

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

PREVALENCIA DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAL DEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER
FEBRERO-JULIO 2016

Proyecto de grado para optar por el título de:
DOCTOR EN MEDICINA



Sustentante:
Carlos Andrés Méndez Cintrón

Distrito Nacional: 2016

CONTENIDO

Agradecimientos

Dedicatoria

Resumen

Abstract

I. Introducción	10
I.1. Antecedentes	12
I.2. Justificación	14
II. Planteamiento del problema	17
III. Objetivos	19
III.1. General	
III.2. Específicos	
IV. Marco teórico	20
IV.1. Historia del Estrés	20
IV.1.1. Definiciones	20
IV.1.1.1 Estrés	20
IV.1.1.2 Estrés laboral	21
IV.1.2. Fisiopatología	21
IV.1.3 Etiología	22
IV.1.4. Prevalencia	24
IV.1.5. Manifestaciones clínicas	25
IV.1.6. Diagnóstico	26
IV.1.7. Tratamiento	27
IV.1.8. Prevención	27
IV.2. Historia de la Depresión	28
IV.2.1. Definición	29
IV.2.2. Fisiopatología.	29
IV.2.2.1. Factores genéticos	29
IV.2.2.2. Factores químicos	30
IV.2.2.3. Factores psicosociales	31
IV.2.3. Trastornos Depresivo	31
IV.2.4. Etiología.	32

IV.2.5. Prevalencia	32
IV.2.6. Manifestaciones clínicas	34
IV.2.6.1. Clasificación de gravedad	35
IV.2.7. Diagnóstico	35
IV.2.7.1. Criterios de Trastorno de depresión mayor	36
IV.2.7.2. Criterios de Trastorno depresivo persistente (distimia)	37
IV.2.8. Tratamiento	38
IV.2.9. Prevención	40
IV.3. Historia de la Ansiedad	40
IV.3.1. Definiciones.	41
IV.3.2. Fisiopatología.	41
IV.3.3. Etiología.	43
IV.3.4. Prevalencia	44
IV.3.6. Manifestaciones clínicas	47
IV.3.6.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada	48
IV.3.6.2. Trastorno de Pánico	48
IV.3.6.3. Trastorno de Ansiedad Social	48
IV.3.7. Diagnostico	48
IV.3.7.1. Criterios Trastorno de Ansiedad Generalizada	49
IV.3.7.2. Criterios de Trastorno de Pánico	49
IV.3.7.3. Criterios Trastorno de Ansiedad Social	50
IV.3.8. Tratamiento	51
IV.3.9. Prevención	52
V. Operacionalización de las variables	54
VI. Material y métodos	56

VI.1. Tipo de estudio	56
VI.2. Área de estudio	56
VI.3. Universo	56
VI.4. Muestra	56
VI.5. Criterio	56
VI.5.1. De inclusión	56
VI.5.2. De exclusión	57
VI. 6. Instrumento de recolección de la información	57
VI. 8. Procedimiento	58
VI.9. Tabulación y Análisis	58
VI.8. Consideraciones éticas	58
VII. Resultados	60
VIII. Discusión	88
IX. Conclusiones	91
X. Recomendaciones	92
XI. Referencias	93
XII. Anexos	99
VIII.1. Cronograma	99
VIII.2. Instrumento de recolección de datos	100
VIII.3 Consentimiento Informado	104
VIII.4. Costos y recursos	105
VIII.5. Evaluación	106

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

Por la vida, salud y darme fuerzas para continuar ante cada obstáculo que se presenta.

A mis padres, Hilarión Méndez Figueroa y Gladys Cintrón Rosario

Les estaré eternamente agradecido por todo el amor y apoyo. Gracias brindarme las herramientas para superarme y desear lo mejor en cada paso por este camino arduo y difícil, lo que han hecho por mi es impagable.

A mis hermanos, en especial a María de Lourdes

Gracias por ser esa hermana mayor que me habla y aconseja como una madre. Gracias por apoyarme a mi y a mi familia, te amo.

A la República Dominicana, el país que me acogió el durante el transcurso de mi carrera

Gracias por darme los mejores momentos de mi juventud y en cada etapa encontrarme con personas tan especiales, amables y cariñosas.

A mis compañeros

Gracias por todos esos buenos momentos y en especial por siempre darme la mano cuando más lo necesité.

A la familia Sánchez, Báez y Tejeda, familiares de mi esposa

Porque me acogieron como su hijo, gracias por el apoyo y por tanto amor, los amo.

A mi esposa, Nadia Estefania Guichardo Sánchez,

Mi amor, gracias por ser mi complemento, mi cómplice, mi mejor amiga y siempre darme esos sabios consejos que siempre son tan acertados. No sabes lo afortunado que soy al tenerte. Te amo, gracias.

A las Doctoras Daisy Acosta y Claridania Rodríguez

Por el apoyo desinteresado y el asesoramiento en el transcurso de la elaboración de este proyecto de investigación. Mil gracias.

Carlos Andrés Méndez Cintrón

DEDICATORIA

A esa persona por la cual me llamo padre, mi hija, Naiah Lour, ahora que estas aprendiendo a leer quiero que sepas que esto te lo dedico a ti. No tienes idea de cuanto te amo. Todo esto es para ti.

A mi abuela Gertrudys Rosario (Abuelita Tuly),

Que nunca dudo de mi, por orar en cada momento, por ser una de mis fuentes de motivación para que me vea realizado. Te amo

Carlos Andrés Méndez Cintrón

RESUMEN

Se realizó una encuesta de tipo observacional, descriptiva, de carácter transversal y recolección de datos prospectivos, con el objetivo de determinar la prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier, Febrero-Julio 2016. Un 73 por ciento de los encuestados reportó niveles de estrés de moderado a elevado. El 79.4 por ciento del género masculino se encontró bajo estrés moderado y elevado teniendo el mayor porcentaje, en cambio un 68% de féminas se encontró bajo la misma denominación. En depresión y ansiedad las féminas obtuvieron el doble del porcentaje que el masculino; en depresión de moderada a severa la muestra arrojó 21 por ciento masculino y 44 por ciento femenino. Para ansiedad de moderada a severa la muestra arrojó 24 por ciento masculino, 48 por ciento femenino. Los médicos residentes obtuvieron el mayor porcentaje de estrés, depresión y ansiedad en comparación con resto del personal de cirugía. Las especialidades que obtuvieron mayor porcentaje de estrés elevado lo fueron urología y cirugía plástica con un 25 por ciento de sus miembros bajo esta clasificación, seguido de anestesiología con un 17 por ciento. Las especialidades médicas con mayor porcentaje en depresión severa fueron anestesiología con el 22 por ciento de sus miembros y cirugía general con 13 por ciento. En cuanto a ansiedad, el personal de cirugía plástica obtuvo el mayor porcentaje de sus miembros bajo ansiedad severa (50%), seguido de anestesiología (39%). El factor principal que contribuye a los síntomas de estrés, depresión y ansiedad lo fue el estrés de tipo laboral. El 54 por ciento de los encuestados consideró que padece mucho estrés laboral.

Palabras claves: estrés, depresión, ansiedad, estrés laboral, cirugía

ABSTRACT

A survey of descriptive, observational, transversal and prospective data collection was performed; with the aim of determining the prevalence of stress, depression and anxiety in department of surgery personnel at Hospital Salvador B. Gautier, during the months from February to July 2016. 73 percent of respondents reported stress levels from moderate to high. 79.4 percent of males was found under moderate to high stress having the highest percentage, instead, 68% of females are under the same. Females obtained twice the percentage on depression and anxiety than their male counterparts; 21 percent male in moderate to severe depression, 44 percent female. For moderate to severe anxiety sample showed 24 percent male, 48 percent female. Resident physicians obtained the highest percentage of stress, depression and anxiety compared to other surgical personnel. The specialties that obtained the highest percentage of suffering from high stress were urology and plastic surgery with 25 percent of its members under this classification, followed by anesthesiology with 17 percent. Medical specialties with the highest percentage in severe depression were anesthesiology with 22 percent of its members and general surgery with 13 percent. In terms of anxiety, plastic surgery staff had the highest percentage of its members under severe anxiety (50%), followed by anesthesiology (39%). work-related stress was found to be the major contributor to stress, depression and anxiety symptoms. 54 percent of respondents considered stress at work their main ailment.

Keywords: stress, depression, anxiety, work stress, surgery

I. Introducción

La sociedad moderna se rige con cambios constantes y agitados. Estos cambios constantes, exigencias y las altas expectativas que van creando la sociedad sobre las personas a lo largo de toda su vida, crean en ellas idealizaciones de una vida laboral y personal perfectas de acuerdo a las exigencias de la sociedad.

Cuando estas expectativas y sueños no se materializan o no es lo que se espera, el estrés, la depresión y la ansiedad invaden a la mayoría de las personas en algún momento de su vida, aunque no todas tengan un diagnóstico clínico.

Se calcula que más de un 20 por ciento de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo en algún momento de su vida.¹

En el campo laboral se considera que el estrés es uno de los principales problemas para los empleados y el rendimiento que estos dan a la entidad para la que trabajan. Un trabajador estresado tiende a padecer de mayores enfermedades tanto físicas como psicológicas, pierde la motivación y esto a su vez lo puede llevar a una depresión y/o ansiedad que desencadena una pérdida de productividad y por ende tener menos seguridad laboral.²

El estrés laboral afecta directa o indirectamente a la entidad para la que estos trabajan ya que tienden a tener peor pronóstico de éxito en un mercado tan competitivo.³

No es raro que una persona con un trastorno de ansiedad también sufra de depresión o viceversa. Según la Asociación Americana de Ansiedad y Depresión (ADDA), casi la mitad de los diagnosticados con depresión también son diagnosticados con un trastorno de ansiedad.⁴

Contrario a lo que muchas personas piensan, la depresión es una condición médica real y padecerla no es una señal de debilidad o falta de carácter. Esta condición afecta a personas de todas las edades, grupos sociales y etnias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre.¹ Según el plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud, la depresión por si sola representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad

(un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres.⁵

Al igual que la depresión, la ansiedad es una condición médica seria. Existen muchos tipos de ansiedad, siendo los más comunes los siguientes:

1. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
2. Trastorno de ansiedad social o fobia social
3. Trastorno de pánico

Estas condiciones afectan a los individuos de diferentes formas, produciendo una amplia gama de síntomas. Los trastornos de ansiedad son la enfermedad mental más común en los EE.UU., ésta afecta a 40 millones de adultos en los Estados Unidos de 18 años o mayores, o el 18.1 por ciento de la población adulta en un periodo de 12 meses.⁴

Según el *Centro para el Control y Prevención de Enfermedades* (CDC, por sus siglas en inglés), se estima que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.⁶

Un trastorno de ansiedad severo se puede complicar por un suicidio, con o sin trastorno del estado de ánimo secundario (ej. depresión). En un estudio realizado por Área de Captación Epidemiológica (ECA, por sus siglas en inglés), encontraron que el trastorno de pánico tenía una mayor tasa de intentos de suicidios que la población sin trastornos psiquiátricos. Los intentos de suicidio se pueden precipitar por diversos eventos de la vida como un divorcio, problemas financieros, problemas laborales. El efecto del estrés agudo tiende a producir un aumento del comportamiento suicida en individuos con trastornos de ánimo, ansiedad y problemas con abuso de sustancia.⁷

En el entorno laboral es muy común que se desarrollen síntomas de estrés junto con cuadros depresivos y de ansiedad. Algunas causas que pueden desencadenar lo mencionado puede ser: salario insuficiente, acoso laboral, actividades de gran responsabilidad, ausencia de incentivos, conflicto entre empleados o jefes, cargas y jornadas excesivas de trabajo, exposición de riesgos físicos constantes, entre otras.²

Las exigencias sociales, sobre todo de tipo laboral, constituyen el tipo de estrés crónico más frecuente. El estrés laboral-económico sostenido conduce al síndrome de agotamiento emocional, cuyo enlace propio es la depresión. El personal médico no está exento de este mal. Una consecuencia de ello ha sido el incremento del *burnout* o desgaste del profesional médico. Aunque las tasas de desgaste

profesional pueden variar en función de contextos organizacionales y poblaciones específicas, hay datos que indican tasas altas de prevalencia en la población médica.⁸

El trabajo del médico implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, ya que el apoyo de otras vidas resulta una tarea muy dura y con riesgos psíquicos para el que la realiza. Se constatan trastornos asociados a estrés ocupacional crónico y una tasa de prevalencia psiquiátrica, depresión y drogadicción, más alta que en la población general.⁸

El estrés laboral es la variable principal en la ansiedad del médico. Los niveles de estrés y satisfacción laboral se asocian con la salud mental y física de los médicos y de los profesionales sanitarios. Si el estrés se cronifica puede generar el Síndrome de *Burnout* en los profesionales sanitarios, que afecta a un porcentaje entre el 10 y el 20 por ciento de los médicos. Se manifiesta con sintomatología depresivo-ansiosa y si se agrava, puede conducir a problemas somáticos o psíquicos graves y abuso de fármacos o alcohol.⁸

I.1. Antecedentes

En el Informe sobre el Sistema de Salud Mental en República Dominicana utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS llevado a cabo en 2008, coordinado por la Organización Panamericana De la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) se determinó que los trastornos afectivos, dentro de los que se incluyen trastornos depresivos, se diagnostican más respecto al resto de los trastornos investigados, seguido de la esquizofrenia con un 31 por ciento. Los pacientes admitidos en un hospital psiquiátrico pertenecen principalmente a los siguientes grupos de diagnósticos: trastornos del estado de ánimo (69%), esquizofrenia (21%) y otros trastornos, tales como trastornos mentales y de conducta debido a uso de sustancias psicoactivas (5%).⁹

L. de la Rosa realizó un estudio descriptivo de tipo prospectivo en el 2011 con el objetivo de analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados con enfermedades no psiquiátricas en el Hospital Salvador B. Gautier, Republica Dominicana, la muestra estuvo compuesta por 97 pacientes. El 73.2 por ciento de los pacientes estudiados fueron de sexo masculino y 26.8 por ciento femenino. Mediante la aplicación de la escala de Hamilton para la depresión (HDRS) y la escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) se encontró que el 25.7 por ciento

de los pacientes resultaron con síntomas de depresión, ansiedad o ambos. El 40.0 por ciento de los pacientes tuvieron depresión. El 28.0 de los pacientes tuvieron ansiedad. El 32.0 por ciento de los pacientes tuvieron depresión/ansiedad. De los pacientes depresivos, incluyendo los que presentaron comorbilidad depresión/ansiedad el 78.8 por ciento tenía depresión mayor y solo un 22.2 por ciento de los pacientes presentaba valores en la escala de Hamilton de 8-15 para depresión menor. En cuanto a la ansiedad, el 100 por ciento de los pacientes presentó trastorno de la ansiedad según la escala de Hamilton.⁵⁹

L. Muñoz y colaboradores en el 2007 realizaron 5,826 entrevistas para la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México, se utilizó como instrumento la Escala de Discapacidad de Sheehan y el número de días productivos perdidos. Los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad fueron la depresión (4.63 y 4.8), la fobia social (5.37 y 5.8) y el trastorno por estrés postraumático (5.61 y 5.35). La depresión tuvo el mayor impacto en el área laboral (4.88). En la puntuación total de la escala, los trastornos que produjeron mayor nivel de discapacidad fueron el estrés postraumático (5.35) y la depresión (4.72). Las preguntas sobre cuantos días fueron totalmente incapaces de trabajar en el último año los entrevistados revelaron que la depresión (25.51) y el trastorno de pánico (20) fueron los trastornos por los que en promedio se perdieron más días de actividad.¹⁰

La Oficina Nacional de Estadísticas de Gran Bretaña y «*Health and Safety Executive*» realizaron un estudio abierto, prospectivo, mediante encuesta en el periodo 2014-2015. En este estudio los autores encontraron que el número total de casos de estrés laboral, depresión y/o ansiedad en 2014/15 fue de 440,000 casos, una tasa de prevalencia de 1,380 por cada 100,000 trabajadores. El número de nuevos casos fue de 234,000, una tasa de incidencia de 740 por cada 100,000 trabajadores. El número estimado y la tasa se han mantenido prácticamente estable durante más de una década. El número total de días de trabajo perdidos debido a estas condiciones en 2014/15 fue de 9.9 millones de días. Esto equivale a un promedio de 23 días perdidos por cada caso. En este periodo el estrés representó el 35 por ciento de todos los casos de enfermedad relacionados con el trabajo y el 43 por ciento de todos los días de trabajo perdido por enfermedad. El estrés es más frecuente en las industrias de servicios públicos como la educación, trabajadores de la salud y administradores de defensa pública.¹¹

R. Aguirre, J López, R. Flores realizaron un estudio transversal con 71 estudiantes de especialidades médicas adscritos durante el ciclo académico 2009-2010 al Hospital Civil «Dr. Antonio González Guevara», México. El 53.5 por ciento de los estudiantes fueron del sexo femenino y el 46.5 por ciento del masculino. Mediante la aplicación de la escala de Hamilton y el Inventario de Beck se encontró que la prevalencia de la ansiedad y la depresión en los médicos residentes fue de 59.1 y 32.3 por ciento respectivamente. Además, el 29.6 por ciento de los estudiantes presentó ambos trastornos del estado de ánimo. La ansiedad leve y moderada se presentó en el 52.1 y 7.0 por ciento de los residentes en estudio y la depresión leve, moderada y severa fue del 23.9, 5.6 y 2.8 por ciento respectivamente. La ansiedad en hombres y mujeres fue del 48.5 y 68.4 por ciento y los valores de depresión fueron 27.2 y 36.9 por ciento para cada género.¹²

Patti, E., Acosta, J. y colaboradores realizaron un estudio abierto, no aleatorizado, prospectivo, mediante una encuesta que se llevó a cabo en el periodo 2004-2005 en los Estados Unidos. Los objetivos de este estudio fueron: identificar la prevalencia de la depresión y la ansiedad entre los trabajadores de la salud en el departamento de emergencias, determinar si las tasas de depresión y/o ansiedad se diferencian entre sexo, las funciones profesionales, evaluar el nivel de dificultad funcional debido a la depresión/ansiedad, determinar la validez del PHQ-9, y ofrecer recursos para la intervención terapéutica a los participantes del estudio.¹³

En este estudio los autores encontraron que el promedio de depresión en los médicos en entrenamiento es mayor que en los médicos especialistas. Las mujeres tuvieron mayor tasa de depresión que los hombres, pero su diferencia no era significativa; 37 por ciento de los encuestados reportó que los síntomas de la depresión y/o ansiedad habían causado un cierto grado de dificultad en el funcionamiento.¹³

I.2. Justificación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que la depresión es la principal causa de deterioro de la salud mental en el mundo. El que ahora afirme que será una epidemia para el 2030 evidencia que no se prestó atención al tema.¹

Las cargas de trabajo excesivas, falta de claridad de las funciones del rol, falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador, inseguridad laboral, comunicación ineficaz, falta de apoyo por parte de la dirección o los compañeros,

acoso psicológico y sexual, entre otras, son algunos ejemplos de condiciones de trabajo que pueden producir resultados psicológicos, físicos y sociales negativos, como el estrés laboral, depresión, ansiedad y/o agotamiento.

El estrés laboral se encuentra entre los problemas que más dificultades plantean en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo. Afectan de manera notable la salud de las personas, organizaciones y de las economías nacionales.

La depresión y la ansiedad son condiciones comunes con una prevalencia que oscila entre 10 a 20 por ciento de la población en general para un período de doce meses. La depresión en la población en edad productiva se estima que cuesta \$ 12 mil millones anuales en atención médica y aproximadamente \$ 44 mil millones al año en pérdida de productividad. La población médica no está exenta de ello.⁴

Se sabe que la tasa de suicidio en médicos es mayor que en la población general. El estrés por la incertidumbre clínica y el temor al fracaso son rasgos importantes de la cultura médica. Las tasas de suicidio de los médicos en Estados Unidos, Inglaterra y otros países son más altas que las de la población general y las de otras profesiones. La tasa de suicidio de los médicos es ligeramente mayor que la de la población general. Esta tendencia es más pronunciada entre psiquiatras, anesthesiólogos y cirujanos. Los médicos tienen unas necesidades asistenciales específicas por sufrir elevados niveles de alcoholismo, dependencia de drogas, rupturas matrimoniales, enfermedad mental y suicidio. La automedicación es muy frecuente entre los médicos, en especial con hipnóticos, antidepresivos y analgésicos opiáceos. Muchas de estas dificultades están relacionadas con el estrés, elevada responsabilidad y tiempo insuficiente para trabajar y vivir conciliando las demandas laborales y familiares. El fácil acceso de los médicos a las drogas implica que el abuso de drogas sea un riesgo ocupacional potencial de hombres y mujeres.⁶⁰

El estrés, depresión y los trastornos de ánimo, producen enfermedades psicosomáticas, que provocan entre otros ausentismos, errores en los procedimientos y deterioro en las relaciones personales y laborales. Es importante conocerlos para saber cuál es la tasa de prevalencia en la población médica y cómo impacta la productividad. Creemos por tanto, que evidenciar los niveles de estrés, depresión y ansiedad nos permitirá recomendar un soporte de salud al personal sujeto en el estudio.

El principal beneficiario de los resultados a partir de este estudio será la comunidad médica como tal e investigadores interesados en el área psicológica y psiquiátrica ya que los resultados de este estudio se pueden utilizar tanto como herramienta para un plan de prevención como para modelo de futuros estudios que tengan como interés comparar los niveles de estrés, depresión y ansiedad con otra población como lo son otras especialidades médicas, estudiantes, otra profesión y/o población en general.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Varios estudios, entre ellos *La organización del trabajo* y *El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo* demuestran que el estrés laboral es por mucho la mayor fuente de estrés para los adultos.^{2,8}

Los niveles elevados de estrés en el trabajo según la evaluación de la percepción de tener poco control, pero una gran cantidad de exigencias han demostrado estar asociados con mayores tasas de ataque al corazón, hipertensión y otros trastornos.¹⁴

La depresión es una condición médica grave y común con síntomas muy específicos. Esta afecta física y mentalmente el modo de sentir y de pensar de las personas. La misma puede provocar deseos de alejarse de la familia, amigos, estudios y trabajo. Además, puede causar ansiedad y pérdida del apetito, del sueño y falta de interés o placer en actividades que antes disfrutaba.

Al igual que la depresión, la ansiedad es una condición médica seria. Esta puede manifestarse como un estado de tensión y preocupación crónica, aunque no exista una causa clara que la justifique. Cualquier asunto cotidiano puede ser causa de una excesiva preocupación.

