE en la población de los médicos adscritos y residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana

Tipo de Estudio:

Estudio ex post facto porque el investigador no realiza intervención sobre la variable dependiente sino la variable dependiente ya ocurrió en la población; transversal porque se describen es estado de las variables en un momento específico y correlacional porque nuestro principal interés es conocer la relación existente entre las variables del estudio.

Población:

Está conformado por todos los médicos adscritos y residentes de la Unidades de Cuidados Críticos del ISSSTE del Área Metropolitana (CMN 20 de noviembre, H.R. 1º de Octubre, H.R. Lic. Adolfo López Mateos, H.R. Ignacio Zaragoza, H.G. Darío Fernández, H.G. Gonzalo Castañeda, H.G. Tacaba, H.G. Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez) de los turnos (matutino, vespertino, nocturno y especial), hombres y mujeres, que se encuentren realizando subespecialidad o sean subespecialistas en Medicina Crítica que aceptaron participar contestando las encuestas realizadas.

Criterios de Inclusión:

- ✓ Personal médico adscrito y residente de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana
- ✓ Turno matutino, vespertino, nocturno y especial
- ✓ Sexo masculino y femenino
- ✓ Con una antigüedad de tres meses en adelante
- ✓ Que acepten contestar los cuestionarios de manera voluntaria

Criterios de Exclusión:

- ✓ Personal con antigüedad menor a los tres meses
- ✓ Que se rehúsen a contestar los cuestionarios por la causa que fuese

Muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. De los 125 cuestionarios repartidos en las Unidades de Cuidados Críticos en los hospitales del ISSSTE del área metropolitana, se recibió respuesta para obtener un total de 48 cuestionarios contestados. Los datos relevantes de la muestra se describen en el apartado correspondiente a resultados.

Material

Instrumentos:

- a. **Datos sociodemográficos:** los reactivos de información sociodemográfica y factores de riesgo fueron: edad, sexo, estado civil, si tenían hijos y cuantos.
- b. **Percepción laboral:** se evaluó en forma de afirmación y negación preguntas relacionada con las condiciones de trabajo como Hospital de Adscripción, tipo de adscripción institucional, tipo especialidad de base, tiempo laboral diario, tiempo de ejercicio profesional, satisfacción laboral, valoración por parte de los colegas, pacientes y superiores, así como valoración de su situación económica.
- c. **Antecedentes de salud:** Se cuestionó acerca de condiciones generales de salud, como enfermedades crónicas o síntomas relacionados con factores estresantes, consumo medicamentos tipo de medicamento, consumo frecuente de bebidas alcohólicas, frecuencia de tabaquismo u otras sustancias; si han recibido terapia psicológica o psiquiátrica con ingesta de tranquilizantes o antidepresivos.
- d. **Maslach Burnout Inventory (MBI)**
Éste instrumento está formado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia tipo Likert, donde el sujeto valora, mediante un rango de 7 adjetivos que van de "Nunca" (0) a "Todos los días" (6), con que frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems.

La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores ortogonales que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de **agotamiento emocional** está formada por ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo, la subescala de **despersonalización** está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención, y la subescala de **realización personal** en el trabajo está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala

e. Escala de Autoaplicación de la Depresión de Zung-Conde.

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Es una escala autoaplicada que la conforman 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. La lista de las declaraciones se refiere a una característica específica y común de la depresión. Representan los síntomas reconocidos como desórdenes de la depresión.

Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El sujeto cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

Para el caso de la presente investigación, nos interesa que el sujeto conteste los ítems tomando en cuenta su situación en el *preciso momento de la aplicación*.

Para tal efecto se ha escrito en las instrucciones del instrumento que las preguntas están en relación a su *situación actual*. Las instrucciones que se utilizan son las que siguen: "Para cada una de las siguientes preguntas indique con qué frecuencia experimenta el síntoma o el sentimiento descrito de acuerdo a como se siente en este preciso momento.

La interpretación en la escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos.

El resultado puede presentarse como la sumatoria de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

DE 0 A 40 PUNTOS: SIN DEPRESIÓN
DE 41 A 47 PUNTOS: DEPRESIÓN LEVE
DE 48 A 55 PUNTOS: DEPRESIÓN MODERADA
DE 56 A 80 PUNTOS: DEPRESIÓN GRAVE

f. Inventarios de Ansiedad de IDARE

Este inventario es la versión en español del STAI (State-Trait-Anxiety-Inventory) esta constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que contienen veinte afirmaciones cada una; se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

- ✓ La primera escala mide la Ansiedad-Rasgo SXR (A-Rasgo), la cual describe como se siente generalmente el sujeto encuestado. Permite evaluar el grado en que el sujeto es afectado por problemas de ansiedad neurótica.
- ✓ La segunda escala mide la Ansiedad-Estado SXE (A-Estado), esta pide al sujeto encuestado que indique como se siente en determinado momento. Permite evaluar el nivel de ansiedad transitoria; evaluando además otras características que involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

La Ansiedad-Rasgo, se relaciona con las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad. Esto es, son las diferencias de las personas en cuanto a su forma particular de responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado.