Los trastornos mentales no tratados cobran un alto precio, ya que representan el 13 por ciento del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3 por ciento de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan en el 3,2 por ciento y el 5,1 por ciento respectivamente. Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3 por ciento y el 33,5 por ciento de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.¹

Los trastornos de ansiedad cuestan a los EE.UU. más de \$ 42 mil millones al año, casi un tercio de la cuenta de la salud mental total del país de \$ 148 mil millones, de acuerdo con «la carga económica de los trastornos de ansiedad», un estudio encargado por ADAA (*The Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (7), julio de 1999).⁴

Más de \$22.84 millones de dólares de esos costos están asociados con el uso repetido de los servicios de salud; las personas con trastornos de ansiedad buscan alivio de los síntomas que imitan las enfermedades físicas.⁴

Debido a que los trabajadores de la salud están bajo constante estrés y pueden tener distintos factores contributivos de depresión y ansiedad, estas pueden afectar la salud física, rendimiento laboral y contribuir a absentismo laboral de los mismos.

En la República Dominicana el tema del estrés laboral ha sido poco estudiado y como hemos visto, sus consecuencias son de suma importancia tanto para la persona, como para la institución en la que se labora.

Ejercer la medicina en cualquiera de sus ramas, es de por si estresante y sabemos que el personal del área quirúrgica está sometida a altos niveles de estrés por la naturaleza del trabajo que realizan, por tanto, están en alto riesgo de padecer las patologías descritas. Esto nos lleva a plantearnos una interrogante: ¿Cuál es la prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en el personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G.) Febrero- Julio 2016?

III. OBJETIVOS

III.1. General

1. Determinar la prevalencia de estrés depresión y ansiedad en personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G.) Febrero-Julio 2016

III.2. Específicos

1. Describir las características sociodemográficas del personal en estudio.
2. Clasificar los nivel de estrés, depresión y ansiedad según área de labor
3. Identificar los factores contributivos para estrés, depresión y ansiedad que presenta el personal del departamento de cirugía del H.S.B.G.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Historia del Estrés

El término estrés se tomó del campo de la física por uno de los padres de la investigación sobre el estrés, Hans Selye. En física, el estrés describe la fuerza que ejerce un cuerpo sobre otro, siendo aquel que más presión recibe el que puede destrozarse.¹⁵

Hans Selye comenzó a usar el término estrés después de terminar sus estudios de medicina en la Universidad de Montreal en la década de 1920. Se dio cuenta de que no importa lo que sus pacientes hospitalizados padecieron, todos ellos tenían una cosa en común. Todos parecían enfermos. En su opinión, todos ellos estaban bajo estrés físico. Propuso que el estrés era una variedad no específica en el cuerpo causada por irregularidades en las funciones normales del cuerpo. Este esfuerzo dio como resultado la liberación de hormonas del estrés. El llamó a esto «Síndrome de Adaptación General».¹⁵

Selye fue pionero en el campo de la investigación sobre el estrés y en proporcionar argumentos convincentes que hacen hincapié en que la salud es impactada por el estrés. Pero no todos estaban de acuerdo con su punto de vista fisiológico del estrés como un fenómeno inespecífico. Los estudios de Selye con posterioridad llevaron a plantear que el estrés es la respuesta inespecífica a cualquier demanda a la que sea sometido, es decir, el estrés puede presentarse con la pérdida de un ser querido, tener un familiar enfermo o problemas en el trabajo. Muchos médicos, psicólogos e investigadores estuvieron de acuerdo con él.¹⁵

Desde ese entonces distintos campos como la medicina, biología y psicología se han dedicado al estudio del estrés.¹⁵

IV.1.1. Definiciones

IV.1.1.1 Estrés

La Real Academia Española define el estrés como: Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.¹⁶

Según Hans Selye: «El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga».¹⁵

El estrés es un término que se utiliza para describir los síntomas que provoca el organismo en respuesta a cualquier demanda física, psicológica, interna o externa, buena o mala.

Norfolk describe el estrés como un ingrediente inevitable de la vida, similar al hambre o a la sed. Esta afirmación supone que todos tenemos estrés, el problema surge cuando esa tensión producida en el organismo ante un estímulo es negativa y agobia a las personas. Toda persona tiene un nivel de ansiedad que mejora el rendimiento y por encima de ese nivel pueden surgir consecuencias perjudiciales.³

Trianes, 2002, en el libro «Estrés en la Infancia» afirma: El concepto de estrés implica al menos cuatro factores:

1. Presencia de una situación o acontecimiento identificable.¹⁷
2. Dicho acontecimiento es capaz de alterar el equilibrio fisiológico y psicológico del organismo.¹⁷
3. Este desequilibrio se refleja en un estado de activación marcado por una serie de consecuencias para la persona de tipo neurofisiológico, cognitivo y emocional.¹⁷
4. Estos cambios, a su vez, perturban la adaptación de las personas.¹⁷

IV.1.1.2 Estrés laboral

La OMS define estrés laboral como la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación.²

En el campo laboral se considera que el estrés es uno de los principales problemas para los empleados y el rendimiento que estos dan a la entidad a la que trabajan.²

IV.1.2. Fisiopatología

En la descripción de la enfermedad, identificaremos las tres fases del síndrome general de adaptación. Este se compone de tres fases:

1. La primera es la fase de alerta. En reacción a un estresor, el hipotálamo estimula las suprarrenales (en su parte medular) para secretar la adrenalina, cuyo objetivo es suministrar la energía en caso de urgencia. Habrá entonces

una serie de respuestas del organismo como un aumento de la frecuencia cardíaca, una vasodilatación, un aumento de la vigilancia (puesta en juego también por la noradrenalina [NA]).¹⁸

2. La segunda fase es la fase defensa (o resistencia) que se activa solamente si el estrés se mantiene. Las suprarrenales (en la zona fasciculada) van a secretar entonces un segundo tipo de hormona, el cortisol. Su papel, es esta vez, el de mantener constante el nivel de glucosa sanguínea para nutrir los músculos, el corazón, el cerebro. Por una parte, la adrenalina suministra la energía de urgencia; por otra, el cortisol asegura la renovación de las reservas. Es una fase de resistencia, el organismo debe «aguantar».¹⁸
3. La fase de agotamiento (o de relajamiento) se instala si la situación persiste y se acompaña de una alteración hormonal crónica (con consecuencias orgánicas y psiquiátricas). Si la situación persiste todavía más, es posible que el organismo se encuentre desbordado, inclusive agotado. Poco a poco las hormonas secretadas son menos eficaces y comienzan a acumularse en la circulación. Resultado: el organismo está invadido de hormonas que tendrán un impacto negativo sobre la salud.¹⁸

IV.1.3 Etiología

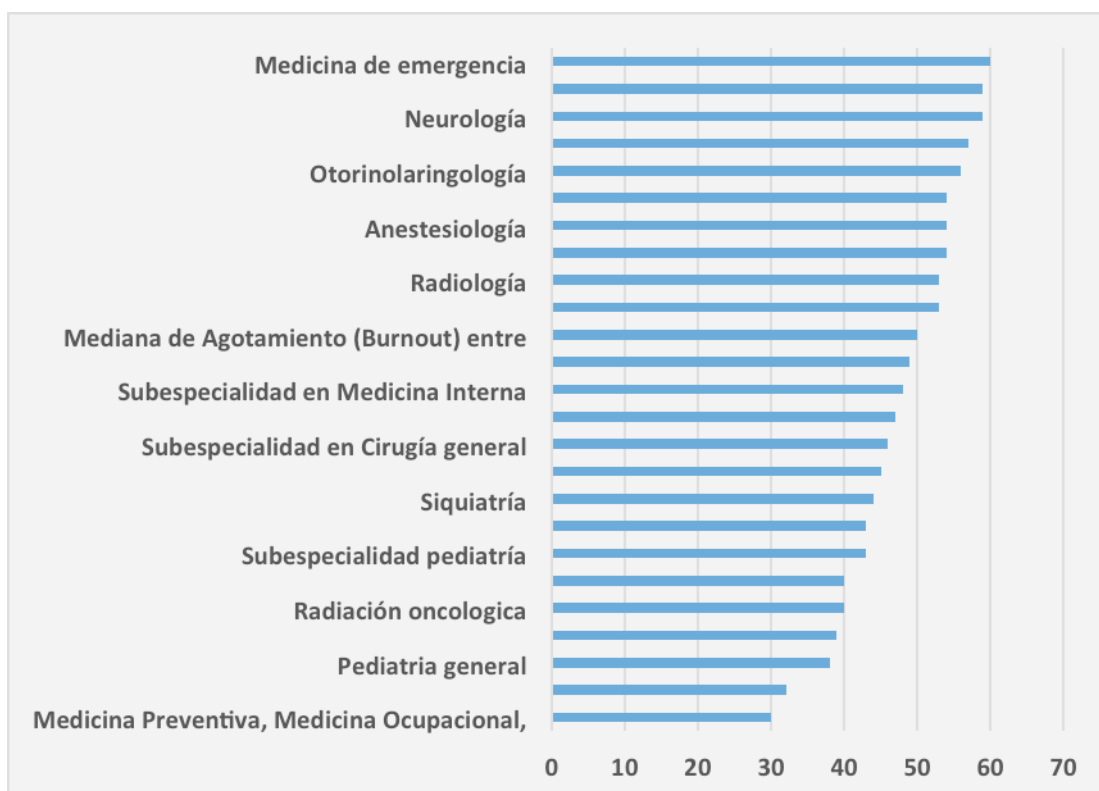
Dependiendo del lugar de trabajo y la demanda y presión que esta ejerza sobre el individuo va a variar el nivel de estrés que éste presentará. Cabe destacar que el tipo de trabajo no es indicador de nivel de estrés. Esto varía dependiendo de la ubicación geográfica. Por ejemplo, el nivel de estrés no es igual en maestros y policías que trabajan en los suburbios más pobres y peligrosos que sus homólogos que trabajan en un centro prestigioso en la ciudad.

Los factores del lugar de trabajo que se asocian con el estrés y riesgos para la salud pueden clasificarse como aquellos que ver con el contenido laboral y los de contexto social y de organización del trabajo. Aquellos que son intrínsecos al trabajo incluyen largas horas, la sobrecarga de trabajo, presión del tiempo, tareas difíciles o complejas, la falta de descanso, falta de herramientas y las malas condiciones físicas de trabajo (por ejemplo, espacio, temperatura, agua, luz).

Conflicto con compañeros, superiores que son críticos, exigentes, poco solidarios o intimidantes crean estrés. Por el contrario, un ambiente positivo y trabajo en equipo reduce el mismo.

El exceso de exigencias y presiones o la dificultad para controlarlas pueden tener su origen en una definición inadecuada del trabajo, una mala gestión o la existencia de condiciones laborales insatisfactorias. Los resultados de las investigaciones muestran que el tipo de trabajo que produce mas estrés es aquel en que las exigencias y presiones superan los conocimientos y capacidades del trabajo, hay pocas oportunidades de tomar decisiones o ejercer control, y el apoyo que se recibe de los demás es escaso.²

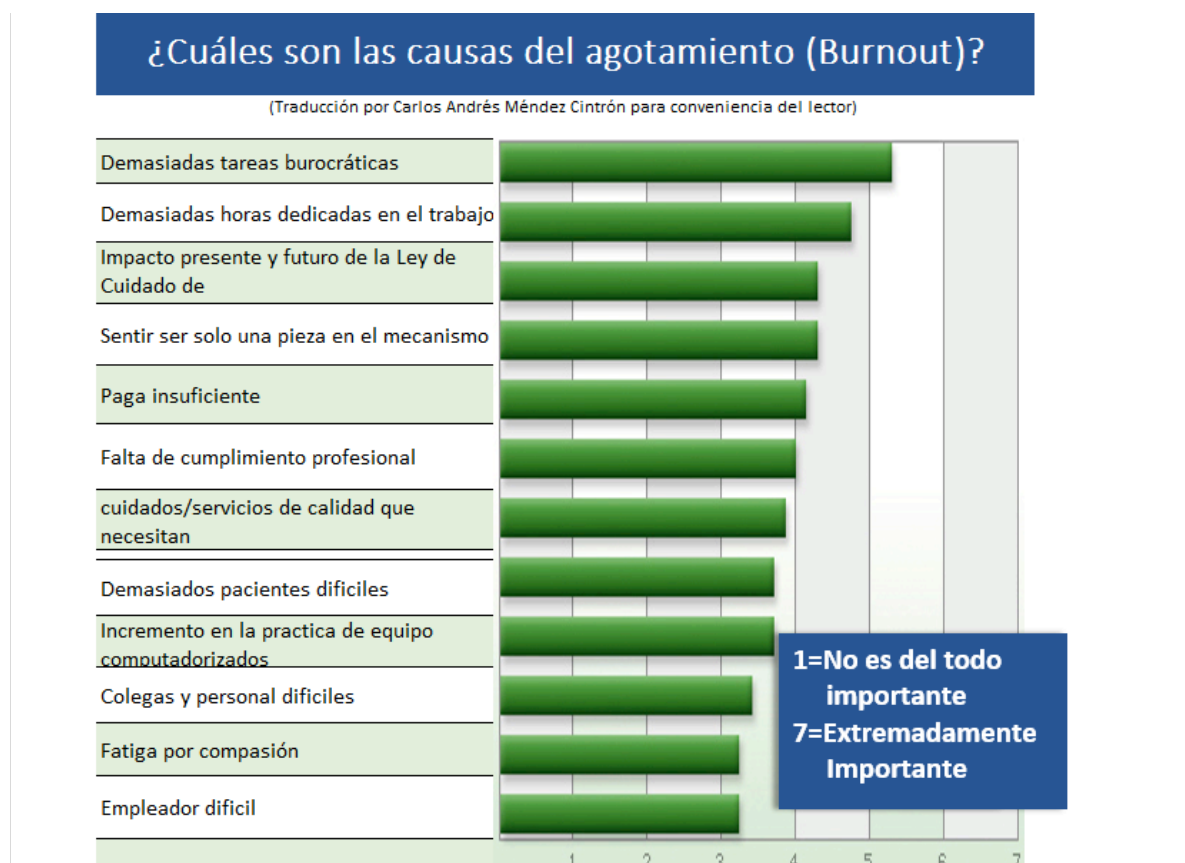
Una encuesta nacional publicada en la revista *Archives of Internal Medicine* en 2012 informó que los médicos estadounidenses sufren más el desgaste que otros trabajadores estadounidenses. Un 45,8 por ciento de los médicos estaban experimentando al menos 1 síntoma de agotamiento: pérdida de entusiasmo por el trabajo, sentimientos de cinismo y un bajo sentido de realización personal.¹⁹



Fuente:(*Archives of Internal Medicine*.2012.) Traducción al español para conveniencia del lector.

En 2013, Carol Peckham realizó un estudio para *Medscape* llamado: *Physician Lifestyles, Does Burnout Affect Lifestyle?* Encabezando la lista en la encuesta Medscape sobre los factores contribuyentes respondieron tener una carga de trabajo excesiva, pérdida de control sobre la profesión debido a demasiadas tareas

burocráticas, demasiadas horas en el trabajo, sintiéndose como un engranaje de la rueda (término utilizado para una persona sin importancia en una organización), como también el impacto de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles. En una escala del 1 al 7, donde 1= «No es del todo importante» y 7= «Extremadamente importante» estos estresores promediaron mayor a un 4, como también lo fue el salario insuficiente. Los estresores menos importantes, pero aun con un promedio mayor de tres lo fueron la relación con colegas y pacientes.²⁰



Fuente:(Medscape. 2013), Traducción al español para conveniencia del lector.

IV.1.4. Prevalencia

Una encuesta hecha por la *American Psychological Association* demostró que los niveles de estrés en adultos siguen en aumento al pasar los años. El 75 por ciento de los adultos reportó haber experimentado niveles de estrés de moderado a alto durante el mes anterior al ser encuestados y aproximadamente la mitad reportó que el estrés había aumentado en ese último año.²¹ Según *National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)* un 40 por ciento de los empleados reportó que su trabajo era extremadamente estresante, 25 por ciento veía su trabajo como el

estresor número uno de su vida, 29 por ciento de los empleados se sintió «un poco o muy estresado» en su trabajo, 26 por ciento de los trabajadores reportaron que «a menudo o muy a menudo desgastados o estresados por su trabajo». NIOSH reportó que el estrés laboral se relaciona más fuertemente a quejas sobre salud que a problemas financieros o familiares.²²

Dinero, trabajo y economía continúan siendo las causas más frecuentes de estrés en los norteamericanos desde el 2007 al 2011. En adición ha ido en aumento el que ellos reporten que la salud personal y la de su familia sea una fuente de estrés.²¹

Una fuente significativa de estrés incluye dinero (75%), estrés laboral (70%), económico (67%), relaciones ej. esposa, hijos, novio/a (58%), responsabilidad familiar (57%), problemas de salud de un familiar (53%), salud personal (53%), estabilidad laboral (49%), costos del hogar (49%), y seguridad personal (32%).²¹

El porcentaje de adultos reportando que problemas de salud de un familiar es causa de estrés (53%), aumentó en 2011 comparado con el estudio hecho en 2009 y 2010 con un (47% ambos).²¹

IV.1.5. Manifestaciones clínicas

El estrés afecta de forma diferente a cada persona. El estrés laboral puede dar lugar a comportamientos disfuncionales y no habituales en el trabajo, y contribuir a una mala salud física y mental del individuo.²

Inicialmente el estrés genera alteraciones fisiológicas, pero su persistencia por un tiempo prolongado o acontecimientos traumáticos pueden generar alteraciones psicológicas, trastornos psiquiátricos y enfermedades orgánicas permanentes que pueden comprometer la vida de la persona afectada.

Cuando el individuo está bajo estrés le resulta difícil mantener un equilibrio saludable entre la vida laboral y la vida no profesional; al mismo tiempo puede abandonarse a actividades poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol y drogas.²

Entre las manifestaciones clínicas de estrés laboral se encuentra:

1. Angustia e irritabilidad
2. Incapaz de relajación
3. Falta de concentración
4. Dificultad para pensar con lógica y toma de decisiones
5. Disfrutar cada vez menos su trabajo y pérdida de compromiso al mismo

6. Cansancio, depresión e intranquilidad
7. Dificultad para conciliar el sueño
8. Problemas físicos graves como:
 - a. Cardiopatías
 - b. Trastornos digestivos
 - c. Hipertensión arterial
 - d. Cefalea
 - e. Trastorno de músculo esquelético como lumbalgias.

Debido a la liberación de hormonas que provoca el estrés éstas inhiben la maduración de linfocitos por lo tanto hay una baja en las defensas y ésta a su vez provoca una inmunodepresión.

IV.1.6. Diagnóstico

Para evaluar el estrés laboral hay que tener en cuenta los estresores potenciales de la empresa (puesto de trabajo, factores físicos) y las características individuales del trabajador. Nunca se puede evaluar el estrés de una persona aislándolo de su entorno laboral, familiar y social, ya que estas influencias le están enviando los estímulos que hacen que se desarrolle la enfermedad.

Existen en la actualidad series de escalas que sirven para poder «medir los estresores» y valorar las emociones de respuesta. Estas escalas solo deben de aplicarlas especialistas en la materia, ya que si no es una persona experta podría deteriorar más la patología. Podemos valorar también la activación del estrés por otros métodos, midiendo las variaciones fisiológicas de la persona.²³

1. Técnicas electromiografías:

Con la electromiografía se puede valorar indirectamente la tensión muscular. Se realizan en la musculatura frontal y en el paquete muscular cervical.²³

2. Técnicas electro térmicas:

Para saber el funcionamiento de las glándulas sudoríparas se mide el grado de sudoración. El incremento de la sudoración en situación de estrés se mide en plantas de pies y palmas de las manos, siendo el sudor el que activa el mecanismo estresor.²³

3. Técnicas cardiovasculares:

Se pueden objetivar las alteraciones que sufren algunas constantes cardiocirculatorias:

- Aumento de ritmo cardíaco.
- Aumento de la tensión arterial (sistólica).
- Disminución de la temperatura de la piel.²³

4. Técnicas endocrinas:

Ante una situación de estrés se ha observado, después de realizar análisis hormonales, las variaciones que sufren algunas hormonas, partiendo del nivel basal a las situaciones de estrés, objetivándose un aumento de las mismas.²³

IV.1.7. Tratamiento

El objetivo del tratamiento es que la salud física y emocional del individuo a causa del estrés mejore. Cabe destacar que se debe tener en cuenta la cronicidad como el grado de afectación para poder proporcionar el tratamiento adecuado. Entre las técnicas que se utilizan para el manejo del estrés se encuentran las técnicas de respiración y relajación, técnicas cognitivo-conductuales, hipnosis, acupuntura y yoga.²⁴

Desde el punto de vista psicológico existen muchas alternativas para el abordaje las cuales hacen énfasis del control emocional y el aprovechamiento de los recursos del organismo.²⁴ Desde el punto de vista médico se puede utilizar la psicoterapia, aquí es importante la relación médico-paciente. Si el estrés es muy crónico y la sintomatología comienza a deteriorar algún órgano de la persona el médico recurre al tratamiento farmacológico, en este caso se utilizan tranquilizantes o ansiolíticos. El tratamiento farmacológico solo los debe prescribir un especialista para evitar efectos secundarios y evitar la farmacodependencia.

IV.1.8. Prevención

El riesgo de estrés laboral puede reducirse, pero para esto hay que actuar en los distintos componentes del trabajo; es decir sobre el trabajador, sobre el trabajo y sobre la empresa. Aquí es donde entra la medicina preventiva. Entre las formas de reducir estrés se encuentra:

1. Prevención primaria, el objetivo es la reducción del estrés a través de ergonomía, definición del puesto de trabajo y diseño ambiental y el perfeccionamiento de la organización y de la gestión.²
2. Prevención secundaria, el objetivo es la reducción del estrés educando y capacitando a los trabajadores.²

3. Prevención terciaria su objetivo es la reducción de los efectos del estrés desarrollando un sistema de gestión más sensible y con mayor capacidad de respuesta como también mejorar la prestación de servicios de salud a sus empleados.²

El grado de estrés relacionado con los médicos y médicos en entrenamiento o médicos residentes regularmente tienen sobrecarga laboral, cambios en estilo de vida, hábitos alimentarios y actividad física que repercuten en la calidad de vida de éstos. El apoyo social juega un papel tanto preventivo como curativo.

IV.2. Historia de la Depresión

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se han descrito, pues hay diversos escritos clásicos en los que se describen sus síntomas. Antiguamente se utilizaban remedios mágicos, ya que el brujo de la tribu atribuía la culpa a espíritus negativos.²⁵

En la cultura griega clásica, el filósofo Hipócrates, padre de la medicina, explicaba que para tener salud había que mantener un equilibrio en los cuatro líquidos corporales denominados «humores» según él, la sangre, flema, la bilis amarilla y la bilis negra ó melancolía. Cualquier desequilibrio en una de éstas explicaba todas las enfermedades y cambios de temperamento.²⁵

Según esta teoría de Hipócrates, un exceso de sangre provocaba comportamientos hiperactivos (maníacos, en la terminología actual), mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza.²⁵

En el siglo XVII, el médico británico Thomas Willis llega a la conclusión de que esta condición provoca diversos procesos químicos en el cerebro por lo que la teoría de los cuatro líquidos de Hipócrates quedó refutada.²⁵

No es hasta finales del siglo XIX y principios del XX que el alemán Kraepelin y el austriaco Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, comienzan a estudiar a profundidad esta condición.²⁵

En las primeras décadas del siglo XX el término «depresión» se divide en otros como obsesión, ansiedad, histeria etc. Luego de un tiempo de progreso médico nace la biopsiquiatría, ésta se encarga de estudiar los mecanismos químicos y el funcionamiento de los neurotransmisores, como causantes de los trastornos de ánimo como lo es la depresión.²⁵

IV.2.1. Definición

Según la Real Academia Española, la depresión es el síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.¹⁶

Estos son estados de ánimo melancólico y de tristeza a tal grado que interfieren con la vida diaria y desempeño normal y causa dolor tanto al que lo padece como a los que le rodean y se preocupan por la salud del paciente. La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un periodo de algunas semanas o más.²⁶

IV.2.2. Fisiopatología.