Tiene características de "motivos", como disposiciones conductuales adquiridas; estas disposiciones permanecen latentes hasta que señales de una situación las activan. Las disposiciones conductuales adquiridas están relacionadas con experiencias que predisponen al individuo a percibir las diversas situaciones de la vida en determinada manera, así como a manifestar tendencias de respuesta consisten con su percepción.

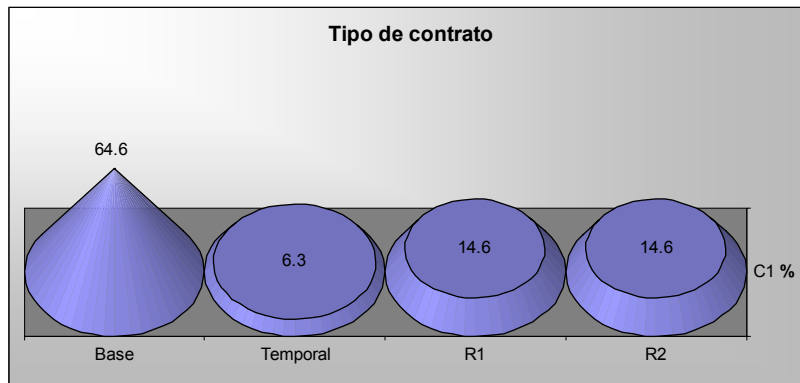
Procedimiento:

Se entregaron los cuestionarios a los Coordinadores de las Unidades de Medicina Crítica de los hospitales del ISSSTE del área metropolitana para que a su vez los hicieran llegar al personal médico adscrito y en formación de residencia médica y se llevara a cabo la resolución de los mismos. El motivo de no realizar un abordaje personalizado se debió al interés de no incomodar al personal médico con la realización del instrumento a fin de guardar estricta confidencialidad. Al término de entrega de cada turno, serían devueltos al Coordinador y este a su vez a la parte investigadora. El tiempo de espera para la obtención de los datos fue de 15 días, con el objetivo de reclutar información de todos los horarios.

Se diseñó una base de datos en el programa Excel, codificando las variables que así lo requerían y calificando los instrumentos de acuerdo a los manuales de los mismos. Los datos se importaron al paquete estadístico SPSS para su análisis mismo que se comentará en los resultados y discusión.

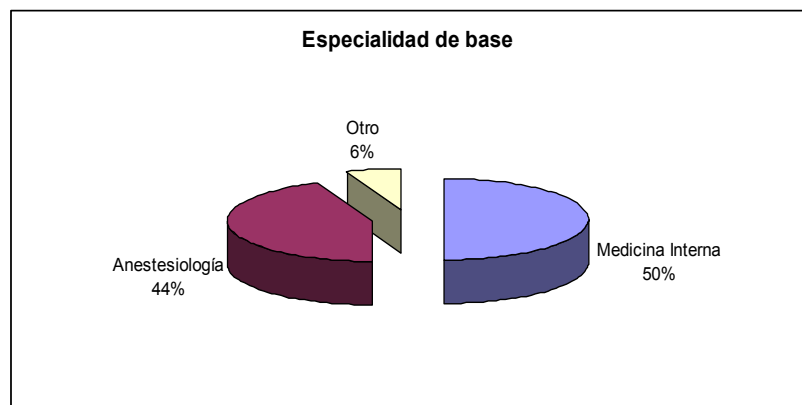
VII. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio se ven afectados por el sesgo de no respuesta, porque de los 115 instrumentos aplicados, sólo respondieron 48 médicos adscritos y residentes, que comprende el 41.7%, que resulta deficiente en comparación con otros estudios realizados, donde reportan al menos un 60% de respuesta. De los médicos que respondieron el 64.6% son médicos de base, el 28.2% son residentes y el 6.3% son médicos de contrato. (Gráfica 1).