La causa exacta de la depresión no está clara. Aún no se ha demostrado por qué algunas personas se deprimen y otras no. Muchas veces la depresión parece ocurrir como resultado de un evento estresante, sin embargo, en otras ocasiones aparece sin razón aparente.

Este trastorno tiene muchas causas aparentes, de las cuales se incluyen factores genéticos, factores químicos por alteración de neurotransmisores y factores psicosociales como experiencias adversas en la infancia, baja autoestima, pérdida de un ser querido, estrés laboral, entre otras.

Gran parte de estos episodios se desencadenan por una combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales al extenderse el tiempo sin tratamiento la condición progresa e incrementa su capacidad patogénica.

IV.2.2.1. Factores genéticos

En el trastorno depresivo como en la inmensa mayoría de las enfermedades el factor genético juega un papel crucial, ya que el tener parientes de primer grado (padres, hermanos o hijos) incrementa el riesgo de morbilidad. El componente genético de estas enfermedades ha sido identificado a partir de estudios de familia, de gemelos o de adopción. Las enfermedades genéticas, aunque tienen una base genética, no siguen el patrón clásico de herencia mendeliana.

En general, se considera que el modelo del umbral de susceptibilidad sería uno de los que mejor explicarían la transmisión de la enfermedad. Este modelo asume que la variable «susceptibilidad para desarrollar la enfermedad» se distribuye de forma continua en la población, de tal manera que solo aquellos individuos que sobrepasen un determinado umbral manifestarán el trastorno.

Se hipotetiza que en la base de esta herencia compleja estarían involucrados una serie de genes de efecto menor cuya expresión podría estar modulada por un gran número de factores ambientales.²⁷ Marcadores genéticos potenciales para los trastornos depresivos han sido localizados en los cromosomas X, 4,5, 11, 18 y 21.

En un estudio reciente se hicieron pruebas para ver por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas, pero no a otras. Se encontró que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Ese estudio epidemiológico provee la evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo.²⁸

IV.2.2.2. Factores químicos

Los pacientes deprimidos experimentan síntomas como tristeza falta de interés o placer en actividades que antes disfrutaban, pérdida de apetito y deseo sexual, cambio en patrón de sueño cansancio, amargura o hasta pensamientos suicidas o de muerte a esto se le agrega que puede haber agitación psicomotora.

Una cantidad moderada de neuronas secretoras de noradrenalina están situadas en el tronco del encéfalo, sobre todo en el *locus ceruleus*. Estas células envían fibras en sentido ascendente a la mayoría de las porciones del sistema límbico encefálico, el tálamo y la corteza cerebral.²⁹ De igual forma muchas neuronas productoras de serotonina mandan sus fibras hacia numerosas zonas del sistema límbico y a algunas otras regiones del encéfalo.

La razón fundamental para pensar que la depresión podría estar ocasionada por un descenso en la actividad de las neuronas secretoras de noradrenalina y serotonina reside en que los fármacos capaces de bloquear esta secreción, como

reserpina, a menudo provocan dicho trastorno. En cambio, el tratamiento con fármacos que aumenten los efectos excitadores de la noradrenalina y serotonina en las terminaciones nerviosas puede ser eficaz más o menos en el 70 por ciento de los pacientes depresivos, por ejemplo: 1) los inhibidores de la monoaminoxidasa, que bloquean la destrucción de noradrenalina y serotonina una vez formadas. 2) antidepresivos tricíclicos, como imipramina y amitriptilina, que suprimen la receptación de estas dos sustancias por la terminación nerviosa, de modo que dichos transmisores permanecen activos durante un periodo más largo después de su secreción.²⁹

IV.2.2.3. Factores psicosociales

La depresión es una enfermedad que no solo influyen los factores genéticos y factores químicos, en esta condición también influyen factores externos. Este trastorno no solo constituye un problema médico, sino que también forma parte de un fenómeno social. El Secretario General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su mensaje en el Día Mundial de la Salud Mental 2012, dijo que la depresión es una crisis mundial.

Se conoce que la separación matrimonial, el *status* de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación socioeconómica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano, las dificultades en el ámbito laboral o familiar, constituyen causas sociales para la aparición del trastorno.³⁰

IV.2.3. Trastornos Depresivos

Hay varios tipos de trastornos depresivos.

1. Depresión mayor
2. Trastorno depresivo persistente
3. Depresión psicótica
4. Depresión posparto
5. Trastorno afectivo estacional

Entre ellos definiremos aquellos trastornos que son parte del tema de la investigación

1. Depresión mayor: síntomas severos que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Puede ocurrir un solo episodio en la vida, pero mas a menudo el individuo tiene varios episodios.

2. Trastorno depresivo persistente: estado de ánimo deprimido que dura por lo menos 2 años. Unas personas diagnosticadas con trastorno depresivo persistente pueden tener episodios de depresión mayor a lo largo de períodos de tiempo inferiores síntomas graves, pero los síntomas deben durar 2 años.

Algunas formas de depresión son ligeramente diferentes, o se pueden desarrollar bajo circunstancias únicas. Ellos incluyen: la depresión psicótica, que se produce cuando una persona tiene depresión junto con psicosis, como tener falsas creencias o una ruptura con la realidad (delirios), escuchar o ver cosas que otros no pueden oír o ver (alucinaciones).

IV.2.4. Etiología.

En el entorno laboral es muy común que se desarrollen síntomas de estrés junto con cuadros depresivos y de ansiedad. Algunas causas que pueden desencadenar esto puede ser: salario insuficiente, acoso laboral, actividades de gran responsabilidad, ausencia de incentivos, conflicto entre empleados o jefes, cargas y jornadas excesivas de trabajo, exposición de riesgos físicos constantes, entre otras. El ambiente hospitalario es uno altamente estresante y desgastante, este puede estar asociado a altos índices de depresión en sus trabajadores. Los trabajadores de la salud en especial los médicos y médicos residentes, debido a su gran responsabilidad con la vida del paciente se encuentran sometidos grandes exigencias que predisponen a algún grado de estrés y depresión.

IV.2.5. Prevalencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, siendo más frecuente en la mujer que en el hombre.¹

La depresión afecta el 9 por ciento de los adultos en Estados Unidos, y el estrés laboral desempeña un papel significativo para los profesionales de la salud ya que estos tienen un nivel elevado de episodios depresivos. En promedio se pierden de 4.8 a 11.5 días por enfermedad, reduciendo la productividad por cada paciente deprimido.³¹

En un estudio sobre prevalencia de estrés percibido y síntomas de agotamiento, depresión y ansiedad en una población de edad laboral evaluados por atención

primaria, evaluaron 587 pacientes de atención primaria con un rango de edad de 18 a 65 años (377 mujeres, 210 hombres). 345 (59%) de los pacientes estudiados indicaron «cierto nivel de estrés» y «mucho estrés» (237 mujeres y 108 hombres).³²

Un estudio observacional realizado a una muestra intencional de 119 residentes de un universo de 310: 29 de la especialidad de Medicina de Urgencias, 38 de Cirugía General, 38 de Medicina Interna y 14 de Medicina Familiar; de las dependencias Hospital General Xoco, Centro de Salud «Dr. José Castro Villagrana» y Hospital General «Dr. Enrique Cabrera y Cossío», Distrito Federal, México demostró que 64.71 de cada 100 residentes fueron clasificados con depresión leve; 27.73 de cada 100 residentes con depresión moderada y 7.56 con depresión grave.³³

Cuadro IV. Clasificación de probables casos de depresión. Hospital General Xoco, Centro de Salud «Dr. José Castro Villagrana» y Hospital General «Dr. Enrique Cabrera y Cossío». 2014.		
<i>Probable caso</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Leve	77	64.71
Moderada	33	27.73
Grave	9	7.56
Fuente: Cuestionario SRQ.		

Fuente: (Evidencia Medica e Investigación en Salud. 2014).

Por especialidad, los probables casos de depresión en términos de episodio grave, Cirugía General, Urgencias, Medicina Interna y Medicina familiar ocupan los lugares primero, segundo, tercero y cuarto respectivamente.³³

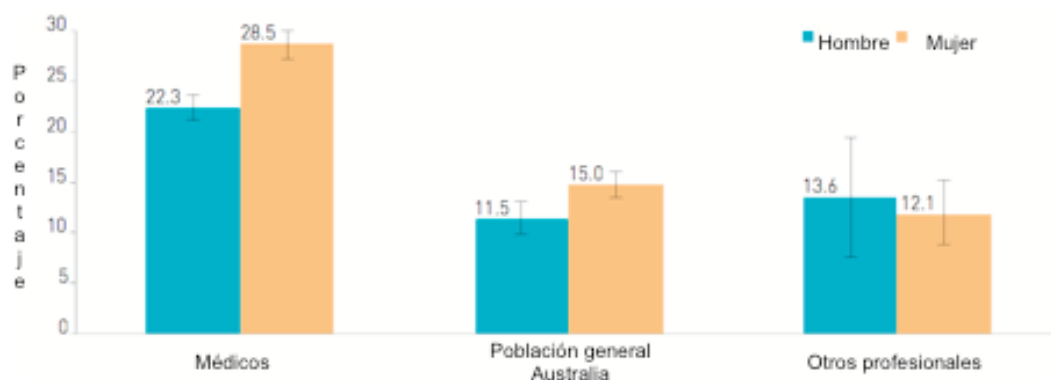
Cuadro VII. Especialidad médica y episodio depresivo. Hospital General Xoco, Centro de Salud «Dr. José Castro Villagrana» y Hospital General «Dr. Enrique Cabrera y Cossío». 2014.				
<i>Especialidad</i>	<i>Moderada n (%)</i>	<i>Leve n (%)</i>	<i>Grave n (%)</i>	<i>Total</i>
Urgencias	10 (34.48)	17 (58.62)	2 (6.90)	29
Cirugía general	11 (28.95)	22 (57.89)	5 (13.16)	38
Medicina interna	10 (26.32)	27 (71.05)	1 (2.63)	38
Medicina familiar	2 (14.29)	11 (78.57)	1 (7.14)	14
Total	33	77	9	119
Fuente: Cuestionario SRQ.				

Fuente: (Evidencia Medica e Investigación en Salud. 2014).

Se estima que un promedio de 400 médicos se suicida cada año en Estados Unidos. Contrario a la población en general, los médicos tienen menor riesgo de mortalidad por cáncer y enfermedades cardiacas, pero tienen un mayor riesgo significativo de morir por suicidio.

En la población en general, usualmente el suicidio se debe al trato inadecuado o a la falta de tratamiento de la depresión. Se estima que la depresión es mayor en estudiantes de medicina y médicos residentes con una proyección de un 15 a un 30 por ciento de síntomas de depresión.

En 2011 se hizo una encuesta a 50,000 médicos residentes y estudiantes de medicina en Australia y se demostró un dramático incremento en la incidencia de estrés psicológico severo con una alta incidencia de ideación suicida en médicos comparados con la población en general.³⁴



Fuente: (*Beyond Blue. 2013*). Traducción al español para conveniencia del lector.

IV.2.6. Manifestaciones clínicas

La depresión es una condición médica común con síntomas muy específicos. Estos síntomas pueden variar en cada persona.

Como se ha descrito anteriormente el término depresión se refiere a un sentimiento permanente de tristeza y/o falta de interés o placer en la mayoría de las actividades.

En ocasiones, las personas experimentan síntomas adicionales como cambios en el apetito o peso, cambios en patrón del sueño, agitación o actividad disminuida que otros notan, falta de energía o sensación de cansancio todo el día, dificultad para concentrarse o a la toma de decisiones, sentimientos de inutilidad o culpabilidad y pensamientos suicidas o de muerte en repetidas ocasiones.³⁵

IV.2.6.1. Clasificación de gravedad

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.³⁵

Leve: Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.³⁵

Moderado: El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para «leve» y «grave».³⁵

Grave: El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.³⁵

IV.2.7 Diagnóstico

Para diagnosticar la depresión el profesional de la salud que atiende el individuo debe realizar una evaluación completa del paciente, luego de una buena historia clínica se le indica pruebas de laboratorio. Aunque para la depresión no existe diagnóstico por pruebas de laboratorio éstas son necesarias ya que se busca posibles causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas que simulen, provoquen o empeoren el trastorno depresivo.^{36,37}

Se debe realizar una buena evaluación diagnóstica y para lograrlo es vital una historia clínica completa por parte del profesional de la salud que atienda el paciente. De no ser un especialista en salud mental debe referirlo a uno, ya sea psiquiatra, psicólogo, trabajador social o consejero de salud mental, el cual debe discutir con el paciente sobre alguna historia familiar de depresión o cualquier otro trastorno mental e indagar sobre los síntomas que presenta el paciente. Entre las preguntas que debe hacer el profesional de salud mental debe incluir si el individuo ha consumido alcohol o drogas como también si ha tenido pensamientos sobre la muerte o suicidio.

La historia clínica se puede complementar con varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discernir si existe o no un trastorno depresivo. Entre ellos se puede utilizar el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Test de Depresión de Hamilton, entre otros.

Según se indica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, (en inglés DSM V), para diagnosticar un paciente con algún trastorno depresivo es necesario que cumpla con ciertos criterios.

IV.2.7.1. Criterios de Trastorno de depresión mayor

A. Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presente durante un periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.³⁵

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días (p. ej., sentimiento de tristeza, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).³⁵
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.³⁵
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.³⁵
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.³⁵
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).³⁵
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.³⁵
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).³⁵
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).³⁵
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.³⁵

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.³⁵

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

de otra afección médica.³⁵

- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.³⁵
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.³⁵

IV.2.7.2. Criterios de Trastorno depresivo persistente (distimia)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.³⁵

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.³⁵

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.³⁵
2. Insomnio o hipersomnia.³⁵
3. Poca energía o fatiga.³⁵
4. Baja autoestima.³⁵
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.³⁵
6. Sentimientos de desesperanza.³⁵

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.³⁵

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.³⁵

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.³⁵

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.³⁵

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej.,

hipotiroidismo).³⁵

- H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.³⁵

IV.2.8. Tratamiento

La depresión es una condición médica seria que requiere tratamiento. Esta puede ser tratada a través de distintos abordajes que incluye la terapia interpersonal, la terapia cognitiva/conductual y la terapia farmacológica. La mayoría de las personas con depresión pueden reducir la severidad y duración de los síntomas depresivos, pero es necesario un diagnóstico temprano de su condición y tratarla precozmente.

El tratamiento más común lo constituyen los antidepresivos, la psicoterapia o una combinación de ambos.

Los antidepresivos son fármacos que se utilizan para tratar la depresión. Estos no curan ni alivian la depresión, el objetivo del tratamiento antidepresivo es buscar una remisión completa de los síntomas. Los antidepresivos pueden ayudar la forma en el que el cerebro utiliza algunos neurotransmisores asociados a la depresión como serotonina, norepinefrina y dopamina. Estos fármacos alivian la depresión ya que afectan esos neurotransmisores. Cada tipo o clase de antidepresivo afecta estos neurotransmisores de diferentes maneras.^{36, 38}

Hay distintos tipos e antidepresivos disponibles para tratar la depresión, entre ellos se encuentra:

Inhibidores Selectivos de Receptación de Serotonina (ISRS) Usualmente los doctores comienzan indicando ISRS. Estos fármacos son más seguros y generalmente causan menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos. Entre los ISRS se encuentran, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram y escitalopram.³⁸

Inhibidores de Receptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN) Entre ellos se encuentra, duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina y levomilnacipran. Inhibidores de la Receptación de Norepinefrina y Dopamina (IRND) Bupropion se encuentra en esta categoría. Es uno de los pocos antidepresivos que frecuentemente no se asocian con efectos secundarios en la sexualidad.³⁸

Recientemente salió al mercado una nueva modalidad antidepresiva, la Vortioxetina, este es un novedoso antidepresivo con efectos sobre múltiples receptores de 5-HT y sobre el transportador de serotonina. Los estudios clínicos

indican que vortioxetina es eficaz en el tratamiento de la depresión mayor, aunque no hay indicios de superioridad sobre comparadores activos. Es posible que haya una ventaja clínicamente significativa en términos de tolerabilidad, cuyo mecanismo de acción es multimodal. La vortioxetina fue desarrollada como parte de una serie de compuestos desarrollados a partir de bencenos halogenados y estaba destinado a tener efectos combinados en múltiples receptores 5-HT y sobre el transportador de serotonina. Se ha demostrado en líneas celulares recombinantes para combinar los receptores antagonistas de 5-HT₃ y 5-HT₇, receptor parcial agonista 5-HT_{1B}, receptor agonista de 5-HT_{1A}, y la inhibición del transportador de serotonina.^{39,40}

La agomelatina es un novedoso antidepresivo aprobado en febrero de 2009 para su uso en la Unión Europea. Se cree que actúa a través de una combinación de la actividad antagonista en los receptores 5HT_{2C} y la actividad agonista de los receptores melatoninérgicos MT₁ / MT₂. Como tal, su farmacología es única entre los fármacos antidepresivos con licencia, ya que no poseen capacidad de interferir con la recaptación neuronal de serotonina, norepinefrina (noradrenalina), o la dopamina.^{41,42}

Antidepresivos Tricíclicos, estos medicamentos como imipramina, nortriptilina, amitriptilina, doxepin, trimipramina, desipramina y protriptilina tienden a causar más efectos secundarios que los demás fármacos.³⁸

Inhibidores de la enzima Monoamino-Oxidasa (IMAO) como tranilcipromina, fenelzina e isocarboxazid, se pueden prescribir luego de que los demás medicamentos no funcionen, ya que éstos tienden a causar efectos secundarios más serios. Los IMAO requieren de una dieta estricta ya que interactúa con comida como el queso, pepinos, vino y puede causar daños graves, incluso la muerte.³⁸

Un sinnúmero de estudios muestra una clara evidencia de que el tratamiento combinado de psicoterapia con antidepresivos es más efectivo que un tratamiento con antidepresivos solamente.^{43,44}

Durante la psicoterapia, el terapeuta y el paciente hablan acerca de las experiencias, relaciones y sentimientos de este, lo que puede revelar algunas de las causas que desencadena la depresión, esto ayuda a orientar el tipo de tratamiento que necesita el paciente.

IV.2.9. Prevención

Los trastornos depresivos pueden provocar agotamiento, sensación de que no vale nada y sin esperanzas. Estos pensamientos y sentimientos negativos hacen que algunas personas se sientan a punto de abandonar la batalla. Es importante comprender que esos sentimientos negativos son parte de la depresión.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.⁴⁵

IV.3. Historia de la Ansiedad

Los llamados Trastornos de Ansiedad están estrechamente vinculados al concepto de neurosis. El contenido original del término neurosis, introducido por el psiquiatra escocés William Cullen en 1769, en su *Synopsis nosologiae methodicae*, se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía «los sentimientos» y «el movimiento».

La sintomatología polimorfa que Cullen identificó en la afección abarcaba las manifestaciones que se presentaban en una abigarrada serie de afecciones que iban desde diversas intensidades de síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amencia y la manía.⁴⁶

El término creado por Cullen y retomado por Philippe Pinel en su *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, de 1798, tuvo una amplia penetración en el vocabulario médico. A lo largo de los siglos XIX y XX diversos autores se ocuparon de distinguir sus características y del gran grupo inicial se fueron desgajando diversas enfermedades que permitieron precisar más rigurosamente sus contornos y límites, pero las querellas en torno a su especificidad siguieron siendo numerosas y apasionantes.⁴⁶

Datos revelan que a partir del 1893 Sigmund Freud menciona los trastornos nerviosos en la cual los síntomas representan un conflicto psíquico reprimido de la infancia. Este concepto evolucionó y actualmente se encuentra en el lugar de una

estructura de triple conflicto psíquico junto con la psicosis y la perversión. Freud menciona que en la neurosis ocurre cierta pérdida de la realidad, «el yo, en esclavitud a la realidad, domina un pedazo del ello».⁴⁷

Sigmund Freud fue construyendo su teoría sobre la neurosis a lo largo de su obra completa, situando estos padecimientos en relación con otras enfermedades psicológicas, aunque la expuso sistemáticamente en la tercera parte de Conferencias de introducción al psicoanálisis (Freud, 1916)⁴⁶

Freud llamó neurosis a los trastornos que no tenían base orgánica y que eran motivados por enfermedades psicológicas. Freud consideró la angustia como el elemento base de la neurosis. Así surgen las categorías de Neurosis de Angustia, Fobias, Obsesivas y Neurastenia.⁴⁸

La angustia la define la Real Academia Española como la aflicción, congoja ansiedad. También la define como temor opresivo sin causa precisa, dolor o sufrimiento, ganas de vomitar y como sensación de opresión en la región torácica abdominal.¹⁶

IV.3.1. Definiciones.

La Real Academia Española define la ansiedad como un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.¹⁶

La Sociedad Americana de Psiquiatría define la ansiedad como una reacción normal al estrés que en ocasiones puede ser beneficiosa. Esta puede alertar al individuo ante el peligro y ayudarlo a prepararse y prestar atención.⁴⁹

En trastorno de ansiedad los sentimientos nerviosos no normales, estos incluyen exceso de miedo y ansiedad. Esta condición es una de las más comunes de los trastornos mentales.⁴⁹

En general, la ansiedad se describe como un estado de preocupación y tensión crónica, aunque no exista una causa clara que la justifique. En ocasiones el individuo se da cuenta de que su ansiedad es mayor de lo que corresponde a la situación, aun así, no puede hacer nada para evitar sentirse inquieto.

IV.3.2. Fisiopatología.

Los mecanismos fisiopatológicos definitivos de la ansiedad aún no se han determinado, pero debido a los síntomas de ansiedad y el resultado de los desórdenes se cree que se altera la modulación del sistema nervioso central.