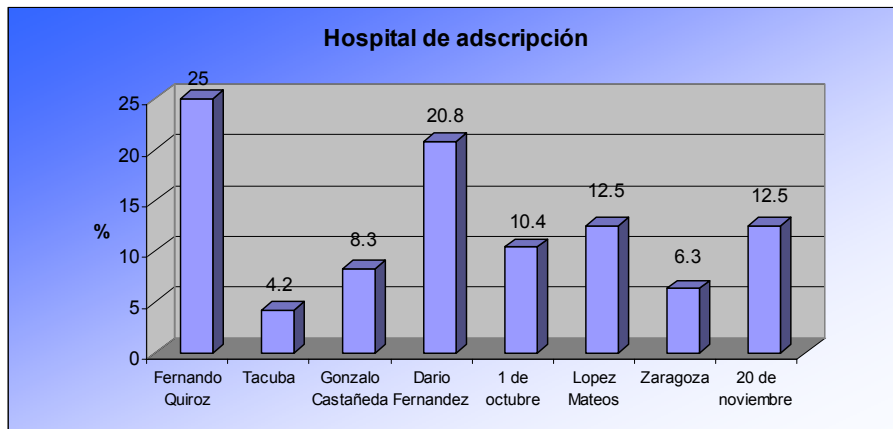
Gráfica 1
Tipo de contrato

En la gráfica 2, se observa el porcentaje de la especialidad de base, observando predominio de Medicina Interna (50%), seguida por Anestesiología (44%) y en menor porcentaje (6%) otras especialidades como Cirugía General y entrada directa a Medicina Crítica. Cabe mencionar que dentro de los instrumentos no respondidos, se encuentran los médicos que en el momento de la aplicación estaban en periodo vacacional, sin embargo en un mayor número se debió a la falta de cooperación por parte del personal médico.



Gráfica 2
Especialidad de base

En la gráfica 3 se muestra el porcentaje de resolución del instrumento de las unidades hospitalarias que fueron incluidas en este estudio y son:



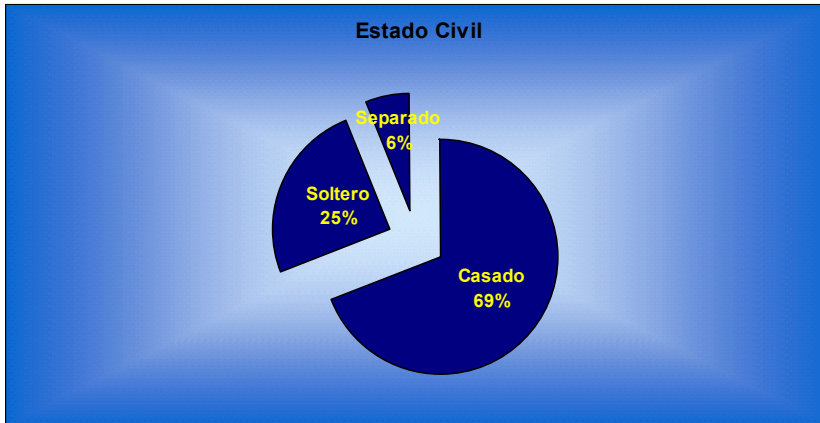
Gráfica 3
Hospital de adscripción

El perfil de la muestra poblacional, de acuerdo con la composición sociodemográfica es el siguiente:

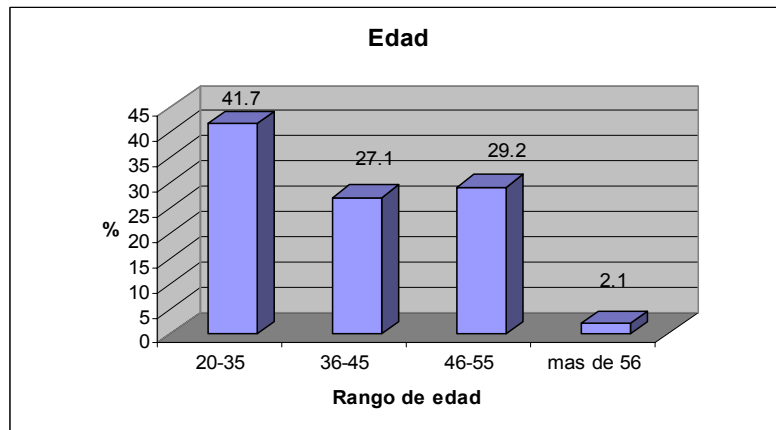
En la gráfica 4, observamos el predominio de sexo masculino (69%) en comparación con el femenino (31%). De estos, en cuanto estado civil (gráfica 5), el 69% es casado, el 25% soltero y el 6% separados. El rango de edad que predomina es de 20 a 35 años con un 41.7% y con similitud el de 45 a 55 años con 29.2% y de 35-45 años con 27.1%, siendo el más bajo (2.1%) el rango de más de 65 años. (Gráfica 6)