Manifestaciones físicas y emocionales de esta desregulación son el resultado de la excitación simpática aumentada. Diversos sistemas de neurotransmisores han sido implicados en uno o varios pasos.⁵⁰

Los que comúnmente son más considerados son los sistemas de neurotransmisor serotoninérgicos y no adrenérgicos. En términos generales se cree que una activación disminuida del sistema serotoninérgico y una sobreactivación del noradrenérgico están involucrados. Estos sistemas regulan y son regulados por otras vías y circuitos neuronales en distintas regiones del cerebro, incluyendo el *locus cerúleos* y estructuras límbicas, dando como resultado la desregulación fisiológica y emocional.⁵⁰

La interrupción del sistema de ácido gamma-aminobutírico (GABA) también ha sido implicado debido a la respuesta de muchos de los trastornos de ansiedad al tratamiento de amplio espectro con benzodiazepinas. También se ha producido cierto interés en el rol de la regulación de los corticosteroides y su relación con los síntomas de miedo y ansiedad. Los corticosteroides pueden aumentar o disminuir la actividad de ciertas vías nerviosas, que afecta no sólo el comportamiento bajo estrés, sino también el procesamiento cerebral de los estímulos inductores de miedo.⁵⁰

A pesar de que es posible una predisposición genética para el desarrollo de trastorno de ansiedad, los estresores ambientales claramente juegan un papel importante.⁵⁰

Estudios han demostrado que pacientes que sufren de ansiedad generalmente son más sensibles a cambios fisiológicos que los pacientes no ansiosos, pacientes con trastornos de pánico son aún más sensitivos que los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).⁵⁰

La tomografía por emisión de positrones ha demostrado incremento en el flujo de la región del hipocampo derecho y una reducción del enlace al receptor serotonina tipo 1A en el cíngulo y rafe anterior y posterior de pacientes con trastorno de pánico.⁵¹ La resonancia magnética ha demostrado una disminución en el volumen del lóbulo temporal a pesar de que hay un volumen normal del hipocampo en estos pacientes.⁵² En un estudio en humanos el líquido cefalorraquídeo demostró niveles altos de orexina, también conocida como hipocretina, la cual se cree que tiene un rol importante en la patogénesis del pánico en ratas de laboratorio.⁵³

IV.3.3. Etiología.

La ansiedad es una respuesta natural en los seres humanos. Esta puede convertirse en un trastorno patológico cuando es excesiva e incontrolable, cualquier estímulo externo puede ser un factor desencadenante. La ansiedad se manifiesta con una amplia gama de síntomas físicos y afectivos, así como cambios en el comportamiento y la cognición.

Los trastornos de ansiedad tienen una alta tasa de comorbilidad con depresión mayor y el abuso de alcohol y drogas. Muchas veces el incremento de la morbilidad y mortalidad asociada a este trastorno esta asociado a esta gran tasa de comorbilidad. Los trastornos de ansiedad pueden contribuir a la morbilidad y mortalidad a través de mecanismo neuro endocrino y neuro inmune o directamente por estimulación neuronal (ej. Hipertensión o arritmia cardiaca). La ansiedad crónica se puede asociar con un riesgo aumentado de morbi-mortalidad cardiovascular.⁷

Los factores genéticos influyen de manera significativa el riesgo de muchos trastornos de ansiedad. Los factores ambientales tales como el trauma infancia temprana también pueden contribuir al riesgo de los trastornos de ansiedad más tarde. El debate acerca de si el gen o el medio ambiente es primordial en los trastornos de ansiedad se ha desarrollado para una mejor comprensión de la importancia del papel de la interacción entre los genes y el medio ambiente.⁵⁴ Algunos individuos parecen ser más resistentes al estrés, mientras que otros son mas vulnerables, lo que precipita un trastorno de ansiedad.

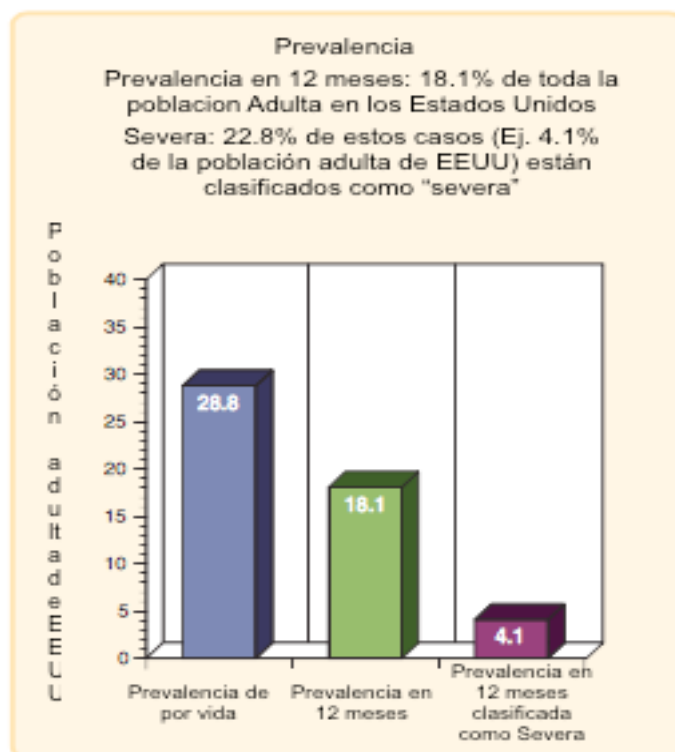
Como se indica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, (en ingles DSM 5), los trastornos de ansiedad incluyen trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social (también conocido como fobia social), fobia específica, agorafobia, mutismo selectivo, la ansiedad secundaria a enfermedad médica, trastorno de angustia, trastornos especificados, trastornos no especificados y trastorno de ansiedad inducido por sustancias.³⁵

Un trastorno de ansiedad severo se puede complicar con un suicidio, con o sin trastorno del estado de ánimo (ej. depresión). En un estudio realizado por Área de Captación Epidemiológica (ECA, por sus siglas en inglés), encontraron que el trastorno de pánico tenía una mayor tasa de intentos de suicidios que la población sin trastornos psiquiátricos. Los intentos de suicido se pueden precipitar por diversos eventos de la vida como un divorcio, problemas financieros, problemas laborales. El

efecto del estrés agudo tiende a producir un aumento del comportamiento suicida en individuos con trastornos de ánimo, ansiedad y problemas con abuso de sustancia.⁷

IV.3.4. Prevalencia

Los trastornos de ansiedad son la enfermedad mental más común en los EE.UU., ésta afecta a 40 millones de adultos en los Estados Unidos de 18 años o mayores, o el 18.1 por ciento de la población adulta en un periodo de 12 meses.⁴



Fuente: (National Institute of Mental Health.2014). Traducción al español para conveniencia del lector.

Entre los diferentes trastornos psiquiátricos, la ansiedad es uno de lo más prevalentes en la población general. Fobia simple, también llamada fobia específica es el trastorno de ansiedad más común, se ha reportado que hasta un 49 por ciento de las personas sienten un fuerte miedo sin razón y un 25 por ciento de estos cumplen con criterios para fobia simple. Trastorno de ansiedad social es el segundo más común de los trastornos de ansiedad con un 13 por ciento de pacientes que cumple con los criterios diagnósticos del DSM. Se estima que, en los Estados Unidos, en 12 meses de prevalencia, aproximadamente un siete por ciento padece de Trastorno de Ansiedad Social.^{35,49,50}

De acuerdo con dos estudios especializados en este tema en los Estados Unidos, Área de Captación Epidemiológica (ECA, por sus siglas en inglés) y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS, por sus siglas en inglés), en conjunto con otros estudios, estimaron que las tasas de prevalencia de por vida de trastorno de ansiedad generalizada (4.1-6.6%), fobia social (2.6-13.3%), agorafobia (6.7%) y fobia específica (11.3%).⁷

El estudio de ECA no encontró diferencia en la tasa de trastornos de ansiedad entre raza blanca, afroamericanos o hispanos en la población de los Estados Unidos.⁷

Según la Asociación Americana de Psiquiatría las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer de trastornos de ansiedad que el hombre.⁴⁹

A pesar de unos pocos estudios no encontrar diferencias significativas por sexo en la prevalencia de los trastornos de ansiedad, los estudios clínicos y comunitarios han informado que generalmente hay mayores tasas de trastorno de pánico (PD), agorafobia (AG), fobias específicas (SP), trastorno de ansiedad generalizada (GAD), ansiedad por separación (SA), y trastorno de estrés agudo y postraumático y (ASD y PTSD) en mujeres que en hombres. Las diferencias de sexo son menos pronunciadas para el trastorno de ansiedad social (SAD) y el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), y las diferencias de sexo en las tasas de prevalencia de estos dos trastornos no siempre son significativos. Los tres trastornos de ansiedad más frecuentes en los hombres son SAD seguido de SP y GAD.⁵⁵

Diagnósticos	Hombres%	Mujeres%	Relación H:M	Clasificación
AG	1.1	1.6	4:1	Sustancial
ASD	-	-	-	-
GAD	4.2	7.1	3:1	Moderado
OCD	-	-	1:1	Moderado
PD	3.1	6.2	2:1/3:1	Sustancial
PTSD	3.6	9.7	2:1	Sustancial
SA	-	-	OR= 1.4	Sustancial
SAD	11.1	13.0	1:1	Moderado
SP	8.9	15.8	2:1	Moderado
Cualquier desorden de ansiedad	22.4	32.4	OR= 1.76	-

Nota: GAD: trastorno de ansiedad generalizada; SAD: trastorno de ansiedad social; PD: trastorno de pánico; AG: agorafobia; SP: fobia específica; PTSD: trastorno de estrés postraumático; ASD: trastorno de estrés agudo; SA: ansiedad por separación; OR: probabilidad por diferencia de sexo, OD>1 indica mayor prevalencia en mujeres.

Fuente: (A fresh look at anxiety disorders.2007). Traducción al español para conveniencia del lector,

Debido al estigma (temida o real), el exceso de trabajo y la negación de la vulnerabilidad, muchos médicos no toman buen cuidado de sí mismos. Los médicos tienden a compartir ciertos rasgos de personalidad que contribuyen a una buena atención de los pacientes, mientras que al mismo tiempo que aumenta la vulnerabilidad a la ansiedad.⁵⁶

En el 2012 la Doctora Doris C. Gundersen, directora médica del *Colorado Physician Health Program* publicó un boletín informativo, en éste explica que la ansiedad de los médicos no es sólo personal.

La ansiedad, en cierta medida, se ha integrado en la estructura del papel de un médico como sanador y experto. Las fuentes de ansiedad de los médicos incluyen connotaciones morales asociadas a la posible falta de cumplimiento de una función social esperada. Mientras que la incertidumbre es una parte inherente de la atención médica que los médicos no pueden evitar, los pacientes esperan diagnósticos precisos y pronósticos, las intervenciones terapéuticas sin complicaciones y buenos resultados. En este contexto, según la doctora los médicos sienten ansiedad relacionada con los temores de la iatrogenia médica, quejas de los pacientes y los riesgos de responsabilidad médica, incluso en ausencia de culpabilidad franca.⁵⁶

La unidad de cuidados intensivos es un ambiente estresante para su personal, especialmente los médicos y enfermeras. Estas tensiones pueden tener efectos negativos sobre la salud mental y el rendimiento de las enfermeras y los médicos. Pero las complicaciones causadas por este estrés se pueden prevenir mediante la formación de los componentes de la inteligencia emocional. En este estudio, se examinó el impacto de la formación componentes de la inteligencia emocional sobre el estrés y la ansiedad en las enfermeras y los médicos expertos.⁵⁷

En un estudio hecho en el hospital público Shenzhen en el sureste de China en el 2014 se entrevistaron 2641 médicos que fueron reclutados y entrevistados usando un cuestionario estructurado con validez para examinar síntomas de depresión y ansiedad. En este estudio se estimó que el 25.67 por ciento de los médicos han tenido síntomas de ansiedad y un 28.13 por ciento síntomas depresivos. Más del 10 por ciento de los participantes refirió haber experimentado violencia laboral. Entre la población estudiada, la ansiedad y los síntomas depresivos se asocian con una mala percepción de salud física, violencia en el trabajo frecuentes, largas horas de trabajo (más de 60 horas a la semana), los de turnos de trabajo frecuentes en la noche (dos veces o más por semana), y la falta de regularidad ejercicio físico.⁵⁸

Estadísticas descriptivas para características y asociación con síntomas de depresión y ansiedad de los pacientes

Variables	Medico		Síntomas de ansiedad		Síntomas depresivos	
	N	%	%	P	%	P
Total	2461	100	25.67	-	28.13	-
Edad, media (SD)	39.76(9.13)		39.26(8.14)	0.0947	38.67(8.25)	0.0001
Genero				<0.0001		0.0002
Hombre	1445	57.94	22.01		25.61	
Mujer	1049	42.06	30.79		32.51	

Fuente: (PLoS One. 2014). Traducción al español para conveniencia del lector.

En este estudio se demostró que los síntomas depresivos y de ansiedad son comunes entre los médicos en China, y la cuestión de la relación médico-paciente es particularmente estresante. Intervenciones implementadas para minimizar la carga de trabajo, mejorar la relación médico-paciente y ayudar a los médicos en el desarrollo de estilos de vida más saludables son esenciales para combatir la ansiedad y los síntomas depresivos entre los médicos, lo que puede mejorar su desempeño profesional.⁵⁸

IV.3.6. Manifestaciones clínicas

Los trastornos de ansiedad son una condición médica común con síntomas muy generales. Estos síntomas pueden variar en cada persona.

Como se ha descrito anteriormente, los trastornos de ansiedad se deben a un exceso de estrés que se puede acompañar de trastornos de sueño, pérdida de concentración, cambio actitud social o disminución en las funciones laborales. Sus preocupaciones suelen ir acompañadas de síntomas físicos como temblores, tensión muscular, dolor de cabeza, irritabilidad y sudoración excesiva. Otros síntomas comunes son los mareos o náuseas y falta de aire. Dependiendo del tipo de trastorno de ansiedad van variando las distintas formas de presentación.

A continuación, se describirán algunos de los más comunes como: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social o fobia social.

IV.3.6.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los síntomas clínicos de trastorno de ansiedad generalizada son inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fatiga con facilidad, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, dificultad para conciliar el sueño. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.³⁵

IV.3.6.2. Trastorno de Pánico

Un ataque de pánico puede producirse desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad, los síntomas más comunes son palpitaciones, golpeteo del corazón o taquicardia, sudoración, temblor, disnea, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control, miedo a morir.³⁵

IV.3.6.3. Trastorno de Ansiedad Social

Los individuos con trastorno de ansiedad social también conocido como fobia social tienden a tener sensaciones muy marcadas como miedo social o en distintas situaciones en la que se sienten avergonzados, juzgados, rechazados o temerosos a ofender a otros.³⁵

IV.3.7. Diagnóstico

Los trastornos de ansiedad tienen una de las listas de diagnóstico diferencial más largas de todos los trastornos psiquiátricos. La ansiedad es un síndrome inespecífico y puede ser debido a una variedad de síndromes orgánicos o psiquiátricos. Además, una variedad de síntomas de ansiedad, como el pánico, la preocupación, la rumia y obsesiones, se pueden presentar en una variedad de enfermedades psiquiátricas, incluyendo trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos somatomorfos y trastornos de deterioro cognitivo (por ejemplo, el delirio).

La ansiedad también se observa como parte de un efecto de abstinencia de drogas o intoxicación por drogas.⁷ Es por esto que se debe hacer una historia clínica

completa, para descartar cualquier enfermedad orgánica que cause síntomas similares a los trastornos de ansiedad.

Existen diversas pruebas de evaluación psiquiátrica antes de emitir cualquier diagnóstico como son una entrevista clínica enfocada a síntomas psicológicos, test MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*), escala de Sheehan, escala de Liebowitz, escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada, entre otros.

Según el DSM-V para diagnosticar un paciente con algún trastorno de ansiedad es necesario que cumpla con ciertos criterios.

IV.3.7.1. Criterios Trastorno de Ansiedad Generalizada:

- A. Que presente una ansiedad y preocupación excesiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades como laboral o escolar.³⁵
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.³⁵
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más síntomas antes mencionados, y alguno de esos síntomas han estado presente durante más días de los que han estado ausente durante los últimos seis meses.³⁵
- D. La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.³⁵
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia como drogas, medicamentos ni a otra afección médica como hipertiroidismo.³⁵
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental por ejemplo ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia, anorexia etc.³⁵

IV.3.7.2. Criterios de Trastorno de Pánico

- A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro o más de los síntomas antes expuestos.³⁵
- B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes o más de los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias por ejemplo pérdida de control, tener un ataque cardiaco, «volverse loco».³⁵
 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques por ejemplo comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio, o de las situaciones no familiares.³⁵
- C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de sustancias, drogas, medicamentos ni a otra afección médica como hipertiroidismo.³⁵
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental por ejemplo trastorno de ansiedad social, fobia específica etc.³⁵

IV.3.7.3. Criterios Trastorno de Ansiedad Social:

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales como mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, ser observado.³⁵
- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente es decir que lo humillen o avergüencen.³⁵
- C. Las situaciones sociales casi siempre ocasionan miedo o ansiedad.³⁵
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.³⁵
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.³⁵
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis meses o mas.³⁵
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.³⁵
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación efectos fisiológicos de una sustancia como drogas, medicamentos ni a otra afección médica.³⁵
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede explicar mejor por otro trastorno mental por ejemplo trastorno de pánico, trastorno dismórfico corporal o trastorno del espectro del autismo.³⁵

J. Si existe otra afección médica por ejemplo enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debido a quemaduras o lesiones etc.³⁵

IV.3.8. Tratamiento

Al igual que la depresión, los trastornos de ansiedad son una condición médica seria que requiere tratamiento. Generalmente los trastornos de ansiedad son tratados con psicoterapia, farmacoterapia o ambos.

Se recomienda una combinación de psicoterapia y manejo farmacológico para todos los trastornos de ansiedad.

Una parte importante de cualquier intervención a un paciente con un trastorno de ansiedad es la educación. Las guías de práctica para el trastorno de pánico también recomiendan la educación familiar. Muchas personas se confunden con los síntomas y el comportamiento, pero sienten cierta tranquilidad de saber que no están solos y que existen intervenciones eficaces. El paciente debe recibir una evaluación médica apropiada, tal como un examen físico, y los estudios (por ejemplo, el electrocardiograma, la hormona estimulante de la tiroides) cuando esté indicado para descartar una condición médica orgánica.⁵⁰

Una combinación psicoterapéutica y farmacológica se recomienda en todos los trastornos de ansiedad. La terapia cognitivo-conductual (TCC) tiene el mayor apoyo de todas las psicoterapias, pero requiere de compromiso con el tratamiento por parte del paciente. Su eficacia también depende de la capacidad del terapeuta y la duración de la terapia, con una tasa de respuesta del 78% en los pacientes con trastorno de pánico que se han comprometido a entre 12 y 15 semanas de tratamiento.

Los estudios demuestran que, en comparación con los pacientes sometidos a tratamiento habitual, los pacientes tratados con una combinación farmacológica y TCC la experiencia de la tasa de remisión es casi el doble, incluso cuando la TCC se administró por alguien con mínima o ninguna experiencia de psicoterapia.⁵⁰

Sobre el tratamiento farmacológico se sabe que los agentes antidepresivos son los medicamentos de elección para los trastornos de ansiedad principalmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIs, por sus siglas en inglés), los cuales tienen menos efectos adversos que los antidepresivos tricíclicos (TCAs por sus siglas en inglés).

Los SSRI han demostrado ser los medicamentos más tolerados por los pacientes como también mejor tasa de respuesta significativamente alta en comparación con un placebo para trastorno de pánico, síndrome obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post traumático, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada. En esta clase de medicamentos se incluye fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, paroxetina y sertralina. Alguna mejoría se puede notar luego de tres o cuatro semanas, de no haber mejoría se debe aumentar la dosis.

En todos los trastornos de ansiedad, los ISRS debe iniciarse a dosis bajas y se ajusta gradualmente hasta niveles terapéuticos para evitar una exacerbación inicial de la ansiedad.^{7,50}

Los benzodiazepinas, que se han utilizado comúnmente en el pasado para tratar los trastornos de ansiedad, siguen siendo útiles en el tratamiento a corto plazo de los síntomas hasta que se consigue la reducción aceptable de los síntomas con un SSRI o TCC.

La tolerabilidad y la falta de potencial de adicción hacen a los SSRI ideales para tratamiento a largo plazo, en cambio, se prefieren los benzodiazepinas cuando se necesita un alivio de los síntomas a corto plazo como en el caso de un paciente que tenga un deterioro mayor debido a que el mecanismo de acción es más rápido. Muchos psiquiatras prefieren los benzodiazepinas de acción prolongada como el clonazepam versus los benzodiazepinas con una vida media corta como el alprazolam debido a que los benzodiazepinas de vida media tienen mayor riesgo de rebote a la retirada.

IV.3.9. Prevención

Los trastornos de ansiedad pueden provocar preocupación constante que causa distrés e interfiere con la vida diaria. Los individuos muchas veces tienden a evitar ambientes sociales ya que muchas veces se sienten avergonzados o juzgados. Es de suma importancia que los pacientes reconozcan los síntomas para acudir a un especialista e iniciar un tratamiento a tiempo.

Por el momento no hay marcadores biológicos lo suficientemente específicos para detectar la ansiedad a tiempo, tampoco hay estudios que demuestren algún medicamento eficaz para la prevención de estos trastornos. Es importante conocer algunos factores de riesgo específicos como una historia psiquiátrica familiar.

Una historia clínica completa, interpretación correcta de la sintomatología y una adecuada administración de los test neuropsiquiátricos disminuyen los diagnósticos y tratamientos erróneos, ofreciendo así un bienestar físico al paciente.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Numérica
Género	Rol socialmente construido, comportamiento, actividad y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres	Masculino Femenino	Nominal
Estado Civil	Situación civil del participante, al momento de realizar la encuesta	Soltero/a Comprometido/a Casado/a Unión Libre Divorciado/a Viudo/a	Nominal
Área de labor	Labor que desempeña al momento de la encuesta	Médico Especialist Médico Residente Enfermera Personal administrativo: Camillero Técnico de salud	Nominal
Especialidad médica quirúrgica	Estudios cursados por un graduado en Medicina en su período de posgrado, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos	Cirugía general Ortopedia Otorrinolaringología	Nominal

	especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.	Urología Anestesiología Cirugía plástica Neurocirugía	
--	--	--	--

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

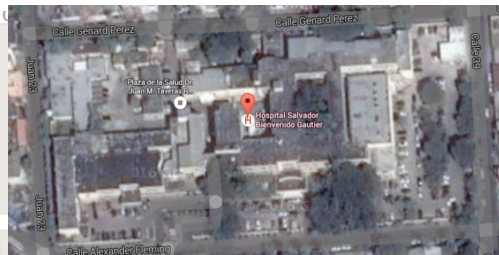
Se realizó una encuesta de tipo observacional, descriptiva, de carácter transversal y recolección de datos prospectivos, con el objetivo de determinar la prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier, Febrero-Julio 2016.

VI.2. Área de estudio

El Hospital Salvador B. Gautier es un centro asistencial, pertenece al Instituto Dominicano de Seguros Sociales, se inauguró el 24 de octubre de 1951; se encuentra ubicado en el Distrito Nacional, sector Ensanche La Fe, y se delimita, al Norte, por la calle Gerard Pérez; al Sur por la Alexander Fleming; al Este por la Respaldo 39, y al Oeste por la Juan XXIII.



(Mapa cartográfico)



(mapa satelital)

VI.3. Universo

Está constituido por la totalidad del personal que labora en el Hospital Salvador B. Gautier.

VI.4. Muestra

Está conformada por el conjunto del personal médico y administrativo que labora en el bloque de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier y cumple con los criterios de inclusión propuestos a lo largo del periodo de estudio.

VI.5. Criterio

VI.5.1. De inclusión

1. Personal que labora en el departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier y quiera contestar el cuestionario.

2. Acepte firmar el Consentimiento Informado

VI.5.2. De exclusión

1. Personal que trabaje en otro departamento
2. Rechace firmar el consentimiento informado

VI. 6. Instrumento de recolección de la información

Se procedió a recolectar los datos a través de datos demográficos como: edad, género; rol profesional, especialidad y factores contributivos como dificultad financiera, dificultad familiar, estrés laboral, entre otras y formularios diseñados para el estudio como lo son, el Escala de estrés percibido (PSS-10 por sus siglas en ingles) Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9 en por sus siglas en ingles) y el formulario para Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7 por sus siglas en ingles). (Ver anexo VIII.2. Instrumentos de recolección de datos).

Se empleó la versión en español del PSS-10, esta escala mide la percepción estrés psicológico, la medida en que las situaciones de la vida cotidiana se aprecian como estresantes. La escala incluye una serie de preguntas directas que exploran el nivel de estrés experimentado durante el ultimo mes. La escala brinda cinco opciones de respuesta: «nunca», «casi nunca», «de vez en cuando», «muchas veces», «siempre», que se clasifican de cero a cuatro. No obstante los ítems 4,5,7 y 8 se clasifican o suman de forma invertida. A mayor puntuación, mayor estrés percibido. Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación sobre la percepción de estrés: 0-13 =estrés bajo, 14-26 estrés moderado y 27-40= nivel de estrés alto.

Se utilizó la versión en español de la *escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)*, la cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = «nunca», 1 = «algunos días», 2 = «más de la mitad de los días» y 3 = «casi todos los días». Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: 5-9= Síntomas mínimos, 10-14= depresión moderada, 15-19= depresión moderada-severa, ≥ 20 = depresión severa.

Otra herramienta utilizada fue la versión en español de la escala de trastorno de ansiedad generalizada GAD-7 (General Anxiety Disorder), la cual consta de 7 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas 2

semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = «nunca», 1 = «algunos días», 2 = «más de la mitad de los días» y 3 = «casi todos los días». Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación: 5-9 ansiedad leve, 10-14 ansiedad moderada, ≥ 15 ansiedad severa, ≥ 10 probable diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, por lo que se debe sugerir una evaluación.

VI. 7. Procedimiento

Luego de la aceptación por el Departamento de Enseñanza del Hospital Salvador B. Gautier se procedió a entrevistar al personal médico y administrativo del área de estudio posteriormente.

Las preguntas contenidas en los formularios fueron llenadas a través de una encuesta al empleado. Esta actividad fue realizada por el sustentante, el cual se encargó comunicarse con el jefe de residentes de cada departamento para encuestar y recoger los datos antes de la entrega de guardia, el sustentante esperó a que los encuestados completaran el formulario y en los casos en que los participantes no pudieron contestar dicho cuestionario al momento, se procedió a dejarle el mismo y se recogió al día siguiente. En el caso de las enfermeras y auxiliar de transporte, el sustentante coordinó con los supervisores de enfermería para llenar los formularios antes de que comenzaran las cirugías y en caso en el que no pudieron contestar el formulario se procedió a dejarle el mismo y se recogió al día siguiente. El llenado del formulario se llevó a cabo en el mes de julio 2016. (ver anexo VIII.1 cronograma).

VI.8. Tabulación y Análisis

Una vez obtenidos los datos fueron llevados a análisis y síntesis mediante los programas de computación de Microsoft Office (Word, Excel), en los cuales la información recolectada se organizó en tablas y gráficos.

VI.9. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron

sometidos a la revisión del Departamento de Enseñanza del Hospital Salvador B. Gautier, cuya aprobación fue requisito para el inicio del proceso de recopilación de datos.

El estudio no implicó el manejo de datos identificatorios del personal médico y administrativo a los cuales se les realizó la encuesta. Los participantes ofrecieron información anónima y fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para llenar la misma.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as participantes fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente pudieron identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada por él/ella.

VII. RESULTADOS

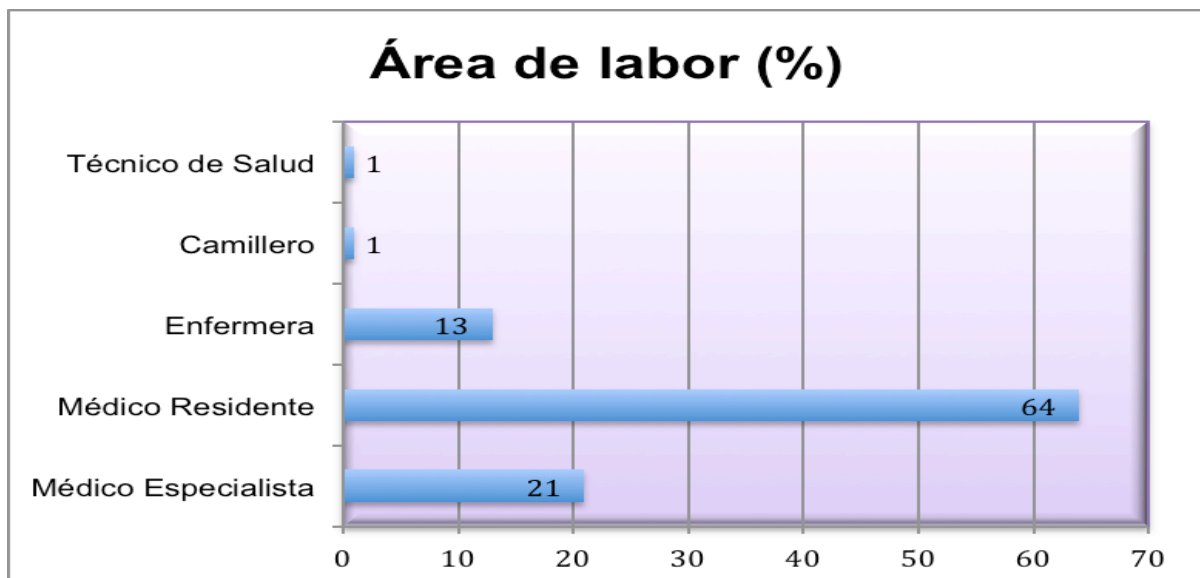
Los cuestionarios fueron completados por 78 miembros del departamento de Cirugía del Hospital Salvador B. Gautier. El 21 por ciento fue contestado por médicos especialistas, 64 por ciento por médicos residentes, 13 por ciento por enfermeras y un uno por ciento para cada uno: técnicos de salud y camilleros.

Cuadro 1. Área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período febrero-julio 2016.

Área de labor	Frecuencia	%
Medico Especialista	16	21
Médico Residente	50	64
Enfermera	10	13
Camillero	1	1
Técnico de Salud	1	1
Total:	78	100

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 1. Área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 1.

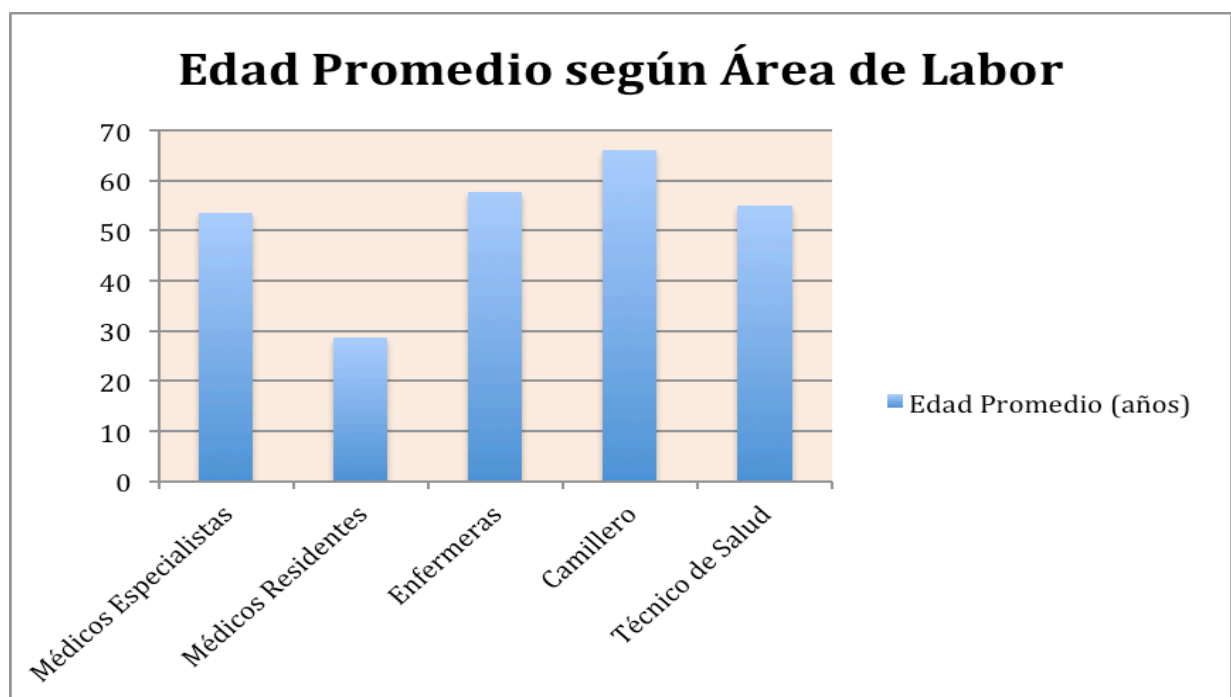
Al evaluar la edad en promedio según el área de labor, se obtuvo el siguiente resultado: médicos especialistas 53.5 años, médicos residentes 28.7 años, enfermeras 57.7 años, camilleros 66 años y técnicos de salud 55 años. La edad promedio global (78 encuestados) fue de 38 años.

Cuadro 2. Edad promedio del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G) según área de labor, durante el periodo febrero-julio 2016.

Área de labor	Edad promedio (años)
Médicos Especialistas	53.5
Médicos Residentes	28.7
Enfermeras	57.7
Camillero	66
Técnico de Salud	55

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 2. Edad promedio del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G) según área de labor, durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 2.

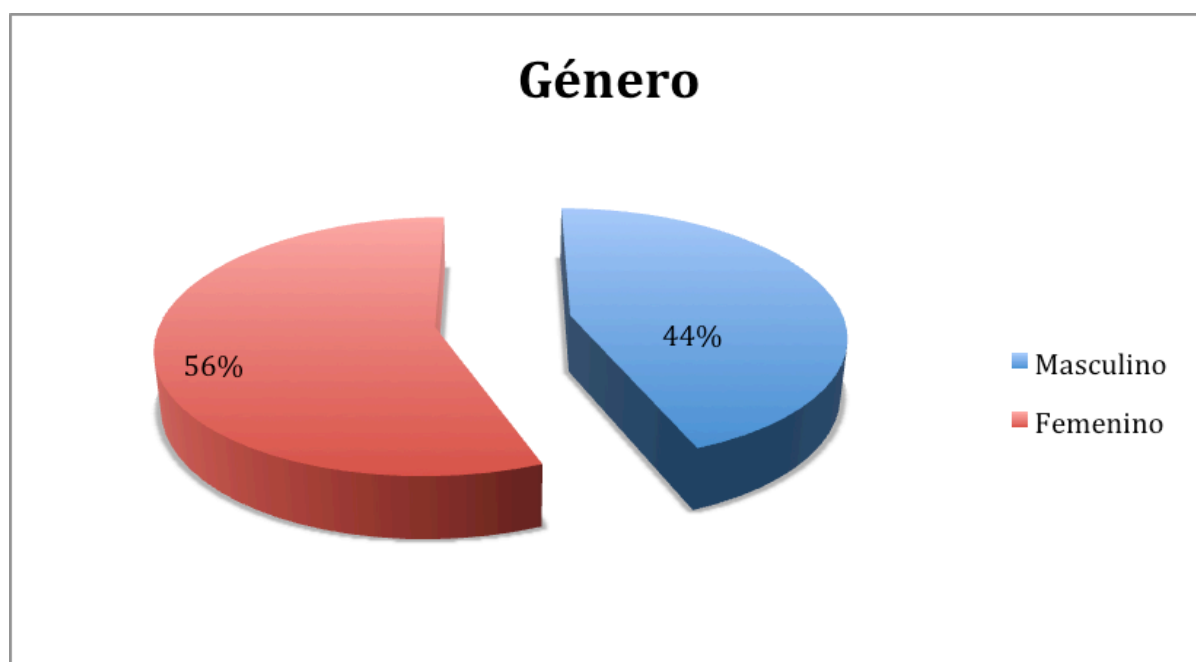
Como puede observarse en el cuadro 3 y gráfica 3, Un 56 por ciento de los encuestados perteneció al género femenino y el 44 por ciento al masculino.

Cuadro 3. Género del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Genero	Frecuencia	%
Masculino	34	44
Femenino	44	56

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 3. Género del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 3.

Al momento de la encuesta, un 35 por ciento indicó estar soltero, cinco por ciento comprometido, 47 por ciento señaló estar casado, tres por ciento viudo; cinco por ciento unión libre y divorciado respectivamente.

Cuadro 4. Estado civil del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero/a	27	35
Comprometido/a	4	5
Casado/a	37	47
Unión Libre	4	5
Divorciado/a	4	5
Viudo/a	2	3
Total:	78	100

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 4. Estado civil del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 4.

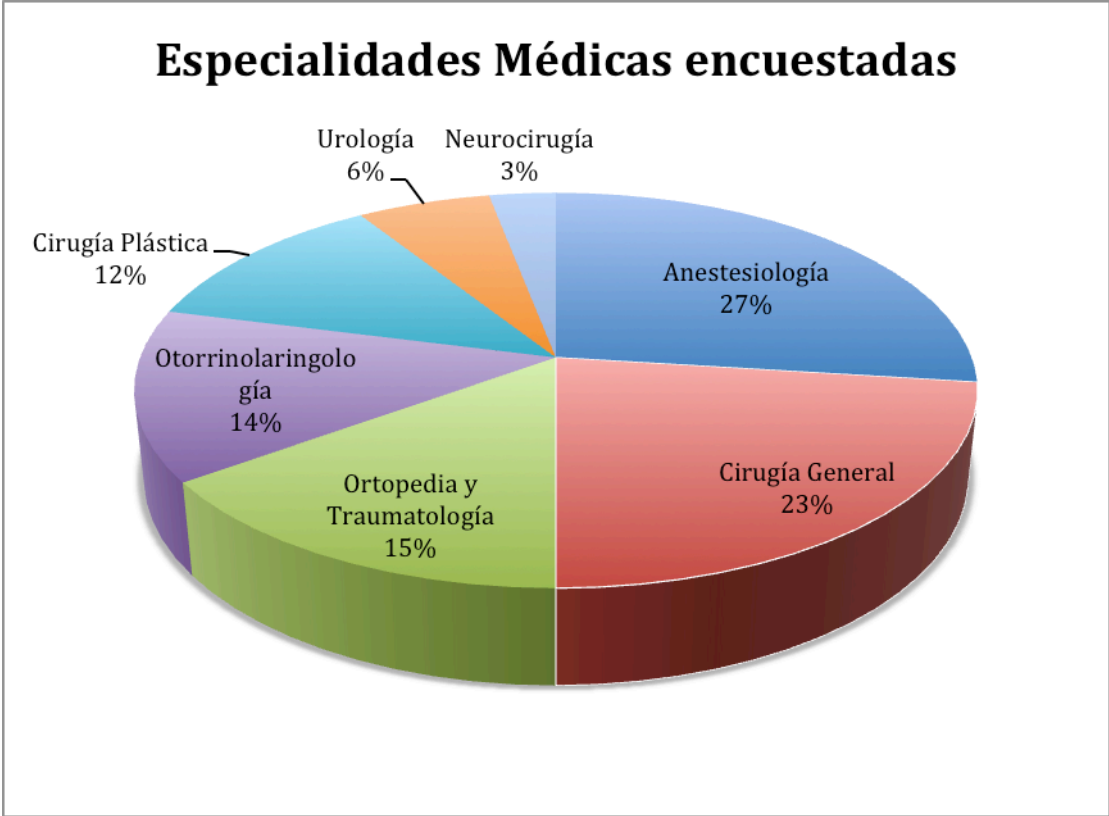
Se obtuvo el porcentaje y número de los encuestados por especialidad médica, obteniendo un 27 por ciento perteneciente a la residencia de anestesiología, un 23 por ciento en la residencia de cirugía general, un 15 por ciento en la residencia de ortopedia y traumatología, un 14 por ciento en la residencia de otorrinolaringología, un 12 por ciento en la especialidad de cirugía plástica, un 6 por ciento en urología y 3 por ciento en neurocirugía.

Cuadro 5. Porcentaje y número por especialidad de los encuestados del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período febrero-julio 2016.

Especialidad Médica	Frecuencia	%
Anestesiología	18	27
Cirugía General	15	23
Ortopedia y Traumatología	10	15
Otorrinolaringología	9	14
Cirugía Plástica	8	12
Urología	4	6
Neurocirugía	2	3
Total:	66	100

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 5. Porcentaje y número por especialidad de los encuestados del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período de febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 5.

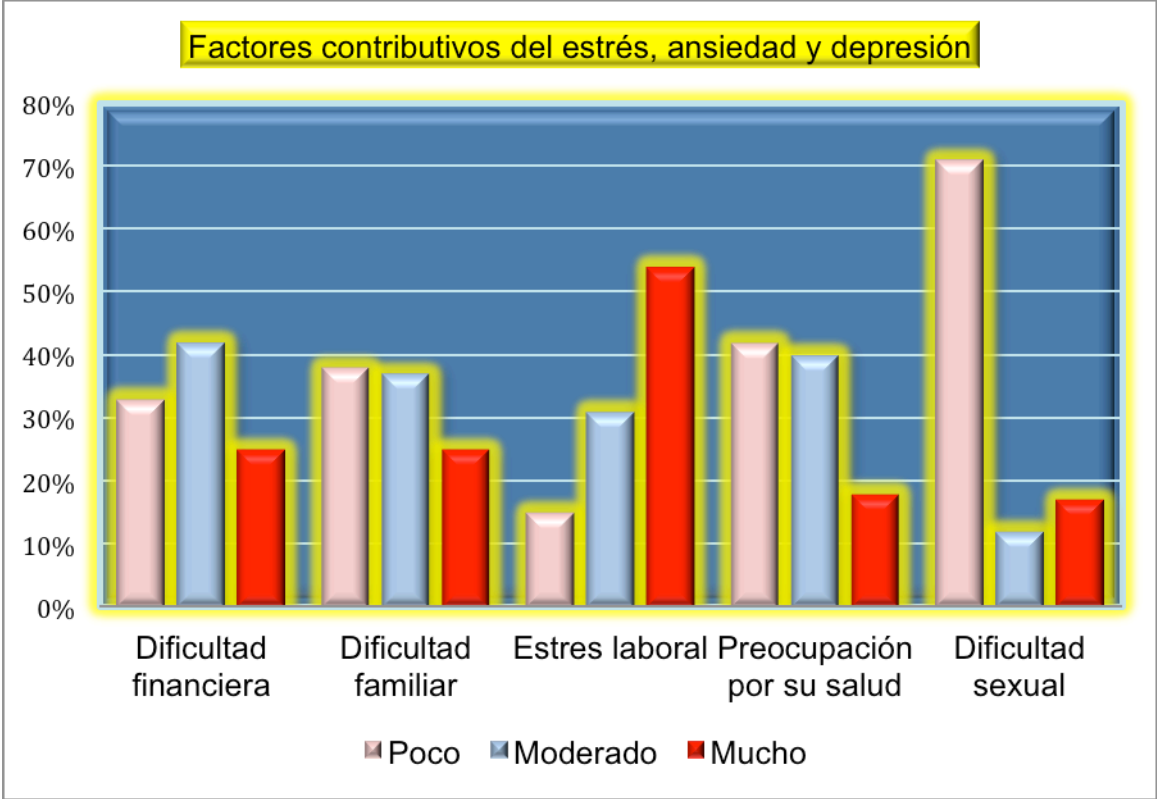
El cuadro y gráfica número 6 pone en relieve los factores que contribuyen a los síntomas de la ansiedad. Estos factores incluyen las dificultades financieras, familiares y sexuales, las preocupaciones relacionadas con la salud, y el estrés relacionado con el trabajo. El 33 por ciento de los encuestados indicó la dificultad financiera como un factor que produce poco estrés, depresión y/o ansiedad, 42 por ciento lo indicó como un factor moderado y el 25 por ciento como factor causante de mucho estrés, depresión y/o ansiedad. Sobre la dificultad familiar el 38 por ciento indicó que causa poco, 37 por ciento moderado y 25 por ciento indico que causa mucho estrés, depresión y/o ansiedad respectivamente. En estrés laboral como factor contributivo el 15 por ciento de los encuestados contesto que este le ocasiona poco estrés depresión y/o ansiedad, el 31 por ciento moderado y el 54 por ciento considera que este es un factor que le causa mucho estrés, depresión y/o ansiedad. Para la preocupación por su salud, el 42 por ciento contestó que le ocasiona poco, 40 por ciento moderado y 18 por ciento mucho. Sobre como consideraban si la dificultad sexual era una factor contributivo, el 71 por ciento indicó que poco, 12 por ciento moderado y el 17 por ciento consideró que era un factor contributivo para su estrés, depresión y/o ansiedad.

Cuadro 6. Factores contributivos de estrés, depresión y ansiedad del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Factores contributivos	Poco		Moderado		Mucho	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Dificultad financiera	26	33	33	42	19	25
Dificultad familiar	30	38	29	37	19	25
Estrés laboral	12	15	24	31	42	54
Preocupación por su salud	33	42	31	40	14	18
Dificultad sexual	56	71	9	12	13	17

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 6. Factores contributivos de estrés, depresión y ansiedad del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 6.