Gráfica 4
Sexo de la muestra





Gráfica 5
Estado civil



Gráfica 6
Edad de la muestra

Respecto a las variables laborales hallamos que los médicos de las Unidades de Cuidados Intensivos no suelen requerir de licencias médicas ni permisos (81.3%) que en cuestión de no absentismo laboral correlaciona con un porcentaje similar de 77.7%. (tabla 1). En cuanto a la percepción del reconocimiento por terceros el 83.3% es por sus pacientes, el 75% es por parte de los familiares del paciente y el 87.5% por sus compañeros de trabajo. Llama la atención que el 33.3% se siente infravaluado por parte de sus superiores; sin embargo el 89.6% se siente a gusto en su trabajo.

	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Licencias por problemas de salud	9	18.80%	39	81.30%
Dejado de ir a trabajar sin causa física	Nunca		Alguna Vez	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	37	77.10%	11	22.90%
Se encuentra a gusto en su trabajo	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	43	89.60%	5	10.40%
Se siente valorado por sus pacientes	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	40	83.30%	8	16.70%
Se siente valorado por sus superiores	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	32	66.70%	16	33.30%
Se siente valorado por los familiares de sus pacientes	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	36	75.00%	12	25.00%
Se siente valorado por sus compañeros de profesión	Si		No	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	42	87.50%	6	12.50%

En cuanto a percepción laboral (tabla 2), obtuvimos un dato de gran relevancia ya que el 66.7% refiera haber cometido algún error por causas de las condiciones de trabajo, mientras que el 54.2% considera que sus condiciones de trabajo no son adecuadas. Los factores laborales tienden a afectar en un 50% su situación familiar y en un 45.9% la situación personal. En general los médicos perciben una buena y muy buena situación económica con mayor porcentaje (62.5%) en comparación con los que refieren ser regular (33.3%) y mala (4.20%).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de respuesta a los reactivos que exploran los reactivos de percepción laboral										
Considera que sus condiciones de trabajo son adecuadas	Si		No		A veces					
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%				
	22	45.80%	7	14.60%	19	39.60%				
Ha llegado a cometer errores a causa de sus condiciones de trabajo	Nunca		Alguna vez							
	Frec.	%	Frec.	%						
	16	33.30%	32	66.70%						
Sus condiciones de trabajo han deteriorado su situación personal	nada		Poco		Bastante		Mucho			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
	26	54.20%	18	37.50%	3	6.30%	1	2.10%		
Sus condiciones de trabajo han deteriorado su situación Familiar	nada		Poco		Bastante		Mucho			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
	24	50.00%	19	39.60%	4	8.30%	1	2.10%		
Como valora su situación Económica	Muy buena		Buena		Regular		Mala			
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%		
	2	4.20%	28	58.30%	16	33.30%	2	4.20%		

En la tabla 3, observamos un elevado porcentaje de síntomas psicósomáticos presentes en los médicos de las Unidades de Cuidados Intensivos con predominio de cefalea (60.4%), dolor muscular (56.3%) y acidez (50%). Realizando un análisis de presencia o ausencia de al menos un síntoma el porcentaje reportado es importante, encontrando que el 89.6% (tabla 4) de los médicos ha presentado al menos un síntoma relacionado a estrés, con la consecuente automedicación principalmente de analgésicos y antiácidos. Se realizó sondeo además, de enfermedades crónicas presentes en los médicos de las Unidades de Cuidados Intensivos, encontrando la siguiente frecuencia: Hipertensión arterial sistémica, f = 5, Enfermedad diverticular, f = 1, Glaucoma, f = 1, Enfermedad de Parkinson, f = 1, Psoriasis, f = 1, sinusitis, f = 1, vértigo, f = 1, Crisis convulsivas, f = 1.