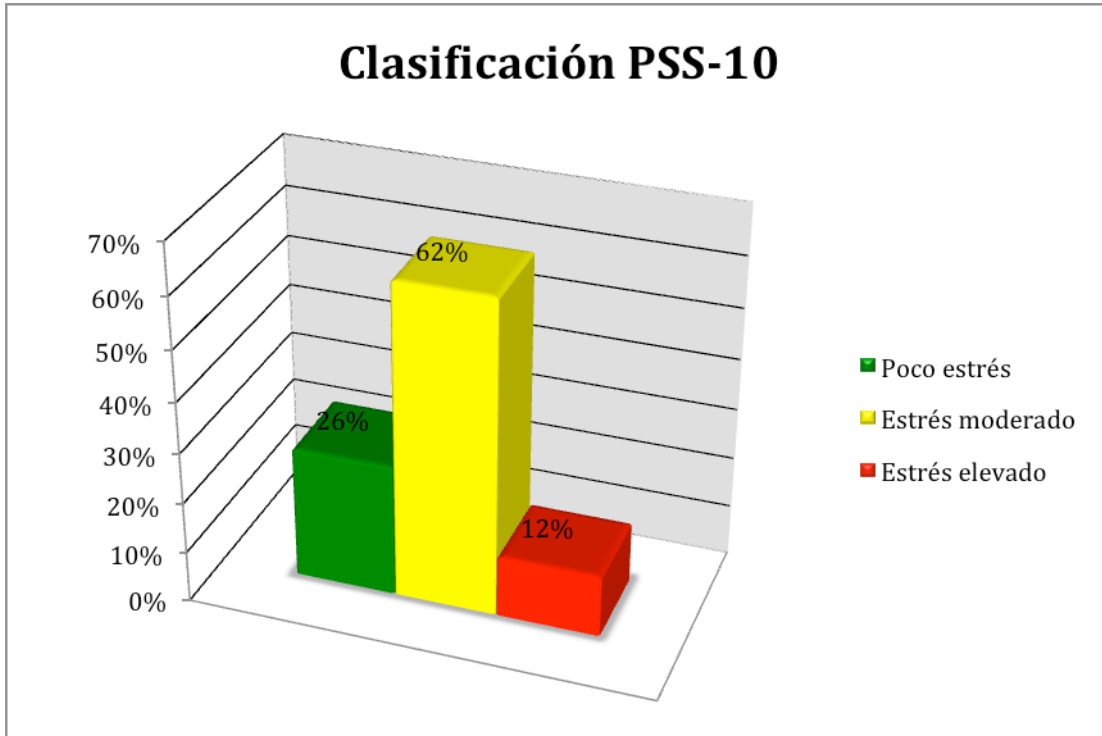
En cuanto a la Escala de Estrés Percibido (PSS-10), la muestra arrojó un 26.9 por ciento correspondiente a poco estrés, un 61.5 por ciento en estrés moderado y 11.5 por ciento de estrés elevado.

Cuadro 7. Clasificación de escala de estrés percibido (PSS-10) en el personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período febrero-julio 2016.

Clasificación PSS-10	Frecuencia	%
Poco estrés	21	26%
Estrés moderado	48	62%
Estrés elevado	9	12%

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 7. Clasificación de Escala de Estrés Percibido (PSS-10) en el personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 7.

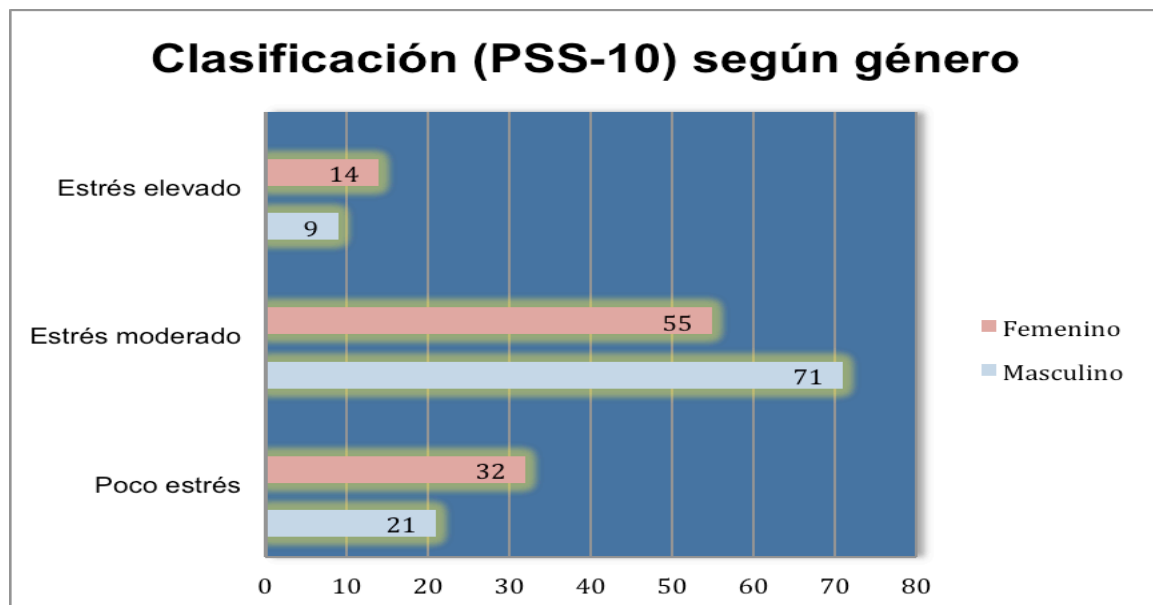
La muestra del género femenino arrojó mayor porcentaje en las clasificaciones de poco estrés con un 32 por ciento y en estrés elevado con un 14 por ciento. En cuanto al estrés moderado el género masculino fue más afectado con un 71 por ciento versus el género femenino con un 55 por ciento. El género masculino presentó un porcentaje de estrés elevado menor con un 9 por ciento y un 21 por ciento para poco estrés.

Cuadro 8. Clasificación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) por género del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante periodo febrero-julio 2016.

Clasificación PSS-10	Género			
	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Poco estrés	7	20	14	31
Estrés moderado	24	71	24	55
Estrés elevado	3	9	6	14

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 8. Clasificación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) por género del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 8.

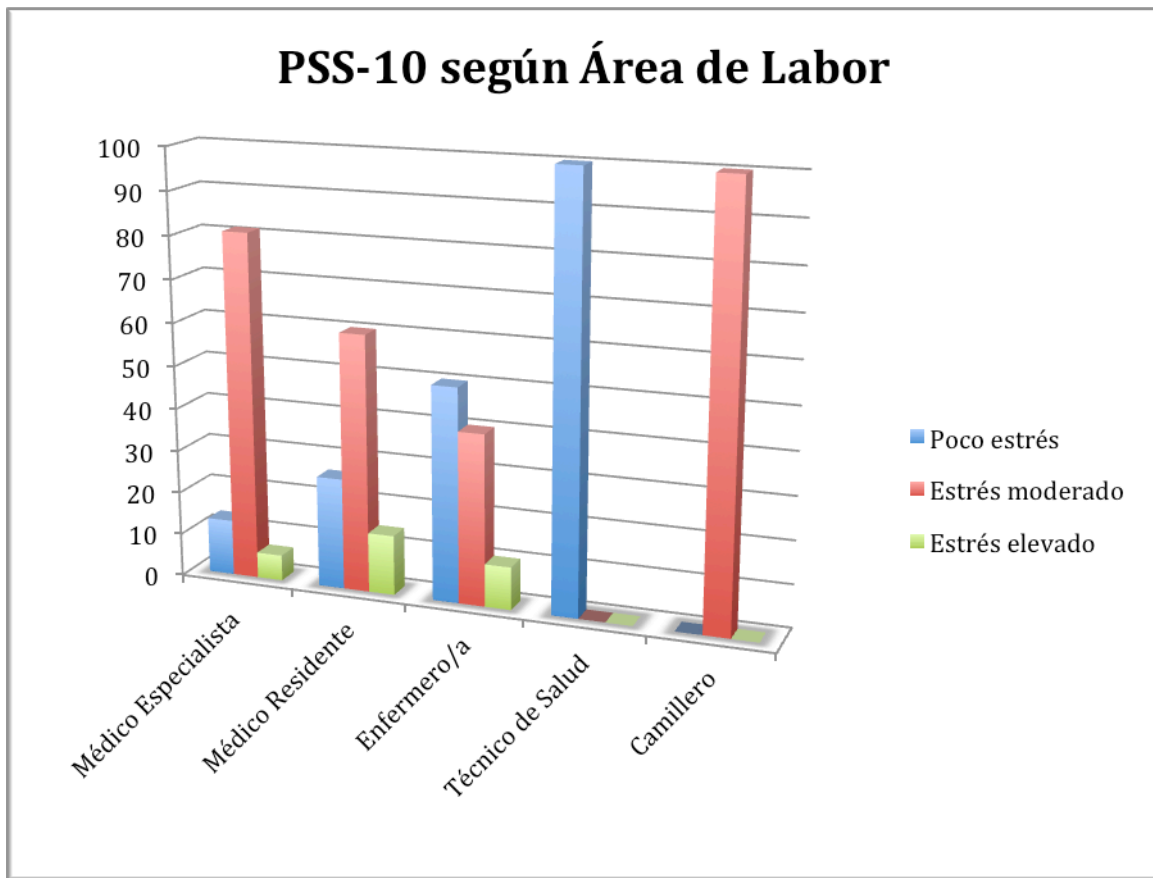
El área de labor que dominó la clasificación con poco estrés fue la de técnico de salud con un 100 por ciento, seguido de las enfermeras con un 50 por ciento, médicos residentes con 26 por ciento y 13 por ciento de médicos especialistas. En la clasificación de estrés moderado dominó la posición de camillero con un 100 por ciento, seguido de los médicos especialistas con 81 por ciento, médicos residentes con 60 por ciento y 40 en enfermería. El rol que dominó la clasificación de estrés elevado fue la de médicos residentes con un porcentaje de 14, seguido de las enfermeras con un diez por ciento y médicos especialistas con un 6 por ciento.

Cuadro 9. Clasificación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) según área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Clasificación PSS-10	Área de labor									
	Médico Especialista		Médico Residente		Enfermero/a		Técnico de Salud		Camillero	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Poco estrés	2	13	13	26	5	50	1	100	0	0
Estrés moderado	13	81	30	60	4	40	0	0	1	100
Estrés elevado	1	6	7	14	1	10	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 9. Clasificación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) según área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: cuadro 9.

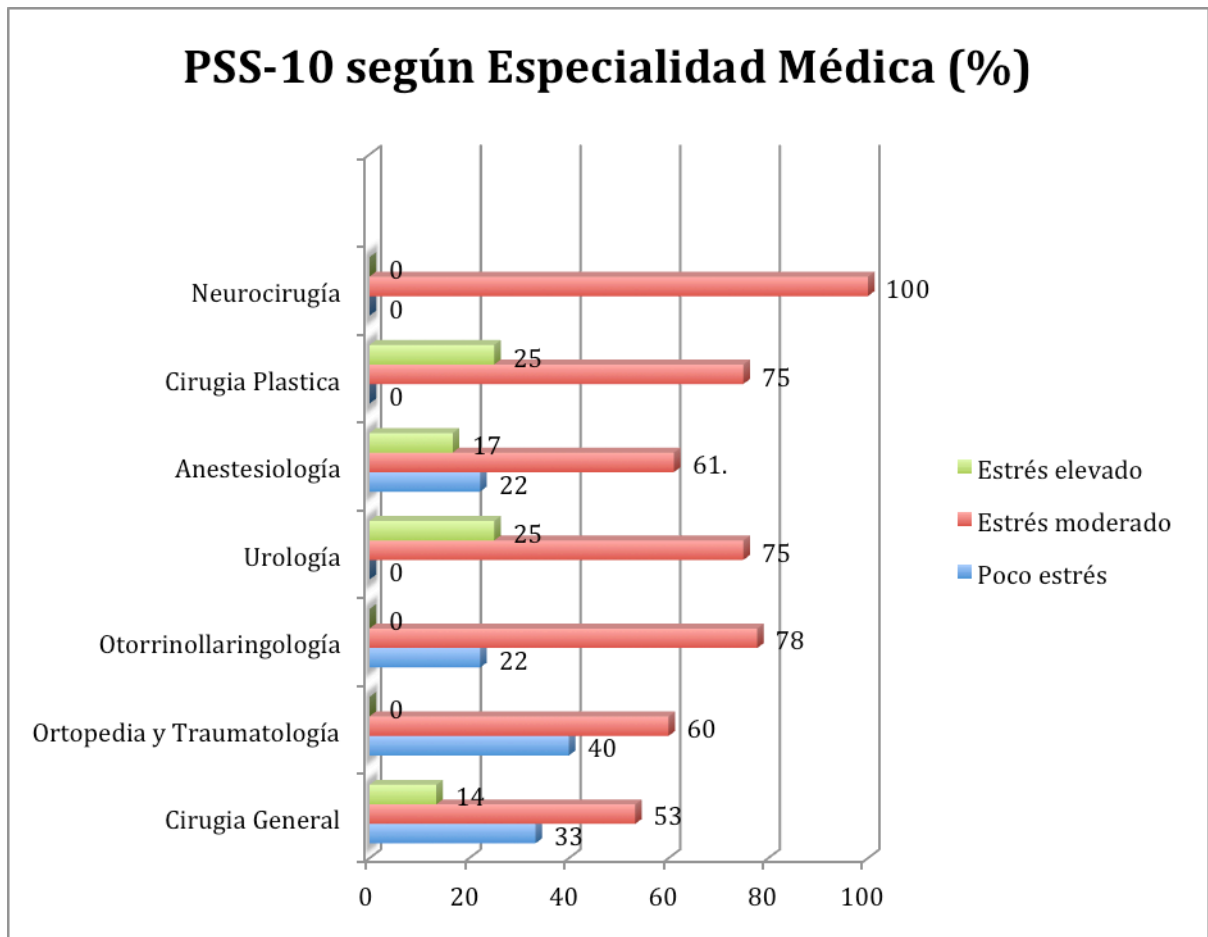
Al evaluar los niveles de estrés del personal médico según la especialidad médica, la muestra arrojó que la especialidad que presentó mayor porcentaje en la clasificación de estrés leve fue ortopedia con un 40 por ciento, seguido de cirugía general con un 33 por ciento; otorrinolaringología y anestesiología ambas con 22 por ciento. Para la clasificación de estrés moderado neurocirugía presentó un 100 por ciento, en segundo lugar otorrinolaringología con 78 por ciento, seguido de cirugía plástica y urología ambas con 75 por ciento, anestesiología con 61 por ciento, ortopedia con 60 por ciento y cirugía general con 53 por ciento. Para la clasificación de estrés elevado las especialidades que mayor estrés presentaron según la muestra son: cirugía plástica y urología con un 25 por ciento cada una, seguida de anestesiología con un 17 por ciento y cirugía general con un 13 por ciento.

Cuadro 10. Clasificación de la Escala de Estrés Percibido(PSS-10) según especialidad médica del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Especialidad/ Clasificación PSS-10	Poco estrés		Estrés moderada		Estrés elevado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cirugía general	5	33	8	53	2	14
Ortopedia y Traumatología	4	40	6	60	0	0
Otorrinolaringol ogía	2	22	7	78	0	0
Urología	0	0	3	75	1	25
Anestesiología	4	22	11	61	3	17
Cirugía Plástica	0	0	6	75	2	25
Neurocirugía	0	0	2	100	0	0

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Grafica 10. Clasificación de la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) según especialidad médica del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 10.

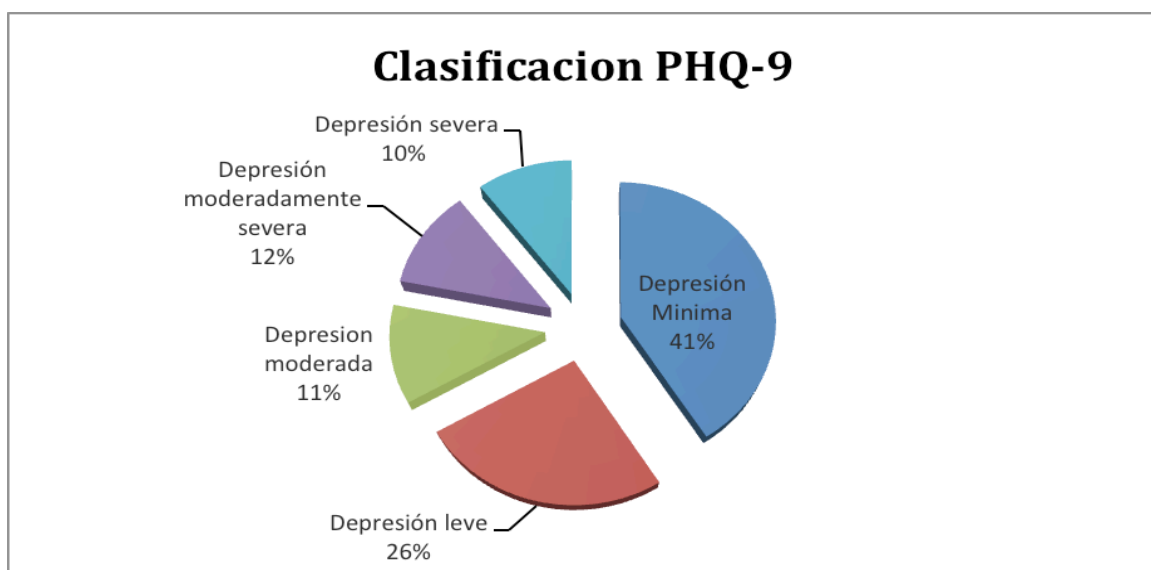
En la clasificación de depresión según el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) el 41 por ciento de los entrevistados mostraron síntomas de depresión mínima, 26 por ciento depresión leve, 11 por ciento depresión moderada, 12 por ciento depresión moderadamente severa y un 10 por ciento depresión severa.

Cuadro 11. Clasificación de depresión según el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Clasificación PHQ-9	Frecuencia	%
Depresión mínima	32	41
Depresión leve	20	26
Depresión moderada	9	11
Depresión moderadamente severa	9	12
Depresión severa	8	10
Total	78	100

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 11. Clasificación de depresión según el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 11

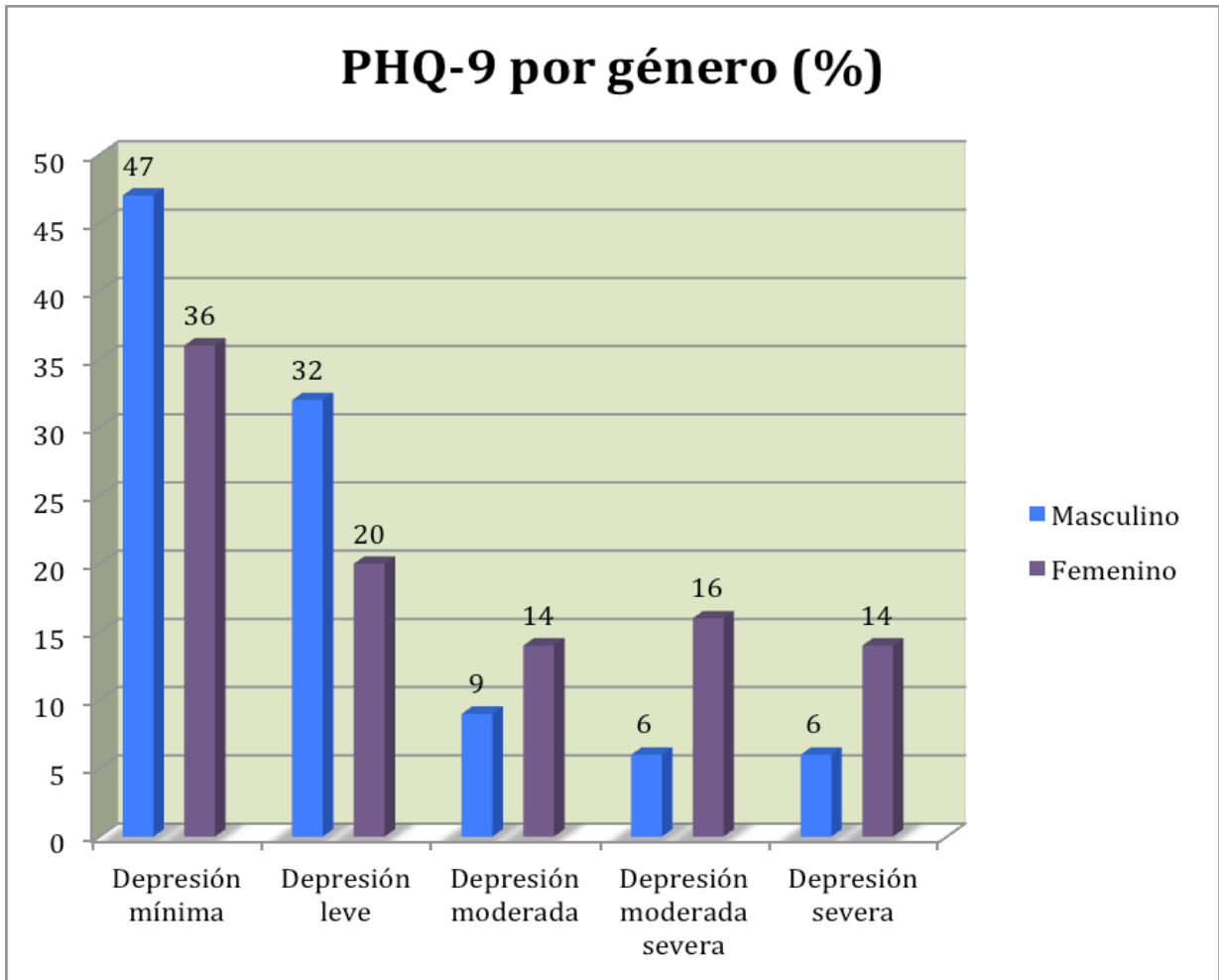
El género masculino obtuvo mayor porcentaje que el femenino en síntomas depresivos leves como son la depresión mínima y depresión leve (47% y 32% masculino versus 36 y 20% femenino), mientras que a mayor gravedad, el porcentaje en el género femenino aumentó y en el masculino disminuyó. El femenino obtuvo 14 por ciento para depresión moderada, 16 por ciento para depresión moderadamente severa y 14 por ciento para depresión severa versus el masculino con nueve por ciento para depresión moderada, seis por ciento para depresión moderadamente severa y para depresión severa respectivamente.

Cuadro 12. Clasificación por género en depresión según el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Categoría depresión PHQ-9	Género			
	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Depresión mínima	16	47	16	36
Depresión leve	11	32	9	20
Depresión moderada	3	9	6	14
Depresión moderada severa	2	6	7	16
Depresión severa	2	6	6	14
Total encuestados:	34	44	44	56

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 12. Clasificación por género en depresión según el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 12.

Bajo la clasificación del PHQ-9 la muestra arrojó que el 44 por ciento de médicos especialistas, 36 por ciento de médicos residentes, 60 por ciento de enfermeras, 100 por ciento de técnico de salud y cero por ciento de camillero se encuentran en depresión mínima. En depresión leve se encontró los siguientes resultados: 31 por ciento de médicos especialistas, 24 por ciento de médicos residentes, 20 por ciento de enfermeras, cero por ciento de técnico de salud y 100 por ciento de camillero. Un 19 por ciento de los médicos especialistas clasificó bajo el diagnóstico de depresión moderada mientras que los médicos residentes y enfermeras obtuvieron 10 por ciento cada uno, los técnicos de salud y camilleros obtuvieron cero por ciento. Los médicos especialistas tuvieron un 6 por ciento versus un 16 por ciento en médicos residentes en síntomas de depresión moderadamente severa, mientras que para los enfermeros, técnicos de salud y camilleros no obtuvieron puntuación sugestiva a esta clasificación. Para depresión severa un 14 por ciento de médicos residentes versus un 10 por ciento de enfermeras obtuvo puntaje que los clasificara bajo esta denominación.

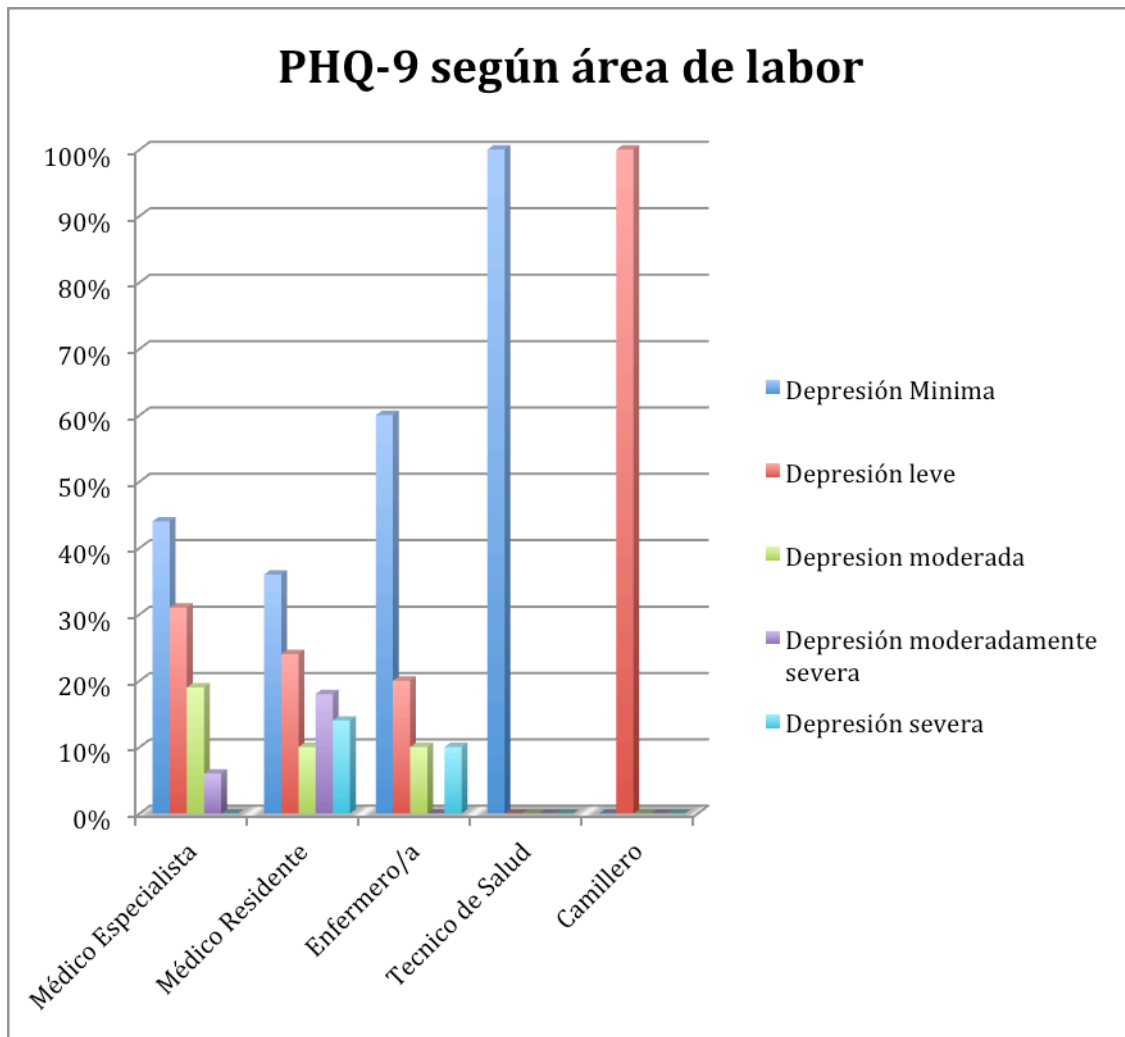
Cuadro 13. Clasificación por el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) según área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Fuente: Cuestionario.

Clasificación	Área de labor									
	Médico Especialista		Médico Residente		Enfermeras		Técnico de Salud		Camillero	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Depresión mínima	7	44	18	36	6	60	1	100	0	0
Depresión leve	5	31	12	24	2	20	0	0	1	100
Depresión moderada	3	19	5	10	1	10	0	0	0	0
Depresión moderadamente severa	1	6	8	16	0	0	0	0	0	0
Depresión severa	0	0	7	14	1	10	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G.

Gráfica 13. Clasificación por el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) según área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 13.

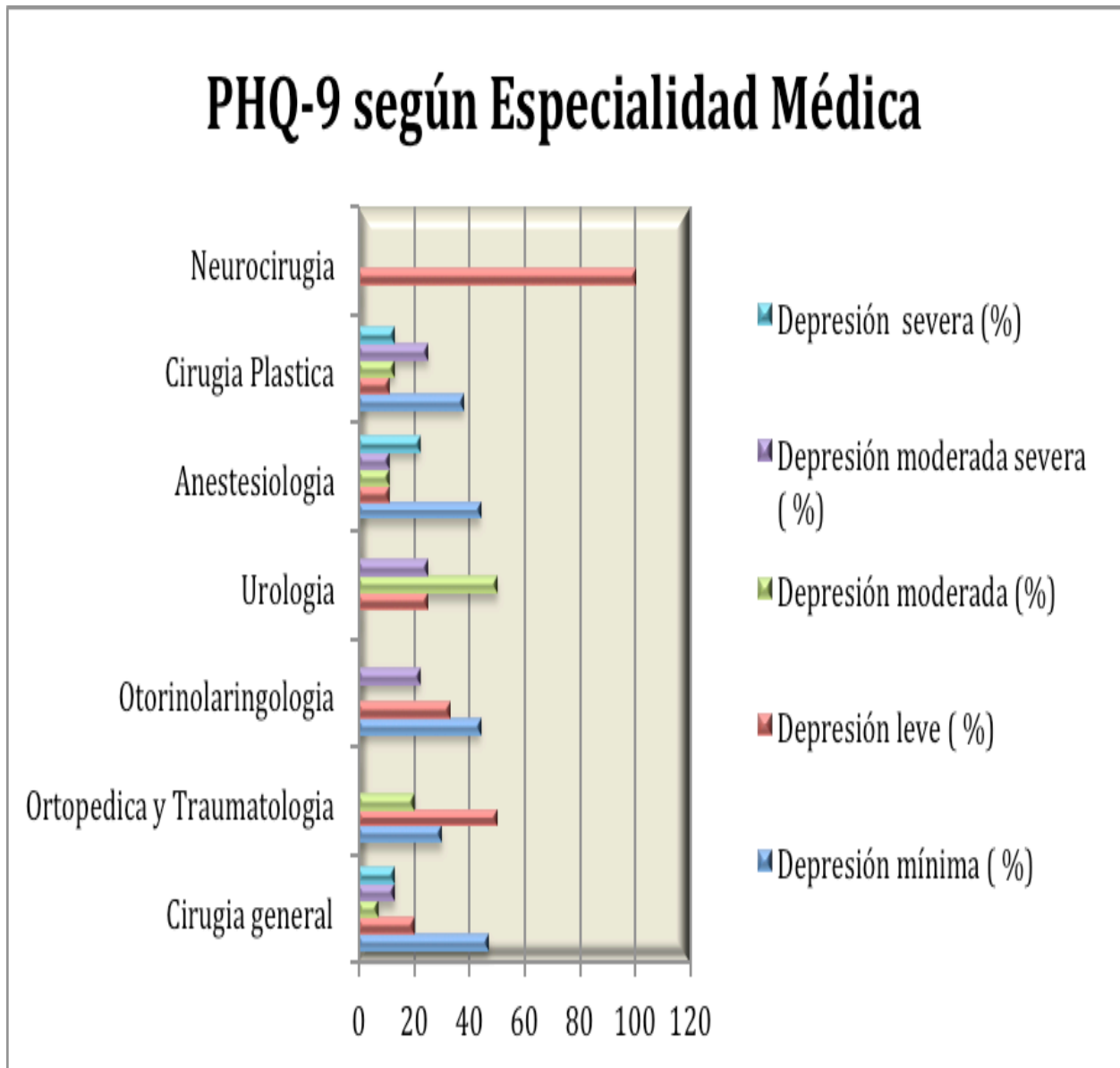
En el cuadro y grafica 19 se pueden observar los resultados de la clasificación del PHQ-9 según la especialidad médica para la depresión mínima se obtuvo 47 por ciento en cirugía general, 44 por ciento otorrinolaringología y anestesiología, 38 por ciento cirugía plástica, 30 por ciento ortopedia, y cero por ciento para urología y neurocirugía. En la categoría de depresión leve la mayor puntuación la obtuvo neurocirugía con un 100 por ciento ya que la suma de puntuación de los dos integrantes de esta especialidad que aceptaron participar cayeron bajo esta clasificación. Ortopedia tuvo el 50 por ciento, otorrinolaringología 33 por ciento, urología 25 por ciento cirugía general 20 por ciento, cirugía plástica 13 y anestesiología 11 por ciento. En la clasificación de depresión moderada urología obtuvo el mayor porcentaje con un 50 por ciento, seguido de ortopedia y traumatología con 20 por ciento, cirugía plástica con 13 por ciento, cirugía general siete por ciento, otorrinolaringología y neurocirugía con cero. En la clasificación moderadamente-severa la especialidad con mayor porcentaje fue urología y cirugía plástica con 25 por ciento, seguido de otorrinolaringología 22 por ciento, cirugía general con 13 por ciento y anestesiología 11 por ciento. Ortopedia y neurocirugía no tuvieron ningún integrante bajo esta clasificación. La especialidad que obtuvo mayor porcentaje en depresión severa fue anestesiología presentando un 22 por ciento, cirugía general y cirugía plástica con 13 por ciento. El resto de las especialidades no tuvieron personal bajo esta clasificación.

Cuadro 14. Clasificación por el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) según la especialidad médica del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Especialidad / Clasificación	Depresión mínima		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión moderada severa		Depresión severa	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Cirugía general	7	47	3	20	1	7	2	13	2	13
Ortopedia y Traumatología	3	30	5	50	2	20	0	0	0	0
Otorrinolaringología	4	44	3	33	0	0	2	22	0	0
Urología	0	0	1	25	2	50	1	25	0	0
Anestesiología	8	44	2	11	2	11	2	11	4	22
Cirugía Plástica	3	38	1	11	1	13	2	25	1	13
Neurocirugía	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 14. Clasificación por el Cuestionario Breve de Salud (PHQ-9) según la especialidad médica del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 14.

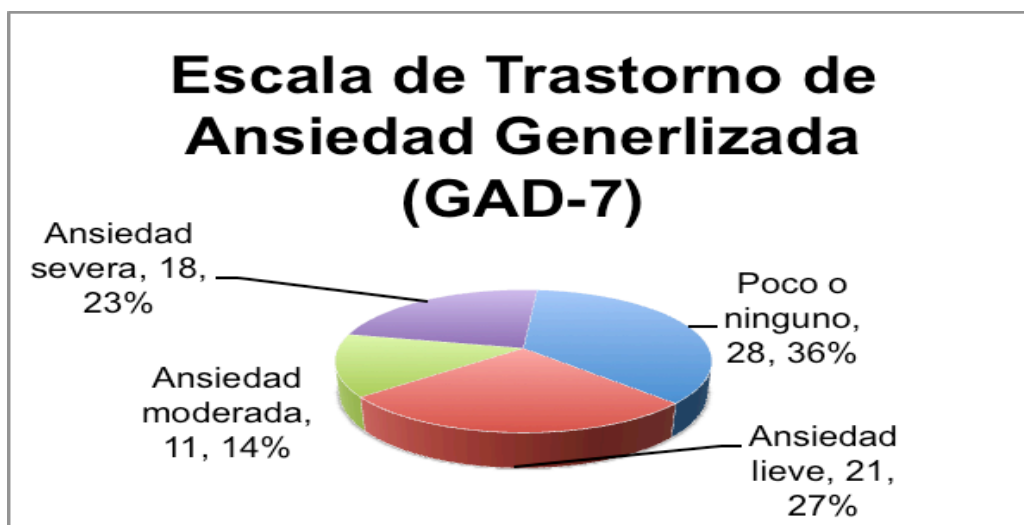
En la clasificación de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) el 36 por ciento de los encuestados mostró poco o ningún síntoma de ansiedad, el 27 por ciento ansiedad leve, 14 por ciento ansiedad moderada y 23 por ciento ansiedad severa.

Cuadro 15. Clasificación de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (HSBG), en el periodo febrero-julio 2016.

Categoría de ansiedad	Número de encuestados	Porcentaje de encuestados
Poco o ninguno	28	36%
Ansiedad leve	21	27%
Ansiedad moderada	11	14%
Ansiedad severa	18	23%
Total	78	100%

Fuente: Cuestionario.

Gráfica 15. Clasificación de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (HSBG), en el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 15.

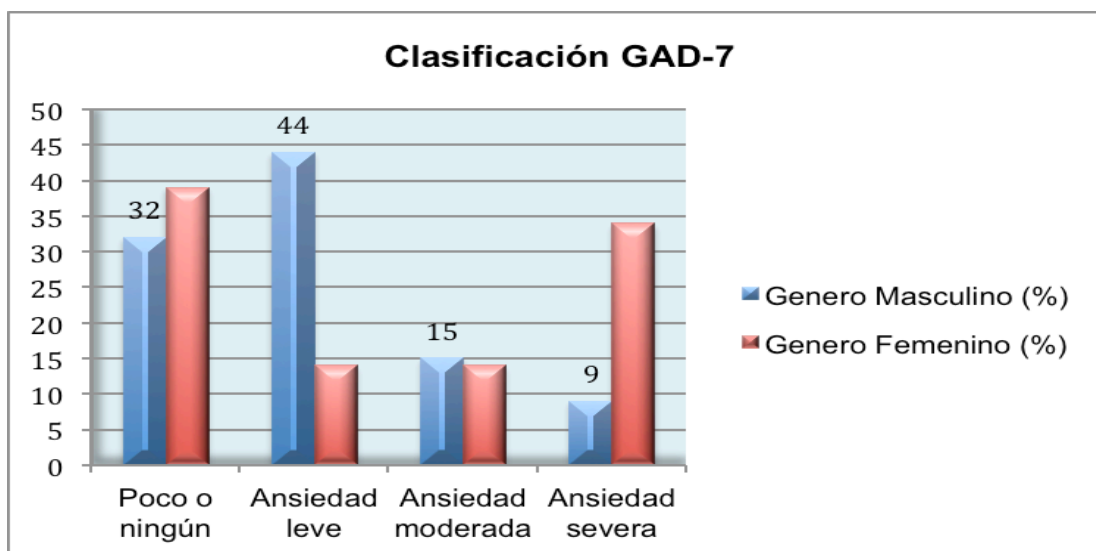
En el cuadro 16 y gráfica 16 observamos que el sexo masculino presento mayor incidencia para la ansiedad leve obteniendo un 44 por ciento versus un 14 por ciento femenino. Para ansiedad moderada el masculino tiene un ligero mayor porcentaje con un 15 por ciento versus un 14 por ciento. En ansiedad severa el sexo femenino tiene un notable aumento sobre el masculino con un 34 por ciento versus un 9 por ciento.

Cuadro 16. Clasificación de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) según género del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Clasificación GAD-7	Género			
	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Poco o ningún	11	32	17	39
Ansiedad leve	15	44	6	14
Ansiedad moderada	5	15	6	14
Ansiedad severa	3	9	15	34

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 16. Clasificación de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) según género del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 16.

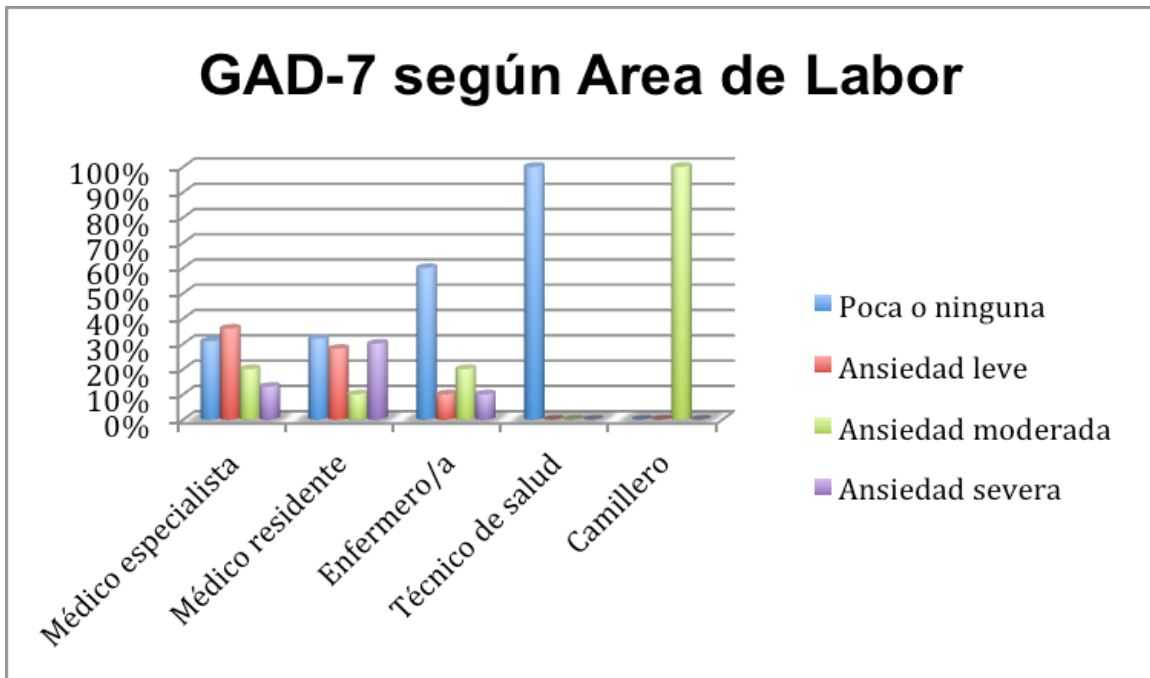
En la clasificación de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) según área de labor la muestra indicó que para la clasificación de pocos o ningún síntoma los médicos especialistas obtuvieron 31 por ciento, médicos residentes 32 por ciento, enfermeras 60 por ciento, técnico de salud 100 por ciento y camillero cero por ciento. Para ansiedad leve los médicos especialistas obtuvieron 38 por ciento, médicos residentes 28, enfermeras diez por ciento y técnico de salud y camillero ambos obtuvieron cero por ciento. Para la clasificación de ansiedad moderada los médicos especialistas obtuvieron un 19 por ciento, médicos residentes diez por ciento, enfermeras 20 por ciento, técnico de salud cero por ciento y camillero 100 por ciento. Para ansiedad severa los médicos residentes obtuvieron el mayor porcentaje con un 30 por ciento siguiéndoles los médicos especialistas con un 13 por ciento, enfermeras con un 10 por ciento y técnico de salud y camillero con cero por ciento.

Cuadro 17. Clasificación de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) según el área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.

Clasificación	Poca o ninguna		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad severa	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Médico especialista	5	30	6	38	3	19	2	13
Médico residente	16	32	14	28	5	10	15	30
Enfermero/a	6	60	1	10	2	20	1	10
Técnico de salud	1	10	0	0	0	0	0	0
Camillero	0	0	0	0	1	100	0	0

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G

Gráfica 17. Clasificación de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) según el área de labor del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el periodo febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 17.

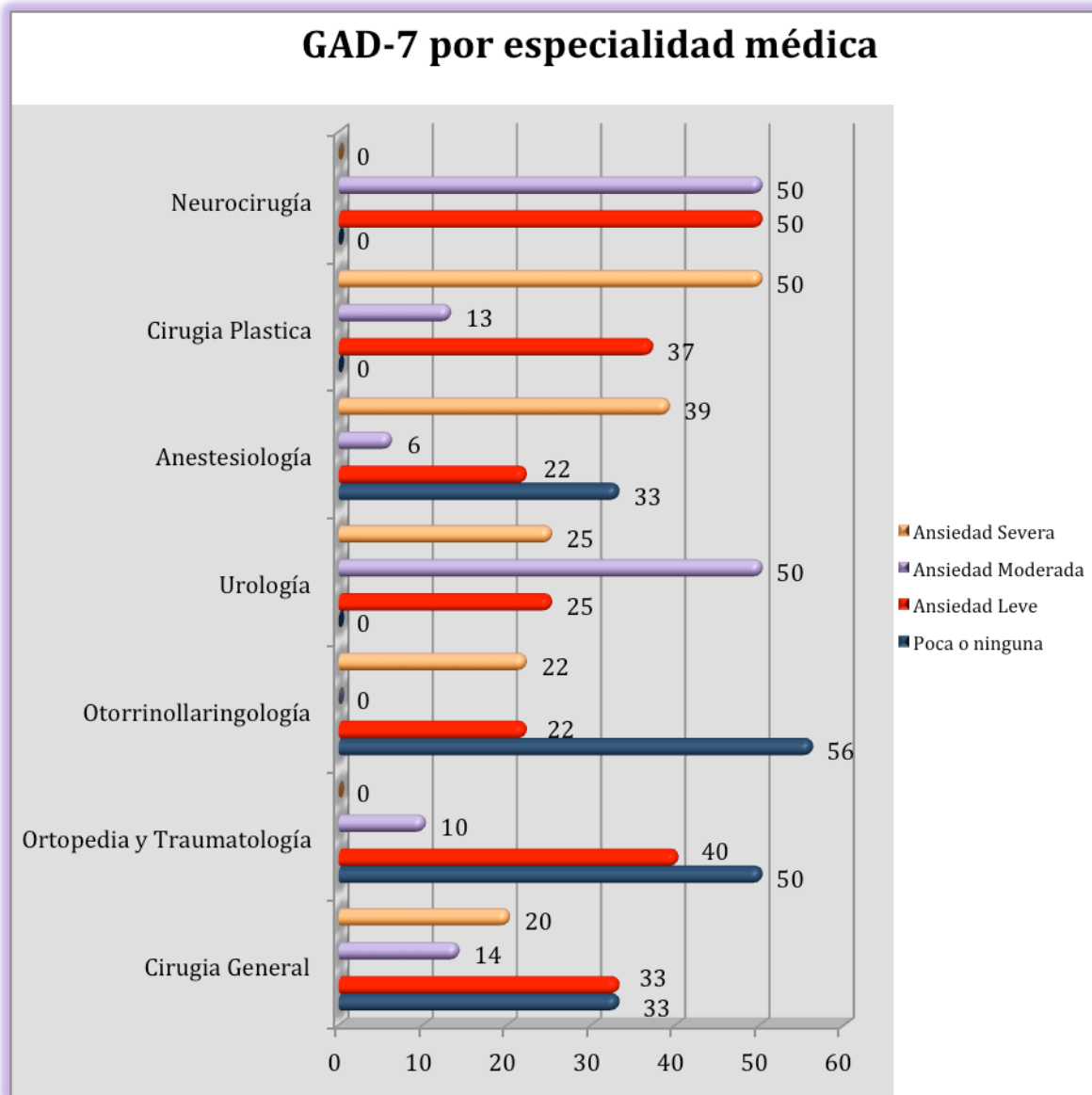
El cuadro 18 y la gráfica 18 Mostraron que la especialidad que dominó en la clasificación de ansiedad leve fue o neurocirugía con el 50 por ciento de su personal en esta clasificación, seguido de ortopedia (40%), cirugía plástica (37%), cirugía general (33%), urología (25%), otorrinolaringología y anestesiología (22%). El porcentaje de las especialidades en ansiedad moderada fue la siguiente: urología y neurocirugía con 50 por ciento cada una, cirugía general 14 por ciento, cirugía plástica 13 por ciento, ortopedia y traumatología 10 por ciento, anestesiología seis por ciento. Otorrinolaringología no tuvo ningún personal bajo esta clasificación. El personal que dominó la clasificación de ansiedad severa fue cirugía plástica con el 50 por ciento de su personal con síntomas de ansiedad severa, le sigue anestesiología con 39 por ciento, urología 25 por ciento, otorrinolaringología 22 por ciento y cirugía general 20 por ciento. Ortopedia y neurocirugía no tuvo ningún personal bajo esta clasificación.