Tabla 3. Presencia de síntomas físicos relacionados con el Estrés				
	No Presenta		Presenta	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cefalea	19	39.60%	29	60.40%
Migraña	36	75.00%	12	25.00%
Dolor Muscular	21	43.80%	27	56.30%
Dolor abdominal	36	75.00%	12	25.00%
Acidez	24	50.00%	24	50.00%
Colitis	31	64.60%	17	35.40%
Estreñimiento	39	81.30%	9	18.80%
Diarrea	37	77.10%	11	22.90%
Tos	35	72.90%	13	27.10%
Disnea	44	91.70%	4	8.30%
Hipertensión	41	85.40%	7	14.60%

Tabla 4. Distribución del número de síntomas presentados por los sujetos		
	Frecuencia	%
0	5	10.4
1	8	16.7
2	8	16.7
3	6	12.5
4	6	12.5
5	5	10.4
6	4	8.3
7	2	4.2
8	1	2.1
9	2	4.2
10	1	2.1
Total	48	100

Los resultados relacionados con ansiedad en base a los puntajes en la Escala de IDARE, revelan una prevalencia de 8.4% en el caso de la ansiedad estado, mientras la ansiedad rasgo presenta un 4.2%, aunque es importante señalar que en este caso, el nivel presentado es alto. (Tabla 5)

Tabla 5. Distribución de los puntajes en el IDARE, por Rangos. Diagnósticos					
Rango ansiedad estado	Frecuencia	%	Rango ansiedad rasgo	Frecuencia	%
Bajo	44	91.7	Bajo	46	95.8
Medio	3	6.3	Medio	0	0
Alto	1	2.1	Alto	2	4.2
Total	48	100	Total	48	100

En los datos evaluados para depresión en la escala de ZUNG, obtuvimos una prevalencia importante del 12.6%. (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de los puntajes en la escala de depresión por rangos diagnósticos		
Rango Depresión	Frecuencia	%
Sin depresión	42	87.5
Depresión Leve	3	6.3
Depresión Moderada	1	2.1
Depresión grave	2	4.2
Total	48	100

Los resultados en la evaluación de la escala de Maslach Burn Inventory y sus subescalas, observamos resultado significativo con 33.4% para agotamiento emocional y 41.7% para despersonalización; no habiendo un porcentaje tan importante en el rubro de realización personal (4.2%). (Tabla 7)

Tabla 7. Rangos diagnósticos para las subescalas del MBI					
Agotamiento emocional	Frecuencia	%	Realización personal	Frecuencia	%
Bajo	32	66.7	Bajo	46	95.8
Medio	8	16.7	Medio	1	2.1
Alto	8	16.7	Alto	1	2.1
Total	48	100	Total	48	100

Rango despersonalización	Frecuencia	%
Bajo	28	58.3
Medio	13	27.1
Alto	7	14.6
Total	48	100

En la evaluación de los rangos de diagnóstico para Burnout, ninguno de los médicos presentó puntaje suficiente, sin embargo resalta que en el 27.1% existe tendencia a presentarlo.

Tabla 8. Rangos Diagnósticos para Burnout		
Rango de Burnout	Frecuencia	%
Sin Burnout	35	72.9
Tendencia al Burnout	13	27.1
Total	48	100

ESTUDIO DE RELACIONES

	Agotamiento emocional	Falta de realización personal	Despersonalización	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Depresión	Escala total Burnout
Síntomas físicos	.416(**) 0.003 48	0.193 0.188 48	0.241 0.099 48	.443(**) 0.002 48	.369(**) 0.01 48	.508(**) 0 48	.400(**) 0.005 48
Agotamiento emocional	1	0.211 0.15 48	.588(**) 0 48	.680(**) 0 48	.716(**) 0 48	.687(**) 0 48	.835(**) 0 48
Falta de realización personal		1	0.238 0.104 48	.577(**) 0 48	.555(**) 0 48	.542(**) 0 48	.686(**) 0 48
Despersonalización			1	.524(**) 0 48	.499(**) 0 48	.456(**) 0.001 48	.692(**) 0 48
Ansiedad Estado				1	.863(**) 0 48	.829(**) 0 48	.814(**) 0 48
Ansiedad Rasgo					1	.892(**) 0 48	.820(**) 0 48
Depresión						1	.786(**) 0 48

Se aplicó una correlación de Pearson a los puntajes de las escalas de Ansiedad Rasgo, Ansiedad Estado, Depresión, Agotamiento Emocional, Falta de realización personal, Despersonalización, la escala total del MBI, así como en número de síntomas físicos presentados por los médicos.

En cuanto a la Escala de ansiedad-rasgo se encontraron correlaciones de magnitud alta con la escala de ansiedad-estado (.863), la escala de depresión (.829) y la escala Total de Burnout (.814); así como correlación de magnitud media con la escala de agotamiento emocional (.716).

Por otro lado para la escala de ansiedad-estado se encontraron correlaciones de magnitud alta con la escala de depresión (.829) y la escala total de burnout (.820), así mismo se encontró una correlación de magnitud media con la escala de agotamiento emocional (.680).