Cuadro 18. Clasificación de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) según especialidad médica del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período febrero-julio 2016.

Área de labor/GAD-7	Poco o ninguna		Ansiedad leve		Ansiedad moderada		Ansiedad severa	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Cirugía general	5	33	5	33	2	14	3	20
Ortopedia y Traumatología	5	50	4	40	1	10	0	0
Otorrinolaringología	5	56	2	22	0	0	2	22
Urología	0	0	1	25	2	50	1	25
Anestesiología	6	33	4	22	1	6	7	39
Cirugía Plástica	0	0	3	37	1	13	4	50
Neurocirugía	0	0	1	50	1	50	0	0

Fuente: Cuestionario contestado por personal del departamento de cirugía del H.S.B.G.

Gráfica 18. Clasificación de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) según especialidad médica del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (H.S.B.G), durante el período febrero-julio 2016.



Fuente: Cuadro 18.

VIII. DISCUSIÓN

Varios estudios han demostrado que los niveles de estrés en adultos sigue en aumento con el pasar de los años, reportando que el 75 por ciento experimenta niveles de estrés de moderado a elevado durante el último mes²¹. Nosotros administramos la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) para determinar si el grado de estrés del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier era consistente con los hallazgos reportados anteriormente. Nuestros resultados revelaron que la tasa de estrés en el personal del departamento de cirugía del (HSBG) es similar al citado anteriormente (74%).

El genero masculino es más susceptible a tener niveles de estrés más elevados con un 80% de estos en las categoría de estrés moderado y elevado; mientras que el sexo femenino reportó un 69 por ciento de estrés bajos las mismas categorías.

En cuanto al área de labor, el 100 por ciento de camilleros se encuentra bajo estrés moderado pero debido a que fue un solo camillero el que decidió participar en el estudio, esta muestra no es real. Los médicos especialistas obtuvieron el mayor porcentaje si se obvia el resultado de los camilleros con un 87 por ciento de su personal bajo estrés moderado y severo, seguido de los médicos residentes y enfermeras (74% y 50%).

Las especialidades con mayor porcentaje de su personal bajo estrés moderado y elevado lo fueron urología y cirugía plástica, ambas con el 100 por ciento de su personal bajo esta clasificación (75% moderada) y (25% elevado). El 100 por ciento de neurocirugía estuvo bajo la clasificación de estrés moderado. Otorrinolaringología obtuvo el 78 por ciento de su personal bajo estrés moderado. Anestesiología obtuvo 78 por ciento (61% moderado, 17% elevado). Cirugía general obtuvo 67 por ciento (53% moderado y 14 elevado). Ortopedia obtuvo el 60 por ciento de estrés moderado.

En cuanto a la depresión se administró un cuestionario breve de salud (Brief PHQ) para determinar la tasa de depresión en el personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier (HSBG). Un resultado de PHQ-9 ≥ 10 tiene una sensibilidad y especificidad de un 88% para depresión mayor. Un 33 por ciento de

los encuestados presentaron síntomas de depresión mayor ya que obtuvieron una puntuación ≥ 10 ; siendo esto una cifra alarmante debido a que estudios demuestran que el porcentaje de depresión mayor en la población general es de un 10 a 20 por ciento.⁴

Distintos estudios han demostrado que la tasa de depresión mayor es más elevada en la población femenina que en la masculina. Nuestros resultados concuerdan con dichos resultados teniendo las mujeres el doble de porcentaje sugestivo a depresión mayor que el hombre (21% vs. 42%).

En cuanto a área de labor los médicos residentes obtuvieron mayor porcentaje sugestivo a depresión mayor, luego le siguen los médicos especialistas y enfermeras con los siguientes porcentajes: (40%, 25% y 20%).

La especialidad con mayor porcentaje de depresión severa lo fue anestesiología con un 57 por ciento, seguido de cirugía general con un 29 por ciento y cirugía plástica con un 14 por ciento. Esta tendencia puede ser una de las causas por la que los anesestesiólogos y cirujanos tienen mayor tasas de suicidio que la población general en Estados Unidos, Inglaterra y otros países.

Para medir los síntomas de ansiedad seleccionamos un cuestionario breve de la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD) con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad en el personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier. Un resultado del GAD-7 ≥ 10 sugiere probable diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, con una sensibilidad de 89 por ciento y especificidad de 82 por ciento. Teniendo esto en cuenta, un 37 por ciento obtuvo una puntuación ≥ 10 (probable trastorno de ansiedad generalizada), al igual que los resultados de la depresión, obtuvimos una cifra de ansiedad alarmante. Nuestro estudio arrojó un poco más del doble de la cifra de la población en general según un estudio publicado en 2014 por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos.⁴

Al igual que la depresión, varios estudios han demostrado que las mujeres tienen mayor probabilidad que el hombre de padecer trastornos de ansiedad. Nuestros resultados concuerdan con dichos datos. Al igual que los resultados obtenidos sobre depresión, las mujeres doblaron el porcentaje de los hombres sugestivo a trastorno de ansiedad generalizada (24% vs. 48%).

En cuanto a área de labor los médicos residentes obtuvieron mayor porcentaje sugestivo a trastorno de ansiedad, luego le siguen los médicos especialistas y

enfermeras con los siguientes porcentajes: (40%, 32% y 30%), siendo nuestra muestra mayor a la de un estudio hecho en el 2014 en China en la que estimó que el 25.6 por ciento de los médicos han tenido síntomas de ansiedad.⁵⁸

Al evaluar cada una de las especialidades dentro del departamento de cirugía, los resultados mostraron que la especialidad con mayor porcentaje en la clasificación de ansiedad severa fue cirugía plástica con un 50 por ciento de sus miembros bajo esta clasificación , seguido de anestesiología con un 39 por ciento, urología con un 25 por ciento, otorrinolaringología con 22 por ciento y cirugía general 20 por ciento.

IX. CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. Los cuestionarios PSS-10, PHQ-9 y GAD-7, son unas buenas herramientas para la detección de síntomas y gravedad de estrés, depresión y ansiedad tanto para la población general como para el personal de salud.
2. La prevalencia de estrés del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier Febrero-Julio 2016 es similar a la población general.
3. La prevalencia de depresión y ansiedad del personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier Febrero-Julio 2016 es mayor a la población general.
4. El sexo masculino presenta mayor tasa de estrés que el sexo femenino.
5. La prevalencia de depresión y ansiedad en el sexo femenino es el doble que el masculino.
6. La prevalencia de estrés, depresión y ansiedad en los médicos residentes es mayor que en médicos especialistas, enfermeras, técnico de salud y camilleros.
7. Las especialidades que presentaron mayor índice de estrés elevado fueron urología y cirugía plástica.
8. Las especialidades que presentaron mayor índice de depresión y ansiedad severa fue lo fueron anestesiología y cirugía general.
9. El factor principal que contribuye a los síntomas de estrés, depresión y ansiedad lo fue el estrés de tipo laboral.

X. RECOMENDACIONES

En base a los aspectos contemplados en el capítulo de conclusiones y discusión, se enuncian las siguientes recomendaciones:

A personas interesadas al campo de investigación se recomienda que repitan y amplíen esta experiencia, debido a que en el presente trabajo se tomó una muestra un tanto reducida con el personal de camellería y técnico de salud. Así mismo se recomienda tomar en cuenta los factores de riesgo que tal vez puedan estar interviniendo en la prevalencia de estrés, depresión y ansiedad, para así dirigir el trabajo a la parte preventiva.

Esto puede ser una herramienta útil para detectar en otros grupos de médicos y supervisar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en los años posteriores de la formación de residencia cuando se pueden emplear intervención temprana y estrategias de afrontamiento.

Se recomienda a las instituciones competentes a que se encarguen de la difusión de este tipo de condiciones, con lo cual una persona puede saber si padece o tiene síntomas de estrés, depresión y ansiedad y poder ella misma, buscar ayuda medica y evitar los muchos problemas que estas pueden desencadenar.

Al Hospital Salvador B. Gautier, seguir favoreciendo la realización de investigaciones medicas desde su centro e incluir dentro de los programas académico y formativos, asignaturas relacionadas con la valoración e identificación de las condiciones psiquiátricas, con el fin de formar profesionales mas competitivos y capaz de dar un manejo integral. Establecer programas de evaluación temprana periódicamente, para disminuir el riesgo de estrés, depresión y ansiedad en su personal, y establecer diagnósticos en estadios mas tempranos. Mejorar el área de trabajo dado que las condiciones del hospital influyen en el estado de estrés y de este a mayor ansiedad y angustia lo que puede desencadenar una depresión.

XI. REFERENCIAS

1. OMS. (2008). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral coordinado a la escala de país. Informe de la Secretaría OMS.
2. Leka, S., (2004) La organización del trabajo y el estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Serie de protección de la salud de los trabajadores no.3., OMS.
3. Norfolk, D. (2000). El estrés del Ejecutivo. Cómo reconocer el estrés y utilizarlo en beneficio propio. Bilbao.
4. ADAA. (2014). Anxiety and Depression Association of America, Facts & Statistics. Consultado en <http://www.adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>
5. OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS.
6. CDC. (2013). CDC - Mental Health Basics - Mental Health. Centers for Disease Control and Prevention. Consultado en <http://www.cdc.gov/mentalhealth/basics.htm>
7. Yates, WR., et al. (2012). Anxiety Disorders, Medscape. Consultado en <http://emedicine.medscape.com/article/286227-overview>
8. Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (90), 41-56.
9. OPS/OMS. (2008). Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Republica Dominicana (IESM-OMS). Documentación de OPS/OMS.
10. Muñoz L., Zambrano, J., M., Borges, G. & Medina Mora, M. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and workdays lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. Salud Mental, septiembre - octubre, 4 - 11.
11. Health Safety Executive. (2015). Work related Stress, Anxiety and Depression Statistics in Great Britain 2015. Consultado en <http://www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/stress.pdf>
12. Aguirre Hernández, R., López Flores, J. & Flores Flores, R. (2011) Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente Año 3. No. 8 julio- septiembre 28-33

13. Patti E., Acosta J., Chavda A., Verma D., Marker L. & Anzisi L., (2007) Prevalence of anxiety and depression among emergency department staff. *New York Medical Journal*; 2(2)
14. Parrouy, J. (2013). *Stress management with intelligence: The Cognitive Science Behind Wellness*. London: Lulu Publishing Company.
15. Szabo, S., Tache, Y. & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor of *Nature*. *Stress*, 15(5), 472-478.
16. Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española (23.a ed.)*. Consultado en <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
17. Trianes Torres, M. (2002). *Estrés en la infancia*. Madrid: Narcea.
18. Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4), 307-318.
19. Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., & Satele, D. et al. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Arch Intern Med*, 172(18), 1377.
20. Peckham, C., (2013). *Physician Lifestyles, Does Burnout Affect Lifestyle?*, Medscape. Consultado en <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2013/public>
21. APA, (2012). *Stress in America: Our Health at Risk*. American Psychological Association. Consultado en <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2011/final-2011.pdf>
22. National Institute for Occupational Safety and Health. (2014). *STRESS...At Work*. Ohio. Consultado en <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>
23. Fernández García, R. (2010). La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo (pp. 175-176). Alicante: Editorial Club Universitario.
24. Chanes González, H., Pérez Zarate, M., Castello Flores, L. (2010). *Secretaría de Salud, Guía sobre el manejo y prevención del estrés laboral* (pp. 13-14). Mexico, D.F.
25. Sideris, H. (1961). *History of medicine*. New York: Oxford University Press.

26. Roge, T, (2016) Depresión: descripción general. (2016). MedlinePlus. Consultado en <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>
27. Mitjans, M., y Arias, B. (2012). La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas? *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 70-83.
28. Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*.
29. Hall, J. & Guyton, A. (2011). *Textbook of medical physiology* (12th ed.). Philadelphia, Pa.: Saunders.
30. Josué Díaz, L., Torres Lio-Coo, V., Urrutia Zerquera, E., Moreno Puebla, R., Font Darías, I. & Cardona Monteagudo, M., (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(3)
31. Letvak, S., Ruhm, C., & McCoy, T. (2012). Depression in Hospital- Employed Nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 177-182.
32. Wiegner, L., Hange, D., Björkelund, C., & Ahlborg, G. (2015). Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care - an observational study. *BMC Family Practice*, 16, 38.
33. Saldaña Ibarra, O. & López Ozuna, V., (2014). Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. *Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evidencia Médica E Investigaciones En Salud*, 7(4), 169-177.
34. Clarke, D. (2013). National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students. *Beyond Blue*. Consultado en https://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/research-project-files/bl1132-report---nmhdmss-full-report_web
35. APA, (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
36. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. (2015). *Depression* (NIH Publication No. 15-3561). Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.
37. Testa, A., Giannuzzi, R., Daini, S., & Bernardini, L. (2013). Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases. *European Review For Medical And Pharmacological Sciences*, 17(1), 86-99.

38. Mayo Clinic. (2014). Antidepressants: Selecting one that's right for you. Consultado en <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20046273>
39. Katona, C. & Katona C. (2014). New generation multi-modal antidepressants: focus on vortioxetine for major depressive disorder. *Neuropsychiatric Disease Treatment.*, 10, 349-354.
40. Bang-Andersen B., Ruhland T., Jorgensen M., Smith G., Frederiksen K., & Jensen K et al. (2011). Discovery of 1-[2-(2,4-Dimethylphenylsulfanyl)phenyl]piperazine (Lu AA21004): A Novel Multimodal Compound for the Treatment of Major Depressive Disorder. *J Med Chem.*, 54(9), 3206-3221.
41. Taylor, D., Sparshatt, A., Varma, S., & Olofinjana, O. (2014). Antidepressant efficacy of agomelatine: meta-analysis of published and unpublished studies. *BMJ*, 348, 1888-1888.
42. Racagni, G., Riva, M., Molteni, R., Musazzi, L., Calabrese, F., Popoli, M., & Tardito, D. (2011). Mode of action of agomelatine: Synergy between melatonergic and 5-HT 2C receptors. *The World Journal Of Biological Psychiatry*, 12(8), 574-587.
43. Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(1), 56–67.
44. van Apeldoorn, F., van Hout, W., Mersch, P., Huisman, M., Slaap, B., & Hale, W. et al. (2008). Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(4), 260-270.
45. WHO. (2016). Depression. Fact Sheet N°369. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
46. Conti, N. & Stagnaro, J. (2007). *Historia de la ansiedad*. Buenos Aires: Polemos.
47. Gelfand, T. & Kerr, J. (1992). *Freud and the history of psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
48. Freud, S. (2008). *Obras completas (12th ed.)*. Buenos Aires: Amorrortu

49. Parekh, R. (2015). What Are Anxiety Disorders?. American Psychiatric Association. Consultado en <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
50. Roney, J., Hermida, T., & Malone, D. (2010). Anxiety Disorders. Cleveland Clinic. Consultado en <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/psychiatry-psychology/anxiety-disorder/>
51. Katerndahl, D. & Talamantes, M. (2010). A Comparison of Persons With Early- Versus Late-Onset Panic Attacks. *J. Clin. Psychiatry*, 61(6), 422-427
52. Seo, H., Choi, Y., Chung, Y., Rho, W., & Chae, J. (2014). Changes in cerebral blood flow after cognitive behavior therapy in patients with panic disorder: a SPECT study. *NDT*, 661.
53. Johnson, P., Truitt, W., Fitz, S., Minick, P., Dietrich, A., & Sanghani, S. et al. (2010). A key role for orexin in panic anxiety. *Nature Medicine*, 16(1), 111-115.
54. Tambs, K., Czajkowsky, N., Roysamb, E., Neale, M., Reichborn-Kjennerud, T., & Aggen, S. et al. (2009). Structure of genetic and environmental risk factors for dimensional representations of DSM-IV anxiety disorders. *The British Journal Of Psychiatry*, 195(4), 301-307.
55. Christiansen, D. (2015). Examining Sex and Gender Differences in Anxiety Disorders. *A Fresh Look At Anxiety Disorders* cap 2.18-49
56. Gundersen D. (2012) Anxiety Among Physicians. *Colorado Physician Health Program*, 11(1),6.
57. Nooryan, K., Gasparyan, K., & Zoladl, M. (2012). Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *International Journal Of General Medicine*, 5, 5-10.
58. Gong, Y., Han, T., Chen, W., Dib, H., Yang, G., & Zhuang, R. et al. (2014). Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms and Related Risk Factors among Physicians in China: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 9(7)
59. de la Rosa Muñoz, L. (2011). Ansiedad y Depresión en Pacientes Ingresados en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, con Enfermedades no Psiquiátricas. Tesis de pos grado especialidad psiquiatría. Santo Domingo.

60. Mingote Adan, J., Crespo Hervás, D., Hernandez Álvarez, M., Navio, M., & Garcia-Pando, C. (2013). Prevención del suicidio en médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo	Meses
Selección del tema	2 0 1 6	febrero
Búsqueda de referencias		febrero-marzo
Elaboración del anteproyecto		abril- mayo
Sometimiento y aprobación		junio
Recolección de la información		julio
Tabulación y análisis de la información		Julio- agosto
Redacción del informe		agosto
Revisión del informe		agosto
Encuadernación		septiembre
Presentación		septiembre

XII.2. Instrumento de recolección de datos. *

Datos sociodemográficos del entrevistado:

Escriba el dato que se le solicita.

Edad _____ Genero: M F

Estado Civil:

- Soltero/a
- Comprometido/a
- Casado/a
- Unión Libre
- Divorciado/a
- Viudo/a

Ocupación:
Rol profesional: _____

Año de Residencia (si aplica): _____

Especialidad _____

Factores Contributivos:

Considera que alguno de estos influye con su estado es estrés, depresión y/o ansiedad:

Factores Contributivos:	Poco	Moderado	Mucho
Dificultad Financiera			
Dificultad Familiar			
Estrés Laboral			
Preocupación por su Salud			
Dificultad Sexual			
Otros			

Escala de Estrés Percibida (PSS-10)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **ÚLTIMO MES**. En cada caso, por favor indique con una “√” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por alguna situación que ocurrió inesperadamente?	0	1	2	3	4
2) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes de su vida?	0	1	2	3	4
3) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
5) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
6) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido no poder afrontar todas las cosas que debía realizar?	0	1	2	3	4
7) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
8) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
9) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10) Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Cohen, S. and Williamson, G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Spacapan, S. and Oskamp, S. (Eds.) The Social Psychology of Health. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado por los siguientes problemas? (marque su respuesta con “√”).

	Nunca	Varios días	Más de la mitad	Casi todos los días
	0	1	2	3
1. Tiene poco interés o encuentra poco placer en hacer las cosas.				
2. Se siente desanimado, deprimido o sin esperanza.				
3. Tiene problemas para conciliar el sueño o duerme demasiado.				
4. Se siente cansado o tiene poca energía.				
5. Tiene pérdida de apetito o come en exceso.				
6. Siente falta de amor propio o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.				
7. Encuentra dificultad en concentrarse, por ejemplo, al leer el periódico o ver televisión.				
8. Se mueve o habla tan lentamente que la gente lo puede haber notado, o de lo contrario, está tan agitado o inquieto que se mueve mucho más de lo acostumbrado.				
9. Tiene pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que quiere hacerse algún daño.				
Suma de las columnas:				

2) Si usted se identificó con cualquiera de estos problemas, que dificultad le han ocasionado estos problemas al hacer su trabajo, ocuparse de la casa o llevarse bien con los demás.

Ninguna dificultad	Algo de dificultad	Mucha Dificultad	Extrema Dificultad
0	1	2	3

*Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una otorgación educativa por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Escala de Ansiedad Generalizada

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

Nunca
Varios días
Más de la mitad de los días
Casi todos los días

(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

	0	1	2	3
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

*Desarrollado por los Dres. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una otorgación educativa por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir

XII.3. Consentimiento Informado

**Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud**

Escuela de Medicina

Consentimiento Informado

PREVALENCIA DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER FEBRERO-JULIO 2016

El propósito de esta investigación es poder conocer y describir la prevalencia de estrés depresión y ansiedad en el personal del departamento de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier.

No se obtendrá beneficio económico alguno por la participación en este estudio, así mismo, no hay ningún tipo de riesgo ni al momento de usted llenarlo ni después de llenarlo. Ante cualquier pregunta los responsables serán la Dra. Daisy Acosta y la Dra. Claridania Rodríguez, asesores clínico y metodológico respectivamente.

Si usted acepta participar en esta investigación, se le pedirá responder datos socio demográficos y tres cuestionarios, uno para estrés, uno para ansiedad y otro para depresión, para un total de 26 preguntas que le tomará en completarlo aproximadamente 8 a 10 minutos.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. La información que se recolecte será confidencial y no se utilizara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Puede retirarse en cualquier momento sin que esto le perjudique de alguna forma.

Reconozco que la información que yo proveo en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito, fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer cualquier pregunta sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme de el mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree algún prejuicio para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

XIII.4. Costos y recursos

XIII.4.1. Humanos			
Un investigador			
Dos asesores			
XIII.4.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel Bond 20 (8 1/2x11)	2 paquetes	350.00	700.00 PD
Lápices	1 paquete	50.00	50.00 PD
Borras	5 unidades	3.00	15.00 PD
Bolígrafos	1 paquete	70.00	70.00 PD
Computador: MacBook Pro	1 unidad	49,500.00	49,500.00 PD
Cartuchos Epson	3 unidades	1,329.00	3,988.00 PD
XIII.4.3 Información			
Libros	5 unidades	0.00	0.00 PD
Revistas	32	0.00	0.00 PD
XIII.3.4. Económicos			
Papelería (copias)	450 copias	5.00	2,250.00 PD
Encuadernación	5 cuadernos	150.00	750.00 PD
Transporte			4,000.00 PD
		TOTAL	61,323.00 PD

XIV. Evaluación

Carlos Andrés Méndez Cintrón

Asesores:

Dra. Daisy Acosta
Asesor Clínico

Dra. Claridania Rodríguez
Asesor Metodológico

Jurado

Autoridades

Dr. Eduardo García (Director)

Dr. José Asilis Zaiter (Decano)

Fecha de presentación: _____

Calificación: _____