Además de las correlaciones ya señaladas, la escala de Depresión muestra correlaciones de magnitud media con la escala total de burnout (.786), la escala de agotamiento emocional (.687), la falta de realización personal (.542) y la presencia de síntomas físicos (.508)

En lo referente a las subescalas de Burnout, la escala de agotamiento emocional presento una correlación de .835 con la escala total y correlaciones de magnitud media con ansiedad-rasgo (.716), depresión (.687) y despersonalización (.588)

La escala de falta de realización personal muestra valores de magnitud media en la correlación con la escala total de burnout (.686), la escala de ansiedad rasgo(.577), ansiedad estado (.555) y depresión(.542).

En cuanto a la escala de Despersonalización, además de los ya mencionados, se encuentran relaciones de magnitud media con la escala total de burnout (.692) y la escala de ansiedad-estado(.577).

Por último, para el numero de síntomas físicos, no se encontraron más correlaciones importantes, aunque cabe señalar que se encontraron correlaciones bajas pero significativas con $p=.05$

VIII. DISCUSIÓN

La falta de cooperación para el resultado de los instrumentos, refleja desinterés por parte de los médicos para el reconocimiento de su real estado anímico y de salud así como apatía. Aunque consideramos que aproximadamente el 10% de los médicos se encontraba dentro de su periodo vacacional por lo que no se completó la muestra deseada de contemplar a toda la población de médicos adscritos y residentes de las Unidades de Cuidados Intensivos del ISSSTE en el área metropolitana.

Observamos también que a pesar del aumento de la población femenina en el área médica, en nuestro estudio predomina el porcentaje de sexo masculino así como edades entre 20 y 35 años de edad, lo que acorde con lo evaluado en el marco teórico tienen mayor probabilidad de presentar factores estresantes derivado de la baja experiencia profesional así como de frustración por no cumplir las expectativas deseadas. El estado civil no se ve relacionado con la literatura, ya que el mayor porcentaje que obtuvimos está casado o vive en pareja y en los estudios consultados existe un aumento en relación al estrés con sujetos solteros o que no tienen pareja.

Como médicos sabemos que existen síntomas o enfermedades asociadas a estrés. Los resultados de nuestro estudio revelan que un gran porcentaje (89.6%) de los médicos han experimentado por lo menos alguno de estos síntomas, principalmente cefalea, dolor muscular y acidez; independientemente de enfermedades crónicas que no están asociadas a los síntomas descritos pero que pudieran agravar la patología de base. En cuanto al consumo de alcohol, tabaquismo y consumo de sustancias tóxicas no arrojó datos significativos por lo que no se comenta en los resultados.

Referente a la percepción laboral, obtuvimos datos significativos, ya que el mayor porcentaje de los médicos tienen menos de 5 años de ejercer Medicina Crítica y el mismo tiempo de laborar sin haber diferencia en los porcentajes de tiempo que laboran. Lo que nos traduce ser personas jóvenes que comparten lo descrito con la inexperiencia laboral y la frustración en base a las expectativas. Otro dato interesante es que a pesar de que la mayoría refiere estar a gusto con su trabajo, un elevado porcentaje hace referencia que las condiciones de trabajo no son adecuadas y que ha sido un factor condicionante de haber cometido algún error en la práctica médica. Así mismo, llama la atención el hecho de sentirse infravalorados por sus superiores, no así por los pacientes, los familiares de los pacientes y sus compañeros. Por otra parte, se observa que el trabajo representa una carga en los médicos para el desarrollo personal y familiar, ya que hacen referencia de afectación a estos niveles; sin embargo la queja no es en cuestión económica ya que el mayor porcentaje refiere considerarla como buena.

Al inicio de este estudio, intentamos comprobar que existe una relación entre ansiedad, depresión y Síndrome de burnout en los médicos de las Unidades de Cuidados Intensivos en el ISSSTE de área metropolitana.

El resultado que obtuvimos es interesante, ya que observamos que la prevalencia de ansiedad es baja en nuestros médicos, sin embargo presentan rasgos ansiosos sin presentar la alteración como tal.

En cuanto a depresión la prevalencia fue mayor, que la descrita en ansiedad, sin diagnosticar un síndrome depresivo *per se* en la población en general, pero con el 12.6% de diagnóstico clínico, mismo que al ser moderado o severo requiere tratamiento psicológico y farmacológico. Esta situación puede ser un síntoma importante para el desarrollo de los otros estados psicológicos que hemos evaluado.

La escala de MBI, nos dio datos interesantes ya que encuentra al personal médico con agotamiento emocional pero principalmente con despersonalización. Esta situación es de importancia, ya que nos revela que aproximadamente 4 de cada 10 médicos no trata a sus pacientes como un ser biopsicosocial sino como objeto. En cuanto a realización personal, podemos concluir que en general se encuentran satisfechos con su proceder médico, su empleo y actividades que ello conlleva, sin embargo si existe un factor estresante. Por lo que en la evaluación de diagnóstico solo el 27% presenta tendencia a padecer Burnout, sin embargo es una población importante y latente para desencadenar otros síntomas que evolucionen a patologías de difícil control.

La escala de relaciones, que es el motivo de este estudio, nos revela la alta relación entre las tres escalas evaluadas, ya que entre sí tienden a mezclarse y a asociar los síntomas. Excepto en realización personal, las demás (ansiedad, depresión, despersonalización, agotamiento personal y síntomas físicos asociados) tienen elevada relación entre sí. Consideramos que un posible motivo de no encontrar alteración en la realización personal se deba a que en general en el estudio los médicos sienten su trabajo como una herramienta útil para la población. Esto lo podemos constatar en el sondeo de valoración de terceros, en donde pareciera únicamente haber conflicto a nivel jerárquico. Por lo que a este nivel concluimos que la realización personal está funcionando como protector para el no desarrollo del síndrome de Burnout. Sin embargo, la realización personal no nos parece suficiente para descartar alteraciones relacionadas con el estrés ya que la presencia de los síntomas físicos relacionados a estrés en un 90% de la muestra revela que los médicos no están realizando un manejo de este fenómeno.

IX. CONCLUSIONES

El estudio realizado revela información en la que contamos con una población de médicos en su mayoría hombres de edades menores a 55 años, que gustan realizar su trabajo y refieren una percepción económica buena; pero en términos de condiciones de trabajo se muestran insatisfechos aunado a la infravaloración por parte de sus superiores.

En cuanto a la asociación de depresión, ansiedad y Síndrome de burnout, es muy interesante, ya que encontramos una alta relación entre los tres puntos a evaluar y las sub-escalas de Burnout, excepto en la realización personal en la cual no existe una relación significativa como tal.

Es evidente en nuestro estudio que la población estudiada tiene rasgos de ansiedad, sin padecer de un estado ansioso; sin embargo observamos que existe una parte pequeña de la muestra con datos de depresión clínica, situación de alarma para identificar y evaluar, cuál es el mejor método de ayuda en esta población. Además es interesante, ver la relación con el estrés y la somatización de síntomas observados en los médicos, ya que pueden llegar de desencadenar enfermedades serias, incluso poniendo en riesgo la vida.

Lo evaluado para Síndrome de burnout, únicamente revela tendencia a padecerlo, lo que demuestra que dentro de los médicos del ISSSTE que se encuentran dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, existen factores estresantes que están produciendo agotamiento emocional y despersonalización pero que se sienten realizados profesionalmente, lo cual nos habla de que existe voluntad y deseo de brindar el apoyo a los pacientes; sin embargo existen factores que no permiten desarrollar al máximo su profesión.

Estos datos son relevantes desde el punto de vista de salud mental, ya que el trato con personas tiende a desgastar a nivel psicológico por la convivencia diaria, el lugar de trabajo, el horario, la falta de entendimiento entre las personas, etc; ocasionando patologías que requieren atención por parte de cada uno de los médicos. Existe una serie de elementos ya descritos acerca de las precauciones que debemos tener para aminorar los estragos del estrés laboral, sin embargo nos hemos permitido mencionar únicamente lo que consideramos para el personal que labora en las Unidades de Cuidados Críticos.

Las medidas preventivas deben ser valoradas por la institución y dar atención no sólo a los pacientes sino a las necesidades, carencias y peticiones de sus médicos para brindar apoyo; ya que la mayoría de las ocasiones tienen una elevada carga de trabajo con personal de apoyo poco capacitado para estas áreas. Además de la falta de recursos por parte de la institución, que dificulta el manejo oportuno y preciso para los pacientes, por lo que crea un ambiente hostil por la falta de resolución inmediata y mediata. Sumado a esto, nos encontramos con los bajos estímulos por parte de la institución a nivel personal y económico, así como los largos periodos de tiempo en que se encuentran en contacto con el paciente.

Sin embargo, no se pueden establecer estrategias de intervención sin considerar que el problema se presenta como multifactorial, como puede constatarse en el estudio de relaciones parece que la ansiedad rasgo y estado, la depresión y el síndrome de Burnout se encuentran cercanamente relacionadas en los médicos de la Unidades de Cuidados Críticos por lo que una estrategia de intervención debe contemplarlas a todas.

Es indispensable, establecer programas de información a los médicos para la detección de síntomas relacionados con estrés, ansiedad y depresión para iniciar su control. En términos de psicología organizacional, lo recomendado es que existen áreas críticas como las Unidades de Cuidados Intensivos, que están constantemente sujetos a factores estresantes por lo que recomiendan algunas medidas como: la atención de un médico por cada 2 pacientes, disminuir la jornada laboral a 8 horas en todos los turnos, periodos vacacionales cuatrimestrales así como sitios de descanso o desahogo mental, en donde puedan expresar su sentir y disminuya la carga emocional.

Como conclusión, sí encontramos una elevada relación entre depresión, ansiedad y tendencia a Síndrome de burnout, en los médicos de la Unidades de Cuidados Intensivos en el ISSSTE en el área metropolitana; sin evidenciar como tal el diagnóstico de ansiedad y depresión en la población estudiada, pero con rasgos de ansiedad, depresión clínica en bajo porcentaje de la población y tendencia importante para el síndrome de burnout.

X. BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Alquist Guitart, (2007) El Síndrome del burnout en las empresas, III Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac, Mérida, Yucatán.
- ❖ Alvarez, Y, (1989) Unidad de Cuidados Intensivos: un campo inexplorado por el Psicólogo en Chile, Congreso Latinoamericano del American College of Surgeons , Chile
- ❖ Arieti, S; Bemporad, J. (1993). Psicoterapia de la depresión. Revisión crítica de los principales conceptos de depresión. México: Paidós
- ❖ Atance Martínez Juan Carlos, Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario, Rev Esp Salud Pública 1997, Vol. 71, Nº 3
- ❖ Balderas, M (1986). Un estudio exploratorio a través de la escala de Zung a pacientes de consulta externa en el centro comunitario de la Facultad de Psicología, UNAM. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- ❖ Beltrán a. et al. Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, Rev. Mex. Seguro Social
- ❖ Bobes, J; Bousoño, M; Pritlla, M; Sáinz (2002). Trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona: Ars Médica
- ❖ Brouette, T y Goddard, A. (2001) Patogenia del trastorno de ansiedad generalizada. Barcelona: Ars Médica
- ❖ Calderón, G. (1984). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. México: Trillas
- ❖ Cantwell. (1987) La depresión en la infancia. Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. España: Martínez roca
- ❖ Díaz de León, M, et. al (2003) La problemática de la Medicina Crítica en México, AMMCTI, vol. 17 (1)
- ❖ Flores Lozano (1994), Síndrome de "Estar Quemado", Edika Med, Barcelona
- ❖ Freud, S (1917). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Duelo y melancolía. Obras completas. Amorroto editores. Tomo IV
- ❖ Gil Monte, Pedro (2002), Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey, Salud pública de México, Vol. 44, enero-febrero 2002.

- ❖ M. parada, et. al, (2005) Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, Revista facultad Nacional de Salud Pública, Vol 23 No. 1.
- ❖ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (2003). México: Panamericana
- ❖ Martínez Lanz, et al. (2004) Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes, Revista Salud Mental, vol. 27 (6).
- ❖ Morales F. et. al, (2003) Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano, Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. XII, N°1.
- ❖ Ortega Ruiz y López Ríos, (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas, International Journal of Clinical Health Psychology, Vol. 4 (1)
- ❖ Pera G. et al. (2002) Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal, Gac Sanit 2002; 16(6):480-6
- ❖ Pérez Cruz, (2006) Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes, Medicina Interna de México, vol. 22 (4)
- ❖ Pérez, J., Serra, E. (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. Anales de psicología. Vol. 13, no. 2, 155-161
- ❖ Polaina-lorente, A (1995) La depresión. Barcelona: Martínez roca
- ❖ Rincón Osorio Fanny, (2005) Reflexiones acerca del cuidado humanizado y su relación con el estrés del cuidador en servicios de salud altamente tecnificados, Avances en enfermería, vol. 22, num. 3.
- ❖ Romana Albaladejo, et al, (2004) Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid, Rev Esp Salud Pública 2004, Vol. 78, N°4
- ❖ Spielberger, CH. (1972) Anxiety current trenes en theory an research. United Status of América: Academia Press, INC
- ❖ Spielberger, C., Martínez-Urrutia, A., González-Reigosa, F., Natalicio, L y Díaz-Guerrero, R. (1975) Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. México: Manual Moderno.

- ❖ Stein, d y Hollander, E. (2001) tratado de los trastornos de ansiedad. México: Ars Médica
- ❖ Stone, M. (2001) Historia de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Médica. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (2003). México: Panamericana
- ❖ Vallejo, R; Gastó, F. (1990) Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Salvat